



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες των  
ΚΑΠΗ και οι λόγοι που δεν συμμετέχουν**

**Σηφάκη Ασπασία  
Κοινωνική Λειτουργός**

- Επιβλέποντες:**
- 1. Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
  - 2. Α. Αλεγκάκης**, Φυσικός PhD, Επιστημών Υγείας





ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΕΑΕΚ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ  
ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ



**ΠΑΙΔΕΙΑ ΜΠΡΟΣΤΑ**  
2<sup>ο</sup> Επιχειρησιακό Πρόγραμμα  
Εκπαίδευσης και Αρχικής  
Επαγγελματικής Κατάρτισης

## *Ευχαριστίες*

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Α. Φιλαλήθη, ο οποίος με την συμπαράσταση και την καθοδήγησή του βοήθησε στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και τον συνεπιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Αλεγκάκη Αθανάσιο, Φυσικό, Ph.D. Επιστημών Υγείας, για την συμβολή του στο μεθοδολογικό μέρος της έρευνας.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον Δήμαρχο και στην Πρόεδρο των ΚΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου, καθώς και σε όλους τους εργαζόμενους του ΣΤ΄ ΚΑΠΗ για την βοήθειά τους στη συλλογή των δεδομένων, καθώς επίσης στους ηλικιωμένους – μέλη του ΣΤ΄ ΚΑΠΗ που συμμετείχαν στην έρευνα με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, για το χρόνο που διέθεσαν και για την αγάπη που μου έδειξαν.

Την εργασία αυτή την αφιερώνω  
στους γονείς μου  
ως δείγμα αγάπης και σεβασμού.

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	VI
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ.....	IX
Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας .....	1
Τίτλος εργασίας: Συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ και οι λόγοι που δεν συμμετέχουν.....	1
Abstract.....	3
Title: Participation of the elderly in activities of KAPI (Open Care Centres for the Elderly) and the reasons of no participation .....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	5
1. Δημογραφική γήρανση.....	6
2. Κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα.....	9
3. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).....	12
3.1. Εισαγωγή .....	12
3.2. Ιστορική αναδρομή της θεσμοθέτησης των ΚΑΠΗ.....	13
3.3. Σκοπός, στόχοι και υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ.....	14
3.4. Διοίκηση και Στελέχωση των ΚΑΠΗ.....	15
3.5. Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι (Π.Β.Σ).....	17
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ .....	20
4. Δημογραφικά και κοινωνικο – οικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων .....	21
4.1. Επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων .....	24
4.2. Ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων και η συμμετοχή τους σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες .....	26
ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	28
5. Σκοπός και στόχοι της έρευνας .....	29
5.1. Ερευνητικά ερωτήματα.....	30
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	31
6. Ερευνητικό πεδίο – Πληθυσμός – Δειγματοληπτικό πλαίσιο .....	32
6.1. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου.....	32
6.2. Πιλοτική Μελέτη .....	34
6.3. Συγκέντρωση Δεδομένων .....	34
6.4. Στατιστική ανάλυση.....	35
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36
7. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων .....	37
7.1. Δημογραφικά στοιχεία μη συμμετεχόντων .....	37
7.2. Προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων και πόσο αυτά περιορίζουν τις δραστηριότητές τους.....	38
7.3. Χαρακτηριστικά ιδιότητας μέλους συμμετεχόντων .....	39
7.4. Χρήση και συχνότητα χρήσης των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών του ΚΑΠΗ από τους ηλικιωμένους.....	39
7.5. Συμμετοχή και συχνότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ, στον τομέα της ψυχαγωγίας.....	40
7.6. Οι λόγοι μη συμμετοχής των ηλικιωμένων .....	42
7.7. Αξιολόγηση των υπηρεσιών του ΚΑΠΗ και των ίδιων ως μέλη από τους ηλικιωμένους.....	43
7.8. Επίπεδο κατάθλιψης των ηλικιωμένων – μελών του ΚΑΠΗ .....	43
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	44
8. Συζήτηση σχετικά με την μεθοδολογία .....	45
8.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με την συμμετοχή των ηλικιωμένων .....	46
8.2. Συζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με τους λόγους μη συμμετοχής .....	48
8.3. Προεκτάσεις – Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.....	50
8.3.1. Προτάσεις για τον θεσμό των ΚΑΠΗ.....	51
8.3.2. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα:.....	52

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	53
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	63
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΠΙΝΑΚΕΣ .....	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. ΕΝΤΥΠΗ ΜΟΡΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....	80

## **ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ**

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων και μη συμμετεχόντων ηλικιωμένων - μελών του ΚΑΠΗ του Δ. Ηρακλείου στην έρευνα.

**Πίνακας 2.** Ασχολίες των ηλικιωμένων σε σχέση με τα παιδιά τους.

**Πίνακας 3.** Επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 4.** Χαρακτηριστικά ιδιότητας μέλους ΚΑΠΗ.

**Πίνακας 5.** Συσχέτιση της χρήσης ιατροκοινωνικών υπηρεσιών με τα δημογραφικά κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 6.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που επισκέπτονται το ΚΑΠΗ και συχνότητα των επισκέψεων.

**Πίνακας 7.** Συμμετοχή και συχνότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων στις ομάδες

**Πίνακας 7.1.** Συσχέτιση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στις ομάδες, με τα δημογραφικά, κοινωνικο -οικονομικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση υγείας τους.

**Πίνακας 8.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην πολυήμερη εκδρομή.

**Πίνακας 9.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στις ημι- ημερήσιες εκδρομές και συχνότητα συμμετοχής.

**Πίνακας 10.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στις ημερήσιες εκδρομές και συχνότητα συμμετοχής.

**Πίνακας 11.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στις γιορτές του ΚΑΠΗ και συχνότητα συμμετοχής.

**Πίνακας 11.1.** Συσχέτιση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στις γιορτές με τα δημογραφικά, κοινωνικο - οικονομικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση υγείας τους.

**Πίνακας 12.** Λόγοι μη συμμετοχής των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ.

**Πίνακας 13.** Κριτική των ηλικιωμένων για τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ και για τον εαυτό τους.

**Πίνακας 14.** Περιγραφικά δημογραφικά στοιχεία για την Κατάθλιψη.

**Πίνακας 15.** Συσχέτιση της κατάθλιψης με την συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ.



## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ**

ΚΑΠΗ	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
Π.Β.Σ	Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι
GDSS	Geriatric Depression Screening Scale
W.H.O	World Health Organization

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ και οι λόγοι που δεν συμμετέχουν.

Της: Σηφάκη Ασπασίας

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Α. Φιλαλήθη

2. Α. Αλεγκάκη

Ιούνιος 2007

Η αύξηση του γεροντικού πληθυσμού που παρατηρείται στην χώρα μας αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο τα τελευταία χρόνια, αποτελεί ένα αναμφισβήτητο γεγονός. Οι συνέπειες της δημογραφικής γήρανσης, δημογραφικές και κοινωνικο - οικονομικές μεταβολές, αλλαγές στην δομή της οικογένειας, στο μέγεθος των νοικοκυριών, συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας, επηρέασαν τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων και τις κοινωνικές τους σχέσεις. Κάτω από την διαμόρφωση αυτών των καταστάσεων δημιουργήθηκε ο θεσμός των ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων).

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του κατά πόσο συμμετέχουν οι ηλικιωμένοι στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ και ποιοι είναι οι λόγοι που δεν συμμετέχουν. Για να πραγματοποιηθεί η έρευνα, επιλέχθηκε ένα ΚΑΠΗ από τον Δήμο Ηρακλείου και ένα δείγμα 110 μελών με απλή τυχαία δειγματοληψία, από τα οποία τελικά συμμετείχαν 53 γυναίκες και 30 άνδρες, ποσοστό 75,5% του αρχικού δείγματος. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια και το GDSS (Geriatric Depression Screening Scale), για την μέτρηση της κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι μέλη του ΚΑΠΗ, δεν συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες με την ίδια συχνότητα. Μεγάλη είναι η συμμετοχή στις γιορτές και στις επισκέψεις στο εντευκτήριο του ΚΑΠΗ, αλλά πολύ μικρή η συμμετοχή στις ομάδες και στην χρήση των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών. Δεν βρέθηκε καμιά συσχέτιση με στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ συμμετοχής και δημογραφικών, κοινωνικο- οικονομικών χαρακτηριστικών, επιπέδου υγείας και

κατάθλιψης, με εξαίρεση στην συμμετοχή στην πολυήμερη εκδρομή, όπου ο παράγοντας ηλικία αποτελεί επεξηγηματικό παράγοντα συμμετοχής. Οι κύριοι λόγοι που επηρεάζουν την συμμετοχή βρέθηκε ότι ήταν οι λόγοι υγείας, οι άλλες ασχολίες και οι ψυχολογικοί λόγοι, χωρίς καμία σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των διαφορετικών τύπων δραστηριοτήτων.

Τα ΚΑΠΗ αν και θεωρούνται ένας επιτυχημένος θεσμός για την προστασία των ηλικιωμένων, γιατί συνδυάζουν την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας με την παροχή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, είναι απαραίτητο να γίνεται συνεχώς αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών τους, διεύρυνση και επέκταση των προγραμμάτων τους, προσαρμογή των δραστηριοτήτων στις πραγματικές ανάγκες των ηλικιωμένων και χάραξη και υλοποίηση στρατηγικών ενεργοποίησης των ήδη εγγεγραμμένων μελών τους και προσέλκυση καινούριων, προκειμένου τα Κέντρα αυτά να εξυπηρετούν όσο γίνεται μεγαλύτερο αριθμό ηλικιωμένων.

Λέξεις κλειδιά: ΚΑΠΗ, (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων), Ηλικιωμένοι, Συμμετοχή σε δραστηριότητες, Κατάθλιψη.

**Abstract**

Title: Participation of the elderly in activities of KAPI (Open Care Centres for the Elderly) and the reasons of no participation

By: Sifaki Aspassia

Supervisors: 1. A. Philalithis

2. A. Alegakis

June 2007

The increase of the elderly population that has been observed during the past few years in our country as well as throughout Europe, constitutes an undeniable fact. The consequences of demographic ageing, demographic and social - economic changes, changes in the structure of family, in the size of households, in the shrinkage of Welfare state, influenced the lifestyle of the elderly and their social relations. The institution of KAPI (Open Care Centres for the Elderly) was created in the context of these conditions.

The aim of the present research is the investigation of the level of participation of elderly people in the activities of KAPI and the reasons, why some elderly do not participate in those activities. To conduct this research, we selected a KAPI from the Municipality of Heraklion and a sample of 110 members with simple random sampling, out of which, 53 women and 30 men finally participated, a percentage of 75.5% of the initial sample. The questionnaire used to conduct the research was developed by the researcher, while the GDSS (Geriatric Depression Screening Scale) was used for the measurement of depression.

The results of this research showed that the elderly do not participate in all activities of KAPI with the same frequency. The attendance during festivities and the visits to the lounge of KAPI was greater than the attendance in groups activities and utilization of medical and social services. There was no correlation found with statistical significance between attendance and demographics, social - economic factors, health situation and depression, with the exception of attendance in multi day excursions, where younger age is associated with attendance. The main reasons that influence attendance were, health, being busy at time of activities and psychological reasons, without any significant differences between the different types of activities.

The KAPI is considered to be a successful institution for the protection of the Elderly, combining the benefit of services of prevention, promotion and education of health, with the benefit of recreational activities. However, it is crucial to carry out evaluation of the services they are offering, so as to enlarge and extend their programs, adapt them to the true needs of the elderly and to adopt strategies to make registered members more active and attract new ones. This will help the KAPI to serve a larger number of Elderly people.

Key words: KAPI (Open Care Centres for the Elderly), Elderly, Participation in activities, Depression.

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1. Δημογραφική γήρανση

**«Population ageing is first and foremost a success story for public health policies as well as social and economic development ...»  
Gro Harlem Brundtland, Director-General, World Health Organization, 1999.**

Η γήρανση του πληθυσμού, δηλαδή «η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό και η ζωή των ατόμων μεγάλης ηλικίας», αποτελεί ένα θρίαμβο για την ανθρωπότητα. Αλλά είναι επίσης και μια μεγάλη πρόκληση. Καθώς μπαίνουμε στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, η γήρανση του πληθυσμού θα προκαλέσει αυξημένες οικονομικές και κοινωνικές απαιτήσεις σε όλο τον κόσμο. Το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας άνω των 60 αυξάνεται γρηγορότερα από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Μεταξύ του 1970 και 2050, η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων αναμένεται να είναι 694 εκατομμύρια. Το 2050 θα υπάρχουν συνολικά 1,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι πάνω από 60 ετών. (WHO, 2002).

Το προσδόκιμο επιβίωσης έχει σημειώσει μεγάλη αύξηση την τελευταία 50ετία, και θα εξακολουθήσει να αυξάνεται στις επόμενες δεκαετίες. Ωστόσο, οι δημογραφικές αλλαγές θα θέσουν νέες προκλήσεις για τα συστήματα στην υγεία και τη μακροχρόνια μέριμνα. Λόγω του χαμηλού ποσοστού γεννήσεων και του αυξανόμενου προσδόκιμου επιβίωσης, ο πληθυσμός της Ευρώπης γηράσκει προοδευτικά. Επιπλέον, μεγάλος αριθμός εργαζομένων που γεννήθηκαν στις δεκαετίες του '50 και του '60 θα αρχίσουν να συνταξιοδοτούνται μέσα στα επόμενα 10 - 15 χρόνια. Έτσι, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα αυξηθεί δραστικά τις επόμενες δεκαετίες.

Οι αναλογίες βέβαια των ηλικιωμένων διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Στην Ιαπωνία για παράδειγμα περισσότερο από ένα στους τέσσερις θα φτάσει πάνω από 65 χρόνων, ενώ ένας στους έξι στις ΗΠΑ. Μετά την ηλικία των 65 χρόνων οι άνθρωποι θα ζουν κατά μέσο όρο άλλα 12-22 χρόνια, με την Γαλλία και την Ιαπωνία να έχουν το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης. Η αναλογία των ανθρώπων που ζουν πάνω από 80 επίσης αυξάνεται. Στην Γαλλία, στην Γερμανία, στην Ιταλία, στην Ιαπωνία και στην Αγγλία, το 4% του πληθυσμού

είναι τώρα σε αυτήν την ηλικία. Προβλέπεται ότι και άλλες χώρες θα ακολουθήσουν αυτή την τάση. (WHO, 2004).

Η Ελλάδα, ακολουθεί την τάση αυτή της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, όπως στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ο αριθμός των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών αυξάνεται. Η δημογραφική κατάσταση χαρακτηρίζεται από χαμηλή γεννητικότητα και αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Ο πληθυσμός άνω των 60 ετών το 2002 ανερχόταν σε 2.539.000, ενώ το 2050 εκτιμάται ότι θα φτάσει τα 3.652.000. Σε ποσοστά επί του γενικού πληθυσμού αυτό αντιστοιχεί σε 21% και 36% αντίστοιχα. (UNO, 2000). Σύμφωνα μάλιστα με τις προβολές της Eurostat, η Ελλάδα μαζί με την Ισπανία και την Ιταλία θα έχουν για το 2050 πολύ υψηλά ποσοστά εξάρτησης ηλικιωμένων.

Στην γήρανση αυτή του πληθυσμού στην Ελλάδα, σημαντικό ρόλο έπαιξε η μεγάλη εξωτερική μετανάστευση, η οποία σημειώθηκε στη δεκαετία του 1960 και η μερική παλιννόστηση στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Το φαινόμενο επίσης της εσωτερικής μετανάστευσης, κυρίως για λόγους αναζήτησης εργασίας, οδήγησε στην ανομοιόμορφη κατανομή του πληθυσμού στη χώρα, από την πλευρά της ηλικιακής σύνθεσης. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1986). Καθώς επίσης και το σχετικά πρόσφατο φαινόμενο της αναστροφής της εσωτερικής μετανάστευσης (Κυριαζή-Άλλισον, 1998) και της εγκατάστασης στην Ελλάδα μεγάλου αριθμού προσφύγων και αλλοδαπών, κυρίως από τα Βαλκανικά κράτη (Mestheneos, 1999), αναμένεται να επιδράσει στα δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού.

Η γήρανση του πληθυσμού, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημόνων, πολιτικών και της κοινής γνώμης παγκοσμίως. Και αυτό γιατί εκτός από την μεγάλη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, παράλληλα έχουμε μεγάλες μεταβολές στις δημογραφικές και κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές τις τελευταίες δεκαετίες, με συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας και μεταβολές στην δομή της οικογένειας και στο μέγεθος των νοικοκυριών, που άλλαξε την ζωή των ηλικιωμένων. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999).

Σε ό, τι αφορά τον αντίκτυπο στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας μέριμνας, οι κυριότερες επιπτώσεις της δημογραφικής



γήρανσης, θα συνδέονται με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που χρειάζονται περισσότερη υγειονομική περίθαλψη απ' ό,τι τα νεότερης ηλικίας άτομα λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας σοβαρών ασθενειών. Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και την μακροχρόνια μέριμνα των ομάδων μεγαλύτερης ηλικίας είναι υψηλότερες απ' ό,τι για τις ομάδες μικρότερης ηλικίας. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει επίσης να προσαρμοστούν σε διαφορετικά πρότυπα ασθένειας, τα οποία συνδέονται με την αλλαγή του ηλικιακού προφίλ των ασθενών. Για τη μακροχρόνια μέριμνα, η ζήτηση υπηρεσιών μέριμνας από τους ηλικιωμένους, π.χ. βοήθεια στην εκτέλεση των εργασιών της καθημερινής ζωής, είναι συχνά περισσότερο συνδεδεμένη με την αναπηρία ή με την αδυναμία των ηλικιωμένων, παρά με τη νοσηρότητα. (Γεωργούση και συν., 1999).

Για την υγειονομική περίθαλψη, όμως, η κλίμακα της αυξημένης ζήτησης αναμένεται να μετριαστεί μέσω των βελτιώσεων στην κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων, κάτι που συνοδεύει την τάση αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης τις τελευταίες δεκαετίες. Για τη μακροχρόνια μέριμνα, σε χώρες με διαθέσιμα σχετικά στοιχεία, όπως στις ΗΠΑ, φαίνεται ότι τα ποσοστά αναπηρίας των ηλικιωμένων μειώνονται με την πάροδο των ετών, μολονότι αυτό δεν συνδέεται απαραίτητως με την επιμήκυνση της διάρκειας της ζωής. Από την άλλη, ανεξαρτήτως των αυξήσεων του προσδόκιμου επιβίωσης, οι υπερήλικες είναι συνήθως αδύναμοι και χρειάζονται μακροχρόνια μέριμνα.

Η γήρανση θα οδηγήσει επίσης στην ανάγκη προσαρμογής των υπηρεσιών υγείας, και των κοινωνικών υπηρεσιών. Τα συστήματα πρέπει εξάλλου να δώσουν νέα σημασία στο στόχο της παροχής στους ηλικιωμένους, της δυνατότητας να ζουν δραστήρια, υγιή και ανεξάρτητη ζωή μέχρι μια πιο προχωρημένη ηλικία. Πρέπει να δοθεί έμφαση σε στρατηγικές πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της υγιεινής διατροφής και της σωματικής και πνευματικής δραστηριότητας, ξεκινώντας από τον τρόπο ζωής των νέων και των μεσηλικών.

## 2. Κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Υπηρεσίες που απευθύνονται μόνο στους ηλικιωμένους παρέχονται στην Ελλάδα από το κράτος, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και την ιδιωτική επιχειρηματική πρωτοβουλία. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999). Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην τρίτη ηλικία επικεντρώνεται κυρίως στη θεραπεία και στην περίθαλψη και λιγότερο στην πρόληψη. Έτσι, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας σε αυτή την ηλικία στρέφεται στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αντίθετα με ότι συμβαίνει στις νεαρότερες συνήθως ηλικίες, των οποίων ο κύριος όγκος ζήτησης στρέφεται στις προληπτικές υπηρεσίες. (Γεωργούση και συν., 1993).

Ειδικά στην Ελλάδα είναι έντονη η έλλειψη κλινών αποθεραπείας μέσης ή μακράς νοσηλείας. Έτσι, για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων, είτε παρατείνεται η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία, είτε οι ηλικιωμένοι κατευθύνονται σε μικρές ιδιωτικές κλινικές. (Νιάκας και Μπεαζόγλου, 1993). Κατά συνέπεια, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους προκαλεί ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη νέου τύπου κοινωνικών υπηρεσιών για την πρόληψη και υποστηρικτική θεραπεία, καθώς και η αύξηση του αριθμού των γηριατρικών κρεβατιών, σε συνεργασία πάντοτε με την τοπική αυτοδιοίκηση.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες να αναπτυχθούν πολιτικές για τους ηλικιωμένους με στόχους:

- την διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης,
- την αναβάθμιση και τον εμπλουτισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας
- την ενίσχυση των οικογενειακών πολιτικών (άτυπα δίκτυα φροντίδας),
- την προώθηση της ενεργού συμμετοχής των ατόμων τρίτης ηλικίας, όπως και την παροχή δυνατοτήτων για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους,
- την διασύνδεση των επιμέρους προνοιακών πολιτικών και προγραμμάτων.
- την ενθάρρυνση της τοπικής, αποκεντρωμένης και μικρής κλίμακας λειτουργίας. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005)

Οι τύποι φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα που έχουν διαμορφωθεί στην προσπάθεια να βρεθούν οι πιο σωστές επιλογές για την φροντίδα των ηλικιωμένων είναι (Μπαλασοπούλου και συν., 1991):

Η **Άτυπη Φροντίδα** (Informal Care) η οποία προσφέρεται περιστασιακά ή μόνιμα από άτομα που δεν είναι επαγγελματίες, αλλά είναι συνήθως συγγενείς ή φίλοι. Η μορφή αυτή αποτελεί ακόμα το στήριγμα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. (Giarchi, 1996). Έναντι άλλων ευρωπαϊκών χωρών, η Ελλάδα έχει ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων που ζουν μαζί ή κοντά στα παιδιά τους, ή με άλλους συγγενείς και η συχνή επαφή και φροντίδα με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται (Καραντινός, 1992). Λέγεται ότι το 56% των ηλικιωμένων ζουν με τα παιδιά τους ή πολύ κοντά και το 82% έχουν συχνή επαφή με τους συγγενείς τους. Οι φίλοι και οι γείτονες παρέχουν επίσης βοήθεια και υποστηρίζουν εκείνους τους ηλικιωμένους που δεν ζουν κοντά με τις οικογένειές τους (Giarchi, 1996). Στην Ελλάδα η μορφή αυτή φροντίδας, θεωρείται υποχρέωση για τα παιδιά των ηλικιωμένων γονιών και το κράτος φροντίζει μόνο τον ηλικιωμένο που είναι μη αυτοεξυπηρετούμενος και ζει μόνος του.

Η **Οικιακή Φροντίδα** (Domiciliary care): Είναι οι υπηρεσίες που προσφέρονται από φορείς και άτομα στα πλαίσια των κοινωνικών υπηρεσιών, εθελοντικών οργανισμών, χωρίς όμως να αποκλείεται και η συνεργασία των συγγενών και φίλων. Σκοπός αυτών των υπηρεσιών είναι να παραμείνει ο ηλικιωμένος σπίτι του, να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η πιθανότητα εισαγωγής του σε κάποιο γηροκομείο, με το να του εξασφαλίζει αξιοπρεπείς και υγιείς συνθήκες ζωής, βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα της ζωής του.

Όλοι οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να παραμείνουν όσο το δυνατόν περισσότερο στο σπίτι τους, στη γειτονιά τους. Η παραμονή στο σπίτι επιτρέπει την καλύτερη χρήση των πόρων της κοινότητας γιατί δίνει την δυνατότητα να αναπτυχθεί το άτυπο σύστημα φροντίδας, αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών καθώς και η αυτοβοήθεια και αλληλοβοήθεια μεταξύ αυτών που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα. Η πολιτική της παραμονής των υπερηλικών

στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, αν και δεν λύνει όλα τα προβλήματα, ανταποκρίνεται στην επιθυμία των περισσότερων ηλικιωμένων. (Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, 1994).

Ειδικότερα, τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κατ'οίκον Νοσηλεία», αποσκοπούν στην παροχή βοήθειας, ώστε να παραμείνει ο ηλικιωμένος στο σπίτι του και να απολαμβάνει ένα καλό επίπεδο ζωής, στην παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του ηλικιωμένου και στην έγκαιρη επέμβαση για παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη ψυχολογική του υποστήριξη. (Χαλαστάνη, 1993, Κυριόπουλος και συν., 1995).

Η **Ιδρυματική Φροντίδα (Residential Care)**: Είναι το είδος της φροντίδας που περιλαμβάνει την κλειστή περίθαλψη που παρέχεται από κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς. Όταν η οικογένεια δεν είναι ικανή να φροντίσει τους ηλικιωμένους της και δεν υπάρχει καμία άλλη λύση, η οικογένεια επιλέγει να στείλει τον ηλικιωμένο σε κάποιο ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, αλλά έχοντας το στίγμα ότι εγκατέλειψε τον ηλικιωμένο.

Σήμερα διαπιστώνεται ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται στον ηλικιωμένο, έχουν διευρυνθεί και συμπληρωθεί με υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι. Υπάρχει συνεχής απομάκρυνση από τη νοσοκομειακή ή την ιδρυματική φροντίδα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και αυτές δεν εφαρμόζονται όταν πρέπει. Καταβάλλεται επίσης προσπάθεια για την εύκολη πρόσβαση σε εναλλακτικές υπηρεσίες, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις επιθυμίες των ατόμων και διατηρούν την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων.

Ο νέος τρόπος αντιμετώπισης θεωρεί ως προτεραιότητα την επέκταση της θεραπείας και της πρόληψης προβλημάτων, για τα οποία μέχρι σήμερα δεν υπήρχαν προγράμματα. Ο γενικός στόχος είναι η απομάκρυνση από το «κλινικό» μοντέλο και η υιοθέτηση του «κοινωνικού» μοντέλου, το οποίο αναπτύσσεται κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Η επιτυχία του κοινωνικού και τοπικού προσανατολισμού βοηθά να περιοριστεί στο ελάχιστο η προσφυγή σε ιδρυματική ή νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι γίνεται εξοικονόμηση πόρων και αποφεύγεται η ιδρυματική αντιμετώπιση. Η διατήρηση ενός ενεργού ρόλου του ηλικιωμένου στην κοινωνία για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, σημαίνει ότι θα παραμείνουν ανεξάρτητοι στο δικό τους περιβάλλον και με

αυτή την έννοια, υπάρχει μια μετατόπιση από την μόνιμη φιλοξενία σε ιδρύματα σε μια ανοικτή προστασία. (Nijikamp, 1991; Giaoutzi, 1991)

Το πρώτο πρόγραμμα που αναπτύχθηκε κάτω από τις νέες αντιλήψεις, ήταν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) κατά τη δεκαετία του 1980. Είναι αποδεδειγμένο ότι η μακρόχρονη παρουσία των ΚΑΠΗ στον ελληνικό χώρο έχει επιδράσει θετικά στην καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων. Τη δεκαετία του 1990 ξεκίνησε να δίνεται έμφαση στις οικογενειακές πολιτικές, αφού άρχισαν να εμφανίζονται φαινόμενα αποδόμησης στο θεσμό της οικογένειας. Ταυτόχρονα, δοκιμάστηκε και εφαρμόστηκε επιτυχώς το Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" για τους ηλικιωμένους που στερούνται οικογένειας, ή μένουν μακριά ή είναι αποκομμένοι από αυτήν, με στόχο την παροχή φροντίδας στο σπίτι των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα στους αδύναμους ή μοναχικούς, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και να διατηρηθεί η αυτονομία και η ανεξαρτησία τους. Τα Προγράμματα αυτά θα παρουσιαστούν παρακάτω.

### **3. Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)**

#### **3.1. Εισαγωγή**

Πολιτικές για την κοινωνική προστασία των ηλικιωμένων, υπάρχουν σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη. Όλες αυτές οι πολιτικές επιδιώκουν την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας των ηλικιωμένων, αναπτύσσοντας δίκτυα που θα παρέχουν ανοικτή περίθαλψη, επιτρέποντας έτσι στους ηλικιωμένους να παραμείνουν στην κοινότητα, και στα σπίτια τους όσο το δυνατόν πιο πολύ και να κρατηθούν υγιείς μέχρι τα βαθιά γεράματα. Σύλλογοι φιλίας που προσφέρουν προγράμματα ψυχαγωγίας, επιμορφωτικές δραστηριότητες και πληροφόρηση, υπάρχουν για τους υγιείς ηλικιωμένους. Ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες παρέχονται από διάφορα ειδικά κέντρα στους ηλικιωμένους όταν είναι απαραίτητο. Επίσης υπάρχουν νοσοκομεία ημέρας και κέντρα ημερήσιας φροντίδας για τους μη υγιείς ηλικιωμένους που προσφέρουν ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και προγράμματα φροντίδας.

Κύρια διαφορά μεταξύ αυτού του είδους τα κέντρα και των ΚΑΠΗ, είναι η διαφοροποίηση μεταξύ δημιουργικών δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα

στα περισσότερα κέντρα υπάρχει μια σαφής διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσανατολίζονται σε υγιείς και αυτοεξυπηρετούμενος ηλικιωμένους και σε αυτούς που δεν είναι υγιείς. Φαίνεται ότι τα ΚΑΠΗ είναι ένα μοναδικό είδος οργανισμού ο οποίος συνδυάζει και τους δύο τύπους υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες που προσφέρει κάθε ΚΑΠΗ, δεν είναι βέβαια οι ίδιες σε όλα τα κέντρα αυτά, γιατί σε πολλά υπάρχει έλλειψη προσωπικού και οικονομικών πόρων, πράγμα που επηρεάζει το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών. (Δανηλίδου και συν., 2003).

### **3.2. Ιστορική αναδρομή της θεσμοθέτησης των ΚΑΠΗ.**

Η διεθνής τάση αναδιάρθρωσης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας (Στασινοπούλου, 1996), στην Ελλάδα βρήκε έκφραση, όσο αφορά στους ηλικιωμένους, με τη σύσταση των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και τη θεσμοθέτηση προγραμμάτων όπως «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κατ'οίκον Νοσηλεία». Θεσμοί οι οποίοι άλλωστε, με διαφορετικά σχήματα, λειτουργούν στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Hutten and Kerkstra, eds. 1996).

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ αποτελεί ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους ή σαν μέλη της οικογένειας. Η πολιτεία αναγνώρισε την ανάγκη παροχής προληπτικής ιατρικής, ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης της Τρίτης Ηλικίας, την δεκαετία του '70. Έτσι ίδρυσε τα Κέντρα αυτά, τα οποία παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.

Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει τη σύσταση των ΚΑΠΗ είναι το Ν.Δ. 162/1974, «Περί μέτρων προστασίας υπερηλικών και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' 227). Στο πρώτο άρθρο του Ν.Δ. αναγνωρίζεται η αρμοδιότητα του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών όσον αφορά στην προστασία των υπερηλικών. Για το σκοπό αυτό, μεταξύ άλλων μέτρων, στο άρθρο τρία του Ν.Δ. παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης Κέντρων Προστασίας

Γήρατος, τα οποία θα παρέχουν εξωϊδρυματική φροντίδα, ψυχαγωγία και απασχόληση των υπερηλίκων ατόμων.

Τα παραπάνω Κέντρα συνιστώνται με Προεδρικά Διατάγματα, ως ΝΠΔΔ υπαγόμενα στην αρμοδιότητα και την άμεση εποπτεία του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών. Η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ, ρυθμίζονται με το Ν.Δ. 162/73, όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74. Με το Ν.1416/84, για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, το κράτος μεταβίβασε στην τοπική αυτοδιοίκηση την ευθύνη για την ανάπτυξη του θεσμού των ΚΑΠΗ. Σύμφωνα με το νόμο προβλέπεται η ετήσια επιχορήγηση, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, των δήμων και των κοινοτήτων, καθώς και των ΚΑΠΗ των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για σκοπούς και δραστηριότητες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. (Κρεμαλής και συν. , 1990).

Μέλη του ΚΑΠΗ εγγράφονται άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών, που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας του Κέντρου, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση. Τα ενεργά μέλη του ΚΑΠΗ δεν μπορεί να είναι λιγότερα από 50 και περισσότερα από 300. Για την εγγραφή τους τα μέλη πληρώνουν μια συμβολική συνδρομή ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες. Ανάλογη είναι και η οικονομική συμμετοχή στις διάφορες εκδηλώσεις του ΚΑΠΗ.

### **3.3. Σκοπός, στόχοι και υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ.**

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 329/89, για κάθε ΚΑΠΗ γίνεται σύσταση Οργανισμού Λειτουργίας, Διοίκησης και Διαχείρισης. Με βάση τον Οργανισμό, **σκοπός** των ΚΑΠΗ είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους

Οι **στόχοι** των Ανοικτών αυτών Κέντρων είναι:

- Η Κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων
- Η Προληπτική ιατρική
- Η Ενεργοποίηση των μελών
- Η Αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους
- Η Ευαισθητοποίηση της κοινότητας
- Η Αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών
- Οι Διασυνδέσεις και συνεργασίες με άλλους φορείς
- Η Ιατροκοινωνική έρευνα

Οι βασικές **υπηρεσίες** τις οποίες παρέχει το ΚΑΠΗ είναι:

- (α) η οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση,
- (β) η παροχή οδηγιών για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη,
- (γ) η προσφορά κοινωνικής εργασίας στους ηλικιωμένους και στο άμεσο περιβάλλον τους,
- (δ) η παροχή υπηρεσιών φυσιοθεραπείας και εργοθεραπείας,
- (ε) η βοήθεια στο σπίτι στις περιπτώσεις αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης,
- (στ) η συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις
- (ζ) εντευκτήριο.

### **3.4. Διοίκηση και Στελέχωση των ΚΑΠΗ**

Το ΚΑΠΗ διοικείται από επταμελές συμβούλιο, το οποίο απαρτίζουν:

- Ο Δήμαρχος ή ο Αντιδήμαρχος που ορίζει ο Δήμαρχος, ως Πρόεδρος.
- Ένας Δημοτικός Σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
- Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ, που εκλέγεται μεταξύ των μελών του, από τους ίδιους τους ηλικιωμένους.
- Ένας Κοινωνικός Λειτουργός, υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από το Υπουργείο.



- Ένας Δημότης που προτείνει ο Δήμαρχος, ανάμεσα σε άτομα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
- Ένας αιρετός εκπρόσωπος των εργαζομένων στο ΚΑΠΗ.
- Ένας εκπρόσωπος των Τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων. (Τεπέρογλου και συν, 1986, Τεπέρογλου, 1990).

Για την εκπλήρωση του έργου τους, τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται με:

(α) Κοινωνικό Λειτουργό, ο οποίος είναι ο συντονιστής της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του κέντρου. Είναι αυτός που υποδέχεται κάθε μέλος του κέντρου και κάνει την εγγραφή του σ' αυτό. Συμβάλλει στην αντιμετώπιση τυχόν ψυχολογικών, ατομικών ή οικογενειακών προβλημάτων του μέλους, σεβόμενος την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ηλικιωμένου. Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του Κέντρου και την Διοίκηση και έχει την διοικητική ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας όλων των υπηρεσιών. Επίσης οργανώνει σύμφωνα με το εγκεκριμένο πρόγραμμα διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγικές, επιμορφωτικές και επικοινωνεί με τους φορείς της περιοχής ή της κοινότητας με σκοπό την διαφώτιση και την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα του ΚΑΠΗ.

(β) Φυσικοθεραπευτή, ο οποίος ύστερα από γραπτή εντολή του ιατρού, εφαρμόζει φυσιοθεραπευτική αγωγή στα μέλη του Κέντρου στον χώρο του ΚΑΠΗ ή στο σπίτι των μελών, σε έκτακτες ή ειδικές ανάγκες που κρίνει ο ιατρός.

(γ) Εργοθεραπευτή, ο οποίος έχει ως έργο του την αξιοποίηση και την δραστηριοποίηση του μέλους για δημιουργική απασχόληση και παραγωγικό έργο, με σκοπό την οικονομική του ενίσχυση. Επίσης βοηθά τον ηλικιωμένο στην άσκηση για αυτοεξυπηρέτηση και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων. Και ο εργοθεραπευτής μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του στο σπίτι του μέλους αν κρίνεται απαραίτητο.

(δ) Ιατρό φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης ή γηρύατρο, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ιατρείο του Κέντρου. Συνήθως είναι μερικής απασχόλησης.

(ε) Αδελφή επισκέπτρια ή Νοσηλεύτρια, η οποία συνεργάζεται με τον ιατρό του Κέντρου και παρέχει νοσηλευτική φροντίδα και οδηγίες στο χώρο του ιατρείου ή στο σπίτι του μέλους μετά από εντολή γιατρού.

(στ) Οικογενειακή βοηθός, η οποία προσφέρει τις υπηρεσίες της στο σπίτι των μελών που ζουν μόνοι τους και έχουν ανάγκη βοήθειας, όπως στις δουλειές του σπιτιού ή σε άλλες μικροεξυπηρετήσεις έξω από το σπίτι.

Η γραμματειακή και διοικητική υποστήριξη του ΚΑΠΗ ανατίθεται σε δημοτικό ή κοινοτικό υπάλληλο, με βάση το άρθρο 109 του Ν.1188/81 και σε μέλη του Κέντρου. Εφόσον οι ανάγκες το απαιτούν, για κάθε μία από τις παραπάνω ειδικότητες μπορεί να προσληφθεί και δεύτερο άτομο.

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ άρχισε να λειτουργεί το 1979 όταν στήθηκε πειραματικά το πρώτο Κέντρο, ενώ στη συνέχεια λειτούργησαν οχτώ Κέντρα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις. Σήμερα, στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης, λειτουργούν περισσότερα από 370 ΚΑΠΗ σε όλη την Ελλάδα, από τα οποία όμως 120 δεν λειτουργούν κανονικά λόγω έλλειψης προσωπικού και χρηματοδότησης. (Δανιηλίδου και συν., 2003).

### **3.5. Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι (Π.Β.Σ)**

Στα πλαίσια λειτουργίας πολλών ΚΑΠΗ, λειτουργεί παράλληλα και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο έχει σαν σκοπό την παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, την διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους, την αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, την εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε το 1997 όταν το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., τους Δήμους και τα Κ.Α.Π.Η., αξιολογώντας τις απαιτήσεις της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας για μια πιο ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων ξεκίνησε την εφαρμογή του εθνικού πιλοτικού προγράμματος με την ονομασία «Βοήθεια στο Σπίτι». Η πορεία του κρίθηκε επιτυχημένη και έτσι το 2000 δημιουργήθηκαν οι πρώτες Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας συγχρηματοδοτούμενες από το Β' Κοινοτικό

Πλαίσιο Στήριξης και το Υπουργείο Εργασίας. Το 2002 ξεκινάει η υλοποίηση των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι που συγχρηματοδοτούνται από το Γ'Κ.Π.Σ. και Εθνικούς Πόρους. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα με έντονη κοινωνική αναφορά, καθώς αγγίζει την ευαίσθητη - και με σύνθετης υφής προβλήματα - κοινωνική ομάδα της τρίτης ηλικίας. (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., 2002).

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους και σε άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ψυχοκινητικά προβλήματα, με προτεραιότητα εκείνους που διαβιών μόνοι τους, που δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας και, των οποίων το εισόδημα δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν την μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία. Απευθύνεται επίσης, σε άτομα που διαβιών με την οικογένειά τους, αλλά χρήζουν ψυχοσυναισθηματικής στήριξης είτε οι ίδιοι, είτε ο οικογενειακός τους περίγυρος.

Το Π.Β.Σ. εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Παρέχονται υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής Φροντίδας και Οικογενειακής Οικιακής Βοήθειας και ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών. Οι ειδικότητες που εργάζονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και οικογενειακοί βοηθοί, και ως εξωτερικοί συνεργάτες ιατροί και φυσικοθεραπευτές.

Οι υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα είναι:

- Ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια.
- Νοσηλευτικές υπηρεσίες και φυσικοθεραπεία.
- Κοινωνική Εργασία με άτομα, ομάδες και κοινότητα.
- Κοινωνική Εργασία με οικογένεια.
- Πρακτικές εξυπηρετήσεις όπως: εξόφληση λογαριασμών, ψώνια, συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες, επισκέψεις στο σπίτι, τηλεφωνικές επικοινωνίες ανάλογα με τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου, ευκαιρίες για ψυχαγωγία και συμμετοχή στη ζωή.
- Κατ' οίκον καθαριότητα.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα προγράμματα αυτά αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα τόσο λειτουργικά, όσο και θεσμικά που δυσχεραίνουν το έργο τους. Τα προβλήματα αυτά επικεντρώνονται κυρίως στο γεγονός ότι δεν υπάρχει κάποιος ενιαίος φορέας υπεύθυνος για τον σχεδιασμό, την εποπτεία και την χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών, αλλά σε όλα αυτά εμπλέκονται ταυτόχρονα τρία διαφορετικά υπουργεία.

# ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

#### **4. Δημογραφικά και κοινωνικο – οικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων**

Προκειμένου να γίνει κατανοητός ο σκοπός, οι στόχοι και τα αποτελέσματα της έρευνας, θα παρουσιαστούν παρακάτω μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά των ηλικιωμένων, σύμφωνα με την βιβλιογραφική αναζήτηση και τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που έγιναν, με αντικείμενο μελέτης παρόμοιο με αυτό της παρούσας έρευνας.

Το αντικείμενο της μελέτης που διαπραγματευόμαστε που είναι οι ηλικιωμένοι, δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ομάδες ηλικιών, στα φύλα, στην υγεία, στην οικογενειακή κατάσταση, στο επάγγελμα, στο οικονομικό επίπεδο, στις κοινωνικές προσδοκίες, στην ψυχολογική κατάσταση και στην ικανοποίηση για την ζωή.

Η αναλογία των γυναικών άνω των 65, είναι μεγαλύτερη και έτσι το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης είναι εντονότερο στον γυναικείο πληθυσμό. Η αναλογία αυτή αυξάνεται γρηγορότερα στις γυναίκες παρά τους άνδρες, διευρύνοντας έτσι το χάσμα μεταξύ των δύο φύλων.

Έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων, δείχνουν ότι η ελληνική κοινωνία έχει ορισμένες ιδιαιτερότητες. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι άνδρες είναι έγγαμοι. Οι περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες είναι χήρες, ενώ είναι χαμηλό το ποσοστό των ηλικιωμένων διαζευγμένων και εκείνων που βρίσκονται σε διάσταση. Οι άγαμες και διαζευγμένες γυναίκες είναι περισσότερες από τους συνομηλικούς άνδρες που βρίσκονται στην ίδια οικογενειακή κατάσταση. Οι περισσότεροι έχουν παιδιά και εγγόνια και η πιο συνηθισμένη οικογενειακή διάρθρωση είναι η οικογένεια με τουλάχιστον ένα παιδί και εγγόνια, οικογένεια τριών γενεών. Ένα σχετικά σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων δεν έχουν παιδιά, ενώ από αυτούς που δηλώνουν ότι έχουν, οι περισσότεροι δηλώνουν ότι έχουν δύο. (Αμηνά και συν, 1986, Γεωργιάδη, 1989, Τεπέρογλου, 1990, 1991, Μπαλούρδος και συν., 1993).

Στην Ελλάδα εξακολουθεί ακόμα οι ηλικιωμένοι με μεγάλα και μεσαία εισοδήματα και με περιουσιακά στοιχεία, να ενισχύουν οικονομικά τα παιδιά

τους, είτε ζουν μαζί τους, είτε ζουν μόνα τους. Επίσης πολλοί προσφέρουν διάφορες υπηρεσίες στην οικογένεια των παιδιών τους όταν συγκατοικούν, ακόμα και όταν ζουν κατά ζεύγη ή μόνοι τους σε χωριστό νοικοκυριό. Ενώ η παροχή βοήθειας διευκολύνεται και αυξάνεται, όταν γονείς και παιδιά μένουν σε κοντινή απόσταση.

Η γειτνίαση με τα παιδιά βέβαια, είναι ιδιαίτερα ευεργετική για τους ηλικιωμένους, όχι μόνο για τις συχνές επαφές ανάμεσα στις δύο γενεές, αλλά επίσης και για την προσφορά των ηλικιωμένων στους νεότερους και για το συναίσθημα που αποκομίζουν οι ηλικιωμένοι για τη χρησιμότητά τους. Στην Ελλάδα, το 25% των γυναικών άνω των 50 ετών, φροντίζουν τα παιδιά της οικογένειας, περισσότερες γυναίκες από άνδρες.

Ο ρόλος φύλαξης των παιδιών είναι ιδιαίτερα σημαντικός, λόγω της εργασίας της μητέρας. Οι ηλικιωμένες γυναίκες θεωρούν ότι έχουν καθήκον ανατροφής των εγγονιών, συνέχιση του προηγούμενου ρόλου ανατροφής των παιδιών. Η φύλαξη των παιδιών από τη γιαγιά και πιο σπάνια από τον παππού, είναι αναγκαία λόγω των διαφορετικών ωραρίων απασχόλησης και σχολείων. Η γιαγιά έχει το χρόνο να φροντίζει τα παιδιά όταν λείπει η μητέρα τους και δεν έχουν σχολείο, ο παππούς με μεγάλη ευχαρίστηση πηγαίνει και φέρνει τα παιδιά από το σχολείο ή ασχολείται με το διάβασμά τους. (Almind, 1985, Kilmartin, 1989, Μαράτου- Αλιμπράντη, 1998).

Τις περισσότερες υπηρεσίες προσφέρουν οι ηλικιωμένες χήρες που ζουν μαζί ή κοντά στα παιδιά τους, τα οποία έχουν οικογένεια και εργάζονται. Ο παππούς και η γιαγιά, έχουν το χρόνο να πάνε για ψώνια, να πληρώσουν τους λογαριασμούς, να φροντίσουν το κήπο αν υπάρχει, η γιαγιά να μαγειρέψει, να σιδερώσει, να φροντίσει το σπίτι, να πλέξει, να ράψει. (Pitsiou, 1986, Μπαλούρδος και συν., 1993).

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων, παρουσιάζονται διαφορές ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, τις περιοχές, τον τόπο που πέρασαν τα παιδικά τους χρόνια. Ο ηλικιωμένος πληθυσμός, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη και σε ολόκληρο τον κόσμο, χαρακτηρίζεται από υψηλότερο αναλφαβητισμό και χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σύγκριση με τις νεότερες ομάδες ηλικιών.

Μεγάλες ανισότητες παρατηρούνται ανάμεσα στις αναπτυγμένες και τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες και στην ίδια χώρα ανάμεσα στα φύλα. Οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά αναλφαβητισμού και χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης. (Angel and Podnieks, 1997, Σπινέλλη, 1991).

Όσον αφορά την απασχόληση των ηλικιωμένων, ως εργασία δεν θεωρούνται μόνο οι αμειβόμενες αλλά και οι μη αμειβόμενες δραστηριότητες, όπως οι οικιακές εργασίες, η εθελοντική εργασία, καθώς και κάποια κρυφή, ανεπίσημη απασχόληση που είναι δυνατόν να προσπορίζει εισόδημα. Η δουλειά που συνδέεται με το σπίτι, δηλαδή μαγείρεμα, καθάρισμα, φύλαξη παιδιών κ.λ., είναι μια σημαντική απασχόληση που δεν σταματά όταν οι άνθρωποι γερνούν ή συνταξιοδοτούνται. Στις λιγότερες αναπτυγμένες χώρες όπου η συγκατοίκηση είναι συχνή, οι ηλικιωμένοι έχουν την φροντίδα του σπιτιού, των παιδιών, όταν οι νέοι γονείς είναι εργαζόμενοι. (Hunt, 1978; Townsend, 1979 ; Jonsons, 1985).

Για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων απαιτείται κάποιο εισόδημα. Στην Ελλάδα υπάρχουν μεγάλες εισοδηματικές ανισότητες στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν εισοδήματα από την κοινωνική ασφάλιση, από επικουρικές συντάξεις, από εργασία, από ιδιωτική ασφάλιση, από αποταμιεύσεις, από περιουσία. Η σύνταξη σηματοδοτεί το βιοτικό επίπεδο των περισσότερων συνταξιούχων, ενώ η περιουσία βελτιώνει το βιοτικό επίπεδο. (Έκμε Πουλοπούλου, 1993, Αμίτσης, 1995, 1997).

Έρευνες που έγιναν σε ΚΑΠΗ, όπου εγγεγραμμένα μέλη είναι ηλικιωμένοι από τις μεσαίες και τις κατώτερες οικονομικές ομάδες, διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλότερο μέσο εισόδημα από τους νεότερους. Οι γυναίκες βρίσκονται σε ασθενέστερη οικονομική κατάσταση από τους άνδρες. Ενώ παρατηρείται ότι το εισόδημα των ηλικιωμένων διαφέρει από περιοχή σε περιοχή. Το εισόδημα του αστικού πληθυσμού είναι υψηλότερο από του ημιαστικού και αγροτικού ηλικιωμένου πληθυσμού. (Κανελλόπουλος, 1984).

Η προληπτική έρευνα στα ΚΑΠΗ που έγινε το 1982-83, έδειξε ότι η σύνταξη ήταν το μοναδικό εισόδημα των περισσότερων ηλικιωμένων ιδιαίτερα στις πολύ μεγάλες ομάδες ηλικιών και ότι ελάχιστοι εργάζονταν και ελάχιστοι είχαν εισοδήματα από περιουσία ή άλλες πηγές. Η έρευνα στα ΚΑΠΗ το 1988,



έδειξε ότι η σύνταξη αποτελεί βασική πηγή εισοδήματος για το 85% και για το 65% υπάρχει παράλληλα εισόδημα από περιουσία. Επίσης 2 στους 3 ηλικιωμένους θεωρούν την οικονομική τους κατάσταση μέτρια και λιγότεροι από 1 στους 4, καλή. Σε σύγκριση με την προλειτουργική έρευνα του 1982-83, τα μέλη είχαν δηλώσει καλύτερη οικονομική κατάσταση.

#### 4.1. Επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι διαφοροποιούνται στα θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι γηρίατροι/ γεροντολόγοι διακρίνουν τους ηλικιωμένους σε υγιείς, σε αυτοεξυπηρετούμενους με απλά ιατρικά και χρόνια οικονομικά προβλήματα και σε σωματικά, εγκεφαλικά ή ψυχικά ανάπηρους. Ενώ για τους ασθενείς έχουν γίνει πολλές έρευνες, για τους υγιείς οι έρευνες είναι συγκριτικά ελάχιστες. (Δοντάς, 1981, Χανιώτης, 1989, Τσουνίας, 1993).

Τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων είναι παρόμοια με εκείνα των μεσηλικών. Η διαφορά συνίσταται στο ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων είναι ασθενείς, πάσχουν από πολλές ασθένειες συγχρόνως, και συνήθως χρειάζονται περισσότερο χρόνο να αναρρώσουν σε σχέση με τους νεότερους, χρησιμοποιώντας περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες. Τα συχνότερα προβλήματα είναι αυτά που σχετίζονται με την κίνηση και την κατανόηση και είναι πιο εκτεθειμένοι στους κινδύνους από το φυσικό και οικονομικό τους περιβάλλον, κάνοντάς τους ευπαθής σε ατυχήματα. (Eurolink Age, 1993).

Όσον αφορά την αυτοαντίληψη των ηλικιωμένων για την κατάσταση της υγείας τους, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι μια σχετικά μεγάλη αναλογία ηλικιωμένων θεωρούν ότι η υγεία τους δεν είναι καλή. Μικρό ποσοστό παραδέχεται ότι η υγεία του είναι καλή και το ποσοστό αυτό μειώνεται στις μεγάλες ηλικίες. (Pitsiou, 1986). Πολλοί ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι πάσχουν από περισσότερες ασθένειες. Οι σημαντικότερες παθήσεις που αναφέρουν είναι οι καρδιακές, οι ρευματικές, οι πνευμονικές και οι πεπτικές. Οι ηλικιωμένοι για να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα υγείας απευθύνονται στο γιατρό, ενώ

αρκετοί ηλικιωμένοι ιδιαίτερα γυναίκες, στρέφονται στα παιδιά τους ή σε συγγενείς. (Αμηρά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986).

Οι έρευνες στα ΚΑΠΗ δείχνουν ότι ελάχιστοι επισκέπτονται άλλο γιατρό εκτός εκείνου του ΚΑΠΗ. (Τεπέρογλου και συν., 1990). Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν νοσηλεύτηκαν κατά το προηγούμενο έτος της έρευνας σε νοσοκομείο. (Αμηρά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986). Τα ποσοστά αναπηρίας από ατύχημα ή χρόνια ασθένεια που επηρεάζει την καθημερινή ζωή, είναι ιδιαίτερα υψηλά στις αγροτικές περιοχές. (Heikkinen et al., 1983). Ενώ υπάρχουν διαφορές στο επίπεδο νοσηρότητας ανάμεσα στις κοινωνικο-οικονομικές ομάδες και χαμηλότερη υποκειμενική εκτίμηση του επιπέδου υγείας στις χαμηλότερες ομάδες. (Καλομενίδης και συν., 1997).

Οι προοδευτικά επερχόμενες και επιδεινούμενες μεταβολές που συνοδεύουν το πέρασμα των χρόνων, όπως η επιβράνδυση της σκέψης, η επιδείνωση της πρόσφατης μνήμης, οι αλλαγές στις συνήθειες ύπνου, η ανασφάλεια, η κοινωνική απομόνωση και η εξάρτηση, οδηγούν στην εμφάνιση ψυχοπαθολογικών διαταραχών που φέρνουν πιο γρήγορα το θάνατο. Η κατάθλιψη, σε αντίθεση με την άνοια, είναι θεραπεύσιμη. Είναι πρόβλημα ιατρικό και είναι η πιο συχνή ψυχική νόσος που γίνεται συχνότερη με την πάροδο της ηλικίας. (Koenig and Beazer, 1990).

Πολλές έρευνες που έγιναν σε αναπτυσσόμενες χώρες την δεκαετία του 1980, έδειξαν ότι το 15-40% των ατόμων άνω των 65 ετών, πάσχουν από κατάθλιψη. Ως **κατάθλιψη** ορίζεται *η έκπτωση που συνοδεύεται από απώλεια ενδιαφέροντος, ευχαρίστησης, από μειωμένη ενεργητικότητα, περιορισμένη δραστηριότητα και αίσθημα αυξημένης κόπωσης*. (ICD-10, 1992). Η κατάθλιψη είναι γνωστή διαταραχή της διάθεσης και από πολύ παλιά ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τον όρο "Μελαγχολία". (Χριστοδούλου ΓΝ, 1996).

Στην εμφάνιση της κατάθλιψης συμβάλλει η κληρονομικότητα καθώς επίσης διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η απώλεια - χωρισμός - θάνατος, οι προβληματικές οικογενειακές σχέσεις, τα οικονομικά προβλήματα, η κοινωνική απομόνωση (Engel, 1980, Johnson, et al, 1992, Garcia Serrano, et al, 2001). Επιπλέον, επηρεάζουν την εμφάνιση της το φύλο, η ηλικία, ορισμένες

ενδοκρινικές παθήσεις, οι χρόνιες παθήσεις και η κατανάλωση φαρμάκων. (Beekman ATF, et al, 1999, Omori , 2001).

Η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών διαφέρει από έρευνα σε έρευνα λόγω της μεθοδολογίας μέτρησης (Okolski, 1993). Ελληνικές έρευνες έδειξαν ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν καλή ψυχική υγεία και μερικοί παρουσιάζουν μέτριου, σοβαρού ή ελαφρύ βαθμού ψυχικές διαταραχές. Οι νοσηλευόμενοι κυρίως οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που συχνάζουν στα ΚΑΠΗ και έχουν ενεργό ρόλο στο σπίτι, φροντίζουν τον εαυτό τους και έχουν αίσθημα εκπλήρωσης υποχρεώσεων. (Κουρμπάνης και συν., 1991, Μούγιας και συν., 1991).

#### **4.2. Ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων και η συμμετοχή τους σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες**

Ο ελεύθερος χρόνος που αυξάνει με την συνταξιοδότηση του εργαζόμενου έχει γίνει αντικείμενο μελετών και ερευνών. Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που ασκούν μια δημιουργική απασχόληση που τους δίνει ικανοποίηση σε προσωπικό επίπεδο, έχουν λιγότερα προβλήματα με τον ελεύθερο χρόνο τους όταν συνταξιοδοτηθούν. Μερικοί συνταξιούχοι βρίσκουν δύσκολη την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους, ενώ άλλοι βρίσκουν την ευκαιρία να χαρούν όσα δεν είχαν χρόνο να κάνουν όταν εργαζόταν. (Τεπέρογλου, 1980, Γεωργιάδη και συν., 1988, Τεπέρογλου, 1990).

Έρευνες που έχουν γίνει στο εξωτερικό διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι μετά την συνταξιοδότηση συνήθως αφιερώνουν το χρόνο τους σε πράγματα που κάνουν μέσα στο σπίτι τους, όπως να παρακολουθούν τηλεόραση και να αναπαύονται. (Dragana Avramon και Miroslava Maskova, 2003). Επίσης διαπιστώθηκε ότι η κατάσταση υγείας και η κινητικότητα των ηλικιωμένων, προσδιορίζουν την συμμετοχή σε δραστηριότητες έξω από το σπίτι. Υπάρχουν διαφορές στην χρήση του ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων ανάμεσα στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές, ενώ υπάρχουν διαφορές και ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι άνδρες δείχνουν μεγαλύτερη σημασία στα «χόμπι», ενώ οι γυναίκες ασχολούνται περισσότερο με το νοικοκυριό, τα ψώνια κ.α..

Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε πολιτισμικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, εξαρτάται από το επίπεδο εκπαίδευσης. Το εισόδημα επίσης παίζει ρόλο στην συμμετοχή στις εκδηλώσεις αυτές. Ωστόσο σήμερα στην Ελλάδα, η Εργατική Εστία δίνει δωρεάν εισιτήρια θεάτρου και εκδρομών, καθώς επίσης και τα ΚΑΠΗ διοργανώνουν τέτοια προγράμματα με μικρή συμμετοχή των ηλικιωμένων. (Γεωργιάδη και συν., 1988, Τεπέρογλου και συν., 1990).

Στην Ελλάδα το επίπεδο συμμετοχής τόσο του γενικού πληθυσμού όσο και των ηλικιωμένων, είναι χαμηλό. Οι γυναίκες διαθέτουν τον χρόνο τους στην οικογένεια και στο σπίτι. Αντίθετα οι άνδρες αναζητούν περισσότερο την συντροφιά και αυτό το αποδεικνύει ο βαθμός συμμετοχής τους στα ΚΑΠΗ, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό εγγεγραμμένων μελών είναι άνδρες. Ενώ λίγοι ηλικιωμένοι είναι μέλη λεσχών, πολιτικού κόμματος ή θρησκευτικής οργάνωσης. Οι περισσότεροι άνδρες προτιμούν να περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους στο καφενείο και προτιμούν τις εκδρομές. Πολλοί ηλικιωμένοι θέλουν να κάνουν ταξίδια και εκδρομές, αλλά δεν μπορούν για οικονομικούς λόγους. Οι προνομιούχοι ηλικιωμένοι που έχουν χρήματα, καλή υγεία, και ενδιαφέροντα, συχνά πάνε διακοπές. Οι υγιείς και αυτοεξυπηρετούμενοι ηλικιωμένοι, είναι άτομα αυτάρκη, ανεξάρτητα και έχουν την δική τους ζωή. (Τεπέρογλου, 1990, Μπαλούρδος και συν., 1993).

Οι ηλικιωμένοι διαθέτουν περισσότερο χρόνο για την οικογένεια, τα παιδιά και τους συγγενείς τους. Η χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου αν δεν γίνει με τρόπο ικανοποιητικό, καταλήγει σε ανία και απογοήτευση. Ιδιαίτερα στην χώρα μας η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου αποτελεί συχνά πρόβλημα, γιατί οι ομαδικές δραστηριότητες και τα «χόμπι», δεν είναι πολύ ανεπτυγμένα. (Γεωργιάδη, 1987, Μπαλούρδος, 1993).

# ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

## 5. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, η διατήρηση ακμαίων των σωματικών και πνευματικών τους δυνάμεων, η γενική παραδοχή ότι το γήρας είναι πρώτα κοινωνικό και μετά βιολογικό φαινόμενο, έκανε επιτακτική την ανάγκη δημιουργίας νέων θεσμών για την Τρίτη ηλικία. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ αποτελεί ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο, που παρέχει ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες και έχει εδραιωθεί σήμερα στην συνείδηση όλων, με τη χρησιμότητα και τον δυναμισμό του.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση του κατά πόσο συμμετέχουν οι ηλικιωμένοι στις δραστηριότητες και στα προγράμματα των ΚΑΠΗ και ποιοι είναι οι λόγοι που δεν συμμετέχουν.

Οι στόχοι της έρευνας είναι:

- Η διερεύνηση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες και τα προγράμματα των ΚΑΠΗ και η συσχέτισή της με διάφορους παράγοντες που τυχόν την επηρεάζουν.
- Η διερεύνηση των λόγων που δεν συμμετέχουν οι ηλικιωμένοι, προκειμένου να διατυπωθούν προτάσεις που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι Διοικήσεις και το προσωπικό των ΚΑΠΗ, έτσι ώστε να συμβάλλουν ακόμη περισσότερο στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων.

## 5.1. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα, που προέκυψαν από τον σκοπό, είναι τα παρακάτω:

Ποια είναι τα δημογραφικά και τα κοινωνικο - οικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στις δραστηριότητες και στα προγράμματα των ΚΑΠΗ;

Σχετίζεται η μη συμμετοχή των ηλικιωμένων με τα χαρακτηριστικά αυτά και με την κατάσταση της υγείας τους;

Υπάρχει συσχέτιση της μη συμμετοχής των ηλικιωμένων με την κατάθλιψη;

Ποιοι είναι οι λόγοι που δεν συμμετέχουν οι ηλικιωμένοι στις δραστηριότητες και τα προγράμματα των ΚΑΠΗ;

Υπάρχει διαφοροποίηση των λόγων μη συμμετοχής στους διαφορετικούς τύπους δραστηριοτήτων;

# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ



## 6. Ερευνητικό πεδίο – Πληθυσμός – Δειγματοληπτικό πλαίσιο

Για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης, επιλέξαμε τον Δήμο Ηρακλείου, που είναι ο κοντινότερος μεγάλος Δήμος του Νομού και έχει μεγάλο αριθμό ΚΑΠΗ. Ο Δήμος Ηρακλείου ανήκει στην επαρχία Μαλεβυζίου του Ηρακλείου Κρήτης και η έδρα του είναι το Ηράκλειο. Ο συνολικός πληθυσμός της περιοχής του Δήμου, βάση της τελευταίας απογραφής (2001), ανέρχεται σε 120.563 κατοίκους.

Στην παρούσα μελέτη, πληθυσμός στόχου είναι οι ηλικιωμένοι που κατοικούν στα όρια της διοικητικής περιφέρειας του Δήμου Ηρακλείου και είναι εγγεγραμμένα μέλη σε ένα από τα 7 ΚΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου. Ο πληθυσμός αναφοράς είναι οι ηλικιωμένοι – μέλη του ενός από τα ΚΑΠΗ του συγκεκριμένου Δήμου, που επιλέχτηκε για να πραγματοποιηθεί η έρευνα.

Από τα αρχεία όλων των ΚΑΠΗ του Δήμου, υπολογίστηκαν περίπου 7000 εξυπηρετούμενα μέλη. Στο συγκεκριμένο ΚΑΠΗ ο αριθμός των εγγεγραμμένων μελών ήταν 450 μέλη, από τα οποία επιλέχτηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία 110 άτομα, τα οποία αποτελούν το δειγματοληπτικό πλαίσιο.

Ως κριτήριο εισαγωγής στον πληθυσμό της μελέτης ήταν η ιδιότητα μέλους ΚΑΠΗ, ενώ μέλη θεωρούνται τα άτομα με τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- Να είναι 60 ετών και άνω.
- Να έχουν την μόνιμη κατοικία τους σε περιοχή του Δήμου Ηρακλείου.

### 6.1. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από πέντε ενότητες, από τις οποίες οι τέσσερις πρώτες κατασκευάστηκαν από την ερευνήτρια και περιλαμβάνουν ερωτήσεις κλειστού τύπου, ερωτήσεις επιλογής και συμπλήρωσης, ενώ η πέμπτη περιέχει το GDSS (Geriatric Depression Screening Scale), που πρόκειται για ένα εργαλείο που μετράει την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. (Φουντουλάκης και συν., 1999).

Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο παράρτημα II και δομείται σε 5 θεματικές ενότητες. **Η πρώτη ενότητα** περιλαμβάνει ερωτήσεις για

τη συγκέντρωση των κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων που αφορούν το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τους ασφάλιση και τον αν έχουν και πόσα παιδιά, καθώς και το αν αφιερώνουν χρόνο και πόσο, βοηθώντας τα παιδιά τους.

**Η δεύτερη ενότητα** αφορά την υγεία των ηλικιωμένων - μελών και το πόσο αυτή τους περιορίζει στις καθημερινές δραστηριότητές τους. Συγκεκριμένα υπήρχαν ερωτήσεις για το αν πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση και από πια, αν είχαν τον τελευταίο χρόνο κάποιο πρόβλημα κίνησης ή άλλο πρόβλημα υγείας που τους περιορίσει στις καθημερινές τους δραστηριότητες και για πόσο χρονικό διάστημα.

**Η τρίτη ενότητα** αφορά την χρήση και την συχνότητα της χρήσης των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών του ΚΑΠΗ (Κοινωνική υπηρεσία, Ιατρείο, Εργοθεραπευτήριο, Φυσικοθεραπευτήριο) από τους ηλικιωμένους, καθώς και τους λόγους εγγραφής τους στο ΚΑΠΗ, το έτος εγγραφής τους, το αν ανήκουν ή συμμετέχουν στις δραστηριότητες κάποιας άλλης οργάνωσης ή συλλόγου και τον τρόπο μεταφοράς τους στο Κέντρο.

**Η τέταρτη ενότητα** περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις, που αφορούν την συμμετοχή και την συχνότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων - μελών του Κέντρου στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ, στον τομέα της ψυχαγωγίας. Συγκεκριμένα, υπήρχαν ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου που αφορούσαν το αν επισκέπτονται το εντευκτήριο του Κέντρου και πόσο συχνά την εβδομάδα, αν συμμετέχουν και πόσο συχνά σε κάποια από τις ομάδες που λειτουργούν, στις εκδρομές που πραγματοποιούνται (πολυήμερες, ημι-ημερήσιες και ημερήσιες) και σε πόσες τον τελευταίο χρόνο, στις εορταστικές εκδηλώσεις και σε τι συχνότητα και αν δεν συμμετέχουν σε αυτά, για ποιους λόγους. Στην ενότητα αυτή περιλαμβάνονται και ερωτήσεις που αφορούν την γνώμη που έχουν για τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ, καθώς και το πως κρίνουν οι ίδιοι την δική τους συμμετοχή στις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται. Ενώ υπάρχει και μια ερώτηση ανοικτού τύπου που ζητά από τα μέλη, τι θα τους έκανε να συμμετέχουν περισσότερο.

**Η πέμπτη ενότητα** περιλαμβάνει το GDSS, που περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις (ναι ,όχι). Πρόκειται για ένα εργαλείο σταθμισμένο και εύχρηστο,

ιδιαίτερα ευαίσθητο για την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Φυσιολογικές θεωρούνται οι τιμές από 0-5, ενώ οι τιμές  $\geq 6$  δείχνουν κατάθλιψη.

## 6.2. Πιλοτική Μελέτη

Πριν αρχίσει η διεξαγωγή της μελέτης, το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε μικρό αριθμό ηλικιωμένων (10 άτομα), μέλη ΚΑΠΗ, οι οποίοι δεν συμπεριλαμβάνονταν στο δειγματοληπτικό μας πλαίσιο.

Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε τον μήνα Δεκέμβριο του 2006 και εξετάστηκε:

- Εάν η ενημέρωση για τον σκοπό της μελέτης ήταν διατυπωμένη με σαφήνεια.
- Εάν στις δημογραφικές ερωτήσεις υπήρχε η κατάλληλη διαθέσιμη απάντηση για κάθε ερωτώμενο.
- Εάν οι ερωτήσεις ήταν σαφείς.
- Εάν οι ερωτήσεις είχαν μονοσήμαντη έννοια.
- Εάν η συντακτική διάρθρωση ήταν σωστή.

Οι διορθώσεις που έγιναν ήταν ελάχιστες και αφορούσαν κυρίως αλλαγές στην διατύπωση κάποιων ερωτήσεων, ώστε να ήταν περισσότερο σαφείς και κατανοητές. Συγκεκριμένα η ερώτηση που αφορούσε την χρήση των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών από τους ηλικιωμένους, από την μορφή πίνακα που είχε, διαχωρίστηκε σε επιμέρους ερωτήσεις κλειστού τύπου και επιλογής, ενώ προστέθηκε μια επιπλέον διευκρινιστική ερώτηση ανοιχτού τύπου. Επίσης προστέθηκε μια ερώτηση που αφορούσε τους λόγους μη συμμετοχής των ηλικιωμένων στην πολυήμερη εκδρομή.

## 6.3. Συγκέντρωση Δεδομένων

Για την διεξαγωγή της μελέτης προηγήθηκε γραπτή ενημέρωση τόσο του Δημάρχου Ηρακλείου, όσο και της Προέδρου των ΚΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου. Μετά την γραπτή έγκριση της Προέδρου των ΚΑΠΗ, ενημερώθηκε το προσωπικό του ΚΑΠΗ που έγινε η έρευνα για τον σκοπό και την σημασία

της. Τα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις εισαγωγής στη μελέτη, ενημερώθηκαν τηλεφωνικά από την ερευνήτρια. Αφού συμφώνησαν να συμμετάσχουν, ακολούθησε τηλεφωνική επικοινωνία ώστε να οριστεί η ακριβής ημέρα και η ώρα της συνάντησης. Οι συνεντεύξεις γίνονταν στον χώρο του ΚΑΠΗ, με εξαίρεση κάποιων μελών που λόγω προβλημάτων υγείας, δεν μπορούσαν να έρθουν στο ΚΑΠΗ και η ερευνήτρια έκανε επίσκεψη στο σπίτι του μέλους.

Κατά την διάρκεια κάθε συνέντευξης, ο ηλικιωμένος /η, ενημερωνόταν για τον σκοπό της έρευνας και ακολουθούσε η διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από την ίδια την ερευνήτρια για τη δυνατότητα παροχής διευκρινίσεων στο μέλος του Κέντρου. Η διάρκεια συμπλήρωσης κάθε ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 15 - 20 λεπτά.

#### **6.4. Στατιστική ανάλυση**

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων της μελέτης ακολούθησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων και η καταχώριση αυτών στο λογιστικό φύλο EXCEL 2003. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0.

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου παρουσιάστηκαν με μορφή συχνοτήτων και % ποσοστών. Για την συσχέτιση των διακριτών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson's  $\chi^2$  και όπου ήταν απαραίτητο το Fisher's Exact Test.

# ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

## 7. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Το αρχικό δείγμα ήταν 110 άτομα. Στη μελέτη, τελικά συμμετείχαν συνολικά 83 άτομα (75,5%), εκ των οποίων οι 53 (63,9%) ήταν γυναίκες και οι 30 (36,1%) άνδρες. Όσον αφορά την ηλικία των ερωτώμενων, το 53,0% (n=44) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 70-79, το 30,1% (n=25) ήταν από 60-69 ετών και το 16,9% (n=14) άνω των 80 ετών.

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, η πλειοψηφία του δείγματος n=54 (65,1%) ήταν έγγαμοι, ενώ οι υπόλοιποι ήταν άγαμοι, σε χηρεία ή διαζευγμένοι. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό 81,5% (n=54) ήταν συνταξιούχοι έναντι των εργαζόμενων και των γυναικών που ασχολούνταν με τα οικιακά.

Σχετικά με το οικονομικό επίπεδο των ερωτηθέντων, ενώ το 81,9% απαντά σύμφωνα με την υποκειμενική τους αξιολόγηση ότι έχει κακό έως μέτριο, το 40,8% δηλώνει μηνιαίο εισόδημα κάτω από 600 Ευρώ και ενώ το 18,1% δηλώνει ότι έχει πολύ καλό έως καλό επίπεδο, το 59,3% δηλώνει μηνιαίο εισόδημα πάνω από 600 ευρώ. Επίσης το 69,9% δηλώνει ότι μοναδικό εισόδημά τους είναι η σύνταξη. (Αμηρά και συν., 1986). Πρέπει να σημειωθεί ότι το 71,1% είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (n=59), το 21,7% στον ΟΓΑ (n=18) και το 7,2% (n=6) σε άλλα ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος ήταν χαμηλό, το 92,8% (n=77) ήταν απόφοιτοι δημοτικού ή είχαν βγάλει μόνο μερικές τάξεις. (βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 1)

Όσον αφορά την σύνθεση της οικογένειας, οι 77 ποσοστό 92,8% του δείγματος είχαν παιδιά, ενώ το 92,2% έχουν από ένα έως τρία. Αξίζει να αναφερθεί ότι από αυτούς που έχουν παιδιά, το 28,9% ασχολούνται με την φύλαξη των εγγονιών τους, το 22,9% με την καθαριότητα και το μαγείρεμα για τα παιδιά και τα εγγόνια τους, ενώ το 13,3% με την μεταφορά των εγγονιών τους στον παιδικό σταθμό ή στο σχολείο. (βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 2)

### 7.1. Δημογραφικά στοιχεία μη συμμετεχόντων

Από το αρχικό μέγεθος του δείγματος (110 άτομα) δε συμμετείχαν 27 άτομα, εκ των οποίων οι 10 ήταν γυναίκες (37,0%) και οι 17 ήταν άνδρες (63,0%), το

70,3% (n=19) ήταν ηλικίας κάτω των 79 ετών και το 85,2% (n=23) ήταν έγγαμοι. Οι 25 από αυτούς είχαν παιδιά ποσοστό 92,6% και 2 δεν είχαν. Όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο, το 88,9% (n=24) ήταν απόφοιτοι δημοτικού ή με μερικές τάξεις και το οικονομικό τους επίπεδο κατά 63% (n=17) ήταν από μέτριο έως πολύ κακό. (βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 1)

Αίτια μη συμμετοχής

- Θάνατος
- Ασθένεια
- Άρνηση
- Δεν βρέθηκαν

Συγκεκριμένα από τους 27 που δεν συμμετείχαν στην έρευνα, ποσοστό 43,0% (n=11) είχαν πεθάνει και δεν είχαν διαγραφεί από τα αρχεία του ΚΑΠΗ, 5 μέλη, ποσοστό 18,0% ήταν ασθενείς την περίοδο της έρευνας και δεν μπορούσαν να συμμετάσχουν, 4 μέλη μετά από τηλεφωνική επικοινωνία που είχε η ερευνήτρια μαζί τους, αρνήθηκαν να συμμετάσχουν, ενώ τα υπόλοιπα 7 μέλη δεν απαντούσαν στο τηλέφωνο και παρόλο που έγινε προσπάθεια εύρεσης των συγκεκριμένων ατόμων δίνοντας ένα όριο πέντε ημερών, τελικά δεν συμμετείχαν.

Για τα άτομα που δεν συμμετείχαν τελικά στην έρευνα, η ερευνήτρια χρησιμοποίησε τα αρχεία της κοινωνικής υπηρεσίας που τηρούνται για τα μέλη του ΚΑΠΗ, και πήρε πληροφορίες για τα δημογραφικά στοιχεία των μη συμμετεχόντων τα οποία παρουσιάζονται παραπάνω.

## **7.2. Προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων και πόσο αυτά περιορίζουν τις δραστηριότητές τους.**

Από τους ηλικιωμένους που πήραν μέρος στην έρευνα, το 92,8% (n=77) δήλωσαν ότι πάσχουν από μία ή περισσότερες ασθένειες, ενώ το 47% από αυτούς (n=39) δήλωνε ότι έχει μέτρια υγεία, 25,3% (n=21) κακή, 19,3% (n=16) καλή, το 7,2 (n=6) πολύ καλή και το 1,2% (n=1) πολύ κακή. Οι ασθένειες που είναι οι συνηθέστερες είναι η υπέρταση με ποσοστό 60,2%, η υψηλή χοληστερόλη (32,5%), ο διαβήτης με ποσοστό 31,3% και ακολουθεί με ποσοστό 25,3% η καρδιακή νόσος, κ.α..

Επίσης 11 από τους 83 που απάντησαν στα ερωτηματολόγια, ποσοστό 13,3% είχαν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα κίνησης τον τελευταίο χρόνο που το 54,5% από αυτούς, τους περιόρισε στις δραστηριότητές τους, για διάστημα από δύο μήνες και πάνω, ενώ 16 από τους 83, ποσοστό 19,3% αντιμετώπισε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που τους περιόρισε. (βλέπε παράρτημα Ι: Πίνακας 3)

### **7.3. Χαρακτηριστικά ιδιότητας μέλους συμμετεχόντων**

Όσον αφορά τους λόγους εγγραφής των ηλικιωμένων στο ΚΑΠΗ, αξίζει να σημειωθεί ότι οι λόγοι που γίνονται μέλη του Κέντρου, είναι κυρίως για την ψυχαγωγία τους με ποσοστό που ανέρχεται στο 57,8%, για την παρέα με ποσοστό 55,4% και ακολουθούν άλλοι λόγοι, όπως η δυνατότητα συνταγογράφησης και φυσικοθεραπείας. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενη έρευνα που έγινε, παρουσιάζοντας την ψυχαγωγία και την συντροφιά ως κύριους λόγους εγγραφής των ηλικιωμένων ως μέλη. (Τεπέρογλου και συν., 1990).

Το 67,5% (n=56) των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν για το ΚΑΠΗ και την λειτουργία του από κάποιο συγγενή ή φίλο, το 27,7% (n=23) από άλλα μέλη, ενώ το 74,7% (n=62) δηλώνει ότι δεν επηρεάστηκε από κάποιον για να γίνει μέλος, έναντι του 25,3% που επηρεάστηκε από κάποιον φίλο κατά 40% και από άλλο μέλος κατά 30%.

Επίσης το 84,3% (n=70) δήλωσαν ότι μετακινούνται από το σπίτι τους στο ΚΑΠΗ με τα πόδια, το 12% (n=10) τους μεταφέρουν τα παιδιά τους ή κάποιος άλλος και το 3,6% (n=3) οδηγώντας. Ενώ, το 15,6% των ερωτηθέντων, ανήκει ή συμμετέχει σε δραστηριότητες κάποιου συλλόγου ή οργάνωσης, ποσοστό που δείχνει σχετικά μικρή συμμετοχή των ηλικιωμένων σε τέτοιες οργανώσεις. (Μπαλούρδος και συν., 1993). (βλέπε παράρτημα Ι: Πίνακας 4).

### **7.4. Χρήση και συχνότητα χρήσης των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών του ΚΑΠΗ από τους ηλικιωμένους**

Από τα είδη των υπηρεσιών που παρέχονται στους ηλικιωμένους από τα διάφορα τμήματα του ΚΑΠΗ, βρέθηκε ότι το 27,7% (n=23) των μελών επισκέπτονται την Κοινωνική Υπηρεσία και το 56,5% από αυτούς, για να



κάνουν την εγγραφή του σε κάποια εκδρομή, γιορτή ή άλλη δραστηριότητα, το 21,7% για να ενημερωθούν για τα προγράμματα που υλοποιούνται από το Κέντρο, ενώ το υπόλοιπο 21,7%, για όλα τα παραπάνω. Ενώ όσον αφορά την συχνότητα επισκεψιμότητας, το 82,6% από αυτούς που επισκέπτονται την συγκεκριμένη υπηρεσία, την επισκέπτεται λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα. Η χρήση των υπηρεσιών του Ιατρείου κυμαίνεται στο 42,2% (n=35), ενώ το 85,7% από αυτούς, επισκέπτονται το ιατρείο λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα, πράγμα αναμενόμενο γιατί ο γιατρός βρίσκεται στο ιατρείο δύο φορές την εβδομάδα. Το Εργοθεραπευτήριο χρησιμοποιεί το 2,4% των μελών του Κέντρου και με συχνότητα από μία έως δύο φορές την εβδομάδα. Το Φυσικοθεραπευτήριο επισκέπτεται το 4,8% των ηλικιωμένων μελών και το 95,2% έχουν πραγματοποιήσει από 5 έως 10 φυσικοθεραπείες τον τελευταίο χρόνο. Πρέπει να σημειωθεί ότι το χαμηλό αυτό ποσοστό οφείλεται και στο γεγονός ότι υπήρχε ελλιπής εξοπλισμός που περιόριζε τις δυνατότητες του συγκεκριμένου τμήματος. (βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 5).

### **7.5. Συμμετοχή και συχνότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ, στον τομέα της ψυχαγωγίας**

Από την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 75,9% (n=63) των ερωτηθέντων, επισκέπτονται το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ, από τους οποίους ποσοστό 46,0% συχνά (από 1-4 φορές την εβδομάδα), το 34,9% λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα και το 19,8% καθημερινά ή περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα.

Οι γυναίκες τείνουν να κάνουν περισσότερες επισκέψεις, με ποσοστό 58,7% (n=37) έναντι των ανδρών, ποσοστό 41,3% (p=0,085). Ως προς την ηλικιακή ομάδα αυτών που επισκέπτονται το εντευκτήριο, το 52,4% ανήκει στην κατηγορία μεταξύ 70-79 έναντι του 31,7% των μελών από 60-69 και 15,9% άνω των 80, χωρίς να υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά (p=0,818). Ομοίως δεν υπάρχει καμιά διαφοροποίηση ως προς την οικονομική κατάσταση, την οικογενειακή και με το αν είναι συνταξιούχοι ή όχι. (βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 6).

Όσον αφορά την συμμετοχή των ηλικιωμένων στις ομάδες που

δραστηριοποιούνται από τα διάφορα τμήματα του ΚΑΠΗ, παρατηρήθηκε ότι το 10,8% των συμμετεχόντων στην έρευνα συμμετέχουν σε μία ή περισσότερες ομάδες, από τους οποίους το 77,8% είναι γυναίκες. Πρέπει να σημειωθεί ότι όλοι αυτοί που συμμετέχουν σε αυτές τις ομάδες, κατά 100% είναι παρόντες σε όλες τις συναντήσεις της συγκεκριμένης ομάδας, με εξαίρεση την ομάδα γυμναστικής (75,0%) και χορωδίας (85,7%). (βλέπε παράρτημα I: Πίνακες 7, 7.1.).

Τώρα σχετικά με την συμμετοχή των ηλικιωμένων στις εκδρομές του ΚΑΠΗ, διαπιστώνεται ότι από τους ερωτηθέντες, το 36,1% (n=30) συμμετείχαν στην πολυήμερη εκδρομή που γίνεται μία φορά το χρόνο, με ποσοστό 66,7 οι γυναίκες, έναντι των ανδρών (p=0,688). (βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 8).

Στις ημι-ημερήσιες εκδρομές το ποσοστό των συμμετεχόντων κυμαίνεται στο 36,1% (n=30) και με τις γυναίκες να συμμετέχουν με ποσοστό 76,7 (n=23 και p=0,068), ενώ το 56,7% ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία των 70-79 ετών. Ποσοστό 70% συμμετείχε σε όλες τον τελευταίο χρόνο, δηλαδή σύνολο 2 εκδρομές.(βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 9).

Στις ημερήσιες εκδρομές συμμετέχει το 38,6% (n=32) με το 75,0% (n=24) να είναι γυναίκες (p=0,094) και υπάρχει μια μικρή τάση να συμμετέχουν περισσότερο τα άτομα που δεν είναι έγγαμα, παρόλο που δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,071). Ενώ το 50% που συμμετέχουν στις εκδρομές αυτές, συμμετείχαν σε όλες που πραγματοποιήθηκαν τον τελευταίο χρόνο. (βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 10).

Όσον αφορά την συμμετοχή των ηλικιωμένων στις γιορτές που διοργανώνονται από το ΚΑΠΗ, το 73,5% των ερωτηθέντων συμμετέχει, ενώ το 63,9% (n=39) των συμμετεχόντων, είναι γυναίκες. Όσο για την συχνότητα της συμμετοχής τους, το 34,9% συμμετέχουν σε όλες και μόνο το 6,3% σε λιγότερες από τις μισές. Δεν υπάρχει καμιά συσχέτιση με στατιστική σημαντική διαφορά με τις ηλικιακές ομάδες, οικονομικό επίπεδο ή οικογενειακή κατάσταση. (βλέπε παράρτημα I: Πίνακες 11, 11.1).

## 7.6. Οι λόγοι μη συμμετοχής των ηλικιωμένων

Όσον αφορά τους λόγους μη συμμετοχής των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ, δεν διαφέρουν πολύ μεταξύ τους σε σχέση με τα είδη δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα από το 24,1% των ερωτηθέντων που δεν επισκέπτονταν το εντευκτήριο του Κέντρου, ποσοστό 30,0% δήλωσε λόγους υγείας και άλλο ένα 30,0% ότι έχει άλλες ασχολίες (φύλαξη εγγονιών, βοήθεια στο νοικοκυριό των παιδιών τους, φροντίδα άρρωστου συγγενή κ.α), ενώ το 25,0% δήλωσε τους ψυχολογικούς λόγους. Σε μικρότερα ποσοστά έρχονται οι επαγγελματικοί και οι άλλοι λόγοι.

Τα αποτελέσματα της έρευνας όσον αφορά τους λόγους μη συμμετοχής των ερωτηθέντων στις πολυήμερες, ημι-ημερήσιες και ημερήσιες εκδρομές, δείχνει, ότι δεν υπάρχει πολύ μεγάλη διαφορά στους λόγους μη συμμετοχής. Συγκεκριμένα, το 37,3% αυτών που δεν συμμετείχαν στην πολυήμερη εκδρομή τον τελευταίο χρόνο, δήλωναν λόγους υγείας, το 21,6% άλλους λόγους, κυρίως ότι δεν τους βόλευε η ημερομηνία διοργάνωσης της εκδρομής, ενώ το 19,6% άλλες ασχολίες. Ακολουθούν οι ψυχολογικοί και επαγγελματικοί λόγοι και τέλος ένα 5,9% δήλωσε οικονομικούς λόγους.

Στις ημερήσιες και ημι-ημερήσιες εκδρομές, πρώτοι σε ποσοστά έρχονται οι λόγοι υγείας και οι άλλες ασχολίες με ποσοστά 35,8% ο καθένας, ακολουθούν οι ψυχολογικοί λόγοι με 13,2%, από 5,7% έχουν οι επαγγελματικοί και οι άλλοι λόγοι. Ενώ ένα 3,8% δεν συμμετείχαν στις εκδρομές γιατί δεν υπήρχε κενή θέση.

Για την μη συμμετοχή τους στις ομάδες που δραστηριοποιούνται από τα τμήματα του ΚΑΠΗ, το 34,0% δήλωσε ότι έχει άλλες ασχολίες, το 27,0% λόγους υγείας, το 18,0% ψυχολογικούς λόγους, το 6,0% επαγγελματικούς λόγους, ενώ ένα 5,0% δήλωσε άλλους λόγους, αναφέροντας ότι απλώς δεν τους αρέσει να συμμετέχουν. Ένα 4,0% δήλωσε δυσκολία στην πρόσβαση στο ΚΑΠΗ λόγω κινητικών προβλημάτων ή μεγάλης απόστασης από το σπίτι τους.

Σχετικά με τους λόγους μη συμμετοχής στις γιορτές του ΚΑΠΗ, από το 26,5 των ερωτηθέντων που δεν συμμετέχουν, το 31,8% δηλώνει άλλες ασχολίες, το 27,3% λόγους υγείας, το 22,7% ψυχολογικούς λόγους, ενώ από 9,1% παρουσιάζονται οι επαγγελματικοί και οι άλλοι λόγοι. Στους άλλους λόγους 2

απάντησαν ότι τους ενοχλούσε ο καπνός από τα τσιγάρα στον χώρο του ΚΑΠΗ. (βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 12).

### **7.7. Αξιολόγηση των υπηρεσιών του ΚΑΠΗ και των ίδιων ως μέλη από τους ηλικιωμένους**

Σχετικά με το πώς κρίνουν τις υπηρεσίες που προσφέρει το ΚΑΠΗ, το 51,8% των ερωτηθέντων τις έκρινε πολύ καλές, το 47% καλές και το 1,2% ικανοποιητικές. Ποσοστά αναμενόμενα, που συμφωνούν και με προηγούμενη έρευνα. (Τεπέρογλου και συν., 1990). Όσον αφορά την γνώμη που έχουν για τον εαυτό τους σαν μέλη, το 65% θεωρούν τον εαυτό τους λίγο ή μη ενεργό, το 21,7% ενεργό ή πολύ ενεργό και το 13,3% ικανοποιητικά ενεργό. (βλέπε παράρτημα I: Πίνακας 13).

### **7.8. Επίπεδο κατάθλιψης των ηλικιωμένων – μελών του ΚΑΠΗ**

Όσον αφορά τα αποτελέσματα μέτρησης της κατάθλιψης με την GDSS κλίμακα, βρέθηκε ότι από τους 83 που μετρήθηκαν, το 36,1% είχε κατάθλιψη με σκορ  $\geq 6$ , από τους οποίους οι 23 ήταν γυναίκες και οι 7 άνδρες. Το 90,0% από αυτούς, είχε από κακή έως μέτρια οικονομική κατάσταση και οι περισσότεροι ήταν συνταξιούχοι ή ασχολούνταν με τα οικιακά. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 60% από αυτούς που διαπιστώθηκε ότι είχαν κατάθλιψη ήταν άγαμοι, χήροι ή διαζευγμένοι με στατιστική σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ). Αποτελέσματα που συμφωνούν με παλαιότερες έρευνες. (Κουρμπάνης και συν., 1991, Μούγιας και συν., 1991). (βλέπε παράρτημα I: Πίνακες 14, 15).

# ΣΥΖΗΤΗΣΗ

## 8. Συζήτηση σχετικά με την μεθοδολογία

Για τον σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης, την διερεύνηση του κατά πόσο συμμετέχουν οι ηλικιωμένοι στις δραστηριότητες και στα προγράμματα των ΚΑΠΗ και ποιοι είναι οι λόγοι που δεν συμμετέχουν, επιλέχτηκε ένα από τα επτά Κέντρα που λειτουργούν στον Δήμο Ηρακλείου, για τους παρακάτω λόγους:

α) το συγκεκριμένο ΚΑΠΗ ήταν ένα αντιπροσωπευτικό κέντρο, γιατί βρίσκεται στα προάστια του Δήμου, με μέλη που προέρχονται από όλα τα οικονομικά και κοινωνικά στρώματα και με αριθμό μελών ικανοποιητικό για να γίνει η δειγματοληψία.

β) Η ερευνήτρια ήταν εργαζόμενη στο συγκεκριμένο ΚΑΠΗ, πράγμα που θα διευκόλυνε την πρόσβαση και την διαδικασία της έρευνας.

Από τα 450 μέλη του ΚΑΠΗ επιλέχτηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία 110 άτομα, με την χρήση του προγράμματος SPSS 15.0, τα οποία αποτέλεσαν το δειγματοληπτικό πλαίσιο. Ένας ικανοποιητικός αριθμός δείγματος, που είναι το 25,0% περίπου όλου του αριθμού των μελών του Κέντρου.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, επειδή από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε δεν βρέθηκε να έχει γίνει άλλη μελέτη με τον ίδιο ακριβώς σκοπό, κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο από την ερευνήτρια πέντε ενοτήτων, με ερωτήσεις κλειστού τύπου και ερωτήσεις επιλογής και συμπλήρωσης, ενώ χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα GDSS (Geriatric Depression Screening Scale), ένα εργαλείο σταθμισμένο και ευαίσθητο στην μέτρηση της γηριατρικής κατάθλιψης.

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε στην πιλοτική μελέτη και δοκιμάστηκε για την αξιοπιστία (reliability) και την εγκυρότητά του (validity). Το τελικό ερωτηματολόγιο προέκυψε με κάποιες αλλαγές που έχουν αναφερθεί παραπάνω.

Η ερευνήτρια συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια πρόσωπο με πρόσωπο με τα μέλη του Κέντρου, κυρίως στον χώρο του ΚΑΠΗ και σε περιπτώσεις

ασθένειας των ηλικιωμένων στα σπίτια τους. Η πιθανότητα αυτοσυμπληρώμενου ερωτηματολογίου δεν τέθηκε, γιατί οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν λόγω προβλημάτων στην όραση και μεγάλου ποσοστού αναλφάβητων, να διαβάσουν και να απαντήσουν μόνοι τους σε οποιαδήποτε ερώτηση.

Η μέθοδος αυτή είχε το πλεονέκτημα ότι η ερευνήτρια έδινε τις απαραίτητες διευκρινήσεις στον ηλικιωμένο, υπήρχε κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας με αποτέλεσμα να συνεργάζονται ευκολότερα. Αυτό φαίνεται από τον μικρό αριθμό των ηλικιωμένων που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν, 4 μέλη σε σύνολο 110, ποσοστό περίπου 3,6%. Το μειονέκτημα που λήφθηκε υπόψη από την ερευνήτρια, ήταν τα σφάλματα απάντησης των ηλικιωμένων (response bias), τα οποία θα διαστρέβλωναν τα αποτελέσματα.

### **8.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με την συμμετοχή των ηλικιωμένων**

Μερικοί από τους στόχους των ΚΑΠΗ, όπως είδαμε παραπάνω, είναι η κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων, η ενεργοποίηση των μελών και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες των Κέντρων αυτών, δημιουργεί ισχυρά κίνητρα για την κοινωνική συμμετοχή. Βοηθά τους ηλικιωμένους να παραμείνουν στο φυσικό τους περιβάλλον, στο σπίτι τους, στην κοινότητα. Έρευνες που έχουν γίνει για την αξιολόγηση του έργου των ΚΑΠΗ, αποδεικνύουν την προσφορά τους αυτή. (Τεπέρογλου και συν., 1990, Δανιηλίδου και συν., 2003).

Η ανάλυση των στοιχείων της παρούσας έρευνας δείχνει ότι τα μέλη των ΚΑΠΗ, συμμετέχουν στις δραστηριότητες και στα προγράμματα των Κέντρων αυτών, αλλά όχι με τον ίδιο βαθμό και συχνότητα σε όλους τους τύπους των δραστηριοτήτων. Η μεγαλύτερη συμμετοχή εμφανίζεται στις γιορτές που διοργανώνονται από το ΚΑΠΗ και στις επισκέψεις στο εντευκτήριο του Κέντρου, ενώ η μικρότερη, στην συμμετοχή στις διάφορες ομάδες.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέξαμε, διαπιστώθηκε ότι τα μέλη που συμμετέχουν περισσότερο είναι οι γυναίκες, οι έγγαμοι ηλικιωμένοι, ηλικίας κάτω των 80 ετών, χωρίς να υπάρχει όμως καμία στατιστική σημαντική

διαφορά. Έρευνες στο εξωτερικό έδειξαν ότι οι άγαμοι και διαζευγμένοι άνδρες είναι αυτοί που δεν συμμετέχουν εύκολα σε δραστηριότητες διαφόρων οργανισμών, εθελοντικών οργανώσεων κ.α. πράγμα που δεν φαίνεται στην παρούσα έρευνα, λόγω μικρού ποσοστού ανδρών χωρίς σύντροφο. (Davidson, et al, 2003, Perren, et al, 2003). Επίσης τα μέλη που έχουν κακή ή μέτρια οικονομική κατάσταση, συνταξιούχοι και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, πλειοψηφούν στην συμμετοχή, αλλά επίσης χωρίς να υπάρχει καμία στατιστική σημαντική διαφορά. Δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση των κοινωνικο - οικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στις δραστηριότητες στα διάφορα είδη δραστηριοτήτων. Τα συμπεράσματα βέβαια αυτά ήταν αναμενόμενα γιατί οι ηλικιωμένοι που συνήθως εγγράφονται στο ΚΑΠΗ, είναι άτομα που προέρχονται κυρίως από τις μεσαίες και κατώτερες οικονομικές ομάδες, με μοναδική πηγή εισοδήματος την σύνταξή τους. (Τεπέρογλου, και συν., 1990).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, έρευνες που έχουν γίνει για την συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες έξω από το σπίτι, διαπιστώθηκε ότι η συμμετοχή τους επηρεάζεται από την κατάσταση υγείας τους, την κινητικότητά τους, το μορφωτικό και οικονομικό τους επίπεδο και το φύλο. (Γεωργιάδη και συν., 1988, Τεπέρογλου, 1990, Έκμε Πουλοπούλου, 1999). Στην παρούσα έρευνα, έγινε συσχέτιση της μη συμμετοχής των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ, με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση, το οικονομικό επίπεδο, με το αν εργάζονται ή όχι, με το μορφωτικό τους επίπεδο, την κατάσταση της υγείας τους, με το αν έχουν τον τελευταίο χρόνο κάποιο κινητικό πρόβλημα και με το αν ασχολούνται με την φύλαξη των εγγονιών τους. Οι συσχετίσεις αυτές έγιναν ξεχωριστά για όλους τους τύπους δραστηριοτήτων, χρήση ιατροκοινωνικών υπηρεσιών, επισκεψιμότητα στο εντευκτήριο του ΚΑΠΗ, συμμετοχή στις εκδρομές, στις ομάδες και στις γιορτές.

Όσον αφορά την χρήση των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών τα αποτελέσματα δεν έδειξαν καμία συσχέτιση με τις παραπάνω μεταβλητές, παρόλο που παρατηρείται από τις συχνότητες και τα ποσοστά ότι υπάρχει η τάση τις υπηρεσίες αυτές να τις χρησιμοποιούν περισσότερο οι γυναίκες, πράγμα που συμφωνεί και με άλλη έρευνα που επισημαίνει ότι οι γυναίκες



χρησιμοποιούν περισσότερο τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες απ' ό τι οι άνδρες. (Τσαούσης και συν., 1990). Οι ηλικιωμένοι επίσης από 70-80 ετών και οι συνταξιούχοι με μέτριο έως πολύ κακό οικονομικό επίπεδο και με κακή έως μέτρια κατάσταση υγείας, φαίνονται να υπερτερούν σε ποσοστά.

Το ίδιο παρατηρείται και στην επισκεψιμότητα στο εντευκτήριο του ΚΑΠΗ, στην συμμετοχή στις ομάδες και στις γιορτές, αλλά ούτε εδώ υπάρχει καμία συσχέτιση με στατιστική σημαντική διαφορά με τις παραπάνω μεταβλητές.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το αποτέλεσμα που μας έδωσε η ανάλυση των στοιχείων της έρευνας σχετικά με την συμμετοχή στις πολυήμερες εκδρομές. Αφού έγινε multiple logistic regression, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία είναι επεξηγηματικός παράγοντας για την συμμετοχή στις πολυήμερες εκδρομές. Η συμμετοχή αυξάνεται στις ηλικίες κάτω των 80 ετών. Για τις ημερήσιες και ημι-ημερήσιες, αν και παρατηρείται μια αύξηση στα ποσοστά συμμετοχής στις ηλικίες αυτές, δεν υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά. Αυτό ίσως εξηγείται στο ότι η πολυήμερη εκδρομή είναι συνήθως επταήμερη εκδρομή, με προορισμούς μακρινούς, που δυσκολεύουν τα πολύ ηλικιωμένα άτομα να συμμετάσχουν.

Θέλοντας να δούμε αν η κατάθλιψη επηρεάζει την συμμετοχή των ηλικιωμένων, έγινε συσχέτιση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ με την ύπαρξη ή όχι κατάθλιψης, αλλά δεν διαπιστώθηκε ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με την συμμετοχή. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα έρευνας του εξωτερικού που έγινε σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, όπου δεν διαπιστώθηκε η κατάθλιψη να έχει σχέση με την συμμετοχή σε δραστηριότητες και δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα συμπτώματα της κατάθλιψης μεταξύ ενεργών και μη ενεργών ηλικιωμένων . (Plati et al, 2006).

## **8.2. Συζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με τους λόγους μη συμμετοχής**

Σύμφωνα με τα πορίσματα της παρούσης έρευνας, οι λόγοι που προβάλλουν οι ηλικιωμένοι για την μη συμμετοχή τους στις δραστηριότητες του

ΚΑΠΗ, δεν βρέθηκε να διαφοροποιούνται πολύ μεταξύ των διαφορετικών τύπων δραστηριοτήτων.

Συγκεκριμένα οι *λόγοι υγείας* είναι οι κύριοι λόγοι μη συμμετοχής, κυρίως στις εκδρομές και στις επισκέψεις στο εντευκτήριο του Κέντρου, πράγμα που συμφωνεί και με προηγούμενες μελέτες, που θεωρούν τα προβλήματα υγείας ανασταλτικό παράγοντα για την συμμετοχή. (Pitsiou, 1986, Τσαούσης και συν., 1990).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα ποσοστά, οι λόγοι υγείας επηρεάζουν περισσότερο την συμμετοχή των ηλικιωμένων στις εκδρομές και ιδιαίτερα την πολυήμερη, πράγμα που ίσως οφείλεται στο ότι η εκδρομή αυτή, επιβαρύνει την υγεία των ηλικιωμένων λόγω της μεγάλης διάρκειας και του φορτωμένου προγράμματός της.

Οι *άλλες ασχολίες* αποτελούν επίσης ένα άλλο σημαντικό λόγο μη συμμετοχής, κυρίως στην συμμετοχή στις ομάδες και στις γιορτές. Αυτό ήταν κάτι που περιμέναμε γιατί σύμφωνα και με προηγούμενες μελέτες ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων και κυρίως γυναίκες, ασχολείται με την φύλαξη των εγγονιών, με την καθαριότητα και μαγείρεμα για τα παιδιά και τα εγγόνια, ενώ πολλοί είναι αυτοί που ασχολούνται με την φροντίδα κάποιου άρρωστου συγγενή, πράγμα που αποτρέπει τους ηλικιωμένους να συμμετάσχουν. (Μπαλούρδος, 1993, Μαράτου- Αλιμπράντη, 1998).

Οι *ψυχολογικοί λόγοι* είναι ένας άλλος σημαντικός λόγος μη συμμετοχής, με μικρότερα όμως ποσοστά. Ως λόγοι μη συμμετοχής, ήταν αναμενόμενο να έχουμε τέτοια ποσοστά, γιατί οι ηλικιωμένοι συχνά δεν νιώθουν καλά ψυχολογικά, λόγω της μοναξιάς που βιώνουν, της κοινωνικής απομόνωσης και του πένθους. Η μοναξιά είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα εκείνων που έχασαν συγγενικά τους πρόσωπα και κυρίως τον σύντροφό τους. (Walker, 1993, 1998).

Ακολουθούν οι *επαγγελματικοί λόγοι* που δηλώνονται σε όλους τους τύπους των δραστηριοτήτων, σε μικρά επίσης ποσοστά, γεγονός που δικαιολογείται από το μικρό αριθμό των εργαζομένων μελών.

Οι *οικονομικοί λόγοι* ως λόγοι συμμετοχής δηλώθηκαν μόνο στην μη συμμετοχή στην πολυήμερη εκδρομή, ενώ ένας μόνο τους δήλωσε ως λόγο μη

συμμετοχής του στις ομάδες. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι η οικονομική συνδρομή των ηλικιωμένων στην συμμετοχή τους στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ, είναι από μηδενική έως πολύ μικρή. Η συμμετοχή όμως στην πολυήμερη εκδρομή είναι πιο δαπανηρή για τους ηλικιωμένους και οι οικονομικοί λόγοι αποτελούν πραγματικά κίνητρο αποχής.

Ενώ δεν βρέθηκε σύμφωνα με την παρούσα έρευνα η *δυσκολία στην πρόσβαση λόγω κινητικών προβλημάτων ή λόγω μεγάλης απόστασης από το σπίτι τους*, να θεωρείται σημαντικός λόγος μη συμμετοχής, σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες όπου η προσπελασιμότητα του κτιρίου του ΚΑΠΗ, καθορίζει την συχνότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων. (Τεπέρογλου και συν., 1990, Τσαούσης και συν., 1990).

### **8.3. Προεκτάσεις – Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα**

Τα ΚΑΠΗ έχουν εδραιωθεί και επεκταθεί σε πολλούς Δήμους της Ελλάδας και θεωρούνται αναμφισβήτητα ένας επιτυχημένος θεσμός για την προστασία των ηλικιωμένων. (Μουσούρου, 1993). Ίσως γιατί συνδυάζει την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας με την παροχή ψυχαγωγικών προγραμμάτων. Οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, σύμφωνα και με έρευνες, αξιολογούν θετικά τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ στο οποίο είναι εγγεγραμμένοι, δείχνοντας ικανοποιημένοι από τα προγράμματα και το προσωπικό των κέντρων. (Τεπέρογλου και συν., 1990). Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει τα παραπάνω, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων κρίνουν τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται καλές έως πολύ καλές.

Παρόλο βέβαια που τα ΚΑΠΗ δημιουργήθηκαν για να εξυπηρετούν όλους τους ηλικιωμένους της περιοχής στην οποία βρίσκονται, παρατηρήθηκε ότι αυτοί που είναι εγγεγραμμένοι, δεν συμμετέχουν όλοι ή δεν συμμετέχουν με την ίδια συχνότητα στις δραστηριότητες και στα προγράμματα. Αυτό διαπιστώθηκε και με την παρούσα έρευνα, όπου τα μέλη δεν συμμετέχουν όλα, στον ίδιο βαθμό και σε όλες τις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ. Από τα συμπεράσματα της έρευνας φάνηκε ότι παρόλο που αρκετοί επισκέπτονται το εντευκτήριο του Κέντρου, ένα μικρό μόνο ποσοστό μελών χρησιμοποιεί τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες του Κέντρου, και η συμμετοχή στις ομάδες είναι πολύ χαμηλή. Στις

γιορτές και στις εκδρομές συμμετέχουν, αλλά όχι σε όλες κατά την διάρκεια του χρόνου.

Από τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με τους λόγους που δεν συμμετέχουν, διαπιστώσαμε ότι τα προβλήματα υγείας και οι άλλες ασχολίες είναι αυτά που περιορίζουν περισσότερο την συμμετοχή των ηλικιωμένων κατά την γνώμη τους και δηλώνουν ότι αν ήταν νεότεροι, χωρίς προβλήματα υγείας και με περισσότερο ελεύθερο χρόνο, θα συμμετείχαν περισσότερο. Ίσως εδώ χρειάζεται να γίνει μια παραπάνω έρευνα, διερευνώντας άλλους παράγοντες, όπως την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την υλικοτεχνική υποδομή των Κέντρων, την επάρκεια προσωπικού, την χρηματοδότησή τους, που τυχόν επηρεάζουν την συμμετοχή των μελών στα ΚΑΠΗ.

Η ερευνήτρια βασιζόμενη στα πορίσματα της έρευνας, στην επαγγελματική της εμπειρία και στην βιβλιογραφία, κάνει τις παρακάτω προτάσεις τόσο για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών των ΚΑΠΗ, όσο για την αύξηση της συμμετοχής των μελών, έτσι ώστε να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι ενεργά μέλη της κοινωνίας και να παραμείνουν στο σπίτι τους, ως τα βαθιά τους γεράματα.

### **8.3.1. Προτάσεις για τον θεσμό των ΚΑΠΗ**

- Επέκταση και διεύρυνση του θεσμού σε περισσότερους Δήμους.
- Να διευρυνθούν τα προγράμματα και οι δραστηριότητες των Κέντρων έτσι ώστε να καλύπτουν τα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες των μελών τους.
- Κάθε ΚΑΠΗ, να εκπονεί έρευνες πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους και να προσαρμόζει τα προγράμματά του σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού που εξυπηρετεί.
- Να διοργανώνονται ημερίδες και ομιλίες με σκοπό την ενημέρωση και την διαφώτιση των φορέων και του κοινού για το έργο που επιτελεί το ΚΑΠΗ.
- Διασύνδεση των ΚΑΠΗ με φορείς όπως Νοσοκομεία, Εκπαιδευτικά ιδρύματα, Πανεπιστήμιο, ΑΤΕΙ, με σκοπό την διεξαγωγή ερευνών, συνδιοργάνωση συνεδρίων, εκπαίδευση προσωπικού των ΚΑΠΗ.

- Εξατομικευμένη αντιμετώπιση των μελών κάθε Κέντρου, ενεργοποίηση και δημιουργία κινήτρων για την μεγαλύτερη συμμετοχή των ηλικιωμένων.
- Να γίνεται συνεχής αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών κάθε Κέντρου με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων μελών.

### **8.3.2. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα:**

Η παρούσα έρευνα μπορεί να επεκταθεί και σε άλλα ΚΑΠΗ των Δήμων του Νομού Ηρακλείου, προκειμένου να διαπιστωθούν πιθανών διαφορές μεταξύ των Κέντρων των μεγάλων και των μικρών επαρχιακών Δήμων. Θα μπορούσε να διερευνηθεί αν υπάρχει διαφορά στην συμμετοχή και στους λόγους που δεν συμμετέχουν οι ηλικιωμένοι στα ΚΑΠΗ των πόλεων και των αγροτικών, ορεινών ή ημιορεινών Δήμων.

Θα μπορούσε επίσης να διερευνηθεί, ποιοι ηλικιωμένοι της περιοχής δεν εγγράφονται μέλη του ΚΑΠΗ και να εξεταστούν οι λόγοι που αποτελούν κίνητρο μη προσέλευσης.

Ενδιαφέρον αντικείμενο μελέτης θα ήταν και η αξιολόγηση του μέχρι τώρα έργου των ΚΑΠΗ, έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν τελικά ο θεσμός αυτός εκπληρεί τον προορισμό του και να διατυπωθούν προτάσεις για στρατηγικές και προγράμματα που θα καλύπτουν μεγαλύτερο αριθμό ηλικιωμένων.

# **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Ελληνική

---

---

Αμηρά Α, Τεπέρογλου Α. (1986), *Ο Θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα*, Αθήνα, ΕΚΚΕ.

Αμίτσης Γ., (1995), Οικογενειακά επιδόματα και σύνθετοι μηχανισμοί κοινωνικής προστασίας στο: Κυριόπουλος κ.α., *Υγεία, Κοινωνική Προστασία και Οικογένεια*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα, σελ. 361-293.

Αμίτσης Γ., (1997), Η προνοιακή κάλυψη των αναγκών διαβίωσης των ηλικιωμένων, Εισήγηση στο 5<sup>ο</sup> Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, ΕΓΓΕ, 11-13 Δεκεμβρίου, Αθήνα.

Βιολάκη Μ., (1993), «Υγεία και Τρίτη ηλικία: παγκόσμια αντιμετώπιση», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Γεωργιάδη Ε., (1989), Κράτος και Ηλικιωμένοι, *Πρακτικά 1<sup>ο</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Γεροντολογίας Γηριατρικής*, ΕΓΕ, Αθήνα, σελ. 35-44.

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., (1993), *Οι δαπάνες για την υγεία στην τρίτη ηλικία στην Ελλάδα*, Αθήνα.

Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Δανιηλίδου Ν., Κυριόπουλος Γ. (1999), *Αξιολόγηση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Πρόληψης, Προαγωγής και Αγωγής Υγείας από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας. Αθήνα.

Δανιηλίδου Ν., Οικονόμου Χ., Ζαβράς Δ., Κυριόπουλος Ι., Γεωργούση Ε., (2003), Health and social care in aging population: the case of an integrated care institution in Greece, *International Journal of Integrated Care* - Vol. 3, 22 October.

Δοντάς Α., (1981), *Η Τρίτη Ηλικία. Προβλήματα και δυνατότητες*, Παρισιάνος, Αθήνα.

Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, (1994), *Οδηγός των ΚΑΠΗ*, Αθήνα.

Έμκε - Πουλοπούλου Η., (1986), *Προβλήματα μετανάστευσης - παλιννόστησης*, ΙΜΕΟ-ΕΔΗΜ, Αθήνα.

Έμκε - Πουλοπούλου Η., (1993), *Δημογραφική γήρανση, φτώχεια και εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, στο: Κυριόπουλος κ.α., Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Έμκε - Πουλοπούλου Η., (1999), *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: Παρελθόν, παρόν και μέλλον*, εκδ. Έλλην, Αθήνα.

Κανελλόπουλος Κ., (1984), *Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα*, ΚΕΠΕ, Αθήνα.

Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων, (2002), *Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»*, Αθήνα.

Κουρμπάνης Β., Λώλης Κ., Μούγιας Α., Ασημακόπουλος Κ., Μεταλινός Α., (1991), *Σωματική νόσος, δυσθυμικά συμπτώματα και κοινωνική προσαρμογή σε ηλικιωμένους*, Πρακτικά 2<sup>ου</sup> Συνεδρίου Γεροντολογίας Γηριατρικής, ΕΓΕ, 6-8 Ιουνίου, Αθήνα, σελ. 352-356.

Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φαγαδάκη Ε., (1990), *Κοινωνική πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος*, Αθήνα.

Κυριαζή-Άλλισον Ε., (1998), *Εσωτερική μετανάστευση στην Ελλάδα του 1990: Τάσεις, προβληματισμοί, προοπτικές*, στο: *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 96-97: 279-309.



Μαράτου - Αλιμπράντη Α., (1998), *Η οικογένεια στην καθημερινή ζωή. Συγγενικές σχέσεις- αλληλοβοήθεια και γονικές παροχές*, Αθήνα.

Μούγιας Α., Κουρμπάνης Β., Λώλης Κ., Ασημακόπουλος Κ., Μεταλινός Α., (1991), *Παράγοντες σεξουαλικής συμπεριφοράς και δυσθυμικές διαταραχές σε ηλικιωμένους*, Πρακτικά 2<sup>ο</sup> Συνεδρίου Γεροντολογίας Γηριατρικής, ΕΓΕ, 6-8 Ιουνίου, Αθήνα, σελ. 357-360.

Μουσουρού Α., (1993), *Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα*, στο: 3<sup>ο</sup> Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, *Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.

Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., Μπουρσανίδης Χ., (1991), *Τρίτη Ηλικία και Οικονομικά της Υγείας*, *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 24, σελ. 245-253, Αθήνα.

Μπαλούρδος Δ., Τεπέρογλου Α., Φακιολάς Ν., (1993), *Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης στο ΕΚΚΕ*, *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*, Αθήνα, σελ. 77-112.

Νιάκας, Δ., Μπεαζόγλου Τ., (1993), *Είναι αναγκαία η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα;*, Αθήνα.

Σπινέλλη Κ., (1991), *Προσβολές και προστασία της Τρίτης Ηλικίας*, *Ποινικά*, 34, Σάκκουλας, Αθήνα.

Στασινοπούλου Ο., (1996), *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό. Φροντίδα και γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*, Gutenberg, Αθήνα.

Τεπέρογλου Α., Κίνια Ε., Παπακώστα Μ., Τζωρτζωπούλου Μ., (1990). *Αξιολόγηση της συμβολής των Κέντρων ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

Τεπέρογλου Α., (1993), Ο θεσμός Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων: στασιμότητα ή εξέλιξη; στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, σελ. 293-300.

Τσαούσης Δ., Χατζηγιάννη Α., Ασρινάκη Ο., Παπαθανασοπούλου- Γκίκα Δ., Γεωργιάδη Α., Θεοδωρόπουλος Χ., Κούτσης Α., (1990), *Κοινωνικές και χωροταξικές προϋποθέσεις για τη λειτουργία του ΚΑΠΗ, ως θεσμός σύνδεσης των ηλικιωμένων με την Κοινότητα*, Πάντειο πανεπιστήμιο κοινωνικών και πολιτικών επιστημών, Αθήνα.

Τσουνίας Β., (1993), *Στοιχεία Γεροντολογίας και Γηριατρικής*, Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005, *Ετήσια έκθεση για την υγεία*, Αθήνα.

Χαλαστάνη Β., (1993), *Κατ' οίκον νοσηλεία: το παράδειγμα ενός ογκολογικού νοσοκομείου*, Αθήνα.

Χανιώτης Φ., (1989), *Γηριατρική*, Λίτσας, Αθήνα.

Χριστοδούλου ΓΝ., (1996), Ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρομών. Ιστορική αναδρομή. Στο ΓΝ Χριστοδούλου « Κατάθλιψη» συμπόσια, εκδ. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα, 1:14-18.

---

---

## Ξενόγλωσση

---

---

Almind G., (1985), The contribution of the Primary Care Doctor to the Medical Care of the Elderly in the Community, *Danish Medical Bulletin, Journal of Health*, Vol. 32, Supplement No 2, December, Sciences, Gerontology Special Supplement Series No 2, ppp. 8-13.

Angel A., Podnieks E., (1997), relationships of health determinant to abuse and neglect of older Canadians, *Aging beyond 2000: one world one future, 16<sup>th</sup> Congress of the International Association of Gerontology*, Adelaide, 19-23 August.

Beekman ATF, Copeland JRM, Price MJ., (1999), Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*; 174:307-11.

Davis Smith, J., (1992), *Volunteering: Widening Horizons in the Third Age*. Carnegie United Kingdom Trust, Dunfermline, Fife.

Dibner, A. S. (1983), Is there a psychology of the rural aged? In Childs, A. and Melton, G. (eds), *Rural Psychology*. Plenum, New York, 95-112.

Dragana Avramov and Miroslava Maskova, (2003), *Active ageing in Europe*, Population studies, No. 41, Council of Europe Publishing, Strasbourg Cedex.

Engel GL., (1980), The clinical application of the Biopsychosocial Model. *Am J Psychiatry*; 137:535-54.

Eurolink Age, (1993), *A European Community Health Policy for the Older People*, London.

Eurostat, (1999), *Demographic Statistics data 1960-1999*, Luxembourg.

Garcia Serrano MJ, Tobias Ferrer J., (2001), *Prevalence of depression in patients over 65 years of age. Profile of the elderly at risk*. Aten Primaria ; 7:484-88.

Giarchi, G., (1996), *Caring for Older Europeans*, England, Arena.

Heikkinen E., Waters W., Brzesinski Z., (1983), *The Elderly in eleven countries*, WHO, Copenhagen.

Hunt A., (1978), *The elderly at home. A study of people aged sixty five and over in England in 1976*, Her Majesty's Stationery Office, London.

Hutten J., Kerkstra A., (eds.), (1996), *Home care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing*, NIVEL, Arena, England.

ICD-10, (1992), *Classification for mental and behavioral disorders: clinical and diagnostic guidelines*, Who, translated by K. Stefanis, K. Solthatos, B. Mavreas, issue by Medical arts, Athens, pp. 147.

Johnson J, Weissman MM, Klerman GL., (1992), *Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community*. JAMA ; 267:1478-83.

Jonsons P., (1985), *The economics of old age in Britain: a long run view 1881-1981*, Centre for Economic Policy Research, Discussion Paper 47.

Karantinos, D., (1992), *EC observatory on national policies to compact social exclusion; consolidated report Greece*, Commission of the European Communities, Directorate General V Employment, Social Affairs and Industrial relations.

Kate Davidson, Tom Daly and Sara Arber, (2003), Older Men, Social Integration and Organizational Activities, *Social Policy and Society*, 2:81-89, Cambridge University Press.

Kilmartin C, (1989), *Quality of life and an ageing population*, *Family matters* 25, December, pp. 8-12.

Kim Perren, Sara Arber and Kate Davinson, (2003), Men's organizational affiliations in later life: the influence of social class and marital status on informal group membership, *Ageing and Society* 23: 69-82, Cambridge University Press.

Landefeld CS., (2003), *Improving health care for older persons*. *Ann Intern Med*. 139(5 Pt 2):421-4.

Lowenthal, M. F. and Robinson, B., (1976), Social networks and isolation. In Binstock, R. and Shanas, E. (eds), *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Van Nostrand Rheinhold, New York, 432-56.

Mestheneos E., (1999), "Migrants in the Balkans. Some health related aspects from a Greek perspective", in: Ritsatakis A., Levett J., Kyriopoulos J., (eds.), *Neighbours in the Balkans. Initiating a dialogue for health*, WHO/EURO, National School of Public Health, Athens

Midwinter, E., (1992), *Leisure : New Opportunities for Leisure in the Third Age. The Carnegie Inquiry into the Third Age*, Carnegie United Kingdom Trust, Dunfermline, Fife.

Nijikamp P., Vollerling A., (1991), Theoretical and empirical developments. In Pacolet J., and Wilderom c. *The Economics of Care for the Elderly*. Aldershot: Darmouth.

Okolski M., (1993), *Santé et mortalité, Conférence Européenne sur la population*, Genève, 23-26 Mars.

Omori K., (2001), *Depression in late life*. *Nippon Rinsho*; 59:1550-54.

UNO, (2000), *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol.I.

Pitsiou E., (1986), *Lifestyle of Older Athenians*, National Center of Social Research, Athens, Vol. I, II.

Mara Cristina F Plati, Priscila Covre, Katerina Lukasova, Elizeu Coutinho de Macedo, (2006), Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs, *Rev. Bras.Psiquiatr.* vol. 28 no. 2, São Paulo.

Townsend P., (1979), *The poverty in the United Kingdom*, Pergamon, London.

Walker A., (1991), *Older people in Europe: Social integration*, Commission of the European Communities, Bruxelles.

Walker A., (1998), *The old age, the generations and the family*, Family - Europe - 21st century, Vision and institutions, Institution for the child and the family, New borders, Libanis, Athens, pp. 140-151.

Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S. and Scott, A., (1996), Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing and Society*, 16, 333-58.

World Health Organization, (2001), *Mental health: new understanding, new hope*, Geneva.

World Health Organization, (2002), *Active ageing: a policy framework*, Geneva.

World Health Organization, (2003), *Gender, Health and Ageing*, Geneva.

World Health Organization, Regional Office for Europe, (2004), *Palliative care – the solid facts*, Copenhagen.

Fountoulakis KN., Tsolaki M., Iakovides A., Yesavege J, O' Hara R., Kazis A., Ierodionou C., (1999), The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDSS) in Greece, *Ageing, Milano*, 11:367-72.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΠΙΝΑΚΕΣ

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων και μη συμμετεχόντων ηλικιωμένων – μελών του ΚΑΠΗ του Δ. Ηρακλείου στην έρευνα.

	Συμμετέχοντες	Μη συμμετέχοντες	
Φύλο	N(%)	N (%)	P-value
Άνδρες	30(36,1)	17(63,0)	0,014
Γυναίκες	53(63,9)	10(37,0)	
<b>Ηλικία</b>			
60 - 69 ετών	25(30,1)	10(37,0)	0,165
70 – 79 ετών	44(53,0)	9(33,3)	
>=80 ετών	14(16,9)	8(29,6)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Έγγαμοι	54(65,1)	23(85,2)	0,047
Άγαμοι- Σε χηρεία /Διαζευγμένοι	29(34,9)	4(14,8)	
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>			
Συνταξιούχοι	54(81,5)	22(81,5)	0,274
Εργαζόμενοι	5(6,0)	1(3,7)	
Οικιακά	24(28,9)	4(14,8)	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>			
Έως δημοτικό	77(92,8)	24(88,9)	0,523
Γυμνάσιο και άνω	6(7,2)	3(11,1)	
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>			
Πολύ καλό – καλό	15(18,1)	10(37,0)	0,041
Μέτριο έως πολύ κακό	68(81,9)	17(63,0)	

**Πίνακας 2.** Ασχολίες των ηλικιωμένων σε σχέση με τα παιδιά τους

ΑΣΧΟΛΙΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	N	%	N	%
Επαγγελματικές ασχολίες παιδιών	8	9,6	75	94,0
Καθαριότητα/μαγείρεμα για τα παιδιά/εγγόνα	19	22,9	64	77,1
Στην φύλαξη των εγγονιών (baby sitting)	24	28,9	59	71,1
Μεταφορά εγγονιών σε σταθμό/σχολείο	11	13,3	72	86,7
Κάτι άλλο	1	1,2	82	98,8

Πίνακας 3. Επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων.

	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
	N	%	N	%
<b>Ασθένεια</b>	77	92,8	6	7,2
<b>Είδος ασθένειας</b>				
Καρδιοπάθειες	21	25,3	62	74,7
Υπέρταση	50	60,2	33	39,8
Υψηλή χοληστερόλη	27	32,5	56	67,5
Εγκεφαλικό επεισόδιο/νόσος αγγείων εγκεφ.	3	3,6	80	96,4
Σακχαρώδη διαβήτη	26	31,3	57	68,7
Νεφρική ανεπάρκεια	2	2,4	81	97,6
Χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια βρογχίτιδα	8	9,6	75	90,4
Άσθμα	3	3,6	80	96,4
Αρθροίτιδα ή «ρευματικά»	27	32,5	56	67,5
Οστεοπόρωση	17	20,5	66	79,5
Καρκίνο	4	4,8	79	95,2
Έλκος στομάχου/δωδεκαδακτύλου/ πεπτικό έλκος	5	6,0	78	94,0
Νόσος του Πάρκινσον	2	2,4	81	97,6
Καταρράκτη	8	9,6	75	90,4
Κάταγμα ισχίου ή μηρού	4	4,8	79	95,2
Καμμία από αυτές	5	6,0	78	94,0
Κάποια άλλη	12	14,5	71	85,5
<b>Κινητικό πρόβλημα που περιόρισε τις δραστηριότητες τελευταίο χρόνο</b>	11	13,3	72	86,7
<b>Πόσο διάστημα περιόρισε τις δραστηριότητες</b>				
Από 3 μέρες έως μια εβδομάδα	1	9,1		
Μέχρι ένα μήνα	4	36,4		
2-3 μήνες	4	36,4		
Παραπάνω από 3 μήνες	2	18,2		
<b>Χρόνιο πρόβλημα υγείας που περιόρισε τις δραστηριότητες τον τελευταίο χρόνο</b>	16	19,3	67	80,7
<b>Πόσο διάστημα περιόρισε τις δραστηριότητες</b>				
1-2 μέρες	2	12,5		
Από 3 μέρες έως μια εβδομάδα	2	12,5		
Μέχρι ένα μήνα	3	18,8		
2-3 μήνες	4	25,0		
Παραπάνω από 3 μήνες	5	31,3		
<b>Επίπεδο υγείας</b>				
	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>		
	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>		
Πολύ καλό	6	7,2		
Καλό	16	19,3		
Μέτριο	39	47,0		
Κακό	21	25,3		
Πολύ κακό	1	1,2		

**Πίνακας 4.** Χαρακτηριστικά ιδιότητας μέλους ΚΑΠΗ.

<b>Λόγοι εγγραφής</b>	<b>Συχνότητα (N)</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
Ψυχαγωγία	48	57,8
Παρέα	46	55,4
Συνταγογράφηση	15	18,1
Φυσικοθεραπείες	4	4,8
Κάτι άλλο	5	6,0
<b>Επιρροή εγγραφής</b>		
Ο/η σύζυγος	3	15,0
Τα παιδιά τους	2	10,0
Ο/η φίλος/η	8	40,0
Άλλο μέλος	6	30,0
Άλλος	1	5,0
<b>Τρόπος ενημέρωσης</b>		
Από συγγενή ή φίλο	56	67,5
Από άλλα μέλη	23	27,7
Από εφημερίδα	1	1,2
Από τηλεόραση	1	1,2
Από κάτι άλλο	2	2,4
<b>Τρόπος μεταφοράς</b>		
Με τα πόδια	70	84,3
Οδηγώντας	3	3,6
Σας πηγαίνουν τα παιδιά σας ή άλλος	10	12,0
<b>Άλλες Δραστηριότητες</b>		
Εκκλησίας	3	3,6
Σε άλλη	10	12,0
Σε καμμία	70	84,3

**Πίνακας 5.** Συσχέτιση της χρήσης ιατροκοινωνικών υπηρεσιών με τα δημογραφικά κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων.

Χρήση Ιατροκοινωνικών Υπηρεσιών	Συμμετοχή N(%)	Μη συμμετοχή N(%)	(Pearson Chi- Square) X <sup>2</sup>	P –Value (Fisher’s)
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	12(26,7)	18(47,4)	3,826	0,050 (0,067)
Γυναίκες	33(73,3)	20(52,6)		
<b>Ηλικία</b>				
60 – 69	15(33,3)	10(26,3)	2,388	0,303
70 – 79	25(55,6)	19(50,0)		
>=80	5(11,1)	9(23,7)		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	28(62,2)	26(68,4)	0,348	0,555 (0,646)
Άγαμοι-Σε χηρεία-διαζευγμένοι	17(37,8)	12(31,6)		
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>				
Πολύ καλό – καλό	10(22,2)	5(13,2)	1,143	0,285 (0,393)
Μέτριο έως πολύ κακό	35(77,8)	33(86,8)		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Συνταξιούχοι	29(64,4)	25(65,8)	1,517	0,468
Εργαζόμενοι	4(8,9)	1(2,6)		
Οικιακά	12(26,7)	12(31,6)		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Μερικές τάξεις έως δημοτικό	43(95,6)	2(4,4)	1,136	0,286 (0,405)
Γυμνάσιο και άνω	2(4,4)	4(10,5)		
<b>Κατάσταση υγείας</b>				
Καλή – πολύ καλή	11(24,4)	11(28,9)	0,214	0,643 (0,803)
Κακή – μέτρια	34(55,7)	27(71,1)		
<b>Κινητικό πρόβλημα</b>				
Ναι	7(15,6)	4(10,5)	0,453	0,501 (0,538)
Όχι	38(84,4)	34(89,5)		
<b>Φύλαξη εγγονιών</b>				
Ναι	17(37,8)	7(18,4)	3,756	0,053 (0,088)
Όχι	31(81,6)	28(62,2)		

**Πίνακας 6.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που επισκέπτονται το ΚΑΠΗ και συχνότητα των επισκέψεων.

Επίσκεψη στο Εντευκτήριο του ΚΑΠΗ	Συχνότητα (N)	Ποσοστά (%)	Pearson Chi-Square $\chi^2$	P -Value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	26	41,3	2,976	0,085
Γυναίκες	37	58,7		
<b>Ηλικία</b>				
60 - 69	20	31,7	0,402	0,818
70 – 79	33	52,4		
>=80	10	15,9		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	41	65,1	<0,001	0,995
Άγαμοι-Σε χηρεία-διαζευγμένοι	22	34,9		
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>				
Πολύ καλό – καλό	11	17,5	0,066	0,797
Μέτριο έως πολύ κακό	52	82,5		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Συνταξιούχοι	44	69,8	2,730	0,255
Εργαζόμενοι	3	4,8		
Οικιακά	16	25,4		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Μερικές τάξεις έως δημοτικό	57	90,5	2,053	0,152
Γυμνάσιο και άνω	6	9,5		
<b>Συχνότητα επισκέψεων</b>				
Λιγότερο από 1φορά την εβδομάδα	22	34,9		
1-2 φορές την εβδομάδα	14	22,2		
3-4 φορές την εβδομάδα	15	23,8		
Καθημερινά, 1 φορά την εβδομάδα	8	12,7		
Περισσότερο από 1 φορά την εβδομάδα	4	6,3		

Πίνακας 7. Συμμετοχή και συχνότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων στις ομάδες

Ομάδες	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
<b>Χορωδίας</b>	7	8,4
<b>Φορές / μήνα</b>		
2 φορές	1	14,3
4 φορές	6	85,7
<b>Χορού</b>	3	3,6
<b>Φορές / μήνα</b>		
4 φορές	3	100,0
<b>Εργοθεραπείας</b>	1	1,2
<b>Φορές / μήνα</b>		
8 φορές	1	100,0
<b>Μπότσια</b>	2	2,4
<b>Φορές / μήνα</b>		
8 φορές	2	100,0
<b>Γυμναστικής</b>	3	3,6
<b>Φορές / μήνα</b>		
2 φορές	1	33,3
8 φορές	2	66,7
<b>Άλλη ομάδα</b>	2	2,4
<b>Φορές / μήνα</b>		
2 φορές	1	50,0
4 φορές	1	50,0

**Πίνακας 7.1.** Συσχέτιση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στις ομάδες, με τα δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση υγείας τους.

Συμμετοχή στις ομάδες	Συμμετοχή	Μη Συμμετοχή	Pearson Chi-Square $\chi^2$	P-Value (Fisher's)
<b>Φύλο</b>				
Ανδρες	2(22,2)	28(37,8)	0,848	0,357(0,477)
Γυναίκες	7(77,8)	46(62,2)		
<b>Ηλικία</b>				
60 – 69	4(44,4)	21(28,4)		
70 – 79	5(55,6)	39(52,7)	0,403	0,301
>=80	0(0,0)	14(18,9)		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	7(77,8)	47(63,5)	0,718	0,397(0,484)
Άγαμοι-Σε χηρεία-διαζευγμένοι	2(22,2)	27(36,5)		
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>				
Πολύ καλό – καλό	6(66,7)	62(83,8)	1,588	0,208(0,353)
Μέτριο έως πολύ κακό	3(33,3)	12(16,2)		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Συνταξιούχοι	6(66,7)	48(64,9)		
Εργαζόμενοι	1(11,1)	4(5,4)	0,594	0,743
Οικιακά	2(22,2)	22(29,7)		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Μερικές τάξεις έως δημοτικό	8(88,9)	69(93,2)	0,227	0,634(0,509)
Γυμνάσιο και άνω	1(11,1)	5(6,8)		
<b>Κατάσταση υγείας</b>				
Καλή – πολύ καλή	4(44,4)	18(24,3)	1,667	0,197(0,236)
Κακή – μέτρια	5(55,6)	56(75,7)		
<b>Κινητικό πρόβλημα</b>				
Ναι	1(11,1)	10(13,5)	0,040	0,841(1,000)
Όχι	8(88,9)	64(86,5)		
<b>Φύλαξη εγγονιών</b>				
Ναι	2(22,2)	22(29,7)		
Όχι	7(77,8)	52(70,3)	0,220	0,639(1,000)

**Πίνακας 8.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην πολυήμερη εκδρομή.

Συμμετοχή στην πολυήμερη εκδρομή	Συχνότητα (N)	Ποσοστά (%)	(Pearson Chi-Square) $\chi^2$	P -Value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	10	33,3	0,161	0,688
Γυναίκες	20	66,7		
<b>Ηλικία</b>				
60 - 69	14	46,7	7,525	0,023
70 – 79	14	46,7		
>=80	2	6,7		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	20	66,7	0,053	0,817
Άγαμοι-Σε χηρεία-διαζευγμένοι	10	33,3		
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>				
Πολύ καλό – καλό	5	16,7	0,063	0,802
Μέτριο έως πολύ κακό	25	83,3		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Συνταξιούχοι	17	56,7	2,059	0,357
Εργαζόμενοι	3	10,0		
Οικιακά	10	33,3		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Μερικές τάξεις έως δημοτικό	29	96,7	1,063	0,303
Γυμνάσιο και άνω	1	3,3		



**Πίνακας 9.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στις ημι-ημερήσιες εκδρομές και συχνότητα συμμετοχής.

Συμμετοχή στις ημι-ημερήσιες εκδρομές	Συχνότητα (N)	Ποσοστά (%)	Pearson Chi-Square $\chi^2$	P -Value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	7	23,3	3,341	0,068
Γυναίκες	23	76,7		
<b>Ηλικία</b>				
60 - 69	11	36,7	3,685	0,158
70 – 79	17	56,7		
>=80	2	6,7		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	16	53,3	2,842	0,092
Άγαμοι-Σε χηρεία-διαζευγμένοι	14	46,7		
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>				
Πολύ καλό – καλό	7	23,3	0,878	0,349
Μέτριο έως πολύ κακό	23	76,7		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Συνταξιούχοι	20	66,7	0,602	0,740
Εργαζόμενοι	1	3,3		
Οικιακά	9	30,0		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Μερικές τάξεις έως δημοτικό	27	90,0	0,538	0,463
Γυμνάσιο και άνω	3	10,0		
<b>Πόσες τον τελευταίο χρόνο</b>				
Σε όλες	21	70,0		
Στις μισές	9	30,0		

**Σημείωση:** Κάθε χρόνο πραγματοποιούνται 2 ημι-ημερήσιες εκδρομές.

**Πίνακας 10.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στις ημερήσιες εκδρομές και συχνότητα συμμετοχής.

Συμμετοχή στις ημερήσιες εκδρομές	Συχνότητα (N)	Ποσοστά (%)	Pearson	
			Chi-Square $\chi^2$	P -Value
<b>Φύλο</b>				
Ανδρες	8	25,0	2,802	0,094
Γυναίκες	24	75,0		
<b>Ηλικία</b>				
60 - 69	14	43,8	5,315	0,070
70 – 79	15	46,9		
>=80	3	9,4		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	17	53,1	3,264	0,071
Άγαμοι-Σε χηρεία-διαζευγμένοι	15	46,9		
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>				
Πολύ καλό – καλό	7	21,9	0,509	0,476
Μέτριο έως πολύ κακό	25	78,1		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Συνταξιούχοι	21	65,6	0,827	0,661
Εργαζόμενοι	1	3,1		
Οικιακά	10	31,3		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Μερικές τάξεις έως δημοτικό	28	87,5	2,158	0,142
Γυμνάσιο και άνω	4	12,5		
<b>Πόσες τον τελευταίο χρόνο</b>				
Σε όλες (4)	16	50,0	0,971	0,808
Στις περισσότερες (3)	6	18,8		
Στις μισές (2)	8	25,0		
Σε μία (1)	2	6,3		

**Σημείωση:** Κάθε χρόνο πραγματοποιούνται σύνολο 4 ημερήσιες εκδρομές.

**Πίνακας 11.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στις γιορτές του ΚΑΠΗ και συχνότητα συμμετοχής.

Συμμετοχή στις γιορτές	Συχνότητα (N)	Ποσοστά (%)	χ <sup>2</sup> (Pearson Chi-Square)	P -Value
<b>Φύλο</b>				
Ανδρες	22	36,1	0,556	0,456
Γυναίκες	39	63,9		
<b>Ηλικία</b>				
60 - 69	21	34,4	0,402	0,818
70 – 79	30	45,2		
>=80	10	16,4		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	41	67,2	0,469	0,493
Άγαμοι-Σε χηρεία-διαζευγμένοι	20	32,8		
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>				
Πολύ καλό – καλό	13	21,3	1,631	0,202
Μέτριο έως πολύ κακό	48	78,7		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Συνταξιούχοι	41	67,2	0,719	0,698
Εργαζόμενοι	3	4,9		
Οικιακά	17	27,9		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Μερικές τάξεις έως δημοτικό	55	90,2	2,333	0,127
Γυμνάσιο και άνω	6	9,8		
<b>Συχνότητα επισκέψεων</b>				
Σε όλες	22	34,9		
Σχεδόν σε όλες	14	22,2		
Στις περισσότερες	15	23,8		
Στις μισές	8	12,7		
Σε λιγότερες από τις μισές	4	6,3		

**Πίνακας 11.1.** Συσχέτιση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στις γιορτές με τα δημογραφικά, κοινωνικο - οικονομικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση υγείας τους.

Συμμετοχή στις Γιορτές	Συμμετοχή N(%)	Μη συμμετοχή N(%)	Pearsons Chi-Square $\chi^2$	P –Value (Fisher's)
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	22(36,1)	8(36,4)	0,001	0,980(1,000)
Γυναίκες	39(63,9)	14(63,6)		
<b>Ηλικία</b>				
60 – 69	21(34,4)	4(18,2)	2,085	0,353
70 – 79	30(45,2)	14(63,6)		
>=80	10(16,4)	4(18,2)		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	41(67,2)	13(59,1)	0,469	0,493(0,603)
Άγαμοι-Σε χρεία- διαζευγμένοι	20(32,8)	9(40,9)		
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>				
Πολύ καλό – καλό	13(21,3)	1(9,1)	1,631	0,202(0,333)
Μέτριο έως πολύ κακό	48(78,7)	10(90,9)		
<b>Επάγγελμα</b>				
Συνταξιούχοι	41(67,2)	13(59,1)	0,719	0,698
Εργαζόμενοι	3(4,9)	2(9,1)		
Οικιακά	17(27,9)	7(31,8)		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Μερικές τάξεις έως δημοτικό	55(90,2)	22(100,0)	2,333	0,127(0,334)
Γυμνάσιο και άνω	6(9,8)	0(0,0)		
<b>Κατάσταση υγείας</b>				
Καλή – πολύ καλή	16(26,2)	6(27,3)	0,009	0,924(1,000)
Κακή – μέτρια	45(73,8)	16(72,7)		
<b>Κινητικό πρόβλημα</b>				
Ναι	7(11,5)	4(18,2)	0,633	0,426(0,471)
Όχι	54(88,5)	18(81,8)		
<b>Φύλαξη εγγονιών</b>				
Ναι	20(32,8)	4(18,2)		
Όχι	41(67,2)	18(81,8)	1,678	0,195 (0,275)

**Πίνακας 12.** Λόγοι μη συμμετοχής των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ.

Μεταβλητές	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
<b>Λόγοι μη επίσκεψης</b>		
<b>στο εντευκτήριο</b>		
Άλλες ασχολίες	6	30,0
Λόγοι υγείας	6	30,0
Ψυχολογικοί λόγοι	5	25,0
Επαγγελματικοί λόγοι	2	10,0
Άλλοι Λόγοι	1	5,0
Όπου άλλοι λόγοι:		
Λόγοι μη υγιεινών συνθηκών	1	5,0
<b>Λόγοι μη συμμετοχής στην πολυήμερη εκδρομή</b>		
Άλλες ασχολίες	10	19,6
Οικονομικοί λόγοι	3	5,9
Λόγοι υγείας	19	37,3
Ψυχολογικοί λόγοι	4	7,8
Επαγγελματικοί λόγοι	4	7,8
Άλλοι Λόγοι	13	21,6
Όπου Άλλοι Λόγοι:		
Δεν ήταν μέλη τότε	3	3,0
Δεν τους βόλευε η ημερομηνία	5	5,0
Είχαν ξαναεπισκεπτεί τον προορισμό	3	3,0
<b>Λόγοι μη συμμετοχής στις ημερήσιες /ημι-ημερήσιες</b>		
Άλλες ασχολίες	19	35,8
Δεν υπήρχε κενή θέση	2	3,8
Λόγοι υγείας	19	35,8
Ψυχολογικοί λόγοι	7	13,2
Επαγγελματικοί λόγοι	3	5,7
Άλλοι Λόγοι	3	5,7
Όπου Άλλοι Λόγοι:		
Δεν ήταν μέλη τότε	1	1,0
Είχαν ξαναεπισκεπτεί τον προορισμό	2	2,0

Μεταβλητές	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
<b>Λόγοι μη συμμετοχής στις ομάδες</b>		
Άλλες ασχολίες	34	34,0
Λόγοι υγείας	27	27,0
Ψυχολογικοί λόγοι	18	18,0
Επαγγελματικοί λόγοι	6	6,0
Οικονομικοί λόγοι	1	1,2
Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω κινητικών προβλημάτων	2	2,0
Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω μεγάλης απόστασης από το ΚΑΠΗ	2	2,0
Άλλοι Λόγοι	5	5,0
Όπου άλλοι Λόγοι		
Δεν μ' αρέσουν /δεν μ' ενδιαφέρουν	5	5,0
<b>Λόγοι μη συμμετοχής στις γιορτές</b>		
Άλλες ασχολίες	7	31,8
Λόγοι υγείας	6	27,3
Ψυχολογικοί λόγοι	5	22,7
Επαγγελματικοί λόγοι	2	9,1
Άλλοι Λόγοι	2	9,1
Όπου Άλλοι Λόγοι		
Λόγω μη υγιεινών συνθηκών	2	9,1

**Πίνακας 13.** Κριτική των ηλικιωμένων για τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ και για τον εαυτό τους.

Κριτική Υπηρεσιών ΚΑΠΗ	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Πολύ καλές	43	51,8
Καλές	39	47,0
Ικανοποιητικές	1	1,2
<b>Κριτική του εαυτού τους</b>		
Πολύ ενεργή	3	3,6
Ενεργή	15	18,1
Ικανοποιητικά ενεργή	11	13,3
Λίγο ενεργή	27	32,5
Μη ενεργή	27	32,5

**Πίνακας 14.** Περιγραφικά δημογραφικά στοιχεία για την Κατάθλιψη.

GDSS Μέτρηση κατάθλιψης				
Φύλο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)	Χ <sup>2</sup> (Pearson Chi-Square)	P -Value
Άνδρες	7	23,3	3,341	0,068
Γυναίκες	23	76,7		
<b>Ηλικία</b>				
60 - 69 ετών	11	36,7	1,026	0,599
70 – 79 ετών	14	46,7		
>=80 ετών	5	16,7		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Έγγαμοι	12	40,0	12,980	0,0003
Αγαμοί- Σε χηρεία - Διαζευγμένοι	18	60,0		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>				
Συνταξιούχοι	16	53,3	4,935	0,085
Εργαζόμενοι	1	3,3		
Οικιακά	13	43,3		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>				
Έως δημοτικό	27	90,0	0,538	0,463
Γυμνάσιο και άνω	3	10,0		
<b>Οικονομικό επίπεδο</b>				
Πολύ καλό – καλό	3	10,0	2,068	0,150
Μέτριο έως πολύ κακό	27	90,0		

**Πίνακας 15.** Συσχέτιση της κατάθλιψης με την συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ.

<b>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ</b>				
	<b>N(%)</b>	<b>N(%)</b>	<b>χ<sup>2</sup></b>	<b>P –Value</b>
	<b>GDSS</b>	<b>GDSS</b>	<b>(Pearson Chi-Square)</b>	<b>(Fisher's)</b>
<b>Επισκέψεις στο εντευκτήριο</b>	<b>&lt;=5</b>	<b>&gt;=6</b>		
OXI	13 (65,0%)	23 (36,5%)	0,015	0,903(1,000)
NAI	40 (63,5%)	17 (35,0%)		
<b>Επισκέψεις στις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες</b>				
OXI	24(63,2%)	16 (35,6%)	0,015	0,903(1,000)
NAI	29(64,4%)	14 (36,8%)		
<b>Συμμετοχή σε ομάδες</b>				
OXI	46(62,2%)	8 (22,2%)	0,848	0,357(0,477)
NAI	7 (77,8%)	28 (37,8%)		
<b>Συμμετοχή στις πολυήμερες εκδρομές</b>				
OXI	32 (60,4%)	9 (30,0%)	0,769	0,381(0,478)
NAI	21 (70,0%)	21 (39,6%)		
<b>Συμμετοχή στις ημι-ημερήσιες</b>				
OXI	32 (60,4%)	9 (30,0%)	0,769	0,381(0,478)
NAI	21 (70,0%)	21 (39,6%)		
<b>Συμμετοχή στις ημερήσιες</b>				
OXI	31 (60,8%)	10 (31,3%)	0,541	0,462(0,492)
NAI	22 (68,8%)	20 (39,2%)		
<b>Συμμετοχή στις γιορτές</b>				
OXI	12 (54,5%)	20 (32,8%)	1,124	0,289(0,311)
NAI	41 (67,2%)	10 (45,5%)		



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο:

Ανδρας  Γυναίκα

2. Έτος γέννησης: \_\_\_\_\_

3. Σε ποιες από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκετε;

- Συνταξιούχος/α;
- Εργαζόμενος/η;
- Συνταξιούχος/α αλλά συνεχίζετε να εργάζεστε;
- Οικιακά

3.α. Αν είστε συνταξιούχος/α ποιο ήταν το τελευταίο σας επάγγελμα;

\_\_\_\_\_

3.β. Αν είστε εργαζόμενος/η, ποιο είναι το επάγγελμά σας;

\_\_\_\_\_

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η
- Χήρος/α
- Διαζευγμένος/η
- Σε διάσταση

5. Πως θα κρίνατε την οικονομική σας κατάσταση;

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

6. Ποιες είναι οι πηγές του εισοδήματός σας;

- Μισθός
- Σύνταξη
- Αγροτικά εισοδήματα
- Άλλα εισοδήματα
- Δεν απαντώ

7. Το μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημά σας είναι:

- Έως 300 Ευρώ;
- Από 300 έως 600 ευρώ;
- Από 600 έως 800 ευρώ;
- Από 800 έως 1000 ευρώ;
- Από 1000 έως 2000 ευρώ;
- Από 2000 και πάνω ευρώ;
- Δεν απαντώ

8. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

- Μερικές τάξεις Δημοτικού;
- Δημοτικό;
- Γυμνάσιο;
- Λύκειο;
- Ανώτερη / ανώτατη εκπαίδευση;

9. Τι κοινωνική ασφάλιση έχετε;

- Δημοσίου
- ΙΚΑ
- ΟΓΑ
- Ανασφάλιστος/η
- Άλλη \_\_\_\_\_

10. Έχετε παιδιά;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

10.α. Αν ΝΑΙ πόσα;

10.β. Αν **ΝΑΙ**, αφιερώνετε χρόνο σε κάποιες από τις παρακάτω ασχολίες και πόσο συχνά;

ΑΣΧΟΛΙΕΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ;	ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΤΗΝ ΜΕΡΑ;
Επαγγελματικές ασχολίες των παιδιών σας;				
Καθαριότητα/ μαγείρεμα για τα παιδιά /εγγόνια σας;				
Στην φύλαξη (baby sitting) των εγγονιών σας;				
Μεταφορά των εγγονιών σας στον παιδικό σταθμό/σχολείο;				
Κάτι άλλο; _____ _____ _____				

**Β. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

11. Πώς θα κρίνατε την κατάσταση της υγείας σας;

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

11.α. Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11.β. Αν **ΝΑΙ**, ποια ή ποιες από τις παρακάτω παθήσεις σας έχει πει ποτέ ο γιατρός ότι πάσχετε;

- Έμφραγμα, Καρδιακή προσβολή, Θρόμβωση στεφανιαίων ή άλλη καρδιακή νόσος, όπως χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια;.....
- Υψηλή (αρτηριακή) πίεση αίματος ή Υπέρταση;.....
- Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος;.....
- Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου;.....
- Σακχαρώδης διαβήτης;.....
- Νεφρική ανεπάρκεια;.....
- Χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια βρογχίτιδα, ή εμφύσημα;.....
- Άσθμα;.....
- Αρθροίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της οστεαρθρίτιδας) ή «ρευματικά»;...
- Οστεοπόρωση;.....
- Καρκίνος ή νεόπλασμα, συμπεριλαμβανομένης της λευχαιμίας και του λεμφώματος, εξαιρώντας «μικρά» νεοπλάσματα δέρματος;.....
- Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος;.....
- Νόσος του Πάρκινσον;.....
- Καταρράκτης;.....
- Κάταγμα ισχίου ή μηρού;.....
- Καμία από αυτές;.....
- Άλλη ή άλλες ασθένειες που δεν αναφέρθηκαν;.....

11.γ. Είχατε κάποιο πρόβλημα κίνησης τον τελευταίο χρόνο, που σας περιορίσε τις καθημερινές σας δραστηριότητες, (επίσκεψη στην οικογένεια, σε φίλους, ψώνια, αγαπημένες συνήθειες) ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

11.δ. Αν **ΝΑΙ**, για πόσο χρονικό διάστημα συνολικά, σας περιορίσε ;

- 1-2 μέρες;
- Από 3 μέρες έως μια εβδομάδα;
- Μέχρι ένα μήνα;
- Δύο με τρεις μήνες;
- Παραπάνω από τρεις μήνες;

11.ε. Είχατε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας (καρδιολογικό, αναπνευστικό, ουρολογικό, ρευματικό) τον τελευταίο χρόνο, που σας περιόρισε τις καθημερινές σας δραστηριότητες, (επίσκεψη στην οικογένεια, σε φίλους, ψώνια, αγαπημένες συνήθειες) ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11.στ. Αν ΝΑΙ, για πόσο χρονικό διάστημα συνολικά, σας περιόρισε;

- 1-2 μέρες;
- Από 3 μέρες έως μια εβδομάδα;
- Μέχρι ένα μήνα;
- Δύο με τρεις μήνες;
- Παραπάνω από τρεις μήνες;

**Γ. ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΑΠΗ, ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

12. Έτος εγγραφής σας στο ΚΑΠΗ; \_\_\_\_\_

13. Για ποιους κυρίως λόγους από τους παρακάτω, γίνετε μέλος του ΚΑΠΗ;

- Για την ψυχαγωγία;
- Για την συνταγογράφηση;
- Για τις φυσικοθεραπείες;
- Για την παρέα;
- Για άλλο λόγο; \_\_\_\_\_

14. Από πού ενημερωθήκατε για το ΚΑΠΗ και τις υπηρεσίες που παρέχει;

- Από κάποιο συγγενή ή φίλο;
- Από άλλα μέλη;
- Από την τηλεόραση;
- Από την εφημερίδα;
- Από κάτι άλλο; \_\_\_\_\_

15. Υπήρχε κάποιος/α που σας επηρέασε να γίνεσαι μέλος του ΚΑΠΗ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

15.α. Αν ΝΑΙ, ποιος είναι αυτός;

- Ο/η σύζυγος;
- Τα παιδιά σας;
- Ο/η φίλος/η;
- Άλλο μέλος;
- Άλλος: \_\_\_\_\_

16. Εκτός από το ΚΑΠΗ, ανήκετε ή συμμετέχετε στις δραστηριότητες;

- Κάποιου πολιτικού κόμματος;
- Της εκκλησίας;
- Κάποιου πολιτιστικού συλλόγου;
- Κάποιας εθελοντικής οργάνωσης;
- Κάτι άλλο; \_\_\_\_\_
- Σε καμία;

17. Πως πηγαίνετε στο ΚΑΠΗ, όταν το επισκέπτεστε;

- Με τα πόδια;
- Οδηγώντας;
- Με το λεωφορείο;
- Με το ταξί;
- Σας πηγαίνουν τα παιδιά σας /ή άλλος;

18. Χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το τμήμα της Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

18.α. Αν ΝΑΙ, τι είδους υπηρεσίες;

---

---

18.β. Αν ΝΑΙ, πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο;

- Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα;
- Μία με δύο φορές την εβδομάδα;
- Τρεις με πέντε φορές την εβδομάδα;

18.γ. Χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το τμήμα του ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

18.δ. Αν ΝΑΙ, πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο;

- Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα;
- Μία με δύο φορές την εβδομάδα;
- Τρεις με πέντε φορές την εβδομάδα;

18.ε. Χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το τμήμα του εργοθεραπευτηρίου του ΚΑΠΗ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

18.στ. Αν ΝΑΙ, πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο;

- Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα;
- Μία με δύο φορές την εβδομάδα;
- Τρεις με πέντε φορές την εβδομάδα;

18.ζ. Χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το τμήμα του φυσικοθεραπευτηρίου του ΚΑΠΗ;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

18.η. Αν ΝΑΙ, πόσες φυσικοθεραπείες κάνατε τον τελευταίο χρόνο;

- Μία έως πέντε;
- Πέντε έως δέκα;
- Πάνω από δέκα;

**Δ. ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΗ, ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ.**

19. Επισκέπτεστε το εντευκτήριο του ΚΑΠΗ που είστε μέλος;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

19.α. Αν ΝΑΙ, πόσο συχνά την εβδομάδα, τον τελευταίο χρόνο ;

- Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
- 1-2 φορές την εβδομάδα;
- 3-4 φορές την εβδομάδα;
- Καθημερινά, 1 φορά την ημέρα
- Περισσότερο από μια φορά την μέρα;

19.β. Αν ΟΧΙ, για ποιο λόγο;

- Οικονομικοί λόγοι;
- Προσωπικοί λόγοι (σχέσεις με άλλα μέλη, προσωπικό);
- Άλλες ασχολίες (φύλαξη εγγονιών, παροχή βοήθειας στις δουλειές των παιδιών σας, κ.α.);
- Λόγοι υγείας ( καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, ουρολογικά, κ.α νοσήματα);
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω κινητικών προβλημάτων;
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω μεγάλης απόστασης από το ΚΑΠΗ;
- Ψυχολογικοί λόγοι;
- Επαγγελματικοί λόγοι;
- Κάτι άλλο; \_\_\_\_\_



20. Συμμετέχετε σε κάποιες από τις παρακάτω ομάδες που δραστηριοποιούνται στο ΚΑΠΗ και πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο;

ΟΜΑΔΕΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Πόσες φορές τον μήνα;
Χορωδίας			
Χορού			
Εργοθεραπείας			
Μπότσια			
Γυμναστικής			
Άλλη; _____			

20.α. Αν δεν συμμετείχατε κάποιες φορές τον τελευταίο χρόνο, σε κάποιες ομάδες ή ομάδα, ποιος ή ποιοι ήταν οι λόγοι;

- Οικονομικοί λόγοι;
- Προσωπικοί λόγοι (σχέσεις με άλλα μέλη, προσωπικό);
- Άλλες ασχολίες (φύλαξη εγγονιών, παροχή βοήθειας στις δουλειές των παιδιών σας, κ.α.);
- Λόγοι υγείας ( καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, ουρολογικά, νοσήματα κ.α);
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω κινητικών προβλημάτων;
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω μεγάλης απόστασης από το ΚΑΠΗ;
- Ψυχολογικοί λόγοι;
- Επαγγελματικοί λόγοι;
- Κάτι άλλο; \_\_\_\_\_

21. Συμμετείχατε τον τελευταίο χρόνο στην πολυήμερη εκδρομή που διοργάνωσε το ΚΑΠΗ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**21.α.** Αν **ΟΧΙ**, για ποιο λόγο;

- Παρόλο που θέλατε να συμμετάσχετε, δεν υπήρχε κενή θέση λόγω του μεγάλου αριθμού των ενδιαφερομένων;
- Οικονομικοί λόγοι;
- Προσωπικοί λόγοι (σχέσεις με άλλα μέλη, προσωπικό);
- Άλλες ασχολίες (φύλαξη εγγονιών, παροχή βοήθειας στις δουλειές των παιδιών σας, κ.α.);
- Λόγοι υγείας ( καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, ουρολογικά, κ.α νοσήματα);
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω κινητικών προβλημάτων;
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω μεγάλης απόστασης από το ΚΑΠΗ;
- Ψυχολογικοί λόγοι;
- Επαγγελματικοί λόγοι;
- Κάτι άλλο; \_\_\_\_\_

**21.γ.** Συμμετείχατε τον τελευταίο χρόνο στις παρακάτω εκδρομές που διοργάνωσε το ΚΑΠΗ;

ΕΚΔΡΟΜΕΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Αν ΝΑΙ σε πόσες;
Ημι-ημερήσιες			
Ημερήσιες			

**21.δ.** Αν **ΟΧΙ**, για ποιο λόγο;

- Παρόλο που θέλατε να συμμετάσχετε, δεν υπήρχε κενή θέση λόγω του μεγάλου αριθμού των ενδιαφερομένων;
- Οικονομικοί λόγοι;
- Προσωπικοί λόγοι (σχέσεις με άλλα μέλη, προσωπικό);
- Άλλες ασχολίες (φύλαξη εγγονιών, παροχή βοήθειας στις δουλειές των παιδιών σας, κ.α.);
- Λόγοι υγείας ( καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, ουρολογικά, κ.α νοσήματα);
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω κινητικών προβλημάτων;
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω μεγάλης απόστασης από το ΚΑΠΗ;

- Ψυχολογικοί λόγοι;
- Επαγγελματικοί λόγοι;
- Κάτι άλλο; \_\_\_\_\_

22. Συμμετέχετε στις εορταστικές εκδηλώσεις που διοργανώνονται από το ΚΑΠΗ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

22.α. Αν ΝΑΙ, σε πόσες συμμετείχατε τον τελευταίο χρόνο;

- Σε όλες;
- Σχεδόν σε όλες;
- Στις περισσότερες;
- Στις μισές;
- Σε λιγότερες από τις μισές;

22.β. Αν ΟΧΙ, για ποιο λόγο;

- Οικονομικοί λόγοι;
- Προσωπικοί λόγοι (σχέσεις με άλλα μέλη, προσωπικό);
- Άλλες ασχολίες (φύλαξη εγγονιών, παροχή βοήθειας στις δουλειές των παιδιών σας, κ.α.);
- Λόγοι υγείας ( καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, ουρολογικά, κ.α νοσήματα);
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω κινητικών προβλημάτων;
- Δυσκολία στην πρόσβαση λόγω μεγάλης απόστασης από το ΚΑΠΗ;
- Ψυχολογικοί λόγοι;
- Επαγγελματικοί λόγοι;
- Κάτι άλλο; \_\_\_\_\_

23. Πως θα κρίνατε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ;

- Πολύ καλές;
- Καλές;
- Ικανοποιητικές;
- Κακές;
- Πολύ κακές;

24. Πως θα κρίνατε την δική σας συμμετοχή, στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ (ομάδες, εορτές, εκδρομές);

- Πολύ ενεργή
- Ενεργή
- Ικανοποιητικά ενεργή
- Λίγο ενεργή
- Μη ενεργή

25. Τι θα σας έκανε να συμμετέχετε περισσότερο σε αυτές;

---

---

---

**Ε. ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

1.	Είστε βασικά ευχαριστημένοι με την ζωή σας;	Ναι Όχι	0 1
2.	Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;	Ναι Όχι	1 0
3.	Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;	Ναι Όχι	1 0
4.	Βαριέστε συχνά;	Ναι Όχι	1 0
5.	Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;	Ναι Όχι	0 1
6.	Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;	Ναι Όχι	1 0
7.	Αισθάνεστε ευτυχιμένος τον περισσότερο καιρό;	Ναι Όχι	0 1
8.	Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;	Ναι Όχι	1 0
9.	Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούργια πράγματα;	Ναι Όχι	1 0
10.	Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ό,τι οι άλλοι;	Ναι Όχι	1 0
11.	Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα;	Ναι Όχι	0 1
12.	Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;	Ναι Όχι	1 0
13.	Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια;	Ναι Όχι	0 1
14.	Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;	Ναι Όχι	1 0
15.	Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;	Ναι Όχι	1 0

16. Συνολικός βαθμός \_\_\_\_\_

17. Αν η εκτίμηση δεν ήταν δυνατή, σημειώστε ή περιγράψτε το λόγο:

- Άρνηση
- Άλλο

Προσδιορίστε \_\_\_\_\_

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ \_\_\_\_\_

**Ευχαριστούμε πολύ.**

