



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Τίτλος : «Διερεύνηση των απόψεων των ηλικιωμένων της Περιφέρειας Θεσσαλίας για
την υγιή γήρανση και την ευημερία.»**

Όνοματεπώνυμο Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας,
Επαγγελματικός Τίτλος
Ελένη Ζιώγα, ΤΕ Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Παπαθανασίου Ιωάννα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Νοσηλευτικής – Κοινωνικής Ψυχιατρικής Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Δρ. Μαλλίδου Αναστασία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και
Διευθύντρια Μεταπτυχιακών Σπουδών, Σχολή Νοσηλευτικής, University of Victoria, British
Columbia, Canada

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Μάλλη Φωτεινή, Πνευμονολόγος, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

Λάρισα, 2023



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**“Exploring community elders' views on healthy ageing and well-being in the Region of
Thessaly”**

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	5
Περίληψη	6
Abstract.....	8
Εισαγωγή.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1	
1.1 Ορισμός Τρίτης Ηλικίας.....	12
1.2 Φυσιολογία της Γήρανσης.....	16
1.3 Επιδημιολογία της Γήρανσης.....	17
1.4 Προβλήματα της τρίτης ηλικίας	21
Κεφάλαιο 2	
2.1 Η πυραμίδα του Maslow.....	22
2.2 Ψυχολογικές Ανάγκες της τρίτης ηλικίας.....	23
2.3 Οικονομικές και Κοινωνικές Σχέσεις ηλικιωμένων.....	24
2.4 Υγής Γήρανση.....	24
2.5 Αυτονομία, συμμετοχή και δικαιώματα ηλικιωμένων.....	25
2.6 Ποιότητα Ζωής ηλικιωμένων.....	28
Κεφάλαιο 3	
3.1 Επίσημα Δίκτυα Φροντίδας	30
3.2 Επίσημα Δίκτυα Φροντίδας του Δημοσίου Τομέα	31
3.3 Υπηρεσίες και προγράμματα του Δημοσίου Συστήματος	31
3.4 Επίσημα Δίκτυα του Ιδιωτικού Μη κερδοσκοπικού Τομέα	34
3.5 Ανεπίσημα-Άτυπα Δίκτυα Φροντίδας.....	35
Κεφάλαιο 4	
4.1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης του 2010 στην Ελλάδα... ..	36
4.2 Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19.....	37
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Η Μεθοδολογική Προσέγγιση της έρευνας.....	39
Σκοπός - Ερευνητικά ερωτήματα.....	39

Σπουδαιότητα της έρευνας.....	39
Μέθοδος.....	39
Σχεδιασμός έρευνας.....	40
Δείγμα.....	41
Συλλογή δεδομένων.....	41
Ανάλυση δεδομένων	43
Εγκυρότητα-Αξιοπιστία.....	43
Ηθική και Δεοντολογία.....	44
Εμπόδια-Δυσκολίες στην εκπόνηση της έρευνας.....	45
Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων.....	45
Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	63
Περιορισμοί-Προτάσεις για Μελλοντικές έρευνες.....	70
Βιβλιογραφία.....	73

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια της μελέτης με τίτλο «Υγής γήρανση και ευημερία των ηλικιωμένων στη Ελλάδα», η οποία διεξάγεται από την Δρ. Αναστασία Μαλλίδου (κύρια ερευνήτρια, Πανεπιστήμιο Βικτώριας, Καναδά). Συγκεκριμένα, η εργασία χρηματοδοτήθηκε από το Καναδικό Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC).

Τις θερμότερες και πιο εγκάρδιες ευχαριστίες μου για όλη την υποστήριξη, υπομονή, ενθάρρυνση και βοήθεια που μου παρείχαν οι καθηγητές και η οικογένεια μου.

Θα ήθελα από ψυχής να ευχαριστήσω την καθηγήτρια και μέντορά μου κυρία Παπαθανασίου Ιωάννα για την πίστη, την αδιάλειπτη παρουσία της και την πνευματική καθοδήγησή της σε όλη την πορεία της ενασχόλησής μου με τη διπλωματική.

Δεν θα μπορούσα να μην αναφερθώ στην καθηγήτρια κι επιστημονικά υπεύθυνη του προγράμματος, Δρ. Μαλλίδου Αναστασία για την ευκαιρία που μου έδωσε να συμμετέχω στην έρευνα της, για αυτό και την ευχαριστώ εγκάρδια. Η Δρ. Μαλλίδου είναι αναπληρώτρια καθηγήτρια στη Σχολή Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο της Βικτώρια, Βρετανική Κολομβία, Καναδάς.

Τους γονείς μου, για τα ψυχικά αποθέματα και την υπομονή τους, για την εμπύχωση και την υποστήριξη, αλλά ιδιαίτερα τώρα σε αυτό το κομμάτι της συγγραφής και συλλογής δεδομένων που ήταν στο πλάι μου με συμβουλές, χαμόγελα κι αγάπη για να με στηρίζουν ακόμη μια φορά και να νιώσουν περήφανοι.

Τον σύζυγό μου, που από την πρώτη στιγμή με στήριξε και μου έδινε ώθηση και κουράγιο να συνεχίσω να εξελίσσομαι. Που στερήθηκε πολλά για να βρίσκομαι στη θέση αυτή τώρα, με ακόμη έναν τίτλο στα χέρια μου.

Δεν θα μπορούσα να μην αναφερθώ στα αδέρφια μου και τα ανίψια μου, που είναι για μένα βασικοί πυλώνες στην πορεία της ζωής μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ευημερία και υγής γήρανση των ηλικιωμένων της κοινότητας μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά, από την αύξηση των ψυχοκοινωνικών επιβαρύνσεων, ψυχολογικών διαταραχών και κρίσεων. Αναφορικά στα Ελληνικά δεδομένα δεν έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες που να εξετάζουν τις συγκεκριμένες έννοιες και συγκεκριμένα στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας. **Σκοπός:** Ο σκοπός της μελέτης είναι να αποτυπώσει την κατάσταση των ηλικιωμένων που κατοικούν στην ευρύτερη Περιφέρεια Θεσσαλίας, σχετικά με την υγιά γήρανση και την ευημερία και τις βιωματικές εμπειρίες τους κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής, πολιτικοκοινωνικής, υγειονομικής και πολιτιστικής κρίσης. Αυτή η μελέτη είναι σημαντική γιατί οι πληροφορίες και οι βιωματικές εμπειρίες των ηλικιωμένων που ζουν στην περιοχή κάτω από τις τρέχουσες δυσάρεστες καταστάσεις - όπως έλλειψη υγειονομικών παροχών, μη προσβάσιμα σημεία από ιατρούς σε απομακρυσμένες περιοχές, ο σεβασμός στα δικαιώματα και τις επιλογές των ηλικιωμένων και τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες είναι ζωτικής σημασίας για την υποστήριξη της δημοκρατίας και της διαφάνειας, για τη βιώσιμη ανάπτυξη και για τη συνοχή της κοινωνίας. **Μεθοδολογία:** Η παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανήκει στις ποιοτικές μελέτες. Η λήψη των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε με φυσική παρουσία με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου σε συγκεκριμένη ομάδα ατόμων ηλικιωμένων της Κοινότητας. Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα τέθηκαν η ηλικία με κατώτερο όριο ηλικίας τα 75 έτη, η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας και η συγκατάθεση του ασθενούς για συμμετοχή στην μελέτη. Στην μεγάλη μελέτη στα πλαίσια της οποίας εκπονήθηκε η παρούσα εργασία, συμμετείχαν άτομα από ολόκληρη την Θεσσαλία, την Αθήνα αλλά και την Ικαρία. Στην συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν δέκα άτομα, πέντε γυναίκες και πέντε άντρες, μεικτού μορφωτικού επιπέδου αλλά και διαφόρων βαθμίδων όσων αφορά τα εισοδηματικά κριτήρια. **Αποτελέσματα:** Μέσα από την μελέτη έγινε κατανοητός ο όγκος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι της Κοινότητας έτσι ώστε να παρέχονται λύσεις και βοήθεια για καλύτερη ποιότητα ζωής. Αποτελέσματα που αφορούν στην: 1) οικονομική ευημερία, 2) υγειονομική κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, 3) επικοινωνία της τρίτης ηλικίας με το υγειονομικό προσωπικό, 4) υποστήριξη κι εξυπηρέτηση τους ειδικά όταν δεν υπάρχει κάποιος τυπικός ή άτυπος φροντιστής, και 5) κατανόηση και χρήση των τελευταίων εξελίξεων της τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα. Ακόμη έγιναν φανερές δράσεις και μηχανισμοί που έχουν αναπτύξει οι ηλικιωμένοι κι

έχουν φτάσει σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής κι ευημερίας που αναδεικνύει την ποιότητα ζωής τους αλλά και τους κρατά δραστήριους, ενεργούς και να μπορούν να αποτελούν έμπνευση για συνομηλίκους άλλων περιοχών αλλά και για τους νεότερους που ακολουθούν ηλικιακά έτσι ώστε να επιτύχουν την υγιή γήρανση.

Λέξεις-Κλειδιά: τρίτη ηλικία, υγιής γήρανση, ευημερία, ποιότητα ζωής, κοινωνικο-οικονομικές κρίσεις

Abstract

Introduction: Healthy ageing and well-being of older people who live in the community can be significantly affected by increasing psychosocial burdens that cause psychological disorders and crises. With regard to the Greek data, not enough studies have been published that examine these variables and specifically in the wider region of Thessaly. **Aim:** The aim of the study is to capture the situation of older people living in the wider region of Thessaly regarding healthy ageing and well-being and their lived experiences during an economic, political-social, health and cultural crisis. This study is important because the information and lived experiences of older people living in the region under the current uncomfortable situations and difficult economic conditions are vital to support democracy and transparency, sustainable development and societal cohesion. **Methodology:** This qualitative study used in person semi-structured interviews to collect data from a specific group of older people who lived in the community. The inclusions criteria were age- with a minimum age limit of 75 years-, understanding of the Greek language. In the large study in the context of which the present study was carried out, people from all over Thessaly, Athens and Ikaria participated. In this study ten participants, five women and five men, in various educational levels and income criteria, were participated. **Results:** Through the study, it is expected to understand the volume of problems faced by the elderly in the community so that solutions and assistance can be provided for a better quality of life. Outcomes related to: 1) economic well-being, 2) health care coverage of the needs of the elderly, 3) communication of the elderly with health care staff and 4) support and service especially when there are no formal or informal caregiver and 5) understanding and use of the latest developments in technology at all levels. Furthermore, to make evident actions and mechanisms that have been developed by the elderly and have reached a satisfactory level of life and wellbeing that enhances their quality of life but also keeps them active, active and can be an inspiration for peers in other areas as well as for the younger ones following their age in order to achieve healthy ageing.

Keywords: old age, healthy ageing, well-being, quality of life, socio-economic crises

Εισαγωγή

Ο τομέας της ανθρώπινης ζωής κι εξέλιξης καθώς και το όριο ζωής των ανθρώπων έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Οι ηλικιωμένοι πολίτες λοιπόν αποτελούν έναν συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό. Η γήρανσή τους όμως, επηρεάζεται από πολυπαραγοντικά χαρακτηριστικά όπως γνωστικά, φυσικά, οικονομικά, δημογραφικά, κοινωνικά [1]. Η υγιής γήρανση, αφορά σε συνήθειες που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου κι αυτή θα είναι το αποτέλεσμα [2]. Ο τρόπος ζωής, ο τρόπος αντιμετώπισης των πραγμάτων αλλά και η ποιότητα ζωής άμεσα συνδεδεμένα με την υγιή γήρανση. Η γήρανση είναι μια δυναμική έννοια που εξελίσσεται με το χρόνο [3].

Η ευτυχισμένη γήρανση συνίσταται στην προσαρμογή στις απαιτήσεις της σκηνής και στη χρήση του χρόνου και των πόρων που διατίθενται επωφελώς για τον εαυτό και τους άλλους. Ο ρόλος της διατήρησης της καλής σωματικής και ψυχικής υγείας και η καλλιέργεια κατάλληλων στάσεων απέναντί της, είναι μια απαίτηση που δύσκολα μπορεί να υπερτονιστεί. Εμπειρικές μελέτες έχουν δείξει τη σημαντική συμβολή πολλών μεταβλητών στην επιτυχή γήρανση [4]. Η γήρανση δεν πρέπει να συνδέεται με διαδικασίες αλλά με αποτέλεσμα [5,6]. Επίσης όσον αφορά τα τελευταία δύο έτη η Covid-19 είχε επιπτώσεις ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Απομόνωση, εγκλεισμό, κοινωνική-οικογενειακή περιθωριοποίηση, στέρηση πρώτων αναγκών ακόμη στέρηση και ιατρικών-φαρμακευτικών πόρων. Η μη επαφή με τον οικογενειακό-συγγενικό περίγυρο σωματοποίησε προβλήματα, η συνεχής κατευθυνόμενη πληροφόρηση μέσω των ΜΜΕ καθώς και η στέρηση χαρούμενων στιγμών αλλά και ενεργών δραστηριοτήτων δημιούργησε νέα ή επιδείνωσε τα ήδη υπάρχοντα νοσήματα [7]. Αν και η χρονολογική ηλικία συσχετίζεται με διάφορες ασθένειες και καταστάσεις που σχετίζονται με την ηλικία, δεν αντικατοπτρίζει επαρκώς τη λειτουργική ικανότητα, την ευημερία ή τον κίνδυνο θνησιμότητας ενός ατόμου. Αντίθετα, η βιολογική ηλικία παρέχει πληροφορίες για τη συνολική υγεία και δείχνει πόσο γρήγορα ή αργά γερνάει ένα άτομο. Η βασική έκθεση του ΠΟΥ για την υγιή γήρανση (WHO, 2020), με βάση τα αποτελέσματα σε 42 χώρες, υπογραμμίζει ότι τουλάχιστον 142 εκατομμύρια (14% των) ηλικιωμένων, παγκοσμίως, αδυνατούν να ανταποκριθούν στις βασικές τους ανάγκες τους (π.χ. να παίρνουν τα φάρμακά τους, να διαχειρίζονται τα οικονομικά τους) και χάνουν την ανεξαρτησία τους. Η παγκόσμια πρωτοβουλία της δεκαετίας της υγιούς γήρανσης 2021-2030 από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) τον Δεκέμβριο του 2020 επικεντρώνεται στους ηλικιωμένους και

σχεδιάζει να φέρει σε επαφή τις κυβερνήσεις, επαγγελματίες, την ακαδημαϊκή κοινότητα, το κοινό, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τον ιδιωτικό τομέα για την οικοδόμηση μιας κοινωνίας για όλες τις ηλικίες και να βελτιωθεί η ζωή των ηλικιωμένων, καθώς και των οικογενειών και των κοινοτήτων τους

Στόχος είναι η υγιής γήρανση, δηλαδή η γήρανση χωρίς αναπηρίες, με τις λιγότερες δυνατές ή επαρκώς ελεγχόμενες παθήσεις, βοηθώντας τους να διατηρήσουν την αυτονομία και την ποιότητα ζωής τους και πάντα με σεβασμό στις αξίες και τις προτιμήσεις τους. Από την άλλη πλευρά, οι προληπτικές δραστηριότητες σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας λαμβάνουν υπόψη τον κίνδυνο ασθένειας, λειτουργική αλλοίωση που προκαλεί την ασθένεια, και καταστάσεις κοινές στους ηλικιωμένους που μπορεί να βλάψουν την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένων της αδυναμίας, των πτώσεων και των ιατρογενών επιπλοκών. Η παράταση της ζωής δεν φαίνεται να επιβραδύνεται, αντιπροσωπεύοντας ένα μεγάλο επίτευγμα για την ανθρωπότητα καθώς και μια πρόκληση για τη γήρανση του πληθυσμού. Καθώς προχωράμε προς έναν ολοένα και πιο γηραιότερο πληθυσμό, θα χρειαστεί να βρούμε νέους τρόπους ώστε τα άτομα να αξιοποιούν στο έπακρο τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, καθώς η πιθανότητα να αντιμετωπίσουν κάποια μορφή αντιξοότητας αυξάνεται με την ηλικία. Μέσω προσεγγίσεων που βασίζονται σε περιουσιακά στοιχεία, όπως η επίκληση ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών πόρων, ελπίζεται ότι μπορεί να ενισχυθεί μεγαλύτερη ανθεκτικότητα σε επίπεδο πληθυσμού. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας μπορεί να λάβουν πολλές μορφές. Ωστόσο, υπάρχει μεγάλη δυνατότητα αύξησης των κοινωνικών και περιβαλλοντικών πόρων μέσω των παρεμβάσεων δημόσιας πολιτικής. Η ευημερία του ατόμου πρέπει να είναι το επίκεντρο αυτών των προσπαθειών. Η ποιότητα ζωής αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο για την απόλαυση πρόσθετων ετών και δεν πρέπει να αγνοηθεί. Ως εκ τούτου, θα γίνεται όλο και πιο σημαντικό να χρησιμοποιείται η ανθεκτικότητα ως έννοια δημόσιας υγείας και να παρέμβουμε μέσω πολιτικής για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας αυξάνοντας τους διαθέσιμους πόρους στους ηλικιωμένους. Η ενίσχυση της ευημερίας ενόψει των αυξανόμενων αντιξοοτήτων έχει σημαντικές επιπτώσεις για τη γήρανση των ατόμων και της κοινωνίας στο σύνολό της [2]. Οι προληπτικές δραστηριότητες για τους ηλικιωμένους θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλους αυτούς τους παράγοντες [11].

Λειτουργική ικανότητα είναι να έχει τις δυνατότητες να δίνει, τη δυνατότητα στους ανθρώπους να είναι και να κάνουν αυτό που εκτιμούν. Αναφέρεται ως ικανότητα: να

καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες, να μαθαίνουν, να μεγαλώνουν και να παίρνουν αποφάσεις, να είναι κινητό το άτομο, να οικοδομήσει και να διατηρήσει σχέσεις, και να συνεισφέρει στην κοινωνία.

.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός Τρίτης Ηλικίας

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) σημείωσε στο World Population Ageing 2019 ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι ορίζονται τα άτομα ηλικίας 60 ή 65 ετών και άνω, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι στις ανεπτυγμένες οικονομίες του κόσμου συνήθως ορίζονται ως άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Ο ΠΟΥ κάνει χρήση ενός ακόμη ορισμού σύμφωνα με τον οποίο, ηλικιωμένο καλείται το άτομο που έχει περάσει το μέσο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννησή του. Μια πρακτική προσέγγιση έχει υιοθετηθεί στο πλαίσιο Γήρανση της Ευρώπης - εξετάζοντας τη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων στην ΕΕ. Η ακόλουθη ορολογία που χρησιμοποιείται: ηλικιωμένοι - άτομα ηλικίας 65 ετών ή άνω, πολύ ηλικιωμένοι - όσοι είναι ηλικίας 85 ετών ή άνω των 85 ετών. Στο πέρασ των χρόνων η έννοια του γνώρισε πολλές παραλλαγές στις διάφορες εποχές ως προς τον χρονικό προσδιορισμό της. Στην ελληνική αρχαιότητα επικρατούσε η θεωρία του Πυθαγόρα ο οποίος χώριζε την ζωή σε τέσσερα τμήματα, όπως οι εποχές, μέσης διάρκειας περίπου 20 ετών. Έτσι, στην άνοιξη κατατάσσονταν τα έτη της παιδικής ηλικίας από 0 έως 20 ετών· στο καλοκαίρι αντιστοιχούσε η εφηβική ηλικία από 20 έως 40 ετών· στο φθινόπωρο αντιστοιχούσε η νεότητα από 40 έως 60 ετών· και ο χειμώνας αντιστοιχούσε στα γηρατειά με εύρος από 60 έως 80 ετών. Το 2015 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξελίσσει την εννοιολογική σημασία του ηλικιωμένου με βάση τη χρονολογική του ηλικία. Με τον όρο αυτό περιγράφονται τα άτομα με την ηλικία 65 ετών, ενώ οι ηλικίες «65-74 να χαρακτηρίζονται ως νέοι ηλικιωμένοι (young adults), οι 75-84 ως ηλικιωμένοι (old adults) και οι 85+ ως γηραιότεροι των γηραιών (ή τέταρτη ηλικία)» (WHO, 2015). Χαρακτηριστικό της πρώτης ηλικίας η εξάρτηση, η προσπάθεια κοινωνικοποίησης, η ανωριμότητα και η συμμετοχή σε δομές υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Στην δεύτερη ηλικία κύριο λόγο έχει η ανεξαρτησία, η ωριμότητα και η ευθύνη. Στην περίοδο της τρίτης ηλικίας εμφανή γίνονται τα προσωπικά επιτεύγματα και οι επιτυχίες. Τελευταία κατηγορία, η τέταρτη ηλικία στην οποία πάλι υπάρχει η εξάρτηση αλλά προστίθενται η εξασθένηση κι ο θάνατος. Το γήρας πάντα χαρακτηρίζονταν ως έννοια από βιολογική και φυσική έκπτωση, η οποία συνοδεύονταν από διάφορες αντιλήψεις, στάσεις και αισθήματα. Ένας από τους πρώτους ορισμούς της επιτυχούς γήρανσης που βρέθηκαν στη γεροντολογική βιβλιογραφία είναι

αυτός που εισήγαγε ο Robert Havighurst (1961) . Πρότεινε ότι για να παρέχει η επιστήμη της γεροντολογίας καλές συμβουλές, πρέπει να έχει μια θεωρία επιτυχούς γήρανσης. Μια τέτοια θεωρία θα πρέπει να περιγράφει συνθήκες που προάγουν τη μέγιστη ικανοποίηση και ευτυχία. Η γήρανση σήμαινε επιτυχώς διατήρηση των δραστηριοτήτων και στάσεων της μέσης ηλικίας στην μετέπειτα ενήλικη ζωή. Οι γεροντολόγοι γενικά προτιμούσαν αυτή τη θεωρία επειδή υποτίθεται ότι συλλαμβάνει την επιθυμία των ηλικιωμένων ατόμων. Η θεωρία της αποδέσμευσης, από την άλλη πλευρά, σήμαινε ότι ο άνθρωπος που έρχεται σε ηλικία γήρατος θα ήταν αναμενόμενο να επιθυμεί να απομακρυνθεί από την ενεργό ζωή [11].

Η υγιής γήρανση είναι μια διαδικασία που συμβαίνει κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής. Οι συνήθειες υγείας που καθιερώθηκαν νωρίς και εφαρμόζονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής επηρεάζουν τη μακροζωία, την ικανότητα να φθάσει σε μεγάλη ηλικία και την υγεία με την οποία βιώνει κανείς την ενήλικη ζωή. Το νέο πεδίο της ιατρικής του τρόπου ζωής αντιμετωπίζει τις βαθύτερες αιτίες των ασθενειών στοχεύοντας στη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, την ευεξία, τη διαχείριση του στρες, τη χρήση ουσιών, τη σύνδεση και τον ύπνο. Ως αποτέλεσμα, η ιατρική του τρόπου ζωής μπορεί να βελτιστοποιήσει την τροχιά της γήρανσης και να προωθήσει στόχους που έχουν αναγνωριστεί στη γηριατρική ιατρική ως βασικοί για την ευημερία και την ποιότητα ζωής, με αποτέλεσμα τη συμπίεση της νοσηρότητας. Αν και η χρονολογική ηλικία συσχετίζεται με διάφορες ασθένειες και καταστάσεις που σχετίζονται με την ηλικία, δεν αντικατοπτρίζει επαρκώς τη λειτουργική ικανότητα, την ευημερία ή τον κίνδυνο θνησιμότητας ενός ατόμου. Αντίθετα, η βιολογική ηλικία παρέχει πληροφορίες για τη συνολική υγεία και δείχνει πόσο γρήγορα ή αργά γερνάει ένα άτομο. Οι εκτιμήσεις της βιολογικής ηλικίας πιστεύεται ότι παρέχονται από ρολόγια γήρανσης, τα οποία είναι υπολογιστικά μοντέλα (π.χ. ελαστικό δίχτυ) που χρησιμοποιούν ένα σύνολο εισροών (π.χ. θέσεις μεθυλίωσης DNA) για να κάνουν μια πρόβλεψη. Η γήρανση συνοδεύεται από μια σειρά από μοριακές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένων σημαντικών αλλαγών στο επιγονιδίωμα [1]. Η διαδικασία της γήρανσης είναι βαθιά ετερογενής, με μεγάλες διαφοροποιήσεις στις βιωμένες εμπειρίες των τομέων φυσικής, κοινωνικής και ψυχολογικής λειτουργίας των ατόμων σε όλη τη διάρκεια της ζωής [2]. Με γνώμονα τις γεροντολογικές προσεγγίσεις το γήρας εμφανίζεται από το τεσσαρακοστό έτος και καταλήγει στο θάνατο. Η διαδικασία του γήρατος είναι πολύπλευρη και αφορά την κάθε οντότητα ξεχωριστά, εμφανίζεται στη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική σφαίρα. Το βιολογικό γήρας επέρχεται από κυτταρολογικές αλλαγές που συμβαίνουν προοδευτικά με το πέρασ των

ετών, κι επιφέρουν λειτουργικές και οργανικές αλλαγές, που οδηγούν σε εξασθενημένη αυτορρύθμιση, αναγέννηση. Αποτελεί μια φυσική εξέλιξη που δεν μπορεί να αναστραφεί και μπορεί να οδηγήσει σε υγιή γήρανση, που μπορεί να χαρακτηριστεί τυπική ή παθολογική. Οι μεταβολές αυτές δημιουργούν με τη σειρά τους αλλαγές στην κοινωνική ευημερία, στην καθημερινή διάθεση, την αντίληψη του ατόμου σε σχέση με το περιβάλλον, την σωματική δραστηριότητα και καθορίζει την κοινωνική και οικογενειακή θέση του ατόμου. Με την πάροδο της ηλικίας υπάρχει αύξηση στην προσαρμοστικότητα στα νέα δεδομένα, πραγματεύονται αλλαγές σε γνωστικό και πνευματικό επίπεδο, η αντίληψη του ατόμου γίνεται πιο σύνθετη, οι αισθήσεις και οι λήψη πληροφοριών μειώνονται καθώς και η διαδικασία που το άτομο αντιλαμβάνεται δυσκολεύει.

Εξαιτίας της ποικιλομορφίας της γήρανσης, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα συγκεκριμένος ορισμός της επιτυχούς γήρανσης [14 ,15]. Μέχρι στιγμής, ο καθένας το έχει αντιμετωπίσει από διαφορετικές οπτικές γωνίες, γεγονός που οδήγησε σε διάφορα αποτελέσματα και επιτεύγματα, ενώ συνέβαλε επίσης σε διαφορετικούς ορισμούς . Υπάρχει μια διαδικασία υπολογισμού για την εκτίμηση της κατάστασης των ηλικιωμένων όσον αφορά την επιτυχή γήρανση. Μέρος τους έχει τη μορφή έρευνας με τίτλο «Αυτοαναφορά» και περιλαμβάνει αυτοαναφορές ηλικιωμένων για την κατάσταση της υγείας τους και τις δραστηριότητές τους [12].

Κάθε άνθρωπος θέλει να ζήσει πολύ, αλλά κανένας άνθρωπος δεν θέλει να είναι γέρος», είπε ο Τζόνθαν Σουίφτ τον 17ο αιώνα. Παρά τις πολυάριθμες θεωρίες, η γήρανση παραμένει σε μεγάλο βαθμό μια μυστηριώδης διαδικασία. Στους ανθρώπους, αυτή η διαδικασία έχει τρία κύρια χαρακτηριστικά: (1) καθολική, (2) προοδευτική και (3) συνεχή. Η γήρανση χαρακτηρίζεται από μια δυναμική μείωση των φυσιολογικών ικανοτήτων, η οποία οδηγεί σε αυξημένη ευαλωτότητα σε ασθένειες και τελικά σε θάνατο. Ωστόσο, αυτή η διαδικασία δεν είναι σταθερή αλλά εύπλαστη και ο ρυθμός της μπορεί να επιταχυνθεί ή να επιβραδυνθεί σε οποιοδήποτε σημείο της ζωής. Ακόμη η ακραία ετερογένειά της μεταξύ των ατόμων και τρεις διαφορετικοί φαινότυποι έχουν περιγραφεί μέχρι στιγμής: (1) επιταχυνόμενη γήρανση, (2) φυσιολογική ή συνηθισμένη γήρανση και (3) επιτυχής γήρανση, ανάλογα με το επίπεδο σωματικής, κοινωνικής και γνωστικές λειτουργίες . Ο ορισμός της επιτυχημένης γήρανσης δεν είναι εύκολος και εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη συμφωνίας μεταξύ των ερευνητών στον τομέα. Το 1998, οι Rowe και Kahn όρισαν την επιτυχή γήρανση

ως μια σύνθετη έννοια που περιλαμβάνει ιδιότητες τόσο της σωματικής όσο και της ψυχολογικής υγείας στην τρίτη ηλικία που επιτρέπει στα άτομα να διατηρούν χαμηλό κίνδυνο ασθένειας και σχετικών αναπηριών. Αργότερα, ο Moody και οι συνεργάτες του υπογράμμισε ότι ο όρος «επιτυχής γήρανση» σχετίζεται με «κύριες ιδέες όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η μακροζωία, η ελευθερία από την αναπηρία, η κυριαρχία, η ανάπτυξη, η ενεργός ενασχόληση με τη ζωή και η ανεξαρτησία». Στην πραγματικότητα, η μεγαλύτερη ηλικία είναι γενικά ο χρόνος προς το τέλος της ζωής - μια περίοδος κατά την οποία ένα άτομο βιώνει πολλά γεγονότα που προάγουν το στρες, από την πτώση των σωματικών λειτουργιών έως τη μείωση της οικονομικής δύναμης καθώς και τη μοναξιά και τη σχετική κοινωνική απομόνωση [16]. Έτσι, είναι δύσκολο να σκεφτούμε τη μεγαλύτερη ηλικία ως εποχή υγείας. Αντίθετα, άλλες βιοϊατρικές προοπτικές έχουν υιοθετήσει μια πιο ψυχοκοινωνική άποψη σχετικά με την επιτυχή γήρανση, εστιάζοντας στην ισχυρή προσαρμογή στη διαδικασία της γήρανσης και στους σχετικούς ψυχολογικούς πόρους. Επομένως, η επιτυχής γήρανση ονομάζεται επίσης «υγιή γήρανση», «ενεργητική γήρανση» ή «παραγωγική γήρανση», γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτό το μεταγενέστερο στάδιο της ζωής μπορεί να είναι μια περίοδος ζωτικότητας και υγείας [17]. Από αυτή την άποψη, η γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ως το τελικό αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ κερδών και ζημιών. Αυτή η οπτική και η εμπειρία της γήρανσης είναι πιο υποκειμενική και περιλαμβάνει ικανοποίηση, θετικά συναισθήματα και καλή ψυχική υγεία. Έτσι, από αυτή την άποψη, η γήρανση δεν είναι απαραίτητα επιβάρυνση, καθώς υπάρχει ένα μικρό μέρος του πληθυσμού που δεν έχει αναπηρία στη μετέπειτα ζωή του. Μερικοί αιωνόβιοι μπορούν να απολαμβάνουν υψηλή ποιότητα ζωής και να κάνουν πολύτιμες και σημαντικές συνεισφορές στην κοινωνία, ακόμη και με τους περιορισμούς που αναπόφευκτα προκαλεί η ηλικία αυτή καθαυτή [13].

Τα μοντέλα υγιούς γήρανσης έχουν μειώσει την έμφαση που δίνουν με τα χρόνια στον ατομικό ντετερμινισμό όταν συζητούν τα κίνητρα και τις ενέργειες που είναι απαραίτητες για υγιή αποτελέσματα. Η υγιής γήρανση κάποτε χαρακτηριζόταν από ένα σύνολο ατομικών ιδιοτήτων που ενθάρρυναν την ανθεκτικότητα, τοποθετώντας το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης στο άτομο για τη διατήρηση της σωματικής υγείας και την καλλιέργεια σημαντικών κοινωνικών σχέσεων και δραστηριοτήτων. Τώρα, τα μοντέλα υγιούς γήρανσης έχουν μια πιο συναλλακτική άποψη, περιγράφοντας τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος που μπορεί να ενισχύσουν ή να υπονομεύσουν την επιδίωξη προσωπικά σημαντικών στόχων και τα κίνητρα και την ικανότητα για επιτυχημένη, αφοσιωμένη

λειτουργία [3].

1.2 Φυσιολογία της Γήρανσης

Προϊόν του περάσματος του χρόνου η φυσιολογική οργανική φθορά στον ανθρώπινο οργανισμό, η οποία αφορά την κυτταρολογική και ιστολογική. Εκεί εστιάζεται και η διαφορά μεταξύ φυσιολογικών μεταβολών και νοσηρών καταστάσεων. Προκειμένου να καταστεί σωστή η αξιολόγηση και η θεραπεία της πάθησης είναι βασικό να παρατηρηθούν τυχόν μεταβολές με το πέρας του χρόνου. Οι σημαντικότερες αφορούν όλο το ανατομικό σύστημα του ανθρώπου (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, αναπαραγωγικό σύστημα, αυτόνομο νευρικό σύστημα, κεντρικό νευρικό σύστημα, εκκριτικό), την κινητικότητα του ατόμου, την διαδικασία πρόσληψης τροφής και πέψης, τις φυλετικές επιδράσεις ακόμη και την αισθητηριακή έκπτωση.

Πιο συγκεκριμένα ορατές είναι οι αλλαγές στην εμφάνιση, λευκά μαλλιά, ρυτιδιασμένο πρόσωπο και σώμα, λιπώδης αύξηση στην περιοχή της μέσης, συρρίκνωση ύψους και βάρους, που δηλώνουν την ένταξη στην τρίτη ηλικία.

Μεταβολές στην κίνηση του ατόμου που οφείλονται στο μυοσκελετικό σύστημα και τις αρθρώσεις, δημιουργούν έκπτωση της κίνησης καθώς κι επιβραδύνουν ή δυσκολεύουν τις λεπτές κινήσεις των άνω άκρων. Συνοδό σύμπτωμα μπορεί να είναι κι ο πόνος, οδηγώντας το άτομο σε βραδυκινησία και μειωμένη ευελιξία των άνω και κάτω άκρων. Εμφανής γίνεται και η απουσία μυϊκής δύναμης σε ποσοστό 30% από την ηλικία των 30 έως 60 ετών, με αποτέλεσμα να μειώνονται και οι αντοχές που θα οδηγήσουν σε καθιστική ζωή και θα προκληθεί έτσι κι αύξηση του λιπώδους ιστού.

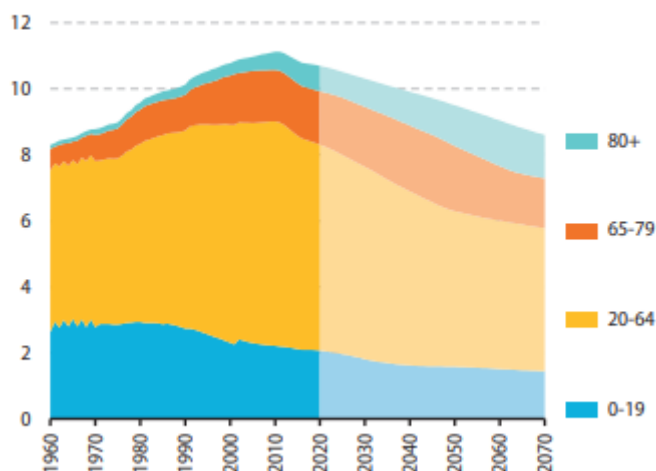
Δυσμενείς συνέπειες υπάρχουν και στα οστά (οστεοπόρωση, οστεοπενία) αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο καταγμάτων στους ηλικιωμένους. Ελλιπής αρθρική σταθερότητα κι ευκινησία, εντοπισμένη πιο πολύ στο ισχιακό οστό και τα γόνατα, με αποτέλεσμα να υπάρχει περιορισμένη κίνηση [55]. Όσον αφορά το καρδιαγγειακό σύστημα των ηλικιωμένων, οι περισσότεροι πάσχουν από στεφανιαία νόσο και αρτηριακή υπέρταση, κτλ., σαν αποτέλεσμα της εκπτώτικης καρδιακής λειτουργίας λόγω χρόνων. Σύμφωνα με έρευνες υπάρχει μείωση του καρδιακού παλμού κατά 1% και η μέγιστη ποσότητα πρόσληψης οξυγόνου. Όσον αφορούν στο αναπνευστικό σύστημα τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν ελάττωση, με απόρροια να καταλήγει λιγότερη ποσότητα οξυγόνου στο αίμα, με τη μέγιστη μείωση ανταλλαγής αερίων κατά την άσκηση. Ακόμη λόγω της μη ικανής ανταπόκρισης της

νεφρικής λειτουργίας υπάρχει σοβαρό θέμα με την κατανομή των σωματικών υγρών. Στο διατροφικό επίπεδο οι ηλικιωμένοι δεν εστιάζουν σε κάποια διαφορά συγκριτικά με τα νεότερά τους χρόνια. Περισσότερο προσκολλάται στη διατροφή κάποια συννοσηρότητα που τους δημιουργεί πρόβλημα. Στο νευρικό σύστημα αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και στον ύπνο. Οι ηλικιωμένοι συχνά λόγω μειωμένων θερμορυθμιστικών μηχανισμών έχουν επιπτώσεις στον ύπνο, που συχνά οφείλεται σε συχνοουρία, δυσφορία, άπνοια και πόνο ή οίδημα στα πόδια. Στο νευρικό σύστημα υπάρχουν ασθένειες που μπορεί να προκληθούν και σε νεότερη ηλικία, -εγκεφαλικές λειτουργίες που επηρεάζονται και είναι υπό μελέτη-, όπως Alzheimer, Parkinson, κ.ά. Στο αναπαραγωγικό σύστημα οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν πολλές μεταβολές και δυσκολίες, ιδιαίτερα οι άντρες (προστατικές δυσλειτουργίες) που έχουν και ψυχοσωματικές συνέπειες. Από την άλλη οι γυναίκες,(εμμηνόπαυση, κλιμακτήριο),βιώνουν μείωση των ορμονών με αντίστοιχες συνέπειες. Η αισθητηριακή έκπτωση (όραση, ακοή, όσφρηση, απτική διάκριση, γεύση) των ηλικιωμένων ίσως είναι για τους ίδιους η πιο σημαντική συνέπεια του γήρατος. Οι στατιστικές και τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν πως το γυναικείο φύλο έχει περισσότερα χρόνια ζωής σε σύγκριση με του άνδρες, με τους δεύτερους όμως να κατέχουν υψηλότερη θέση στην ποιότητα ζωής, γεγονός που στηρίζεται με εικασίες πως οφείλεται στον τρόπο ζωής, σε βιολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Ενώ στην έκθεση σε παράγοντες που είναι πιο επιβλαβείς για την υγεία εκτίθενται περισσότερο οι άνδρες, οι χρόνιες παθήσεις φαίνεται πως κυριαρχούν στον γυναικείο πληθυσμό.

1.3 Επιδημιολογία της Γήρανσης

Η έννοια της γήρανσης του πληθυσμού είναι ένα σχετικά νέο πρόβλημα από ιστορική άποψη. Μπορεί να παρατηρηθεί ότι δεν υπήρχε καταγεγραμμένος πληθυσμός ατόμων με ηλικία άνω των 65 ετών, άνω του 11%, το 1950 σε καμία χώρα. Μελετώντας την χρονιά 2000, το υψηλότερο ήταν 18%. Ωστόσο, το πρόβλημα θα αυξηθεί δραματικά μέχρι το 2050, όταν θα μπορούσε να φτάσει το 38 τοις εκατό [38]. Οι προβλέψεις δείχνουν αύξηση των ηλικιωμένων 60 ετών και άνω συγκριτικά με άτομα ηλικίας 10 έως 34 ετών, το 2050(2,1 δισεκατομμύρια έναντι 2,0 δισεκατομμυρίων).

Ηλικιακή δομή του πληθυσμού, ηλικιακές ομάδες (σε εκατ.)



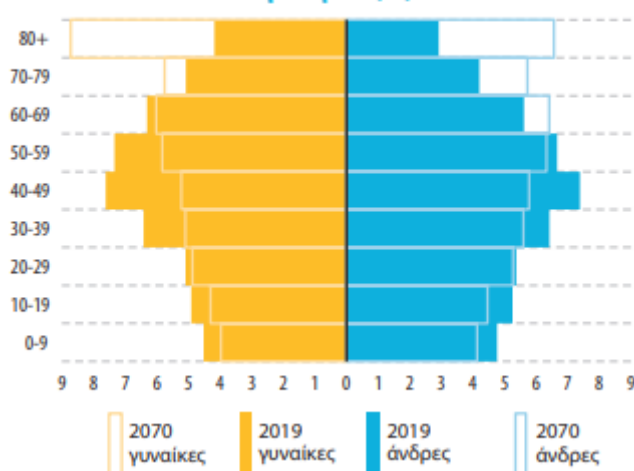
Δημογραφικές μεταβολές στην Ευρώπη- Ενημερωτικά δελτία ανά χώρα: Ελλάδα, Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/12743486/14207636/EL-EL.pdf>)

Σε όλο τον κόσμο αποτελεί δημογραφικό πρόβλημα(ιατρικό αλλά και κοινωνικό) η γήρανση του πληθυσμού. Την προκειμένη περίοδο τους παλαιότερους ηλικιακά πληθυσμούς κατέχει η Ιταλία, η Φινλανδία και η Ιαπωνία. Στην ταξινόμηση του ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) η Σλοβενία, η Ελλάδα, η Πολωνία, η Κορέα, η Ισπανία και η Πορτογαλία, κατέχουν τις υψηλότερες θέσεις στην γήρανση [18]. Όσον αφορά τις χώρες εκτός ΟΟΣΑ, οι χώρες με τη μεγαλύτερη γήρανση είναι η Βραζιλία, η Κίνα και η Σαουδική Αραβία. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής καθώς και γήρανση του πληθυσμού είναι γεγονός. Με τα δεδομένα της Eurostat για την χρονιά 2018, στην Ελλάδα το προσδόκιμο ζωής ήταν 81,9 έτη κατά μέσο όρο, ενώ τα 65,4 έτη το προσδόκιμο της υγιούς ζωής. Γίνεται αντιληπτό πως τα άτομα μετά την συνταξιοδότησή τους έχουν αρκετά χρόνια ζωής. Στον Ελλαδικό χώρο, στην περιοχή της Ευρυτανίας εντοπίζεται ο γηραιότερος πληθυσμός στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αφού καταγράφηκε ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων με 78,3% την 1η Ιανουαρίου 2020. Το ποσοστό δείχνει την σύγκριση των ηλικιωμένων άνω των 65, με την ηλικιακή ομάδα από 20 ετών έως 64 που βρίσκεται ακόμη ενεργά στην αγορά εργασίας. Στην πληθώρα των περιοχών στη Ελλάδα, τα ποσοστά του δείκτη εξάρτησης βρίσκονται άνω του 40% ενώ στην ΕΕ ο μέσος όρος της είναι περίπου στο 34,8%. Η Ευρώπη αντιμετωπίζει δημογραφικό πρόβλημα με την Ελλάδα να βιώνει εντονότερα. Με τα παρακάτω στοιχεία γίνεται εύκολα αυτό αντιληπτό: 2016: Η

διακομματική επιτροπή της Ελληνικής Βουλής διαπιστώνει ότι η αναλογία εργαζομένων – συνταξιούχων στη χώρα μας είναι 1 προς 1 πλέον, 1998: 2 εργαζόμενοι σε 1 συνταξιούχο, 1 εργαζόμενος για 1 συνταξιούχο, 1980: 3 εργαζόμενοι σε 1 συνταξιούχο, 1955: 10 εργαζόμενοι αντιστοιχούσαν σε 1 συνταξιούχο. Η εγγενής ικανότητα (ψυχικές και σωματικές ικανότητες ενός ατόμου) και τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά (σπίτι, την κοινότητα και την κοινωνία στο σύνολό της) αποτελούν της αλληλεπιδράσεις που διαμορφώνουν αυτή τη λειτουργική ικανότητα σύμφωνα με τον ΠΟΥ [4].

Ο αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων αλλά και των αιωνόβιων (>100)– υπερήλικων (>90), γίνεται φανερός στις υπό ανάπτυξη χώρες αλλά και στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες. Η αντιστοιχία ηλικιωμένων προς νέους το 1950 ήταν 23/100 και το 2050 110/100 αντίστοιχα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, υπάρχουν 600 εκατομμύρια άτομα στην ηλικία άνω των 60 ετών και μέχρι το 2025 του νούμερο αυτό θα διπλασιαστεί και ως το 2050 θα ξαναδιπλασιαστεί. Το 12% θα αγγίξει το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών το 2050 στη Ευρώπη. Αντιληπτό έχει γίνει πως πλέον στην Ελλάδα ο ρυθμός γήρανσης αυξάνεται με ταχύτατους ρυθμούς. Η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων όμως από την κοινωνία, δεν είναι η πρόβλεψη καθώς τα άτομα τρίτης ηλικίας αντιμετωπίζονται σαν άρρωστα. Παράδειγμα αποτελεί ο περιορισμός στις συζητήσεις, στο πόσο κοστίζουν σε υγειονομικές δαπάνες και συντάξεις τα άτομα αυτά, δίχως να γίνεται επίκεντρο συζητήσεων ο τρόπος που οι ηλικιωμένοι μπορούν να είναι ενεργά και χρήσιμα μέλη στην κοινωνία.

Πληθυσμιακές πυραμίδες, μερίδιο ηλικιακής ομάδας επί του συνολικού πληθυσμού (%)



Δημογραφικές μεταβολές στην Ευρώπη- Ενημερωτικά δελτία ανά χώρα: Ελλάδα, Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/12743486/14207636/EL-EL.pdf>)

Σε ένα κοινωνικό σύνολο, που χαρακτηρίζεται από την απόδοση και τον καταναλωτισμό, ένα άτομο αδύναμο και μη παραγωγικό αντιμετωπίζεται σαν λιγότερο αποδεκτό. Έτσι δύσκολο στόχο αποτελεί η υγιής γήρανση, καθώς η τρίτη ηλικία αποτελεί πρόβλημα. Η δημογραφική δομή όμως αλλάζει, η ηλικιακή πυραμίδα καθώς και η πολιτική της κοινωνίας θα βρεθούν σε δυσαναλογία το 2025, προκαλώντας ανακατατάξεις δραματικές στη συνοχή και κοινωνική αλληλεγγύη των ευρωπαϊκών χωρών. Αντιμέτωπο με τις συνέπειες θα βρεθεί η αντίληψη του ατόμου σχετικά με το θάνατο, την αναπαραγωγή, τις ηλικίες, τις γενιές. Παράλληλα η λήψη μέτρων και η κατάλληλη προετοιμασία θα δημιουργήσουν βάσεις για την αποφυγή στην Ευρώπη επιπτώσεων στην κοινωνία, την οικονομία, και την ισορροπία μεταξύ της κοινωνικής πολιτικής. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και της κρίσης των αξιών στο κράτος πρόνοιας τίθενται περιορισμοί στην υποστήριξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Καθημερινές μελέτες έχουν επίσης εξετάσει τις επιπτώσεις των κοινωνικών διεργασιών στη φυσιολογία και τη σωματική υγεία. Οι κοινωνικοί μηχανισμοί υποτίθεται ότι ξεδιπλώνουν τις επιπτώσεις τους στη σωματική υγεία μέσω πολλαπλών οδών, όπως φυσιολογικούς (π.χ. λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, αντιδράσεις φυσιολογικού στρες) και ψυχολογικούς μηχανισμούς (π.χ. συναισθηματική υγεία και ευεξία), καθώς και υγειονομικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, οι καθημερινές διακυμάνσεις στην κορτιζόλη, μια ορμόνη που σχετίζεται με τη συναισθηματική, γνωστική και σωματική υγεία, είναι σύγχρονες μεταξύ ρομαντικών ηλικιωμένων ζευγαριών. Μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών, αυτός ο μεγαλύτερος συγχρονισμός κορτιζόλης σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τον γάμο με την πάροδο του χρόνου, αλλά και υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης [19]. Επιπλέον, υγειονομικές συμπεριφορές, όπως οι διατροφικές συμπεριφορές, το κάπνισμα ή η σωματική δραστηριότητα, είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τον καθορισμό της υγείας [20]. Η μεγαλύτερη κοινωνική ενσωμάτωση -ιδιαίτερα η αλληλεπίδραση με ένα μεγάλο δίκτυο περιστασιακών φίλων και γνωστών- έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται άμεσα με μεγαλύτερη σωματική δραστηριότητα και λιγότερο καθιστική συμπεριφορά σε έναν σχεδιασμό περιπατητικής αξιολόγησης [21]. Πολλά ερωτήματα παραμένουν σχετικά με τον ρόλο, τη λειτουργία και τη δομή των κοινωνικών δικτύων και τη σωματική υγεία και συμπεριφορές. Οι θεωρίες και η έρευνα σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες των

συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία επικεντρώνονται κυρίως στην αυτορρύθμιση των ανθρώπων, συχνά χωρίς να λαμβάνουν υπόψη το κοινωνικό πλαίσιο [22]. Ταυτόχρονα, υπάρχει μια μακρά, σταθερά αναπτυσσόμενη ερευνητική παράδοση σχετικά με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς υγείας που παραμελεί σε μεγάλο βαθμό τα κίνητρα και την αυτορρύθμιση ενός ατόμου [3].

1.4 Προβλήματα τρίτης ηλικίας

Στην πορεία ζωής του ανθρώπου προκύπτουν διάφορα γεγονότα τα οποία αποτελούν πρόδρομους αιτιολογικούς παράγοντες που αφορούν στην ψυχική αλλά και σωματική υγεία. Οι εμπειρίες και τα βιώματα όλων των ετών του κάθε ανθρώπου έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα αλλά και στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων. Η απώλεια του πρότερου βίου στους ηλικιωμένους συνήθως συνεπάγεται ένα πένθος που βιώνει το άτομο περνώντας από όλα τα στάδια του, της άρνησης, του θυμού, της διαπραγμάτευσης, της θλίψης και της αποδοχής. Παράλληλα, η ανάγκη προσαρμογής στις νέες συνθήκες προκαλούν στο άτομο άγχος και ενέχουν κινδύνους εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας ωστόσο δε σταματούν εκεί. Το σώμα αποδυναμώνεται, οι μύες ατροφούν, οι αισθήσεις εκπίπτουν, χρόνιες παθήσεις και ο σωματικός πόνος εδραιώνονται ως νέα πραγματικότητα. Αυτά καθιστούν πολλές φορές το άτομο ανήμπορο να αυτοεξυπηρετηθεί χάνοντας την ανεξαρτησία και αυτονομία του. Η απώλεια της προηγούμενης σωματικής ρώμης έχει ως επακόλουθο την κοινωνική απομόνωση του ατόμου και την εδραίωση της αίσθησης πως παύει να είναι δημιουργικό, άρα είναι άχρηστο ή ακόμα και βάρος για το σύνολο [32].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Η πυραμίδα Maslow

Ωστόσο, οι ακριβείς διεργασίες της καθημερινής ζωής που συνδέουν τους κοινωνικούς παράγοντες με τη γνωστική λειτουργία και δραστηριότητες παραμένουν ανεπαρκώς μελετημένες. Σε κοινωνικά περιβάλλοντα, οι κινητήριοι παράγοντες της επιθυμίας να γίνει αντιληπτός ως ικανός, αλλά ταυτόχρονα να νιώθει άνετα με κάποιον που γνωρίζει καλά, πιθανότατα επηρεάζουν τόσο την ατομική όσο και τη συνεργατική επίλυση προβλημάτων και τη γνωστική απόδοση των ατόμων τρίτης ηλικίας [3].

Ο Abraham Maslow υπήρξε ψυχολόγος και μέσα από τις έρευνές του δημιουργήθηκε η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών. Πρότεινε μια ταξινόμηση των βασικών αναγκών σε πέντε κατηγορίες: φυσιολογικές, ασφάλεια, συμμετοχή, εκτίμηση και αυτοπραγμάτωση. Υπέθεσε ότι αυτές οι ανάγκες είναι απαραίτητες για την ατομική ψυχολογική υγεία, αλλά ότι οι φυσιολογικές ανάγκες και οι ανάγκες ασφάλειας είναι πιο ισχυρές από τις υψηλότερες ανάγκες. Με βάση αυτή τη θεωρία, η κάθε ανάγκη που δεν έχει ικανοποιηθεί αποτελεί το κίνητρο. Ανάλογα με τις προτεραιότητες μπαίνουν σε προτεραιότητες από τον άνθρωπο έγινε η ιεράρχηση των αναγκών. Ασχολείται με την ουσία των ανθρώπινων αναγκών και κινήτρων και παρέχει μια ιεραρχική κλίμακα στην οποία μπορούν να χαρτογραφηθούν τέτοιες ανάγκες. Σύμφωνα με τον Maslow, αυτή η ιεραρχία κυμαίνεται από βασικές έως πολύπλοκες ανάγκες, ως εξής: (1) Οι βασικές ανάγκες περιλαμβάνουν φυσιολογικές ανάγκες όπως ο ύπνος, η δίψα η πείνα, και, η εκπλήρωση των οποίων είναι απαραίτητη για την επιβίωση. Από τη σκοπιά των μελετητών στον τομέα της εκπαίδευσης, το ισοδύναμο αυτού του επιπέδου βασικής ανάγκης στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού τομέα περιλαμβάνει επίσης από εξοπλισμό και προμήθειες καθώς και τεχνολογία σχετικές ανάγκες. (2) Οι ανάγκες ασφάλειας περιλαμβάνουν αίσθημα ασφάλειας και προστασία από σωματικές καθώς και συναισθηματικές βλάβες (απελευθέρωση από απειλές και ανάγκη για αυτοσυντήρηση). (3) Οι ανάγκες του ανήκειν περιλαμβάνουν την επιθυμία για αποδοχή, στοργή και φιλία, καθώς και την ικανότητα να υπάρχει σε αρμονία με τους άλλους. (4) Οι ανάγκες εκτίμησης αποτελούνται από δύο στοιχεία: την ανάγκη να αισθάνεσαι ικανός, δυνατός και επιτυχημένος και η ανάγκη για αναγνώριση, εκτίμηση και θετική φήμη. και (5) Οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης περιλαμβάνουν την πραγματοποίηση των στόχων/φιλοδοξιών κάποιου και ικανοποιούνται όταν τα άτομα φτάνουν τις δυνατότητές τους

[6]. Τα πέντε στάδια των αναγκών αργότερα επεκτάθηκαν συμπεριλαμβάνοντας δύο ακόμη στάδια μεταξύ των αναγκών της κοινωνίας και αναγνώρισης, τις αισθητικές- aesthetic (την γνώση (knowledge) και το νόημα(meaning) στη ζωή κάποιου) και γνωστικές ανάγκες- cognitive needs (την αναζήτηση ομορφιάς και ισορροπίας (beautyandbalance) στην καθημερινότητά του). Μετέπειτα έγινε ακόμη μια προσθήκη μετά την αυτοπραγμάτωση, με τον τίτλο ανάγκες υπερβατικότητας (transcendence needs), τονίζοντας την προσφορά βοήθειας ενός ατόμου σε ένα δεύτερο προς την αυτοπραγμάτωση του δεύτερου.

Επιπλέον, οι ανάγκες συνεργασίας βρίσκονται στη μέση αυτής της ιεραρχικής δομής, υπογραμμίζοντας την ισχυρή τους σχέση με άλλες βασικές ανάγκες του ανθρώπου . Οι βασικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι οι ίδιες με τις ανάγκες όλων των ανθρώπων να είναι ανεξάρτητοι, να αγαπούν, να αγαπιούνται και να είναι επιτυχημένοι είναι μερικές μόνο από τις ανθρώπινες ανάγκες όλων των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αναπηρία. η μόνη διαφορά είναι στους τρόπους και τις δυνατότητες μέσω των οποίων θα τα επιτύχουμε. Για παράδειγμα, όλοι οι άνθρωποι θέλουν να τρώνε και να πίνουν επαρκώς, να μετακινούνται από το ένα μέρος στο άλλο, να διατηρούν τις επιθυμητές στάσεις, να ντύνονται και να γδύνονται, να διατηρούν το σώμα τους καθαρό, να διατηρούν τη θερμοκρασία του σώματός τους σε φυσιολογικά όρια, να κοιμούνται και να ξεκουράζονται, να αποφεύγουν κινδύνους, να επικοινωνούν με άλλοι εκφράζοντας συναισθήματα, ανάγκες, φόβους ή απόψεις, μαθαίνουν και ικανοποιούν την περιέργειά τους. Τα άτομα τρίτης ηλικίας έχουν τις ίδιες ανθρώπινες ανάγκες, αλλά μερικές φορές χρειάζονται υποστήριξη για να επιτύχουν αυτούς τους στόχους [5].

2.2 Ψυχολογικές ανάγκες

Οι ανάγκες αυτής της κλίμακας των ανθρώπων αφορούν κυρίως συναισθήματα των ηλικιωμένων. Τα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία επιθυμούν να είναι χρήσιμα, οπότε και η κοινωνία πρέπει να βρει τρόπο να τους κάνει χρήσιμους. Θεωρούν επίσης πως σε όλη τους τη ζωή έχουν εργαστεί, έχουν κοπιάσει, έχουν προσφέρει και δικαιούται κάποια ανταμοιβή ή τουλάχιστον να απολαύσουν τη ζωή τους τώρα έπειτα από όλη αυτή την εργασία και την κόπωση. Ακόμη ένας και πλέον σημαντικός παράγοντας που βελτιώνει και βοηθά στην ψυχολογική ευημερία των ηλικιωμένων αφορά στο πόσο ικανοποιημένο είναι το περιβάλλον των ηλικιωμένων από τους ίδιους. Το ηλικιωμένο άτομο πρέπει να διαθέτει

αυτοεκτίμηση αλλά και να είναι κοινωνικά ενεργό κι όχι περιθωριοποιημένο. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι απαιτούν σεβασμό από τους άλλους λόγω της ηλικίας τους ακόμη επικρίνουν τους νέους χαρακτηρίζοντάς τους επιπόλαιους κι ανεύθυνους, γεγονός που δημιουργεί προστριβές και παραγκωνισμό από την νεότερη γενιά. Πολλές φορές θέλοντας να αποδώσουν μεγαλύτερη βαρύτητα μυθοποιούν το παρελθόν [34].

2.3 Οικονομικές και Κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων

Το βασικότερο γεγονός που απασχολεί τους ηλικιωμένους είναι μήπως συμβεί κάτι που θα αφορά την υγεία τους και δεν θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν οικονομικά. Τα τελευταία χρόνια επίσης με όλη την οικονομική κρίση σε όλο το φάσμα των ηλικιών, της εργασίας, της επιβίωσης οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ενισχύουν οικονομικά ή υποστηρίζουν πλήρως τα παιδιά τους ή ακόμη και τα εγγόνια τους, πράγμα που τους δημιουργεί ένα ακόμη άγχος καθώς τα χρόνια περνούν μήπως φύγουν από τη ζωή και αφήσουν τα υπόλοιπα μέλη εκτεθειμένα κι ανήμπορα.

2.4 Υγής γήρανση

Ο παγκόσμιος πληθυσμός γερνάει γρήγορα. Αυτές οι αλλαγές υπογραμμίζουν την ανάγκη προσαρμογής της ολοκληρωμένης φροντίδας με επίκεντρο τον άνθρωπο, τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας, διασφαλίζοντας έτσι την είσοδο υπηρεσιών ηλικιακά φιλικές, που συνδέονται στενά με τις οικογένειες και τις κοινότητες. Οι πρωτοβουλίες ένταξης χρειάζονται δράσεις σε μακρο-επίπεδα (νομοθεσία, χρηματοδότηση), σε μεσο-επίπεδα (περιβάλλον φιλικό προς την ηλικία) και σε μικροκλινικό επίπεδο. Ωστόσο, λίγες χώρες έχουν καταφέρει να παρέχουν με βιώσιμο τρόπο ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους και τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των προσεγγίσεων ολοκληρωμένης φροντίδας παραμένουν ασυνεπή [4].

Ως γενική έννοια, η «υγιή γήρανση» περιγράφει την ιδανική κατάσταση της γήρανσης, διατηρώντας παράλληλα την ανεξαρτησία και την ποιότητα ζωής σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ ταυτόχρονα καθυστερεί την πρόωρη γήρανση και την εμφάνιση της μειωμένης γνωστικής λειτουργίας [4]. Αν και η ερευνητική κοινότητα δεν έχει ακόμη καταλήξει σε συναίνεση σχετικά με έναν ακριβή ορισμό, ο ορισμός της Μελέτης Υγείας

Νοσηλευτών (NHS) είναι ευρέως αποδεκτό. Περιγράφει την «υγιή γήρανση» ως κατάσταση χωρίς σημαντικές χρόνιες ασθένειες (δηλαδή, καρκίνο - εκτός από μη μελανωματικό καρκίνο του δέρματος - διαβήτη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, χειρουργική επέμβαση στεφανιαίας παράκαμψης, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικό επεισόδιο, νεφρική ανεπάρκεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, τη νόσο του Πάρκινσον, τη σκλήρυνση κατά πλάκας και την αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση), χωρίς αναπηρίες, χωρίς γνωστικές διαταραχές και χωρίς περιορισμό της ψυχικής υγείας. Αντίθετα, η αδυναμία είναι μια κατάσταση ευπάθειας για αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία. Σύμφωνα με τους Friedetal, η προ-αθραυστότητα ορίζεται ως η παρουσία τουλάχιστον ενός και η αδυναμία ορίζεται ως η παρουσία τριών ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα: ακούσια απώλεια βάρους, εξάντληση, χαμηλή σωματική δραστηριότητα, αργός χρόνος βαδίσματος και αδύναμη δύναμη λαβής.

Η έναρξη και η εξέλιξη της επιδείνωσης της υγείας ποικίλλει μεταξύ των ατόμων. Ένας από τους καλύτερους τρόπους αξιολόγησης της γήρανσης, ως δυναμικής διαδικασίας, είναι οι μακροπρόθεσμες τροχιές λειτουργίας. Πολλαπλές μελέτες ανέφεραν σταθερές ή φθίνουσες τροχιές γήρανσης και σωματικής λειτουργίας, αλλά μόνο λίγες παρατηρούμενες τροχιές βελτιώθηκαν σε πιο υγιείς καταστάσεις [7, 8].

2.5 Αυτονομία, συμμετοχή και δικαιώματα των ηλικιωμένων

Απαράβατη θεωρείται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Το γεγονός πως υπάρχει ανάγκη εξάρτησης λόγω ηλικίας από άλλους δεν σηματοδοτεί την αφαίρεση ή τον περιορισμό του ανθρώπινου δικαιώματος στην πολιτική ελευθερία, όπως αυτό διαφυλάσσεται στους δημοκρατικούς θεσμούς και κατοχυρώνεται από τα διεθνή πρότυπα. Όλοι οι άνθρωποι, ανεξάρτητου ηλικίας, φύλου ή βαθμού εξάρτησης, επιβάλλεται να χαίρονται τις ελευθερίες και τα δικαιώματα αυτά, όπως επίσης να διαφυλάσσουν τα πολιτικά κι ανθρώπινα δικαιώματά τους. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ανθρώπων είναι αναγνωρισμένα και σεβαστά από την ΕΕ, και προκειμένου να ζήσουν μια αξιοπρεπή κι ανεξάρτητη κοινωνική και πολιτισμική ζωή μπορεί να τους οδηγήσει να βασιστούν σε άλλους για φροντίδα [27]. Οποιοσδήποτε περιορισμός αυτών, οφειλόμενος στην ηλικία και την εξάρτηση, πρέπει να αιτιολογείται με σαφή νομικά επιχειρήματα και διαφανείς νομικές διαδικασίες, πρέπει να είναι αναλογικός, να επιδέχεται επαναξιολόγηση και, προπαντός, να λειτουργεί προς όφελος

του ατόμου που αφορά. Μη αποδεκτή οποιαδήποτε παραβίαση αυτών των δικαιωμάτων ή περιφρόνηση. Οφείλει να αναπτυχθεί από τα Κράτη Μέλη πολιτική προώθησης των συγκεκριμένων δικαιωμάτων τόσο στα ιδρύματα παροχής φροντίδας όσο και στο σπίτι, προσφέροντας υποστηρικτικό περιβάλλον για να μπορούν τα άτομα να τα διεκδικούν. Στις 21 Δεκεμβρίου του 2010 η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ εγκαθίδρυσε μια Ομάδα Εργασίας ανοιχτού τέλους, με την εντολή να διερευνήσει και να εντοπίσει ασάφειες στην προστασία των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και σε δεύτερο στάδιο να παρουσιάσει προτάσεις για αποκατάσταση των όποιων κενών. Θέματα προς συζήτηση ήταν: διακρίσεις λόγω ηλικίας, ελλιπής αυτονομία, απουσία ποιοτικής ιατρικής περίθαλψης ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης, μη πρόσβαση στη δικαιοσύνη, δυσμενείς διακρίσεις λόγω ηλικίας, αρνητικές συνθήκες ανεξαρτησίας και διακίνησης, απουσία ευκαιριών δημιουργικής απασχόλησης.

Γίνεται αντιληπτό πως τα δεδομένα δεν υποστηρίζουν την ευάλωτη ομάδα των ηλικιωμένων, καθώς αδυνατούν να συναγωνιστούν και να διεκδικήσουν μια αξιοπρεπή ζωή, αυτό δηλαδή που δικαιωματικά τους ανήκει, με την αυτονομία, την ελευθερία κινήσεων αι λόγου, τη συμμετοχή στα κοινά. Η κατάσταση ευαλωτότητας είναι ένα συχνό φαινόμενο στην Τρίτη ηλικία (θρησκευτική μειονότητα, ΛΟΑΤΚΙ, εθνοτική μειονότητα, ανάπηροι, ασθενείς). Κάποιοι ηλικιωμένοι χρήζουν βοήθειας για την προστασία του εαυτού τους ή των περιουσιακών τους στοιχείων ή ακόμη κι από κάποια υφιστάμενη κακοποίηση σωματική, λεκτική ή ψυχική. Κατά την διάρκεια της πανδημίας του Covid-19, η μερίδα των ηλικιωμένων πλήγηκε ανεπανόρθωτα, τονίζοντας την σημασία για την προστασία της αυτονομίας. Η συμμετοχή στην πολιτιστική ζωή, η πρόσβαση σε αγαθά, απαιτεί την εξοικείωση με ψηφιακές δεξιότητες. Οι εξελίξεις στην τεχνολογία ενδέχεται να ενισχύσουν την ευπάθεια των ηλικιωμένων, για παράδειγμα εάν είναι λιγότερο εξοικειωμένοι ή άνετοι με τα ψηφιακά εργαλεία. Γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε απάτες και σε αθέμιτες συναλλαγές. Ηλικιωμένοι κάτοικοι του εξωτερικού, με περιουσιακά στοιχεία στο εξωτερικό μπορεί επίσης να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι λόγω των εμποδίων των ξένων γλωσσών και των άγνωστων διοικητικών και νομικών συστημάτων και ειδικών μέτρων για προστασίας μπορεί να απαιτούνται σε διασυνοριακές καταστάσεις [33]. Ο αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) επιφέρει ειδικές συνθήκες ασφάλειας και προστασίας. ανησυχίες, καθώς μπορεί να τους στοχοποιηθούν, για παράδειγμα με κατ' οίκον επισκέψεις, απάτες στο δρόμο, διαρρήξεις, πορτοφολάδες ή άλλες απάτες και εγκλήματα. Για να μπορέσουν οι ηλικιωμένοι να απολαμβάνουν τα δικαιώματα και την αυτονομία τους και

να συμμετέχουν στην κοινωνία στο μέγιστο δυνατό βαθμό, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αυτές οι καταστάσεις ευαλωτότητας και, όπου χρειάζεται, να αντιμετωπίζονται ειδικά από τους φορείς χάραξης πολιτικής σε όλα τα επίπεδα.

Τα δικαιώματα των ατόμων της Τρίτης ηλικίας αφορούν:

Άρθρο 1: Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, την σωματική και πνευματική ευεξία, την ελευθερία και την ασφάλεια.

Άρθρο 2: Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού.

Άρθρο 3: Δικαίωμα στην προσωπική ζωή.

Άρθρο 4: Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας.

Άρθρο 5: Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης.

Άρθρο 6: Δικαίωμα σε πολιτιστικές δραστηριότητες, κοινωνική συμμετοχή, συνεχή επικοινωνία.

και Άρθρο 7: Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία.

Άρθρο 8: Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο.

Άρθρο 9: Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα.

Άρθρο 10: Οι υποχρεώσεις των ηλικιωμένων να σέβονται τα δικαιώματα και τις ανάγκες των υπόλοιπων ανθρώπων που ζουν και εργάζονται στο ίδιο περιβάλλον, καθώς και να σέβονται το γενικό συμφέρον της κοινότητας στην οποία ζουν· οι υποχρεώσεις και οι ελευθερίες τους πρέπει να περιορίζονται μόνο από την ανάγκη να γίνονται σεβαστά τα ίδια δικαιώματα των άλλων μελών της κοινότητάς τους. Να σέβονται το ότι οι άνθρωποι και το προσωπικό που τους φροντίζουν έχουν το δικαίωμα να τους συμπεριφέρονται με ευγένεια και να εργάζονται σε ένα περιβάλλον χωρίς να υφίστανται παρενοχλήσεις και κακοποίηση.

2.6 Ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων

Η ποιότητα ζωής (QoL) ορίζεται ως η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στα πλαίσια του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους του/της, προσδοκίες, πρότυπα και ανησυχίες, σύμφωνα με τον ΠΟΥ. Η ποιότητα ζωής είναι τόσο υποκειμενική όσο και αντικειμενική και συχνά κατηγοριοποιείται στις πέντε διαστάσεις της σωματικής ευεξίας, της υλικής ευεξίας, της κοινωνικής ευημερίας, της συναισθηματικής ευεξίας και της ανάπτυξης και δραστηριότητας και είναι τυπική των καταστάσεων διαβίωσης των εν λόγω υποκειμένων. Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας έναντι των αντικειμενικών αξιολογήσεων της λειτουργικότητας ή/και της κατάστασης της υγείας, μετράται με την ποιότητα ζωής. Η διαβίωση, οι σωματικοί περιορισμοί, η διατροφή, η οικονομική εξάρτηση μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής [9].

Η μοναξιά, το μη φιλικό περιβάλλον, ο ψηφιακός αποκλεισμός, οι ελλείψεις στην Υγεία και τη Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας (ΥΜΦΥ) και τα στερεότυπα και οι διακρίσεις αποτελούν προκλήσεις για τα ηλικιωμένα άτομα.

Το είδος της ζωής που υιοθετεί το ηλικιωμένο άτομο επηρεάζει άμεσα τη διαδικασία γήρανσής του, καθώς και οι κοινωνικοοικονομικοί και βιολογικοί κίνδυνοι καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής είναι καθοριστικοί στη διαδικασία της γήρανσης. Ωστόσο, ορισμένοι εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την υγεία και την ποιότητα ζωής έχουν διαφορετικό αντίκτυπο στους ανθρώπους στις αγροτικές περιοχές και στις αστικές περιοχές. Μεταξύ αυτών, η πρόσβαση στη μεταφορά, οι γεωγραφικές αποστάσεις για την απόκτηση αγαθών και υπηρεσιών (εμπόριο, υπηρεσίες υγείας, σχολεία) και ο χρόνος που απαιτείται για τη μετακίνηση [10].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Κάθε οργανωμένο κράτος οφείλει να μεριμνά για τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες όπως αυτή των ηλικιωμένων. Η αλληλεπίδραση με μια ομάδα ή κοινωνία, οι κοινωνικές σχέσεις, η κοινωνική ένταξη μπορούν να αποτελέσουν την κοινωνική στήριξη [23]. Για να καταφέρει ένα άτομο να είναι ενεργό κοινωνικά μέλος, αρωγός είναι η κοινωνική στήριξη. Η εξασφάλιση των κοινωνικών αγαθών, η υγειονομική φροντίδα, η προσωπική υγιεινή, η ικανοποίηση των καθημερινών αναγκών πρέπει να εξασφαλίζονται από το άτομο. Άτομα που δεν υποστηρίζονται κοινωνικά από άλλα άτομα της οικογένειάς τους, μπορούν να στηρίζονται μέσω της συναισθηματικής στήριξης. Το 1981 έγινε διάκριση στα είδη στήριξης κι ο House διευκρίνισε τέσσερις τύπους υποστηρικτικής συμπεριφοράς: (1) αξιολογική υποστήριξη (πληροφορίες αξιολόγησης προσωπικής απόδοσης), (2) πληροφοριακή υποστήριξη (εκμάθηση ικανοτήτων, παροχή πληροφοριών), (3) έμπρακτη υποστήριξη (συνοδεία ατόμων με κινητικά προβλήματα, δανεισμό χρημάτων, βοήθεια σε εργασία), και (4) συναισθηματική υποστήριξη (φροντίδα, εμπιστοσύνη, ενσυναίσθηση) [24]. Υποστηρίζεται όμως πως η κοινωνική στήριξη καλύπτεται και μόνο από δύο είδη την έμπρακτη και την συναισθηματική. Επιτακτική είναι η ανάγκη κάθε κοινωνία να στηρίζει την τρίτη ηλικία. Η πραγμάτωσή της συμβαίνει ανάλογα με την τάξη, το έθνος ή το φύλο. Το άτομο έχει την ανάγκη να ενταχθεί σε ένα κοινωνικό δίκτυο (χαλαρός σχεσιακός δεσμός με την ύπαρξη ενός κεντρικού ατόμου). Κατά την πορεία της ζωής του ανθρώπου οι πηγές κοινωνικής στήριξης αλλά και τα κοινωνικά δίκτυα αλλάζουν. Κατά την νεαρή ηλικία αναζητούνται φιλικές και συντροφικές σχέσεις, στην πορεία της ζωής όμως η επιλεκτικότητα του ατόμου αυξάνεται καταλήγοντας στην τρίτη ηλικία όπου οι κοινωνικές συναναστροφές μειώνονται ή κι αποφεύγονται. Η κοινωνικότητα απλά περιορίζεται στο στενό οικογενειακό περιβάλλον και σε παλιούς στενούς φίλους. Παρέχεται έτσι περισσότερη ποιότητα παρά ποσότητα. Άλλος παράγοντας που μεταβάλλει το κοινωνικό δίκτυο είναι το φύλο με τις γυναίκες να προσανατολίζονται στην προσφορά και τους άνδρες στην ισότητα και την αμοιβαιότητα, η οικογένεια επίσης και η δομή της.

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών δικτύων είναι:

- α) Η μη ύπαρξη σχέσεων (κοινωνική απόσυρση και απομόνωση).
- β) Η σχεσιακή ποιότητα (αίσθηση ικανοποίησης ή παραμέλησης)
- γ) Η συχνότητα και η ποσότητα των κοινωνικών επαφών.
- δ) Το περιβάλλον στο οποίο διαβιεί (κοινωνικές σχέσεις).

Από την μελέτη της βιβλιογραφίας γίνεται φανερό πως το κοινωνικό δίκτυο κρατά ενεργό το ηλικιωμένο άτομο δίχως να αναφέρει συμπτώματα συγκριτικά με κάποιον ηλικιωμένο που δεν τον ικανοποιεί το κοινωνικό του δίκτυο. Συγκεκριμένα οι στενοί φίλοι, η συμμετοχή σε δραστηριότητες όπως η εκκλησία, πολιτιστικές εκδηλώσεις, αθλητικές δραστηριότητες καθώς κι ο κοινωνικός περίγυρος συνδέονται ανάλογα με την καλή κατάσταση της υγείας των ατόμων. Με τα δεδομένα που έδωσε η έρευνα της Gray φάνηκε πως ηλικιωμένοι που δεν είχαν οικογένεια και φίλους παρουσίαζαν εσωστρέφειες και είχαν ουσιαστικά περιορισμένη υποστήριξη από το περιβάλλον που διαβίωσαν, σε αντίθεση με αυτούς που διατηρούσαν οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς [25]. Καταλήγοντας στην πρόληψη της ψυχικής δυσφορίας συμβάλει ισάξια η σωματική υγεία με την κοινωνική υποστήριξη.

3.1 Επίσημα δίκτυα φροντίδας

Ορίζονται ως επίσημα δίκτυα φροντίδας τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά δίκτυα , τα εθελοντικά μη κερδοσκοπικά δίκτυα και το δίκτυο του δημόσιου τομέα. Στην καθημερινή παροχή φροντίδας δύναται να γίνει επικάλυψη των υπηρεσιών που προσφέρουν. Συγκεκριμένα στα δίκτυα φροντίδας του δημοσίου τομέα ανήκουν οι κρατικές υπηρεσίες, και οι φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης. Η δωρεάν παροχή υπηρεσιών και η νομική τους υπόσταση αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά των παραπάνω. Έχουν επίσης το δικαίωμα για την ενίσχυση των ατόμων που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσχέρειες να εξασφαλίζουν επιδόματα. Τα φιλανθρωπικά σωματεία, οι εθελοντικές οργανώσεις, η Εκκλησία φορείς που δεν είναι κρατικού χαρακτήρα, ανήκουν στα εθελοντικά μη κερδοσκοπικά δίκτυα. Υπό το πρίσμα και την επιτήρηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και του Υπουργείου Οικονομικών, λειτουργούν, και εντάσσονται στο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Με μεγαλύτερη ευελιξία λειτουργεί ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας, για την έκδοση λειτουργίας του οποίου υπεύθυνο είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η συντήρησή τους γίνεται από την οικονομική ενίσχυση των εξυπηρετούμενων ή από τις οικογένειες τους.

3.2 Επίσημα δίκτυα φροντίδας του Δημόσιου τομέα

Πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας

Τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούν την παρεχόμενη πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Η θέση εργασίας των ιατρών που ακούν έργο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ποικίλει. Μπορεί να εργάζονται ως συμβεβλημένοι ή και όχι να ιδιωτεύουν, σε πολυδύναμα ιατρεία ασφαλιστικών φορέων ή σε νοσοκομείο. Τα Κέντρα Υγείας (Νόμος 4486/2017) είναι νοσηλευτικές μονάδες της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ιδρύθηκαν με σκοπό να μπορούν να παρέχουν ιατρική βοήθεια στον αγροτικό πληθυσμό (1983), κι αποσυμφόρηση των νοσοκομείων στις μεγάλες αστικές ζώνες. Σκοπός επίσης της λειτουργίας τους είναι να προσφέρουν ιατρική μέριμνα και παρακολούθηση στους ασθενείς, προληπτική ιατρική, μεταφορά ασθενών αλλά και νοσηλεία.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη υγείας

Ανάλογα με το είδος περίθαλψης που προσφέρουν τα νοσοκομεία κατατάσσονται σε δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια. Σε κάποια παρέχεται ολοκληρωμένη νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη κατ' οίκον. Η υπηρεσία αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας και εξειδικευμένου προσωπικού καθώς και μπορεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή και το περιβάλλον του για την κάλυψη αναγκών [26].

3.3 Υπηρεσίες και προγράμματα του Δημόσιου Συστήματος

Πολίτες που αντιμετωπίζουν προβλήματα, μπορούν να απευθυνθούν σε προγράμματα οικονομικής ενίσχυσης που διαθέτει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στην κάθε Νομαρχία επίσης παρέχεται σε ανασφάλιστα ηλικίας άνω των 60 ετών, άτομα με πλήρη αναπηρία οικονομική ενίσχυση. Ακόμη παρέχεται σε άτομα που δεν έχουν δικό τους σπίτι κι έχουν οικονομικά προβλήματα, ηλικίας άνω των 65 επίδομα ενοικίου. Υπάρχουν επίσης τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων (ΘΧΠ) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που περιθάλπουν χρόνιους πάσχοντες, επομένως και ηλικιωμένων, παρέχοντας και την ιατρική και κοινωνική τους αποκατάσταση. Στα ΘΧΠ εργάζεται διεπιστημονική ομάδα πλήρως στελεχωμένη.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας μπορούν να υποστηριχθούν μέσω δομών, υπηρεσιών και δράσεων υποστήριξης και φροντίδας. Η στήριξη αυτής της ηλικιακής ομάδας είναι σημαντική καθώς η περίοδος της τρίτης ηλικίας είναι εξίσου δυναμική, δημιουργική και παραγωγική στη ζωή των ανθρώπων. Παρακάτω, παραθέτονται ενδεικτικά κάποια από τα σημαντικότερα υποστηρικτικά δίκτυα:

1. Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Στα Κ.Α.Π.Η. παρέχεται φροντίδα καθημερινά, ιατρική και κοινωνική υπηρεσία, ψυχαγωγικά προγράμματα και λειτουργία λέσχης. Η αποδεκτή ηλικία είναι για άτομα 60 ετών και άνω που διαβιούν στον αντίστοιχο Δήμο όπου λειτουργεί το Κ.Α.Π.Η. Απαρτίζεται από προσωπικό που συντάσσει διεπιστημονική ομάδα μερικής απασχόλησης (κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια, νοσηλεύτρια, φυσικοθεραπευτή, ιατρό, εργοθεραπευτή, οικογενειακή βοηθό) Σκοπός του κέντρου είναι: 1) να καλυφθούν οι ανάγκες των ηλικιωμένων ,μέσω της συνεργασίας των ειδικών φορέων και του ευρύτερου κοινού, 2) η ενεργός συμμετοχή στο κοινωνικό σύνολο των ηλικιωμένων, η ισοτιμία και η αυτονομία τους, με κύριο γνώμονα την πρόληψη κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών προβλημάτων

2. Τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι»

Μέσω του προγράμματος προσφέρεται ιατρική φροντίδα σε άτομα που έχουν ανάγκη (με κινητικά προβλήματα ή νοητικά, μη αυτοεξυπηρετούμενα) με κατ' οίκον επισκέψεις. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει νοσηλευτική φροντίδα, παροχές φυσικοθεραπείας, προσφορά ομαδική ή ατομική με κοινωνική εργασία. Ακόμη εξυπηρετούνται θέματα οικονομικά, καθαριότητας, χρηματικών οφειλών και καθημερινών αναγκών όπως η σίτιση και το μπάνιο. Στον Δήμο Αθηναίων λειτουργεί το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι Plus» στο οποίο παρέχονται: Συνταγογράφηση -παράδοση σκευασμάτων από φαρμακεία, αγορά υλικών αγαθών και τροφίμων, μετακινήσεις σε υγειονομικούς φορείς. Η διεπιστημονική ομάδα ολοκληρώνει τα αιτήματα για παροχές τηρώντας όλα τα πρωτόκολλα υγιεινής κι ασφάλειας σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από τον ΕΟΔΥ και την Πολιτική Προστασία μέτρα.

3. Οι Λέσχες φιλίας

Με την ίδρυσή τους το 1985, στόχο έχουν να προάγουν την προληπτική ιατρική, να ενημερώσουν, να ψυχαγωγήσουν, να κοινωνικοποιήσουν και να γεμίσουν δημιουργικά την

καθημερινότητα των ηλικιωμένων. Ακόμη μπορεί να υπάρξει υποστηρικτική δράση σε άτομα με οικονομική δυσχέρεια η ελλιπή φροντίδα.

4. Πρόγραμμα Φιλία σε κάθε Ηλικία: Για την καταπολέμηση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων

Υλοποιείται ένα πρόγραμμα (Φιλία σε κάθε Ηλικία) προς διαχείριση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης. Δημιουργούνται εθελοντικές ομάδες σε κάθε γειτονιά και μέσω επικοινωνίας τηλεφωνικά κατ' οίκον επισκέψεις κάθε εβδομάδα, διοργανώνονται δράσεις και δραστηριότητες. Η πανδημία όμως τα περιόρισε όλα αυτά κρατώντας μόνο την τακτική τηλεφωνική επικοινωνία.

5. Εθνική Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1065

Σκοπός της Εθνικής Τηλεφωνικής Γραμμής SOS 1065 είναι: να παρέχεται ψυχολογική στήριξη στους ηλικιωμένους, προώθηση των δικαιωμάτων τους, συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη. Το ωράριο λειτουργίας της γραμμής είναι εικοσιτετράωρης κάλυψης, όλες τις ημέρες του χρόνου, κι αποτελείται από άρτια εκπαιδευμένους εθελοντές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.

6. Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων - Κ.Η.Φ.Η

Τα κέντρα αυτά εξυπηρετούν άτομα (κινητικές δυσκολίες, άνοια, κ.λπ.), η οικογένεια των οποίων δεν μπορεί να στηρίξει την φροντίδα και την επιμέλειά τους. Παρέχεται στα άτομα δημιουργική απασχόληση, νοσηλευτική προσέγγιση και περιποίηση, τεχνικές ανάπτυξης κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων και κοινωνική στήριξη. Εάν επίσης χρειαστεί κάποια μετακίνηση γίνεται με συνοδό.

7. Κέντρα Ημέρας για άτομα με άνοια

Σκοπός τους είναι η παροχή ημερήσιας φροντίδας σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Σκοπός τους είναι να οργανώνουν και να εφαρμόζουν (ατομικά ή ομαδικά) προγράμματα εξατομικευμένα για τον κάθε ασθενή. Έπειτα από αξιολόγηση από τους κατάλληλους ανά ειδικότητα επιστήμονες μπορεί ανάλογα με τις ανάγκες του, όποιος επιθυμεί να λάβει μέρος. Γίνεται εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, στοχεύοντας στην ενδυνάμωση ικανοτήτων, στην κινητοποίηση και

διατήρηση των δεξιοτήτων καλύπτοντας το μεγαλύτερο δυνατό χρονικό διάστημα. Ιδιαίτερης σημαντικότητας είναι η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, η εκπαίδευση, η πληροφόρηση αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη σε ότι αφορά την άνοια. Στα κέντρα λειτουργούν δωρεάν, ειδικές θεραπείες, ενδυνάμωση λειτουργικών και νοητικών λειτουργιών, ιατρείο μνήμης και δημιουργική απασχόληση ομαδική ή ατομική.

8. Τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΚΦ (Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας)/ΕΟΠ (Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας)

Σε αυτά τα κέντρα παρέχεται οργανωμένη φροντίδα σε επίπεδο Δήμου, σε ηλικιωμένα άτομα κοινωνικής και ψυχολογικής στήριξης, (Ν.3106/2003). Πειραματικά σε κάποια από αυτά το 1991 είχε ξεκινήσει η πειραματική λειτουργία ένα πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι.

9. Άλλα προγράμματα για ηλικιωμένους

Στην Αθήνα το 2017 ξεκίνησε τη λειτουργία του το Πανεπιστήμιο τρίτης ηλικίας, αρωγός η People Behind, μια μη κυβερνητική οργάνωση, προκειμένου να παρέχει βοήθεια τους ηλικιωμένους έτσι ώστε να παραμένουν ενεργεί και σαν άνθρωποι αλλά και σαν πολίτες. Ο πληθυσμός που απευθύνεται είναι άτομα άνω των 65 ετών, μέσω της δια βίου μάθησης, της ψηφιακής εκπαίδευσης, της διαγενεακής επαφής, της ενίσχυσης της κοινωνικής δέσμευσης. Μάλιστα από το 2020, οι ηλικιωμένοι ξεκίνησαν να διδάσκονται Ευρωπαϊκή Ιστορία, Αρχαία Ελληνική Φιλοσοφία και Θεατρικό Παιχνίδι, εντελώς δωρεάν.

Ακόμη ένα πρόγραμμα που ανήκει στην ευρωπαϊκή κοινότητα είναι η Υγιής γήρανση της Ευρώπης (Ageing Well Europe). Σκοπός του οποίου είναι η παράταση της ενεργούς κι ανεξάρτητης ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας μέσα από την προαγωγή της υγείας [27].

3.4 Επίσημα Δίκτυα Φροντίδας του Ιδιωτικού Μη Κερδοσκοπικού Τομέα

Αφορούν Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, οι οικονομικοί τους πόροι προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τον κρατικό προϋπολογισμό και από άλλες πηγές όπως δωρεές κλπ [28].

Το έργο της Εκκλησίας στη Ελλάδα

Κάθε ενορία διαθέτει φιλόπρωχο ταμείο από το οποίο παρέχεται βοήθεια στα άτομα που έχουν ανάγκη. Ωστόσο η Εκκλησία έχει στη διάθεσή της 44 Στέγες Προνοίας Γερόντων, 40 Γηροκομεία, σε όλη την Ελλάδα.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός

Το έτος ίδρυσής του το 1877. Είναι ένας από τους μεγαλύτερους ανθρωπιστικούς οργανισμούς της Ελλάδας. Απαρτίζεται από εθελοντές και άρτια εκπαιδευμένη κι εξειδικευμένη διεπιστημονική ομάδα (ιατρό, νοσηλεύτη, φυσικοθεραπευτή). Παρέχει φροντίδα, σε δύσκολες στιγμές και κρίσεις, προάγει τη υγεία και την πρόληψη σε όλα τα θέματα κυρίως υγειονομικού χαρακτήρα, κι έπαιξε πολύ σημαντικό ρόλο μέσα στην πανδημία μεταφέροντας ανήμπορα άτομα προς εμβολιασμό στα Εμβολιαστικά κέντρα.

3.5 Ανεπίσημα, άτυπα Δίκτυα Φροντίδας

Τα δίκτυα αυτά αποτελεί η οικογένεια, το στενό περιβάλλον συγγενών και φίλων. Προσφέρεται κοινωνική στήριξη, στέγαση, σίτιση, συντροφιά, προσωπική καθαριότητα, διεκπεραίωση καθημερινών αναγκών, κάλυψη ιατροφαρμακευτική καθώς και πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Είναι συνήθως προτιμότερη από τους ηλικιωμένους η συγκεκριμένη φροντίδα καθώς δεν δείχνουν εμπιστοσύνη στις δομές, ή φοβούνται την μοναξιά, τον κοινωνικό στιγματισμό αλλά και τον εγκλεισμό σε κάποιον ιδρυματικό φορέα. Η σωματική αλλά και ψυχική ευημερία των ηλικιωμένων βασίζεται πολύ στο υποστηρικτικό δίκτυο που έχει αναλάβει την φροντίδα τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Οι επιπτώσεις την οικονομικής κρίσης του 2010 στην Ελλάδα

Η Ελλάδα βιώνει κατά το 2009 την είσοδό της σε μια από τις πιο ισχυρές κρίσεις χρέους στην ιστορία. Το 2010 υπογράφεται Μνημόνιο Οικονομικών και Χρηματοπιστωτικών Πολιτικών σε αντάλλαγμα με ένα δάνειο εκατόν δέκα δισεκατομμυρίων ευρώ, το οποίο θα χαρακτηριστεί ως πακέτο οικονομικής διάσωσης. Οι συνέπειες όμως αυτής της κρίσης αντανακλούνται σε όλα τα επίπεδα. Στην υγεία, την υγειονομική περίθαλψη, στην επιστημονική έρευνα, στο κράτος πρόνοιας, στο εργασιακό επίπεδο. Οι επίσημες συνέπειες στην υγεία αφορούν την ψυχική υγεία όπου βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της κρίσης και της μείζονος κατάθλιψης [50]. Την εμφάνιση επιδημιών κυρίως αύξηση του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας λόγω του αυξανόμενου αριθμού χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών αλλά και υψηλή επιβάρυνση θνησιμότητας από πανδημία γρίπης Α (H1N1), ιού του Δυτικού Νείλου (WNV), αυτόχθονη ελονοσία (*Plasmodium vivax*). Λόγω της μειωμένης πρόσβασης στην περίθαλψη οι πολίτες εφάρμοζαν την αυτοαξιολογούμενη υγεία. Στην υγειονομική περίθαλψη επίσης, υπήρχαν μειώσεις στις δαπάνες για την αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων, έγινε συγχώνευση των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, καθώς αυξήθηκαν και τα τέλη χρηστών για επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία [49]. Πληγή δημιουργήθηκε και στο εργατικό δυναμικό της υγείας με μείωση μισθών αλλά και συντάξεων, καθώς υπήρξε και η κατάργηση του δέκατου τρίτου και δέκατου τέταρτου μηνιαίου μισθού. Η ΠΦΥ παραμερίστηκε καθώς οι πολίτες ασχολούνταν με θέματα που ήταν επιτακτικής ανάγκης κι όχι πρόληψης και προαγωγής υγείας. Επιπλέον οι αυξήσεις στη φαρμακευτική δαπάνη προώθησε τα γενόσημα φάρμακα, τις ηλεκτρονικές συνταγές με αποτέλεσμα να μην υπάρχει συμφέρον κι από τους φαρμακευτικούς φορείς να πουλούν φάρμακα εντός της χώρας. Επιπτώσεις δέχτηκε όμως και ο τομέας της βιοϊατρικής έρευνας καθώς μειώθηκαν οι πόροι αλλά και εδραιώθηκε ψυχολογικό στρες στους ερευνητές λόγω της κρίσης [36].

Επιπλέον πρόσφατες μελέτες αναδεικνύουν το γεγονός πως η κρίση οδήγησε σε δυσμενείς εκβάσεις τον τομέα της υγείας αλλά και τις πράξεις αυτοκτονίας [47]. Να σημειωθεί ακόμη το γεγονός πως οι ηλικιωμένοι στην κρίση δεν επηρεάστηκαν τόσο όσο οι νεότεροι καθώς δεν ήταν ενεργοί στην αγορά εργασίας. Ακόμη άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο αντιμετώπισαν μεγαλύτερη πτώση της υγείας τους αλλά και ηλικιωμένοι που δεν ζούσαν σε αστική ζώνη [48]. Η οικονομική κρίση αύξησε τα ποσοστά κοινωνικής

απομόνωσης των ηλικιωμένων, την συχνότητα του καπνίσματος, τα ποσοστά κατάθλιψης αλλά και την παραμέληση του υγιεινού και σωστού τρόπου διατροφής [51]. Ωστόσο η ομάδα που πλήττεται περισσότερο από όλες στην οικονομική κρίση είναι αυτή των ηλικιωμένων μέσω της περικοπής των συντάξεων, κατάσταση κρίσιμη καθώς θα επηρεαστεί ο τρόπος και η προσέγγιση της φροντίδας, της υγείας τους. Η επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών συνδέεται με την αυξανόμενη νοσηρότητα, την επιδείνωση της κατάστασης υγείας των ασθενών. Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα μεγαλύτερη εμφάνιση στα αποτελέσματα είχε η κακή αυτοαξιολόγηση της υγείας στους χρόνιους πάσχοντες, στους άνεργους, στις νοικοκυρές και στους ηλικιωμένους ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Το μορφωτικό επίπεδο, το υψηλότερο εισοδηματικό κέρδος και το αρσενικό φύλο εμφανίζουν καλύτερη αυτοαξιολόγηση της υγείας τους [73]. Επιπρόσθετα υπήρξε πτώση στην ψυχική κι σωματική ποιότητα, η οποία έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση αλλά είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο ακριβής αντίκτυπος [74].

4.2 Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19

Το πολυτιμότερο αγαθό για την ανθρώπινη ύπαρξη είναι η υγεία. Με την έναρξη και την εξάπλωση της πανδημίας το αγαθό αυτό κλονίστηκε στο έπακρο. Εξαιτίας πολλών παραγόντων, όπως η ενημέρωση -ελλιπής ή παραπληροφόρηση-, η μη σωστή προσέγγιση, η δυσπιστία, η λανθασμένη αίσθηση δύναμης και οι θεωρίες συνωμοσίας, χάθηκαν πολλές ζωές επηρεάστηκε η ψυχική υγεία των ατόμων, το περιβάλλον, η οικονομία κι ολόκληρη η κοινωνία. Δημιουργήθηκε μία νέα πραγματικότητα με εγκλεισμό, αυστηρά μέτρα, κοινωνικό στιγματισμό, κοινωνικές αποστάσεις, φόβο, άγχος και κάποιου είδους χειραγώγηση. Η ανθρωπότητα κλήθηκε να αντιμετωπίσει το φαινόμενο με περιορισμένες γνώσεις, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν φυλετικές, ηλικιακές διακρίσεις, ακόμη με βάση την συνοσηρότητα, την καταγωγή αλλά και την επαγγελματική ενασχόληση [37]. Η ευαλωτότητα των ηλικιωμένων και ειδικά των πασχόντων από ψυχιατρικά προβλήματα επιδείνωσαν τα ήδη υπάρχοντα προβλήματά τους και μείωσαν την λειτουργικότητα αλλά και την γνωστικότητά τους. Η πανδημία τους περιόρισε την πρόσβαση στους υγειονομικούς φορείς, τους δημιούργησε σύγχυση καθώς κάποιες διαδικασίες και μέτρα δεν γινόταν πλήρως αντιληπτά ή υπήρχε δυσκολία στην απομνημόνευση των πληροφοριών [53]. Όλα αυτά συντέλεσαν στην περαιτέρω κοινωνική τους απομόνωση. Μειώθηκαν οι κοινωνικές επαφές κι αυξήθηκε η

μοναξιά, γεγονός που οδήγησε σε γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές, εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα. Δημιουργώντας έτσι μια σειρά προβλημάτων που αφορούσαν αυξημένη χρήση των υγειονομικών παροχών, προβλήματα υποσιτισμού αλλά κι έλλειψης βιταμίνης D [61]. Ακόμη τα άτομα με ήδη υπάρχουσες ψυχικές διαταραχές περιόρισαν τις επισκέψεις για έλεγχο και συνταγογράφηση φαρμάκων στα εξωτερικά ιατρεία [56,57]. Τα μέτρα που έλαβαν χώρα στιγμάτισαν κοινωνικά τους ηλικιωμένους καθώς ο Covid-19 παρουσιάζονταν σαν ασθένεια των ηλικιωμένων, με αποτέλεσμα την αυξημένη απομόνωσή τους έως και παραβίαση του δικαιώματός τους στην υγεία και τη ζωή [54].

Ακόμη μειώθηκε η σωματική δραστηριότητα -λόγω των υγειονομικών μέτρων που τέθηκαν σε εφαρμογή- η οποία ήταν αναγκαία για την διατήρηση και ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, της αρτηριακής υπέρτασης [58], η αερόβια άσκηση ελαττώνοντας έτσι την καρδιοαναπνευστική ικανότητα η οποία σχετίζεται με την γνωστική λειτουργία στα ηλικιωμένα άτομα [59], αλλά και η μείωση πτώσεων, τραυματισμών και σαρκοπενίας [60].

Ειδικό μέρος

Η Μεθοδολογική Προσέγγιση της Έρευνας

Η έρευνα που διεξήχθη στα πλαίσια χρηματοδοτούμενου προγράμματος με τίτλο «Υγιάς γήρανση και ευημερία των ηλικιωμένων στη Ελλάδα», η οποία διεξάγεται από την Δρ. Αναστασία Μαλλίδου (κύρια ερευνήτρια, Πανεπιστήμιο Βικτώριας, Καναδά), Παναγιώτα Σουρτζή (συνερευνήτρια, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα) και Ιωάννα Παπαθανασίου (συνερευνήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ελλάδα) έλαβε χρηματοδότηση από το Καναδικό Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC).

Σκοπός – Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι εμπειρίες και οι απόψεις των ηλικιωμένων της Περιφέρειας Θεσσαλίας, σχετικά με την καθημερινότητα και την λειτουργικότητά τους πριν την οικονομική κρίση, κατά την διάρκεια αυτής, καθώς και πριν και μετά από την πανδημία του Covid-19. Παρακάτω τίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Επηρέασε η οικονομική κρίση την καθημερινότητα και τις αντιλήψεις των ηλικιωμένων ατόμων;
2. Επηρέασε η πανδημία την καθημερινότητα και τις αντιλήψεις των ηλικιωμένων ατόμων;
3. Υπήρξαν διαφορές στην ευημερία των ατόμων τρίτης ηλικίας σε τρεις φάσεις:
 - i. Πριν από το 2010
 - ii. Μεταξύ των ετών 2010-2020
 - iii. Πριν το 2020 έως τώρα .

Σπουδαιότητα της έρευνας

Η συγκεκριμένη μελέτη κρίνεται σταθμός, καθώς εστιάζει σε μια πληθυσμιακή ομάδα που με το πέρασ του χρόνου όλο και αυξάνεται και τυγχάνει ιδιαίτερης αντιμετώπισης, λόγω όλων των ιδιαιτεροτήτων που την χαρακτηρίζουν. Η κοινωνία και η πολιτεία όμως δεν είναι

πλήρως οργανωμένες κι αναπτυγμένες προκειμένου τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας να ζουν αξιοπρεπώς, δίχως περιθωριοποίηση, παραμέληση κι αμέλεια. Οι ηλικιωμένοι δέχονται κατά καιρούς καταστάσεις που επιβαρύνουν την ψυχική, σωματική και κοινωνική τους ευημερία, είτε εκούσια είτε ακούσια, με επιπτώσεις στα ίδια άτομα αλλά και στην ευρύτερη κοινωνία. Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη του θέματος θα βοηθήσει μελλοντικά στην εδραίωση των αποτελεσμάτων αλλά και στην ανάπτυξη και δημιουργία νέων ερευνητικών ερωτημάτων καθώς ολοένα και περισσότερο θα απασχολήσει τον παγκόσμιο ιστό το πρόβλημα της αύξησης του γηράσκοντος πληθυσμού. Κρίνεται αναγκαία η μελέτη τέτοιου είδους θεματολογίας καθώς τα δεδομένα και η βιβλιογραφία βρίσκονται σε μικρή τροφοδοσία.

Μέθοδος

Σχεδιασμός της έρευνας

Η διερεύνηση της υγιούς γήρανσης στις διεθνείς έρευνες, σε πολλές σύγχρονες μελέτες υπογραμμίζουν την επίδραση των κοινωνικών συνδέσεων. Οι σκέψεις και η συμπεριφορά διαμορφώνονται συνεχώς από τις κοινωνικές εμπειρίες, έχοντας αντίκτυπο στην υγεία αλλά και στην ευημερία [75]. Χαρακτηριστικά της υγιούς γήρανσης είναι το σύνολο των ατομικών ιδιοτήτων που ενθαρρύνουν την ανθεκτικότητα προδίδοντας μεγαλύτερη ευθύνη ατομικά στην διατήρηση της σωματικής υγείας και στην καλλιέργεια σημαντικών κοινωνικών σχέσεων και δραστηριοτήτων (ΠΟΥ, 2015). Παρατηρείται πως οι ουσιαστικές κοινωνικές συνδέσεις και η κοινωνική ενσωμάτωση μέσα σε μια κοινότητα έχουν κύρια θέση στην ευημερία και στην συνολική υγεία [76].

Η ποιοτική μελέτη είναι πιο εύκολα κατανοητή από το σύνολο και η προσέγγισή της είναι πιο ολιστική [29]. Επιπρόσθετα η έρευνα πραγματοποιείται ένα κοινωνικό θέμα, που ζητούμενες είναι απαντήσεις σε ερωτήσεις τύπου «γιατί» και «πως», δίχως να απαιτούνται ποσότητες και συμπεράσματα γενίκευσης [30]. Ακόμη η παρούσα μελέτη πραγματοποιείται ένα ευαίσθητο κοινωνικό θέμα, το οποίο συνεχώς κι αυξάνεται και λαμβάνει μεγαλύτερο εύρος με το πέρασ των χρόνων, που καλείται ο συνεντευξιαζόμενος να εμπιστευθεί στην ερευνήτρια ευαίσθητα προσωπικά ζητήματα μέσω της περιγραφής προσωπικών εμπειριών και βιωμάτων του. Συνεπώς ερευνήτρια και συνεντευξιαζόμενος αποτελούν τους βασικούς πυλώνες της ερευνητικής διαδικασίας, γεγονός που συναντάται στις ποιοτικές μελέτες, παρέχοντας ισχύ και υποστηρίζει την ποιοτική μεθοδολογία εμπράκτως δίνοντας βάση στην αξία του λόγου και στην άμεση ανταπόκριση των συμμετεχόντων στην έρευνα. Ειδικότερα, η διεξαγωγή της

έρευνας πραγματοποιήθηκε στην ευρύτερη περιοχή της Περιφέρειας Θεσσαλίας, μια περιοχή η οποία μετρά σημαντικά αυξημένα ποσοστά ατόμων τρίτης ηλικίας και κυρίως στα ορεινά της περιοχής, όπου ευνοϊκό συναντάται και το κλίμα.

Δείγμα

Στα πλαίσια της μελέτης, που εκπονήθηκε η παρούσα εργασία, το δείγμα αφορά συμμετέχοντες από όλη την Θεσσαλία, την Αθήνα αλλά και την Ικαρία. Ειδικότερα στην παρούσα εργασία, οι συνεντευξιαζόμενοι ήταν 10 άτομα, 5 άνδρες και 5 γυναίκες ηλικίας 75 έως 90 ετών που διέμεναν στην πόλη της Λάρισας και σε ευρύτερα χωριά της περιοχής, δύο εξ' αυτών δήλωσαν μόνιμο τόπο διαμονής την Θεσσαλονίκη . Οι αφηγήσεις-μαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις, οι οποίες κειμενογραφήθηκαν, αποτελούν το υλικό συλλογής δεδομένων. Μέσα από το οποίο δόθηκαν πληροφορίες, από τις βιοματικές αφηγήσεις των συμμετεχόντων πλούσιες σε περιγραφές αγγίζοντας πολλές πτυχές και κατηγορίες επί του θέματος. Επίσης, τυχαία επιλέχθηκε το δείγμα με σκοπό την ποικιλομορφία όσον αφορά τον τόπο κατοικίας, το υποστηρικτικό δίκτυο, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και τον τρόπο ζωής.

Τα κριτήρια επιλογής για τη συμμετοχή των ατόμων στην παρούσα έρευνα ήταν: ηλικία άνω των 75 ετών, άτομα που δεν διαμένουν σε δομές ή βρίσκονται σε νοσηλεία νοσοκομείων, άτομα αυτοεξυπηρετούμενα. Αναλυτικότερα οι συμμετέχοντες ήταν 5 γυναίκες ηλικίας 75 έως 83 ετών και 5 άνδρες ηλικίας 76 έως 90 ετών, όλοι κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής της Θεσσαλίας εκτός από δύο. Από αυτούς η μία έχει ελλιπή ολοκλήρωση πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (μόλις 3-4 έτη παρακολούθησης του Δημοτικού Σχολείου), πέντε ολοκλήρωσαν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, οι τέσσερις είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση και τρεις εξ' αυτών είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου. Τρεις από του δέκα έχουν χάσει τον σύζυγό τους και οι υπόλοιποι είναι παντρεμένοι. Από αυτούς οκτώ μένουν σε δικό τους σπίτι με τους συντρόφους τους ή μόνοι, ενώ οι δύο ζουν μαζί με τα παιδιά τους. Όλοι τους ζουν με κάποιον με σταθερό εισόδημα και μία από τους εννέα μόνο δεν λαμβάνει κάποια σύνταξη. Δύο από τους συμμετέχοντες έχουν δισέγγονα, ενώ δύο από τους δέκα δεν έχουν ούτε εγγόνι.

Συλλογή δεδομένων

Πριν γίνει πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις, έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση για να γίνει πιο κατανοητή η έννοια της «υγιούς γήρανσης» και της ευημερίας των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Το πρωτόκολλο δημιουργήθηκε από την κύρια ερευνήτρια, της οποίας η εμπειρία είναι μεγάλη, μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με εστίαση σε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Στη συνέχεια έγινε η επιλογή των συνεντευξιαζόμενων, οι οποίοι αφού ερωτήθηκαν εάν επιθυμούν να συμμετέχουν στην μελέτη, κανονίστηκε ημερομηνία και ώρα συνάντησης σε χώρο που οι ίδιοι ένιωθαν άνετα, κυρίως οι συνεντεύξεις έγιναν στις οικίες των συμμετεχόντων. Ενημερώθηκαν από την ερευνήτρια για τα προσωπικά δεδομένα και τους σκοπούς της μελέτης, διάβασαν ή τους διαβάστηκε το έντυπο συγκατάθεσης με όλες τις λεπτομέρειες-πληροφορίες, υπέγραψαν πως συναινούν κι έπειτα ξεκινούσε η συνέντευξη. Η συνέντευξη ξεκινούσε με ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση. Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να περιγράψουν εμπειρίες της ζωής τους, της καθημερινότητάς τους για την ζωή, την οικογένεια, την ευημερία αλλά και την υγεία τους. Σε πολλές ερωτήσεις δόθηκαν διευκρινήσεις προκειμένου οι συνεντευξιαζόμενοι να μην αγχωθούν και να τους δοθεί ενθάρρυνση ως προς την περιγραφή που έδιναν, για παράδειγμα: «Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση», «Δώστε μας ένα παράδειγμα, γιατί είστε χαρούμενος;», «Πώς φαντάζεστε εσείς τα καλά γεράματα;», «Συνεχίστε, μια χαρά τα πάτε!», «Έχετε κάτι άλλο να προσθέσετε;», «Τι εννοείτε με την έκφραση αυτή;», «Θέλετε να μας πείτε κι άλλα για αυτή σας την εμπειρία;». Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν κάποιες ημέρες μετά από κάθε συνέντευξη. Η διάρκειά τους ήταν ανάλογη του ερωτηθέντος εφόσον εκείνος ένιωθε πιο άνετα, η προσωπικότητα αλλά και οι εμπειρίες ήταν κύριος παράγοντας στην διάρκεια των συνεντεύξεων, οι οποίες διήρκεσαν (από 7 έως 20 λεπτά). Παρά την διαφορά στην χρονική διάρκεια κατά την απομαγνητοφώνηση το κείμενο παρουσίασε την πληθώρα των πληροφοριών και το βάθος του περιεχομένου της συνέντευξης. Λόγω αναγκών σε κάποια σημεία της απομαγνητοφώνησης χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές όπως η επανάληψη των λεγόμενων των συνεντευξιαζόμενων, της παύσης, της παράφρασης, της μετάφρασης, της σιωπής.

Επιπροσθέτως, πριν από τις συνεντεύξεις και αφού έλαβαν όλες τις σχετικές ενημερώσεις που απαιτούσε η μελέτη, οι συμμετέχοντες έλαβαν γνώση των δικαιωμάτων τους σε περίπτωση που επιθυμούσαν να αποχωρήσουν, τους δόθηκε αντίγραφο εμπιστευτικότητας και της υπογεγραμμένης συγκατάθεσής τους. Η γλώσσα που πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις ήταν η ελληνικά. Η διάρκεια της κάθε συνέντευξης ήταν

περίπου 20λεπτά και έγινε καταγραφή σε μαγνητόφωνο. Ακόμη, η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε την περίοδο χειμώνα- άνοιξη 2023. Ο οδηγός της συνέντευξης περιείχε ερωτήσεις σε διάφορους τομείς, όπως η κατάσταση της υγείας και υγιή γήρανση, ευεξία και ευημερία, μηνιαίο εισόδημα, τρόπος ζωής, επιπτώσεις κρίσεων στον τομέα της ευημερίας, συμβουλές για το μέλλον, .

Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου όπου εξετάζεται συστηματικά τόσο η λεκτική όσο και η μη λεκτική επικοινωνία -το πρόσωπο, η βλεμματική επαφή, η χροιά της φωνής, η εμφάνιση, οι χειρονομίες. Υπάρχουν τρεις κατηγοριοποιήσεις των μη λεκτικών μηνυμάτων: 1) η εκδήλωση κι επιρροή των οποίων ούτε ο λήπτης ούτε ο δότης έχουν έλεγχο ή επίγνωση, 2) τα σήματα που μεταβιβάζονται κι ακολουθεί η ερμηνεία τους κατά δύο μέρη συνειδητά κι ασυνείδητα και 3) τα μη λεκτικά μηνύματα που είναι πλήρως συνειδητά κι ελεγχόμενα. Η ανάλυση του κειμένου έγινε με την χρήση κρυμμένων/άδηλων/λανθανουσών περιεχομένων καθώς και με δηλωτική/προφανή ανάλυση με αποτέλεσμα να προκύψει τόσο η ερμηνευτική όσο και η περιγραφική σημασία. Αναλυτικότερα, η έναρξη της ανάλυσης έγινε με την ερευνήτρια να ακούει τις ηχογραφήσεις και να διαβάζει το από-μαγνητοφωνημένο κείμενο αρκετές φορές για να αποκτήσει μια αίσθηση του υλικού στο σύνολο του. Έπειτα, χώρισε το κείμενο της συνέντευξης σε εννοιολογικές μονάδες που βασίζονται σε λέξεις και προτάσεις που σχετίζονται με τους τρόπους πραγμάτωσης της ευημερίας, της αντίληψης κι επιτυχούς βίωσης της υγιούς γήρανσης. Οι μονάδες βαρύτητας στη συνέχεια συμπυκνώθηκαν για να διευκρινίσουν την ουσία του κειμένου. Το συμπυκνωμένο κείμενο χωρίστηκε σε ερωταπαντήσεις, κάθε ερώτηση ταξινομήθηκε με όλες τις απαντήσεις προκειμένου, να βρεθούν όλες οι κατηγορίες που ήταν κρυμμένες αλλά και να βρεθούν κοινά σημεία μεταξύ των απαντήσεων. Στο επόμενο βήμα, η υποκείμενη έννοια των κατηγοριών ταξινομήθηκε σε θεματικές παραγράφους. Προκειμένου να γίνει αποδοχή, οι εννοιολογικές μονάδες, η αναθεώρηση διάφορων βημάτων της αναλυτικής διαδικασίας, η συζήτηση, τα θέματα και οι κατηγορίες διεξήχθησαν με λεπτομέρεια.

Εγκυρότητα και αξιοπιστία

Μετά από την ολοκλήρωση του ερευνητικού σχεδιασμού, που ολοκληρώθηκε από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας των τριών Πανεπιστημίων (Βικτώριας, Θεσσαλίας, Αθήνας) , υπό τον συντονισμό της κυρίας Μαλλίδου, έγινε εξασφάλιση της αξιοπιστίας κι εγκυρότητας. Ξεκινώντας με την θεματική μελέτη και την κατάθεση της ερευνητικής πρότασης (θέματος και πρωτοκόλλου) στην επιτροπή, εφόσον έχει τεθεί το ερευνητικό ερώτημα που διεγείρεται από εμπειρίες, πραγματικά γεγονότα ή παρατηρήσεις καθοδηγείτε η έρευνα, αλλά συχνά αλλάζει καθώς η κατανόηση του θέματος από τον συγγραφέα αναπτύσσεται σε όλη τη μελέτη [78], έπειτα η εύρεση και η επιλογή του δείγματος μέσω ειδικών μεθόδων [81] αυξάνοντας την αυστηρότητα και την αξιοπιστία της ποιοτικής έρευνας συμπεριλαμβανομένων της ηθικής για σχεδιασμό της μελέτης, την επίμονη παρατήρηση των συμμετεχόντων στην μελέτη, τον προσδιορισμό του κορεσμού των δεδομένων και την παρατεταμένη ενασχόληση [79] και τέλος η επιλογή του τρόπου ανάλυσης δεδομένων μέσω του τριγωνισμού χρησιμοποιώντας πολλαπλές πηγές δεδομένων έτσι ώστε το αποτέλεσμα να έχει μεγαλύτερη επιβεβαίωση κι εγκυρότητα [80].

Ηθική και Δεοντολογία

Η ερευνητική πρόταση εγκρίθηκε από την Επιτροπή Δεοντολογίας της Νοσηλευτικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, την Επιτροπή Δεοντολογίας του ΕΚΠΑ καθώς και από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας για τη Συμμετοχή Ανθρώπων στην Έρευνα από το Πανεπιστήμιο της Βικτώριας του Καναδά, που διαπίστωσαν ότι πληρούνται όλα τα θέματα Δεοντολογίας και ενέκριναν τη διεξαγωγή της. Αρχικά οι συνεντευξιαζόμενοι ενημερώθηκαν για τον σκοπό και την διαδικασία της μελέτης, προφορικά, τους δόθηκε και έντυπο γραπτής συγκατάθεσης κι ενημέρωσης από το οποίο κράτησαν αντίγραφο. Επισημάνθηκε πως θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα και έγινε σχετική ενημέρωση πως η συμμετοχή στη μελέτη ήταν αυστηρά εθελοντική και θα μπορούσε να τερματιστεί ανά πάσα στιγμή χωρίς εξηγήσεις. Τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων η ερευνήτρια έλαβε υπόψη ότι οι ερωτήσεις σχετικά με τη γενική ευημερία και τις συνθήκες ζωής θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σκέψεις που ίσως φέρουν σε δύσκολη θέση τους ερωτώμενους. Για το λόγο αυτό και τους παρασχέθηκε η απαραίτητη προστασία, είτε να διακόψουν την συνάντηση, είτε να κάνουν κάποιο διάλειμμα, είτε να επαναλάβουν την συνάντηση εκ νέου. . Σε όλη την διάρκεια της έρευνας τηρήθηκε εμπιστευτικότητα δεδομένων, ανωνυμία,

συγκατάθεση των συνεντευξιαζόμενων και αποφυγή πρόκλησης βλάβης σωματικής ή ψυχικής στους ίδιους καθώς και η προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

Εμπόδια - Δυσκολίες στην εκπόνηση της έρευνας

Υπάρχουν πολλές βιβλιογραφικές παραπομπές σε διεθνές επίπεδο, αλλά όχι σε Ελλαδικό. καθώς οι περισσότερες αναφέρονται σε ποσοτικά δεδομένα και δείκτες. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων η ερευνήτρια βρισκόνταν σε συνεχή επαγρύπνηση για αποφυγή κατεύθυνσης των απαντήσεων στους ερωτώμενους. Υπήρξε μια μικρή δυσκολία όσον αφορά στην ανεύρεση των συμμετεχόντων καθώς τους άγχωνε το γεγονός της συνέντευξης και πόσο μάλλον την καταγραφής τους κατά τη διάρκειά της. Ωστόσο με την σωστή και πλήρη ενημέρωση των συμμετεχόντων (έντυπα με την συγκατάθεση συμμετοχής αλλά και προφορικά επιλύοντας κάθε απορία) οι δυσκολίες εκμηδενίστηκαν.

Επεξεργασία και Ανάλυση των Δεδομένων – Αποτελέσματα

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα αναλυθούν τα βιώματα, τα συναισθήματα, οι απόψεις, οι εμπειρίες αλλά και οι προβληματισμοί και οι σκέψεις των συνεντευξιαζόμενων σχετικά με την τρίτη ηλικία. Ακόμη, κάθε ενότητα περιλαμβάνει τμήματα από αυτούσιες απαντήσεις των ερωτώμενων έτσι ώστε να διαφανεί η αυθεντικότητά της.

Δημογραφικά στοιχεία

ΚΩΔΙΚΟ ΠΟΙΗΣΗ	ΦΥΛΟ	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ /ΜΗ	ΠΑΙΔΙΑ	ΕΓΓΟΝΙΑ /ΔΙΣΕΓΓΟΝΑ	ΣΤΕΝΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ
UTH.Z.01	Θ	Αγροτική περιοχή	83	Δημοτικό 3-4 έτη	Χήρα	500€	Ναι	3	7/6	Ναι
UTH.Z.02	Α	Αστική περιοχή	79	Απόφοιτος Παιδαγωγικής Ακαδημίας με Μεταπτυχιακό Τίτλο	Παντρεμένος	1250€	Ναι	2	4	Ναι
UTH.Z.03	Θ	Αστική περιοχή	75	Απόφοιτος Παιδαγωγικής Ακαδημίας	Παντρεμένη	1250€	Ναι	2	4	Ναι
UTH.Z.04	Θ	Αστική περιοχή	76	Απόφοιτος Σχολής Νηπιαγωγών με Μεταπτυχιακό Τίτλο	Χήρα	900€	Ναι	2	-	Ναι
UTH.Z.05	Α	Αγροτική περιοχή	76	Απόφοιτος Παιδαγωγικής Ακαδημίας Με Μεταπτυχιακό Τίτλο	Παντρεμένος	1500€	Ναι	2	-	Ναι
UTH.Z.06	Α	Αστική περιοχή	76	Δημοτικό με τέσσερα χρόνια εκπαίδευση στην Ηλεκτρολογία	Παντρεμένος	600€	Ναι	2	1	Ναι
UTH.Z.07	Θ	Αγροτική περιοχή	78	Δημοτικό	Χήρα	700€	Ναι	2	6	Ναι
UTH.Z.08	Θ	Ημιαστική περιοχή	78	Δημοτικό	Παντρεμένη	-	-	2	3	Ναι
UTH.Z.09	Α	Ημιαστική περιοχή	86	Δημοτικό	Παντρεμένος	500€	Ναι	2	3	Ναι
UTH.Z.10	Α	Αγροτική περιοχή	90	Δημοτικό	Παντρεμένος	700€	Ναι	4	4/3	Ναι

Αναλυτικότερα, στην παρούσα εργασία οι συμμετέχοντες ήταν 5 γυναίκες ηλικίας 75 έως 83 ετών και 5 άνδρες ηλικίας 76 έως 90 ετών, όλοι κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής της Θεσσαλίας εκτός από δύο. Από αυτούς η μία έχει ελλιπή ολοκλήρωση πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (μόλις 3-4 έτη παρακολούθησης του Δημοτικού Σχολείου), πέντε ολοκλήρωσαν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, οι τέσσερις είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση και τρεις εξ'αυτών είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου. Τρεις από του δέκα έχουν χάσει τον σύζυγό τους και οι υπόλοιποι είναι παντρεμένοι. Από αυτούς οκτώ μένουν σε δικό τους σπίτι με τους συντρόφους τους ή μόνοι, ενώ οι δύο ζουν μαζί με τα παιδιά τους σε δικό τους σπίτι. Όλοι τους ζουν με κάποιον που έχει σταθερό εισόδημα και μία από τους εννέα μόνο δεν λαμβάνει κάποια σύνταξη. Δύο από τους συμμετέχοντες έχουν disέγγονα, ενώ δύο από τους δέκα δεν έχουν ούτε εγγόνι. Πιο συγκεκριμένα έχουμε ισοκατανομή στο φύλο. Έξι από αυτούς μένουν σε χωριά και οι τέσσερις σε μεγάλες πόλεις. Ακόμη οι τέσσερις θεωρούνται πως ανήκουν στη μεσαία οικονομική τάξη ενώ οι υπόλοιποι έξι ανήκουν στην χαμηλή. Οι εννέα από τους δέκα λαμβάνουν την δική τους σύνταξη, ενώ η μία δεν έχει απολαβές παρά μόνο ζει με το εισόδημα του συζύγου. Όλοι έκαναν αναφορά για ύπαρξη στενών φίλων τη ζωή τους.

Θεματικές Ενότητες

Οι θεματικές ενότητες που προκύπτουν με βάση την ερώτηση που τέθηκε, συνοψίζονται ως εξής: κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων, κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών από το υπάρχον Σύστημα υγείας, αντίληψη του όρου «υγής γήρανση», κατάσταση ευεξίας και ευημερίας του ατόμου, ποια είναι η άποψή τους για τα γηροκομεία, πτυχές των βιωμάτων και των εμπειριών του ατόμου που οδηγούν στην ευτυχία του παροντικά, ύπαρξη ή όχι κοινωνικού περίγυρου, κατά πόσο επηρεάζει την ευημερία τους η ύπαρξη κοινωνικο-οικονομικών κρίσεων.

Επιπλέον θεματικές ενότητες που προκύπτουν κατά την επεξήγηση, σκέψη και ανάλυση των παραπάνω από τους συνεντευξιζόμενους είναι: η κοινωνική δέσμευση, η προαγωγή/πρόληψη της υγείας τους, η σωματική άσκηση, η συμμετοχή σε δραστηριότητες, η ψυχική ευημερία, η αίσθηση δύναμης, η συμβολή της διατροφής και του περιβάλλοντος στο οποίο διαβιών, η απουσία ασθένειας, η μη λήψη φαρμάκων, η αίσθηση δύναμης, η σημασία της πολιτικής, της διασκέδαση, της πνευματικότητας, τα ταξίδια, της οικογένειας, και της οικονομίας τα οποία αναλύονται λεπτομερώς παρακάτω.

Επίδραση στη Σωματική Δραστηριότητα

Συγκεκριμένα, σχετικά με την αντίληψη της υγείας οι απαντήσεις που δόθηκαν περιέγραφαν όλες τις δραστηριότητες σε σύγκριση με την ύπαρξη της υγείας. Κυρίως θετικά, οι περισσότερες απαντήσεις περιελάμβαναν την αίσθηση δύναμης των ατόμων, αλλά και τη θέληση να κάνουν εργασίες στο σπίτι και να μην αναγκαστούν να μείνουν στο κρεβάτι όσο περνούν τα χρόνια, επιζητούν τρόπους και μέσα για να γεμίζουν τον χρόνο τους.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Είμαι ενεργό άτομο και δραστήριο. Φροντίζω να γεμίζω το χρόνο μου, με οτιδήποτε , οπότε δεν έχω κάποιο πρόβλημα» (UTH.Z.02)

«Γιατί καταλαβαίνω τον εαυτό μου ότι είμαι υγιής. Κάνω τα πάντα ακόμα. Δουλειές φτιάχνω, δεν αισθάνομαι τίποτα, έτσι να μην μπορώ» (UTH.Z.09)

«Ναι είμαι γερός τα πάντα έχω» (UTH.Z.10)

«Πάντοτε, ανέκαθεν ας πούμε, με ενθουσίαζε πολύ η σωματική άσκηση, ανέκαθεν. Αλλά αυτό παρά τα 76 μου χρόνια το διατηρώ και τώρα. Δηλαδή υπάρχουν, όταν δεν δουλεύω σε χωράφια από τα οποία δεν κερδίζω τίποτα, απλώς δουλεύω για να δουλεύω, όταν δεν δουλεύω όμως αν όχι κάθε μέρα, μέρα παρά- μέρα μπορώ να κάνω 12-12,5, 13, 14 km τροχάδην. Ναι και σε ανισόπεδα. Αυτή είναι η ασχολία μου, είναι αυτό που με χαροποιεί πολύ» (UTH.Z.05).

Επίδραση στην Κοινωνική Δέσμευση

Στην κατηγορία αυτή υπάρχουν απαντήσεις που αφορούν στην καθημερινή ζωή, στη σεξουαλική ζωή, στις δραστηριότητες διαβίωσης. Υπήρχε πληθώρα απαντήσεων κι ο κάθε ηλικιωμένος τις αποσαφήνισε με τον δικό του τρόπο. Η αφιέρωση χρόνου εθελοντικά σε θρησκευτικούς φορείς, η ενασχόληση με την ψαλτική, η φροντίδα και το μέγιστο των εγγονιών, είναι οι κυριότεροι σταθμοί στις συνεντεύξεις που πάρθηκαν.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Πρώτα-πρώτα έχω σχέση με εκκλησία. Είμαι υπεύθυνη κοινωνικής πρόνοιας σε μια αδελφότητα χριστιανική..., σχεδόν μεγαλώνω δυο εγγονάκια, οπότε δεν έχω ελεύθερο χρόνο καθόλου» (UTH.Z.03)

«Δηλαδή ότι ήρθε ο παπά-Ρίζος εδώ (ο ιερέας του χωριού) και δεν είχε ψάλτη, το γεγονός ότι εγώ είχα, γνώριζα ότι δεν έχω φωνή, ότι δεν είμαι ο πλέον κατάλληλος για να κάνω αυτή τη

δουλειά αλλά το ότι μπορούσα να τον εξυπηρετήσω για να μην βρίσκεται σε δύσκολη θέση, ποιόν να φέρω τώρα και δεν έρχεται κι ο άλλος και θέλει και πληρωμή και δεν έχω να τον πληρώσω, λέω ρε παιδί μου να δοκιμάσω εγώ, θα ζύσω την φωνή μου, θα κάνω ότι μπορώ, θα κάνω το παραπάνω και θα μπορέσω να ανταποκριθώ σε έναν βαθμό, κι αυτό κάνω. Κι όταν το καταφέρνω με χαροποιεί κιόλας - Ανέλαβε ως ψάλτης του χωριού-, Ακόμα και προβλήματα τα οποία ίσως δεν κουβεντιάζονται στην ηλικία μας αλλά είναι ζωντανά όμως, δηλαδή στην περίπτωση του σεξ να το πω έτσι, που στην ηλικία μας είναι σχεδόν απαγορευτικό, αν διατηρείς καλά την υγεία σου, ακόμα κι εκεί θα έχεις κάποιο αποτέλεσμα, όχι εκείνο που είχες στα είκοσι χρόνια, θα έχεις τουλάχιστον ενδιαφέρον. Δεν θα έχεις πει δηλαδή εγώ πέθανα, γιατί όλα είναι στη ζωή μας» (UTH.Z.05)

Αίσθηση Δύναμης-Απουσία Ασθένειας-Μη λήψη φαρμάκων

Η αντίληψη της ύπαρξης και της αίσθησης της υγείας, περιγράφεται σαν συνώνυμο από τους συνεντευξιαζόμενους με την αίσθηση της δύναμης. Περιγράφουν πως είναι υγιείς καθώς δεν αντιλαμβάνονται κάποια αδυναμία ή κάτι που να τους προκαλεί πρόβλημα. Ακόμη το γεγονός πως δεν αντιμετωπίζουν κάποια αρρώστια τους οδηγεί στο να συμπεραίνουν ότι είναι υγιείς.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Τώρα νιώθω σαν μια ηλικιωμένη γυναίκα γερή. Που δεν είμαι άρρωστη, που δεν έχω κάτι. Τι άλλο να νιώσω; Πάρα πολύ!!Είμαι γερή, δεν παίρνω χάπια» (UTH.Z.01)

«Ναι είμαι γερός τα πάντα έχω. Κάτι μικροπράγματα, λόγω της ηλικίας που έχω» (UTH.Z.10)

«Πέραν από τη μέση μου και το πόδι μου που πονάει, δεν έχω τίποτε άλλο» (UTH.Z.04)

Σημασία της Διατροφής

Παρότι η απάντηση που συσχετίζει την διατροφή με τη υγεία, ήταν μόνο μια, αξίζει να αναφερθεί λίγο εκτενέστερα καθώς η διατροφή και πόσο μάλλον η μεσογειακή διατροφή αποτελεί βασικό παράγοντα στην υγεία του ανθρώπου [31].

Συγκεκριμένα παραθέτω τη μοναδική από τις απαντήσεις τους:

«Ναι πιστεύω γιατί πρέπει να είμαστε εγκρατείς σε άλλες προκλήσεις που παρουσιάζονται εύκολα μπροστά μας δηλαδή η κοιλιόδουλία, είναι αυτό που πολλές φορές τον άλλο τον αποπροσανατολίζει. Κάνει τις κοιλιές του, θεωρεί ότι τρώγοντας και πίνοντας έχει βρει την ευτυχία του και γρήγορα διαπιστώνει ότι αυτό που θεωρούσε και θεωρεί ευτυχία είναι δυστυχία. Δηλαδή θα αρχίσει και προβλήματα υγείας να έχει, , αν διατηρείς καλά την υγεία σου, αν φροντίζεις την υγεία σου δηλαδή είσαι λιτοδίαιτος, είσαι με την μεσογειακή σου τροφή, επιλεκτικός στο τι θα φας, τότε θα το φας, είσαι με σωματική άσκηση, είσαι με ενδιαφέροντα ακόμα κι εκεί θα έχεις κάποιο αποτέλεσμα» (UTH.Z.05)

Προαγωγή/Πρόληψη της Υγείας

Όλοι οι συμμετέχοντες στη έρευνα ανέφεραν πως επισκέπτονται τον γιατρό τους προκειμένου, να κάνουν εξετάσεις, είτε προληπτικά, είτε σε συνέχεια κάποιας φαρμακευτικής αγωγής, είτε θεραπευτικά προς παρακολούθηση κάποιου νοσήματος. Το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν καθώς και η τακτικότητα των επισκέψεων τους στον ιατρό τους δείχνει, την συνέπεια και την οργάνωση που ακολουθούν για να έχουν σε μια σειρά την υγεία τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας τους.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Τώρα κάνω κάτι εξετάσεις γιατί με βρήκαν οστεοπόρωση. Και τώρα θα πάω να κάνω πάλι εξετάσεις τέλος του μήνα, να ξαναδώ αν χρειαστεί να πάρω χάπια ή όχι» (UTH.Z.01)

«Ο γιατρός αυτός που έχω, ιδιώτης είναι βέβαια δεν είναι κρατικός, και εξυπηρετεί μια χαρά» (UTH.Z.06)

«Κοίταξε πηγαίνω κάνω γενικές εξετάσεις κάθε 6 μήνες. Δόξα τω Θεώ καλά είμαι» (UTH.Z.02)

«Έχω δέκα χρόνια και που πάω στον ίδιο γιατρό» (UTH.Z.08)

Η συμβολή του Συστήματος Υγείας στα προβλήματα των ηλικιωμένων

Όσο αυξάνεται η ηλικία κατά φύση, λογικό να υπάρχει και μεγαλύτερη ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη. Η κάλυψη των αναγκών του κάθε ατόμου είναι διαφορετική. Οι ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν ποικίλουν και άλλοτε είναι πιο απαιτητικές κι άλλοτε

υπάρχει η δυνατότητα αναμονής για να εκπληρωθούν. Οι επτά από τους δέκα συμμετέχοντες ανέφεραν πως είναι ικανοποιημένοι με τον τρόπο αντιμετώπισής τους από το Σύστημα Υγείας.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Είμαι, πηγαίνω τακτικά όταν χρειάζεται, στο γιατρό και δεν έχω κανένα πρόβλημα»
(UTH.Z.02)

«Βεβαίως γιατί ο γιατρός αυτός που έχω, ιδιώτης είναι βέβαια δεν είναι κρατικός, και εξυπηρετεί μια χαρά» (UTH.Z.06)

«Καλή είμαι, ευχαριστημένη είμαι. Στους γιατρούς που πάω είμαι πολύ ευχαριστημένη»
(UTH.Z.07)

«Προς το παρόν καλά πάμε. Γράψε καλά. Όπου πάμε μας εξυπηρετούν» (UTH.Z.09)

Οι δύο ανέφεραν πως δεν είναι ευχαριστημένοι εξαιτίας του ότι το σύστημα είναι δαπανηρό.

«Όχι, δεν είμαι ευχαριστημένη, γιατί είναι δαπανηρό, να πω έτσι» (UTH.Z.04)

«Όχι, γιατί παιδευόμαστε πολύ για φάρμακα και γιατροί, ειδικότητες. Γιατί το λέμε αυτό, γιατί φεύγουν οι γιατροί και δεν συμπληρώνονται στα νοσοκομεία, κι αυτούς που θέλουμε. Είναι μια δαπάνη για τον συνταξιούχο» (UTH.Z.10)

Κι ένας αναφέρει την οικονομική δυσκολία που υπάρχει, πάρα ταύτα όμως η στάση του είναι ουδέτερη.

«Εντάξει τώρα στο θέμα της υγειονομικής περίθαλψης περάσαμε πολλά στάδια, από τότε που ήμουν υπάλληλος μέχρι τώρα. Πέρασαμε από το στάδιο της ασυδοσίας με τα βιβλιάρια που ο καθένας έκανε ότι ήθελε, μέχρι το σημερινό σύστημα που έγινε πιο στυγνό και μας εξαναγκάζει να βάζουμε το χέρι στην τσέπη, να πληρώνουμε τους γιατρούς. Γενικά δεν έχω ιδιαίτερα προβλήματα με το σύστημα υγείας» (UTH.Z.05)

Αντίληψη του όρου «Υγιής Γήρανση»

Η έννοια αυτή στα άτομα τρίτης ηλικίας είναι εύκολα κατανοητή με τον όρο «καλά γεράματα», οπότε κι έτσι τους εξηγήθηκε η ερώτηση προκειμένου να πάρει η ερευνήτρια την κατάλληλη απάντηση. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες έδωσαν τον ορισμό δίχως να το γνωρίζουν, η πιο πολυσύχναστη απάντηση όμως αφορά στο να είναι όρθιοι, να μην πέσουν στο κρεβάτι. Να είναι λειτουργικοί, να έχουν τις κοινωνικές τους συναναστροφές, να μπορούν να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες, να έχουν ενδιαφέροντα, ευημερία κι αγάπη, να μην ταλαιπωρήσουν τα παιδιά τους με το να χρειαστεί να τους φροντίσουν,. Από ένα άτομο γίνεται και αναφορά στον Θεό, ότι προσπαθεί και θέλει αν πετύχει την υγιή γήρανση αλλά βασίζεται και στο πως θα τα φέρει ο Θεός.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Το επιδιώκω, το θέλω αλλά δεν ξέρω πώς θα μου τα φέρει ο Θεός» (UTH.Z.03)

«Θέλω να είμαι όρθιος μέχρι την τελευταία στιγμή. Όταν είμαι όρθιος μέχρι την τελευταία στιγμή θα τα πάμε όλα καλά» (UTH.Z.06)

«Όσο μεγαλώνω οπωσδήποτε θα υπάρχουν προβλήματα υγείας, αλλά εγώ δεν αισθάνομαι τίποτε. Είμαι πάντα αισιόδοξος, όπως και όποιο πρόβλημα και να έχω, δεν έχω ιδιαίτερο πρόβλημα δεν το αντιμετωπίζω σαν ασθενής» (UTH.Z.02)

«Να έχω την ίδια δραστηριότητα που έχω τώρα. Να μην έχω προβλήματα υγείας, να μπορώ να κινούμαι, να πάω εκεί που κάτι που με γεμίζει, να μπορώ να παρακολουθώ αυτά στην εκκλησία που θέλω, να προσφέρω αυτά που προσφέρω σαν υπεύθυνη κοινωνικής πρόνοιας στην αδελφότητα, να έχω τις φίλες μου, τις καρδιακές φίλες μου, επικοινωνία με ανθρώπους, όλα αυτά νομίζω ότι είναι μια καλή γήρανση» (UTH.Z.03)

«Να έχουμε το μυαλό μας δηλαδή όσο είναι δυνατόν. Την όραση και την ακοή, όλες τις αισθήσεις. Να είμαστε όρθιοι στο πόδι και κατά τα άλλα δεν νομίζω ότι θέλω κάτι άλλο» (UTH.Z.04)

«Κοίταξε να δεις ο κάθε άνθρωπος θέλω να πιστεύω, ξεκινώντας και κάνοντας αυτοπαρατήρηση, δεν πιστεύει κανένας ότι γεράζει. Θαρρεί ο καθένας ότι είναι 18 χρονών ή θέλει να είναι. Βλέπει άμα και οι δυνάμεις του τείνουν να τον βοηθούν να του λέει αυτό το

κάνει κιόλας. Αλλά ενώ δεν θέλει ούτε να πεθάνει κανέναν, ούτε να παραδεχτεί ότι είναι γέρος, έρχονται κάποια γεγονότα τα οποία σε αναγκάζουν να καθίσεις ήσυχα και να πεις αυτός είμαι. Λοιπόν εγώ, το γεγονός ότι μπορώ και εργαζομαι, το γεγονός ότι μπορώ κι έχω ενδιαφέροντα ή ότι μπορώ και δημιουργώ ενδιαφέροντα είναι ας πούμε, τα ερμηνεύω εγώ τουλάχιστον, ότι σαν στοιχεία, σαν κινήσεις που θέλουν να επιμηκύνουν τη ζωή μου. Μπορεί να μη γίνεται συνειδητά αυτό, ασυνείδητα όμως, όταν το επεξεργάζομαι μέσα μου λέω τι είναι;» (UTH.Z.05)

«Εφικτός στόχος ανάλογα πως φροντίζεις τη ζωή σου όλα τα χρόνια» (UTH.Z.08)

«Θέλω να το καταφέρω να μην κουράζω τα παιδιά μου» (UTH.Z.07)

Η άποψη των ηλικιωμένων για τα γηροκομεία

Η επικρατούσα άποψη στην ευρύτερη Ελληνική κοινωνία είναι πως η οικογένεια διαδραματίζει τον πιο σημαντικό ρόλο στη ζωή του ανθρώπου, μαζί με την θρησκεία και την πατρίδα. Ειδικότερα οι μεγαλύτεροι άνθρωποι σε ηλικία το τιμούν και το ασπάζονται αυτό το τρίπτυχο, παρότι έχει αλλάξει κι εξελιχθεί η ζωή σε όλα τα επίπεδα. Λόγω αυτής λοιπόν της αντίληψης δύσκολα οι ηλικιωμένοι δέχονται να εξυπηρετούνται από άλλα άτομα που πόσο μάλλον δεν αποτελούν οικογένειά τους. Σε ερώτηση της ερευνήτριας που αφορά την γνώμη των ηλικιωμένων για τα γηροκομεία καθώς και το αν οι ίδιοι θα επιθυμούσαν να εισαχθούν σε ένα από αυτά, εάν η κατάσταση της υγείας τους επιδεινωθεί, η απάντηση ήταν ομόφωνα αρνητική και από τους δέκα. Παρόλα αυτά, αντιληπτό γίνεται από τρεις απαντήσεις πως και να μην θέλουν μπορεί να εισαχθούν, ακόμη δύο απάντησαν πως αν δεν υπάρχει τρόπος κι άτομο να τους φροντίζει κάποιος ίσως εισαχθούν, δύο εξέφρασαν την επιθυμία να αναλάβουν την φροντίδα τους τα παιδιά τους όπως κι αυτοί τα φρόντιζαν όλα τα χρόνια που τα μεγάλωναν, ενώ δύο ερωτηθέντες είναι κάθετα αρνητικοί. Ωστόσο οι απαντήσεις δόθηκαν με βάση τι ακούνε οι ηλικιωμένοι, τι βλέπουν στην τηλεόραση κι όχι από προσωπική εμπειρία παρά μόνο ενός ερωτηθέντος.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Από ότι ακούω, από ότι βλέπω πολλές φορές και στην τηλεόραση δεν αντιμετωπίζονται σωστά, και θέλουν να φύγουν από το γηροκομείο, δεν περνάνε καλά. Άλλους τους κακοποιούν,

άλλους τους βρίζουνε άκουσα έτσι μερικές τέτοιες περιπτώσεις και δεν μ άρεσε αυτό. Και γι αυτό το γηροκομείο δεν το θέλω» (UTH.Z.07)

«Έχω ακούσει παράπονα, έχω ακούσει ανθρώπους που εισήχθηκαν σε γηροκομείο είπαν καλύτερα να πεθαίναμε στο σπίτι μας» (UTH.Z.03),

«Δεν μου αρέσει, από αυτά που ακούω. Δεν έχω άποψη ας πούμε προσωπική, δεν έχω πάει, δεν έχω δει αλλά από αυτά που κατά καιρούς βλέπουμε ας πούμε, ακούμε στη δημοσιότητα βγαίνουν, δεν μου αρέσει ο τρόπος που φέρονται» (UTH.Z.04)

«Από προσωπική εμπειρία, είχα και γνωστούς οι οποίοι τώρα αποδήμησαν εις Κύριον και τα συζητούσαμε για τα γηροκομεία . Δεν ήταν ευχαριστημένοι, ναι με αυτοί έκαναν κουμάντο αλλά μακριά έλεγαν» (UTH.Z.06)

«Ναι, ναι ε ακούμε στις τηλεοράσεις που τους βάζουν τα παιδιά και δεν πάνε να τους δουν καθόλου, είναι μια περιφρόνηση» (UTH.Z.08)

«Άποψη όχι δεν έχω κανέναν δικό μας αλλά, όλα όπως ακούμε και βλέπουμε στην περιοχή μας, ναι ,δεν περιποιούνται όπως πρέπει τους παππούδες, το σύστημα που υπάρχει» «Δεν είναι καλή. Δεν μου αρέσει .Μπορεί να μην μπω . Αλλά να μην θέλω να μπω και να μπω» (UTH.Z.10)

«Θέλω τα παιδιά να με φροντίσουν, αν χρειαστεί αλλά πάντα τα αντιμετωπίζω με αισιοδοξία αυτά τα θέματα. Ποτέ ας πούμε δεν σκέφτομαι έτσι, γιατί να πάω στο γηροκομείο δεν το θέλω αυτό» (UTH02)

«Δεν θα ήθελα με τίποτα στο γηροκομείο. Θα ήθελα στο σπίτι μου να το αντιμετωπίσω» (UTH03)

«Όχι, σε καμία περίπτωση» (UTH.Z.04)

«Ξέρετε πολλά πράγματα τα οποία δεν μας αρέσουν, τα στέλνουμε στο πίσω μέρος του εγκεφάλου γιατί δεν θέλουμε να τα σκεφτόμαστε. Εγώ προσωπικά δεν θα ήθελα να πάω ποτέ σε γηροκομείο, δεν είναι όμως τι θα θελα ,αν συμβεί ανάλογα και με τα οικονομικά μου θα κάνω την καλύτερη δυνατή επιλογή. Θα ήθελα να είμαι μαζί με την σύντροφό μου, αν ήταν δυνατόν να πεθάνουμε μαζί την ίδια μέρα, για να έχω συνέχεια δίπλα μου έναν άνθρωπο που θα μαλώνω και θα αγαπιέμαι όσο μπορώ περισσότερο, και να με αποδέχεται και να την αποδέχομαι, με τα ελαττώματά μας κτλ, άλλα να έχω τη συντροφιά μου αυτή, και να μπορώ να

εξυπηρετούμαι εγώ και να την εξυπηρετώ κι αυτήν αντιστοίχως εμένα. Λοιπόν αυτά όταν δεν γίνονται πρέπει κάπου να πας. Εκεί λοιπόν ανάλογα και με τα οικονομικά μου θα ήθελα να μπορώ χωρίς να επιβαρύνω κανένα από τα παιδιά μου, να κάνω την καλύτερη επιλογή. Δεν μου είναι όμως ευχάριστο ακόμη και η καλύτερη επιλογή, δεν θα ήθελα να είμαι εκεί. Θέλω να πεθάνω όρθιος» (UTH.Z.05)

«Μμμμ, δεν μου αρέσει. Τι να έκανα αν ήταν ανάγκη και δεν είχα έναν άνθρωπο να με περιποιείται» (UTH.Z.08)

«Γηροκομεία άμα πήγες εκεί πέρα, ξέρω είναι δύσκολα τα πράγματα, πολύ δύσκολα δεν ξέρω. Εμ, δύσκολα, κι άμα δεν έχεις να πας πουθενά;» (UTH.Z.09)

«Όχι, όταν έχεις οικογένεια και παιδιά, όπως τα φρόντιζες τα παιδιά σου να φροντίσουν και τα παιδιά εμάς τους παπούδες. Όχι σε γηροκομείο, σε νοσοκομείο ναι για ιατρική περίθαλψη» (UTH.Z.10)

Πώς ορίζουν οι ηλικιωμένοι την ευτυχία

Στην ερώτηση που αφορά στο αν οι ηλικιωμένοι που συμμετέχουν στην έρευνα είναι χαρούμενοι κι ευτυχισμένοι, η πλειονότητα απαντά καταφατικά. Η απάντησή τους βασίζεται κατά κύριο λόγο στο γεγονός πως είναι υγιείς, πως έχουν την οικογένειά τους κι έπειτα πως ασχολούνται με τις δραστηριότητές τους, παίρνουν δύναμη από την πίστη τους, βάζουν κι επιτυγχάνουν στόχους.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Αφού έχω την υγεία μου, τα παιδιά μου, καλά είμαι» (UTH.Z.01)

«Ναι ναι, δόξα τω θεώ ιδιαίτερα προβλήματα δεν έχω. Είμαι χαρούμενη, προσπαθώ να είμαι χαρούμενη, βέβαια υπάρχουν στιγμές που μελαγχολώ, που στενοχωριέμαι για διάφορα θέματα που δεν έρχονται θετικά πάντα στη ζωή μου, έρχονται κι αρνητικά αλλά προσπαθώ να τα ξεπερνάω και να προσεύχομαι στο Θεό. Παίρνω δύναμη από την πίστη μου στο Θεό» (UTH.Z.03)

«Απλούστατα, οι στόχοι τους οποίους βάζω, γιατί ο άνθρωπος ζει με στόχους, λιγότερο ή περισσότερο αν δεν επιτυγχάνονται πλησιάζουν. Ε αυτό είναι μια χαρά. Βέβαια οι μικροαπογοητεύσεις που στο μεταξύ προκύπτουν κι αυτές λειτουργούν δυναμωτικά γιατί σου

λέει α δεν το κατάφερες αυτό, την άλλη φορά θα προσπαθήσεις λίγο περισσότερο. Έτσι είναι αυτή είναι η σκέψη μου» (UTH.Z.05)

«Ναι, ε ξέρω εγώ; που είμαι υγιής έχω τα παιδιά καλά, τα εγγόνια, τον κήπο. Θα βγω έξω, θα δω τη γειτόνισσα, καλημέρα, καλησπέρα» (UTH.Z.07)

«Ναι 100%. Γιατί έχω καλή οικογένεια, είμαι ευχάριστος τύπος, δεν το βάζω εύκολα κάτω και πάνω απ όλα αγαπάω τον συνάνθρωπό μου» (UTH.Z.10)

Πώς ορίζουν οι ηλικιωμένοι τα προβλήματα

Στην πορεία της συνέντευξης η ερευνήτρια έθεσε το ερώτημα σχετικά με το αν αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες εκείνες της ημέρες της συνέντευξης προβλήματα να απαριθμήσουν τρία. Προβάλλοντας πρώτα την υγεία και την απουσία ασθένειας, οι ερωτηθέντες παρουσίασαν την κατηγορία της απώλειας κάποιου αγαπημένου τους προσώπου που τους έλλειπε, το οικονομικό ζήτημα που δημιουργεί προβλήματα, τα καιρικά φαινόμενα καθώς ένας συνεντευξιαζόμενος δεν μπορούσε να πάει να κάψει τα κλαδιά που κλάδεψε, την ύπαρξη του άγχους καθώς και τον προβληματισμό ενός σχετικά με το χωρισμό του γιού του.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Αν πω ότι με τον άντρα μου είμαστε μια πολύ ιδανική συμβίωση ,εκείνο το πρόβλημα που με απασχολεί και με προβληματίζει είναι ο χωρισμός του γιού μου» (UTH.Z.03)

«Ας πούμε σήμερα αν δεν έβρεχε θα μπορούσα να πάω στο χωράφι να κάνω τη δουλειά μας. Σου είπα όχι ότι κερδίζω, αλλά να ολοκληρώσω τον στόχο που έχω βάλει» (UTH.Z.05)

«Πρώτα η υγεία και μετά τα άλλα. Και το χρήμα άμα δεν έχεις λεφτά είναι δύσκολα, δυσκολεύεσαι, έρχεται η διχόνοια, τα πάντα» (UTH.Z.08)

«Άγχος τίποτα άλλο, λόγω ηλικίας, δεν έχω τίποτε άλλο» (UTH.Z.10)

Επίδραση των βιωμάτων και των εμπειριών

Η αφήγηση προσωπικών εμπειριών των συμμετεχόντων που συμβάλλουν στην ευημερία τους σήμερα κατά κύριο λόγο αφορά πρώτα στην οικογένεια και την καλή συμβίωση, στην επαγγελματική πορεία και στη συνέχεια στη διασκέδαση και την κοινωνική

ευημερία. Η σημασία της ύπαρξης της οικογένειας διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ευτυχία των ηλικιωμένων.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Πάντρεψα παιδιά, είδα εγγόνια που ο άντρας μου δεν τα είδε, εγώ τα είδα. Τα πρόλαβα. Καλά είμαι» (UTH.Z.01)

«Το ότι έγινα προϊστάμενος Διεύθυνσης νομού Θεσσαλονίκη. Όλων των δασκάλων, πεντέμισι χιλιάδες δασκάλους είχα και πάντα αντιμετώπιζα όλα τα προβλήματα με τον καλύτερο τρόπο. Ποτέ δεν θέλησα να στεναχωρήσω κανέναν. Το ότι έχω τέσσερα εγγονάκια, αυτό με δίνει χαρά. Προσπαθώ πάντα να τα φροντίζω όσο μπορώ, περισσότερο» (UTH.Z.02)

«Το ότι δεν είχα πρόβλημα με τον άντρα μου, ποτέ. Είχα κατανόηση, είχα σωστή συμβίωση» (UTH.Z.03)

«Έκανα την οικογένειά μου, είχα έναν υπέροχο σύντροφο, άντρα κι έχω και δύο υπέροχα παιδιά και η οικογένειά μου η ευρύτερη επίσης είναι υπέροχη» (UTH.Z.04)

«Έκανα εγγραφή στην Πάντειο Σχολή τελείωσα ένα τμήμα της Δημόσιας Διοίκησης, δοκίμασα να τελειώσω κι ένα άλλο τμήμα ένα Πολιτικών Επιστημών, το πήγα μέχρι την μέση και το εγκατέλειψα γιατί ασχολήθηκα με τον συνδικαλισμό μετά κι έκανα άλλα πράγματα Άλλο πράγμα το οποίο με χαροποιεί στη ζωή μου, το γεγονός ότι έβλεπα κάποιος να προοδεύει, έλεγα εγώ γιατί; και ξαφνικά μου γεννήθηκε η επιθυμία ότι πρέπει να σπουδάσω κι άλλο παρά πέρα. Κι ενώ δούλευα και δούλευα σκληρά Μία από τις εμπειρίες της ζωής μου είναι η γυναίκα που γνώρισα, μεγάλη εμπειρία κι ήταν στα πολύ μικρά μου χρόνια» (UTH.Z.05)

«Τότε που πήγα στην Αυστραλία και γνώρισα σωστά τη ζωή. Οι Αυστραλοί δεν εξετάζουν τι είσαι και τι δεν είσαι. Θέλουν, είσαι τακτικός στη δουλειά; Περνάς καλά, και με αυτούς και με άλλους. Δούλευα, δούλευα σε εργοστάσιο» (UTH.Z.06)

«Πέρασα πολύ καλά με τον άντρα μου. Τον ακολουθούσα στη δουλειά που πηγαίναμε Τα παιδιά μας όσο μπορούσαμε τα τακτοποιήσαμε, εντάξει. Ωραία τα χρόνια εκείνα. Μέχρι το πρωί πηγαίναμε στο καφενείο χορεύαμε, τραγουδούσαμε, κάναμε. Τώρα είναι άλλα τα χρόνια Αυτό το θυμάμαι πολύ καλά. Την παρέα να. Κι ακόμη τώρα που πάω, ποιος και ποιος να με δει και να με αγκαλιάσει και να με φιλήσει και... Δεν μάλωνα εγώ, δεν μάλωνα με κανέναν» (UTH.Z.07)

Παράγοντες που συμβάλλουν στην ευημερία

Υπό τον ορισμό της ευημερίας που αφορά την άνετη διαβίωση, τις συνθήκες ζωής σε συνάρτηση με το εισόδημα και πως το άτομο ζει μια καλή ζωή, τέθηκε το ερώτημα και οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στο ποιος παράγοντας είναι ο βασικότερος για την ευημερία τους. Τρεις απάντησαν πως είναι η υγεία, τρεις η οικογένεια, ένας τα συμπεριέλαβε όλα κι ένας αναφέρθηκε στην αίσθηση δύναμής του και στην διασκέδαση κι ακόμη ένας στην αγάπη για τον συνάνθρωπο. Τρεις απαντήσεις περιείχαν και το οικονομικό κομμάτι.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Εεε και το οικονομικό πολλές φορές παίζει ρόλο στην ευημερία. Δεν είχα και πρόβλημα υγείας ποτέ, είμαι γερή δεν πονάω πουθενά, δεν έχω κανένα πρόβλημα. Αυτά νομίζω συμβάλλουν στην ευημερία έτσι για καλά γεράματα» (UTH.Z.04)

«Ευημερία;..... Είναι η καλή οικογενειακή ατμόσφαιρα, είναι οι στόχοι που έχω βάλει για την οικογένειά μου, η ευημερία μας στηρίζεται στο να μπορώ να αποδιώχνω, οτιδήποτε με στενοχωρεί. Εύκολο είναι, θα αναβαθμίζεις το ελάχιστο καλό, θα το κάνεις μεγάλο» (UTH.Z.05)

«Η οικογένεια, η υγεία και το χρήμα και το οικονομικό» (UTH.Z.08)

«Η....., πώς να το πω τώρα αυτό; Η μεγάλη αγάπη που έχω, η καλή καρδιά που έχω, την αγάπη που έχω και τον πλησίον μου, η ζωή αυτή είναι να αγαπάς τον άλλον τον συνάνθρωπο σου» (UTH.Z.10)

Επίδραση κοινωνικο-οικονομικής κρίσης

Η κρίση που έλαβε χώρα στην Ελλάδα το 2010, δημιούργησε πολλά προβλήματα τα οποία, συνόδευαν ή και ακόμη συνοδεύουν κάποιους ανθρώπους. Άφησε το στίγμα της στην οικονομία, την ευημερία αλλά και στη υγεία των ατόμων. Οι συμμετέχοντες απάντησαν πως πριν από την κρίση τα πράγματα ήταν καλύτερα εστιάζοντας κυρίως στο οικονομικό κομμάτι. Ένα άτομο αναφέρθηκε πως πριν την κρίση είχε καλύτερη ζωή όσον αφορά τη διασκέδαση, ένας εστίασε πέραν από το οικονομικό, στους φίλους που ήδη έχει και χαίρεται κάθε φορά να δημιουργεί νέους, ένας ανέφερε τον προβληματισμό του σχετικά με το τώρα -γιατί τότε ήταν

δύσκολα ε την κρίση αλλά και τώρα οι νέοι αντιμετωπίζουν προβλήματα κυρίως εργασίας κι ένα άτομο αναφέρει πως δεν υπάρχει διαφορά πριν και μετά ην κρίση.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Δεν είχα κανένα πρόβλημα γιατί ήμουνα εργαζόμενος, δηλαδή μέχρι το 2004 δε είχα κανένα πρόβλημα και μετά βέβαια ούτε μέχρι το 2010. Γιατί είχα πολλούς συνεργάτες τότε. δεν είχα και προβλήματα υγείας δεν είχα τότε σάκχαρο, ναι σακχαρώδη διαβήτη και τα αντιμετώπιζα διαφορετικά τότε τα προβλήματα αν υπήρχαν προβλήματα, που δεν ήταν προβλήματα ήταν για μένα εμπειρίες» (UTH.Z.02)

«Η δημιουργία πρώτα από όλα είναι σε ζωντανό επίπεδο, το γεγονός ότι τα παιδιά μας σπούδασαν, η επένδυσή μας ήταν πρώτα εκεί, στις σπουδές των παιδιών. Και από εκεί και πέρα και υλικά. Πάρα πολύ καλή πριν γιατί εργαζότανε ο άντρας μου, έπαιρνε πολύ καλά λεφτά, τώρα θα μου πεις πόσα ακριβώς; Δεν μετριούνται, γιατί ήταν ας πούμε κάπως ελεύθερος επαγγελματίας. Δεν ήταν υπάλληλος, ήταν και ελεύθερος επαγγελματίας. Εγώ είχα πάντα το μισθό μου, αργότερα τη σύνταξή μου. Δημιουργήσαμε» (UTH.Z.04)

«Δεν έχει αλλάξει τίποτα για μένα. Το γεγονός ότι χάσαμε κάποια χρήματα, Εξακολουθώ να έχω την ίδια γυναίκα, το ίδιο περιβάλλον, τα ίδια παιδιά, τους ίδιους φίλους με τους οποίους, χωρίς φίλους δεν μπορώ να ζήσω. Έχω πολλούς κι αγαπητούς φίλους και άνω και καινούριους και χαίρομαι κάθε φορά που γνωρίζω έναν άνθρωπο, γιατί είναι χαρά μεγάλη να γνωρίζεις έναν ακόμη άνθρωπο» (UTH.Z.05)

«Βεβαίως υπάρχει διαφορά. Τότε περνούσαμε πιο καλά, λίγο φτωχικά αλλά ήμασταν καλά Εμείς καλά φτάσαμε εδώ που φτάσαμε, τα παιδιά τι θα γίνουν; Αυτό σκέφτομαι. Τα παιδιά είναι πρόβλημα. Βλέπεις άλλοι ψάχνουν για δουλειά δεν έχουν τίποτα» (UTH.Z.06)

«Ε τίποτα να κόψουμε το έξω, πηγαίναμε διακοπές και τώρα αυτά τα κόψαμε. Α καμιά εκδρομή με το ΚΑΠΗ, το χρόνο μια φορά και δύο που λέει ο λόγος» (UTH.Z.09)

«Πολλά ζούσαμε πλούσια, όμορφα, αγαπημένα και μετά απ τα γεγονότα και μετά από 2010 και δώθε, εξαντληθήκαμε τελείως. Ούτε τα παιδιά μας μπορούμε να βοηθήσουμε.. Ήμασταν μια χαρά, όμορφα. Η υγεία είναι υγεία εντάξει. Το οικονομικό είναι οικονομικό. Η θέληση άμα υπάρχει όλα βρίσκονται.. Πρώτα είχαμε τη δουλειά μας, είχαμε χίλια δυο πράγματα, τώρα δε μας φτάνει ούτε τα φάρμακα να πάρουμε, η σύνταξη που έχουμε» (UTH.Z.10)

Η αντίληψη της ευημερίας μεταξύ της κρίσης του 2010 μέχρι πριν αρχίσει ο κορονοϊός

Όσο επιτρέπει η μνήμη, καθώς και η ηλικία συμβάλει αρνητικά σε αυτό, αλλά κι όσο είναι εφικτό γιατί τα χρόνια είναι πολλά που οι συμμετέχοντες έπρεπε να ανατρέξουν πίσω στην μνήμη τους, τα χρόνια μεταξύ του 2010-2020 ήταν καλύτερα σε σύγκριση με τα χρόνια που ζουν τώρα. Γίνεται αναφορά στα οικονομικά θέματα πάλι, στον εγκλεισμό που υφίσταντο όλοι οι πολίτες λόγω των μέτρων, στην κακή άσκηση πολιτικής που επικράτησε με αποτέλεσμα την απώλεια πολλών γνωστών συνανθρώπων τους, όπως αναφέρει ένας συμμετέχων δεν υπήρχε καλή ενημέρωση και περίθαλψη για την αποφυγή θανάτων. Ένας ακόμη συμμετέχω αναφέρει πως η κατάσταση ήταν μέτρια αλλά είχε δουλειά και συνάμα τακτοποιημένα οικονομικά δεδομένης της κατάστασης. Ένας μόνος συνεντευξιαζόμενος αναφέρει πως είναι το ίδιο για εκείνον.

Η αντίληψη της ευημερίας μεταξύ του 2020 πριν ξεκινήσει ο κορονοϊός και τώρα

Όλη αυτή η τριετία με τα νέα δεδομένα, τα νέα μέτρα, τα νέα υγειονομικά πρωτόκολλα περίθαλψης κι αντιμετώπισης περιστατικών έφεραν μεγάλες αλλαγές σε όλα τα επίπεδα της ζωής. Ο ιός εισήλθε στην καθημερινότητα, εγκαταστάθηκε κι έπειτα από πολλά στάδια, σιγά σιγά αρχίζει και απομακρύνεται μαζί με την επικινδυνότητά του. Οι επιρροές πολλές αρνητικές και θετικές. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, οι έξι από αυτούς αναφέρουν πως δεν τους επηρέασε κάπου. Εμβολιάστηκαν, νόσησαν αλλά δεν άλλαξε κάτι στη ζωή τους. Οι πέντε από τους συμμετέχοντες δήλωσαν πως δεν τους επηρέασε πουθενά ο κορονοϊός. Δεν τους ενόχλησε καθόλου όλη αυτή η κρίση, σε επίπεδο οικογενειακό ειδικά τα άτομα που μένουν σε χωριά δεν επηρεάστηκαν τόσο από τα μέτρα, τον ιό αλλά και τον εγκλεισμό. Τρεις συμμετέχοντες ανέφεραν πως έμειναν μέσα στο σπίτι, ο ένας από αυτούς όμως δεν ενοχλήθηκε από τον κορονοϊό, κάνει αναφορά όμως για την πολιτική κατάσταση, όπως ακόμη ένας συμμετέχων ο οποίος αναφέρει πως δεν αποτελεί μέλημα της πολιτικής η Τρίτη ηλικία.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Για μένα το ίδιο ήταν και πριν και τώρα. Στο σπίτι μας όχι, όχι. Αν και τον πέρασα αλλά δεν κατάλαβα και τίποτα» (UTH.Z.02)

«Πέρασε ο κορονοϊός, τα ίδια. Όχι από οικογενειακή δεν με επηρέασε, οι σχέσεις μας παραμένουν οι ίδιες. Από οικονομική τα ίδια σχεδόν. Και από πλευράς εξόδου ας πούμε-ελευθερίας και τα λοιπά, επειδή δεν είμαι και τόσο πολύ του έξω, δεν με επηρέασε και πάρα πολύ, βέβαια το να θέλεις κάπου να πας και να χρειάζεται να βγάλεις το χαρτί σου, να το δείχνεις και να φοράς εκείνη τη μάσκα -είναι περιοριστική- ,άλλα όχι σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό» (UTH.Z.04)

«Να σου πω, εδώ που ζούμε τον κορονοϊό, εδώ στην Ανατολή τον περάσαμε ξόφαιτσα, είναι σαν να μην υπήρχε για μένα. Γιατί ούτε η μάσκα ήταν που μας δυσκόλεψε , γιατί δεν φορούσαμε, εγώ και η γυναίκα μου ήμασταν. Τριάντα άνθρωποι είμαστε όλοι κι όλοι στο χωριό, το καλοκαίρι λίγο πολύ όλοι κυκλοφορούσαμε έτσι. Δεν μου άφησε εμένα στίγματα ο κορονοϊός. Παρόλο που κόλλησα στο τέλος, ήταν όταν κόλλησε όλος ο κόσμος γενικά. Αλλά εν πάση περιπτώσει δεν με στεναχώρησε ιδιαίτερα» (UTH.Z.05)

«Κακά, να κλειστείς τώρα 3 χρόνια μέσα, να μην μπορείς να πας κάπου. Πώς δεν έχει; Τότε ήσουν κλεισμένος μέσα, τώρα και να έχει ο άλλος κορονοϊό βγαίνει έξω. Όχι, δηλαδή όχι το θέλω εγώ, αλλά το λέει ο νόμος» (UTH.Z.08)

«Σχεδόν το ίδιο, δεν αλλάζει τίποτα καθόλου δεν αλλάζει. Εμάς την τρίτη ηλικία δυστυχώς, μας έχουν πετάξει να μην πω άλλη κουβέντα, στον κάδο των αχρήστων, δεν μας προσέχουν καθόλου, ούτε τους νέους» (UTH.Z.10)

Συστάσεις/ συμβουλές ηλικιωμένων για την ευημερία των νέων

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν την ομάδα που θα δώσει τις περισσότερες συμβουλές και θα δεχτεί τα περισσότερα αιτήματα από του νέους για να συμβουλέψει και να νουθετήσει. Όσων αφορά τον τρόπο ζωής τους, που οδήγησε στην ευημερία τους τώρα, σίγουρα, δεν μπορεί να συγκριθεί και να ακολουθηθεί από έναν άνθρωπο της σημερινής εποχής λόγω όλων των διαφορετικών συνθηκών που επικρατούν. Παρόλα αυτά οι ερωτηθέντες στην έρευνα έδωσαν συμβουλές που αφορούν στο να έχουν υγεία οι νέοι, ως βασικό χαρακτηριστικό που θα μπορέσουν με βάση αυτό να έχουν οτιδήποτε χρειαστούν. Έπειτα τρεις συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην εργασία, από την οποία προκύπτει και το οικονομικό αποτέλεσμα που θα τους βοηθήσει στην πορεία της ζωής τους αλλά και στην συνταξιοδότηση. Η υγεία, η ψυχική ευημερία, η καλή συνεννόηση, η καλή συμβίωση, οι ήρεμες οικογενειακές αλλά και κοινωνικές σχέσεις είναι απαντήσεις που αντιπροσωπεύουν όλους τους ερωτηθέντες. Δύο

συνεντευξιαζόμενοι κάνουν αναφορά στο «παν μέτρον άριστον», οι νέοι δηλαδή να ζουν μια ζωή γεμάτη από όλα αλλά στο μέτρο, δίχως υπερβολές.

Συγκεκριμένα παραθέτω μερικές από τις απαντήσεις τους:

«Να έχουν αγάπη, να έχουν ομόνοια, να προσπαθούν ότι το καλύτερο. Και αυτά τα οποία διδάχθηκαν από τους γονείς τους, από τον παππού και τη γιαγιά να τα εφαρμόσουνε» (UTH.Z.02)

«Να κάνουν μια μετρημένη ζωή. Να μη ζουν άσωτα ,με ξενύχτια, με ποτά, με τσιγάρα, με άσχημες παρέες, όλα αυτά επηρεάζουν στο να έχουνε αργότερα κάποια προβλήματα ή υγείας ή ψυχολογικά ή οτιδήποτε. Μια μετρημένη ζωή. Το παν μέτρον άριστον» (UTH.Z.03)

«Λοιπόν νομίζω ότι κάθε άνθρωπος πρέπει και μπορεί να το κάνει, να αναβαθμίζει όλα τα θετικά του στοιχεία. Να κάνει τις διαπιστώσεις τους, να βλέπει τα μπορώ και τα μην μπορώ του ,η αναγνώριση αυτή η ίδια θα του δημιουργεί μια ισορροπία. Κι από εκεί και πέρα ότι θετικό έχει να το αναβαθμίζει στο έπακρο. Προσέχοντας να μην δημιουργεί προβλήματα στους διπλανούς του πάντα, η έπαρση ξαφνικά δεν είναι και καλό στοιχείο ας πούμε, επειδή εγώ τα καταφέρνω καλά σε έναν τομέα δεν είναι να βγω και να το διαλαλώ.....Αυτός είναι ο δρόμος, κάθε άνθρωπος έχει τις δικές του ικανότητες ,αν μπορέσει τις ικανότητές του να τις αναπτύξει στο μέγιστο δυνατό βαθμό μέσα σε κλίμα ομόνοιας, συλλογής και κοινωνίας χωρίς δηλαδή να στιγματίζεται ο ίδιος, χωρίς να στιγματίζει κάποιους άλλους, χωρίς να πειράζει κανέναν. Είναι η συνταγή της ευτυχίας» (UTH.Z.05)

«Χαρούμενοι πρώτα από όλα να βρείτε δουλειά. Ο νέος να πάρει την σύνταξη, άμα δεν έχει τη σύνταξη είναι δύσκολα. Η σύνταξη είναι που μας κρατάει λίγο»(UTH.Z.09)

«Πάνω από όλα να έχουν υγεία. Το πιο βασικό αυτό είναι, η αγάπη και η θέληση. Να είναι ήρεμοι, να αγαπάνε ο ένας τον άλλον, τον άνθρωπό τους, να κοιτάνε τη δουλειά τους, να έχουν θέληση για εργασία, αγάπη από κει και πέρα να μη κοιτάνε αυτά που βλέπουμε συνέχεια» (UTH.Z.10)

Συζήτηση-Συμπεράσματα

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ο πληθυσμός γερνά με ταχείς ρυθμούς [38]. Ωστόσο η διάρκεια και η επιμήκυνση της ζωής δεν σημαίνει απαραίτητα πως θα συνοδεύονται πάντα από ποιότητα, πχ. υγεία, ανεξαρτησία και δραστηριότητα. Το προσδόκιμο ζωής θα βρίσκεται σε ρυθμό αύξησης. Τα άτομα ηλικίας άνω των 64 ετών θα διπλασιαστούν τα επόμενα πενήντα χρόνια και ο αριθμός των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών σχεδόν θα τριπλασιαστεί. Από τις μελέτες που έχουν ασχοληθεί με την πολυνοσηρότητα μόνο μία επικεντρώθηκε σε ηλικιωμένους, κι έδειξε τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης στις γυναίκες [45]. Η απομόνωση συγκεκριμένα αύξησε τα επίπεδα του επιπολασμού της πολυνοσηρότητας οδηγώντας σε αυτοάνοσα νοσήματα λόγω χαμηλής λειτουργίας του ανοσοποιητικού προκαλώντας και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων [62]. Είναι μια πρόκληση με αυξανόμενο ρυθμό καθώς γίνεται φανερό πως σχετίζεται με αισθήματα μοναξιάς μειώνοντας την ποιότητα των σχέσεων [41], εισαγωγές σε γηροκομεία ακόμη και θνησιμότητα. Επίσης ορισμένα νοσήματα συσχετίζονται με την εισαγωγή στο νοσοκομείο ή με την μακροζωία [40]. Για το λόγο αυτό, η υγιής γήρανση αποτελεί μια πρόκληση, για την παροχή καινοτόμων λύσεων. Στόχο πρέπει να αποτελέσει η βελτίωση της υγείας και η ποιότητα ζωής με έμφαση την τρίτη ηλικία, η υποστήριξη της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας και αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας καθώς και η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της βιομηχανίας μέσω επιχειρήσεων και της επέκτασης σε νέες αγορές. Η βιβλιογραφία δείχνει επίσης πως υπάρχουν διαφορές φυλετικές στην ενεργό γήρανση, η βαθμολογία των γυναικών είναι υψηλότερη από των ανδρών [45].

Ωστόσο έχει κι επιπτώσεις στην οικονομική ανάπτυξη, στη δημοσιονομική βιωσιμότητα, στην υγεία, στην μακροχρόνια φροντίδα, στην ευημερία και στην κοινωνική συνοχή [46]. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι συνταξιούχοι παραμένουν ενεργοί και συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες χάρη στον πιο υγιεινό τρόπο ζωής και στην ιατρική (βελτιωμένη πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία), αλλάζοντας έτσι την αντίληψη για την γήρανση. Μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων απολαμβάνουν μια ενεργό σεξουαλική ζωή [42]. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας εκφράζουν ικανοποίηση από την ζωή και οι περισσότεροι αισθάνονται πιο έντονα την οικογενειακή σύνδεση, τις σχέσεις με τους στενούς φίλους αλλά και με την κοινότητα. Η ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας θεωρείται καλύτερη στις αγροτικές περιοχές όπου ο καθαρός αέρας, η εγγύτητα στη φύση, η αίσθηση του ανήκειν

στην κοινότητα αλλά και η πιο οικονομική στέγαση προσελκύουν τους ανθρώπους. Ειδικά εάν οι αγροτικές περιοχές διαθέτουν ψηφιακή συνδεσιμότητα έτσι ώστε να παρέχεται πρόσβαση σε ποιοτική εκπαίδευση και ποιοτικές ευκαιρίες απασχόλησης όπως στην πανδημία της Covid-19. Ακόμη η τηλεϊατρική, οι εφαρμογές για smartphones και οι βιοαισθητήρες για απομακρυσμένη διάγνωση και παρακολούθηση μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των ασθενών. Η γενικότερη αναζωογόνηση των αγροτικών περιοχών καλύπτοντας ανάγκες όπως η υγειονομική περίθαλψη, η παροχή υπηρεσιών, οι υποδομές, η προσβασιμότητα σε κτίρια αλλά και μεταφορές [52]. Οι πάροχοι δημόσιων μεταφορών θα πρέπει να προσαρμοστούν σε έναν αυξανόμενο αριθμό επιβατών με αναπηρία ή μειωμένη κινητικότητα και να επενδύσουν σε έξυπνες μεταφορές χωρίς εμπόδια. Η προσβασιμότητα σε αυτά συμβάλλει στην κοινωνική ένταξη.

Η ενεργός κοινωνική ζωή προάγει την υγεία, την αυτονομία, την ένταξη αλλά και την συμβολή στην κοινωνική ζωή αλλά και την ευέλικτη ανταπόκριση των ατόμων τρίτης ηλικίας. Η κοινωνική δέσμευση που περιλαμβάνει και τον εθελοντισμό μπορεί να προωθήσει την αλληλεγγύη και την συνεργασία δημιουργώντας αξία προς τους ηλικιωμένους αλλά και τους νέους, παρέχοντας γνώση, εμπειρία και αυτοεκτίμηση. Η διαγενεακή αυτή μάθηση προάγει την ανταλλαγή γνώσεων και ικανοτήτων και πραγματοποιείται μέσα στην κοινότητα μέσω βιβλιοθηκών, πολιτιστικών και αθλητικών εκδηλώσεων, θρησκευτικών ιδρυμάτων κι άλλων ενώσεων.

Αξίζει να τονιστεί πως τα υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης και η καλή υγεία συσχετίζονται. Η επένδυση στις ικανότητες, στις γνώσεις, στις δεξιότητες των ανθρώπων καθ' όλη την διάρκεια της ανθρώπινης ζωής στοχεύουν στην απόκτηση και επικαιροποίηση και δεξιοτήτων που αποσκοπούν στο να παραμένουν οι ηλικιωμένοι απασχολημένοι, να πετυχαίνουν μεταβάσεις στην εργασία αλλά και επαγγελματική εξέλιξη αυξάνοντας την προσλαμβανόμενη από την εργασία ικανοποίηση [43]. Επιπρόσθετα δύναται να καθυστερήσει εμφάνιση την άνοιας αλλά και η αποτροπή της γνωστικής έκπτωσης [44].

Η έλλειψη ολοκληρωμένης υποστήριξης από το Σύστημα Υγείας πλήττει τις ευάλωτες ομάδες, στις οποίες ανήκουν και οι ηλικιωμένοι [63]. Η διαχείριση και τήρηση της φαρμακευτικής θεραπείας σε ηλικιωμένα άτομα οδηγεί στην αποφυγή μακροχρόνιων μη επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία. Στο μεγαλύτερο εύρος των μελετών τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι διαθέτουν αντισταθμιστικούς

μηχανισμούς απέναντι στην σωματική και ψυχική υγεία, που σχετίζεται με την πανδημία Covid-19 [64]. Παρότι ανήκουν λοιπόν στις ευάλωτες ομάδες, είναι άνιση η ικανότητα προσαρμογής τους στις αντιξοότητες, ανάλογα με πολιτιστικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και άλλους ατομικούς παράγοντες. Δύο λόγοι προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία στην ομάδα των ηλικιωμένων, το γεγονός πως αποτελούν μια σταθερά αναπτυσσόμενη δημογραφική υποομάδα κι ακόμη πως η προχωρημένη ηλικία σχετίζεται με εγγενείς και εξωγενείς παράγοντες που θέτουν μεγαλύτερους κινδύνους για τους ηλικιωμένους ενήλικες κατά τη διάρκεια κρίσεων δημόσιας έκτακτης ανάγκης [65]. Η εμφάνιση αισθήματος φόβου κι άγχους σχετίζεται με την ενημέρωση που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης [65]. Ωστόσο υπάρχει περιορισμός στην ερμηνεία αποτελεσμάτων από συγχρονικές μελέτες στην πανδημική εποχή [66]. Οι περισσότερες από αυτές πραγματοποιήθηκαν διαδικτυακά και μπορεί να χαρακτηρίζονται από μεροληψία κι εθελοντική επίδραση σχετιζόμενα με την αυτοεπιλογή κι ακόμη μπορεί το δείγμα των ηλικιωμένων να μην είναι αντιπροσωπευτικό καθώς η ηλικιακή αυτή ομάδα είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν χρήση του διαδικτύου[64]. Σύμφωνα με τρεις μελέτες που αξιολόγησαν τον ψυχολογικό αντίκτυπο της πανδημίας, η πρώτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες είχε ως αποτέλεσμα ένα μέρος (87 ηλικιωμένοι) της μελέτης εμφάνισαν πιο σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος και στρες σε σύγκριση με πριν την πανδημία οι οποίοι όμως διέμεναν στον ίδιο χώρο [67], η δεύτερη μελέτη αφορούσε τον Δεκέμβριο του 2019 σε σύγκριση με τον Ιούλιο του 2020 κι ανέδειξε πως η κλίμακα απάθειας αυξήθηκε σε άτομα άνω των 75 όπως και η κατάθλιψη [68] και τρίτον μια έρευνα που διεξήχθη τηλεφωνικά έδειξε επίσης αύξηση των επιπέδων άγχους κι αϋπνίας στην πανδημική περίοδο [69]. Επιπλέον αποτέλεσμα έρευνας στην Ελλάδα τρεις εβδομάδες μετά το εθνικό lockdown που επιβλήθηκε έδειξε σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα άγχους και διαταραγμένο ύπνο με υψηλότερα ποσοστά στις γυναίκες. Τα επίπεδα μοναξιάς φάνηκε να ρυθμίζονται από την δυσανεξία στην αβεβαιότητα [71].

Σε μια ενημέρωση στο *Military Medical Journal*, τονίστηκαν οι διαφορές μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων ασθενών με COVID-19. Η πανδημία επηρέασε κυρίως νέους και μεσήλικες ασθενείς, με τη διάμεση ηλικία των προσβεβλημένων ασθενών να είναι 47–59 έτη. Ωστόσο, η λοίμωξη είναι ιδιαίτερα μεταδοτική στους ηλικιωμένους ενήλικες, ιδιαίτερα σε εκείνους με συννοσηρότητες. Επιπλέον, η ταχεία επιδείνωση της κλινικής κατάστασης που οδηγεί σε σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS), κυκλοφορικό σοκ,

μεταβολική οξέωση και θάνατο εμφανίζεται συχνότερα σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας [72].

Η επεξεργασία των δεδομένων της συγκεκριμένης μελέτης καταδεικνύει πολύ σημαντικά συμπεράσματα και ιδιαίτερα για την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Σύμφωνα με τις θεματικές ενότητες που προέκυψαν όπως η ασχολία με σωματικές δραστηριότητες κάνει φανερό πως τα άτομα της τρίτης ηλικίας επιθυμούν κι επιδιώκουν την άσκηση καθημερινών εργασιών, αναζητούν την δράση κι αξιολογούν θετικά την αίσθηση της δύναμής τους. Επιζητούν τρόπους και μέσα για να γεμίζουν την καθημερινότητά τους.

Ακόμη η συμμετοχή στην κοινότητα, η κοινωνική δέσμευση, ο εθελοντισμός, οι δραστηριότητες διαβίωσης αλλά και το κομμάτι της σεξουαλικής ζωής είναι στο προσκήνιο της ζωής των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να συνεισφέρουν και προς δικό τους όφελος για ικανοποίηση και πλήρωση συναισθημάτων αλλά και προς τους γύρω προκειμένου να λαμβάνουν την επιβεβαίωση και το αίσθημα της ικανότητάς τους παρότι έχουν ηλικιακά μεγαλώσει. Η αίσθηση αυτή είναι ακόμη πιο έντονη σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν στους ηλικιωμένους που δεν έχουν διαγνωστεί με κάποια νόσο ή δεν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή.

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων επίσης ανέδειξε πως η τρίτη ηλικία προάγει και προλαμβάνει την υγεία της. Οι επισκέψεις στους θεράποντες ιατρούς ή στους ιατρούς της ΠΦΥ, η φαρμακευτική συμμόρφωση είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής τους. Η επάρκεια του Συστήματος Υγείας στην κάλυψη αναγκών τους είναι στα ανώτερα φυσιολογικά επίπεδα με την άποψη κάποιων βέβαια να υποστηρίζει πως δεν είναι ικανοποιητικό λόγω του ότι είναι δαπανηρό. Τα αποτελέσματα δείχνουν την θέληση των ηλικιωμένων να αυτοεξυπηρετούνται ή να τους παρέχεται -εάν αυτό καταστεί ανάγκη- φροντίδα από στενά συγγενικά πρόσωπα, δίχως να καταλήξουν σε κάποιο γηροκομείο, διότι αυτό αποδυναμώνει και τον εγωισμό τους.

Η ηλικιωμένοι κάνουν έντονη την αίσθηση της ευτυχίας τους, με υπάρχοντα βέβαια προβλήματα, τα οποία όμως αντιμετωπίζουν ήρεμα και με αισιοδοξία. Παρότι ανήκουν σε ευάλωτη ομάδα οι μηχανισμοί αντιρρόπησης οτιδήποτε αρνητικού γεγονότος λειτουργούν δυναμωτικά υπέρ τους. Κατά την προσπάθεια προσέγγισης από μεριάς τους, του όρου «υγής γήρανση», φάνηκε να γίνεται αντιληπτό από την πλειονότητα η έννοια αυτή. Μέσω

βιωμάτων κι εμπειριών δόθηκε σχεδόν εξ' ολοκλήρου ο ορισμός της. Η επίδραση αυτή των βιωμάτων φέρνει στο προσκήνιο την σημαντικότητα για τους ηλικιωμένους του οικογενειακού δεσμού, της καλής συμβίωσης αλλά και την κοινωνική ευημερία.

Κατά το πέρας των ετών, η ευημερία των ηλικιωμένων δεν δείχνει να επηρεάζεται από την οικονομική κρίση αλλά και ούτε από την πανδημία. Σαφώς υπάρχουν σημεία που δυσκόλεψαν την ζωή τους, κυρίως στην οικονομία όπως η περικοπή των συντάξεων κι όλο το κομμάτι της οικονομίας που έπληξε την χώρα, δημιουργώντας προβλήματα κυρίως στο ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν οικονομικά τα παιδιά τους. Η επίδραση της πανδημίας επίσης, καταλογίζεται περισσότερο στην μη σωστή κι έγκαιρη ενημέρωση από πολιτικής μεριάς των πολιτών θέτοντας σε άμεσο κίνδυνο τους ηλικιωμένους, πολλοί εκ των οποίων έχασαν και την ζωή τους σε αυτή την πανδημία, δημιουργώντας το συμπέρασμα στους επιζήσαντες συνομηλίκους τους πως δεν αντιμετωπίζονται ισάξια με τους υπόλοιπους πολίτες και πως παραμερίζονται.

Όσον αφορά στην επίδραση της μελέτης αυτής στην τοπική κοινωνία, πολλά είναι τα σημεία που πρέπει να ενισχυθούν, ή να δημιουργηθούν νέα προς όφελος της τρίτης ηλικίας. Το γεγονός του συνεχώς αυξανόμενου αυτού πληθυσμού δημιουργεί την ανάγκη δημιουργίας κτιριακών υποδομών που θα μπορούν να φιλοξενούν αυτό των αριθμό ηλικιωμένων. Οι μεγάλες εκτάσεις γης σε διάφορα σημεία της πόλης (ανεκμετάλλευτα δημοτικά κτίρια ή πάρκα, ο χώρος δίπλα στον Πηνειό Ποταμό) ή στην ημιαστική της ζώνη (αισθητικό Άλσος, Διαχρονικό Μουσείο), αποτελούν πρόσφορο έδαφος δημιουργίας χώρων δημιουργικής απασχόλησης, φιλοξενίας, ή ακόμη κι ενημέρωσης εθελοντών, διαφόρων φορέων αλλά και όλων των πολιτών σχετικά με δράσεις και πολιτικές για τα άτομα της τρίτης ηλικίας της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Ομάδες διαφόρων ειδικοτήτων, στα πλαίσια της διεπιστημονικότητας (ιατροί με ειδικότητα γηριατρικής ή οικογενειακοί γιατροί, νοσηλευτές εξειδικευμένοι στην Τρίτη ηλικία, στην Κοινωνική Νοσηλευτική και Δημόσια Υγεία, στην Ψυχική Υγεία, στην Παρηγορητική Φροντίδα, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, φαρμακοποιοί, εκπρόσωποι από θρησκευτικούς φορείς, επισκέπτες υγείας, άτομα με γνώσεις στην Πληροφορική της Υγείας, εθελοντές) μπορούν να δημιουργούν δράσεις ενημέρωσης κι εκπαίδευσης των ηλικιωμένων αλλά και των φίλων αυτών. Δράσεις που αφορούν την κάλυψη αναγκών τους όπως φαρμακευτικά προϊόντα, ρουχισμό, στέγαση, ατομική υγιεινή, σίτιση, ασφαλιστική κάλυψη, τακτοποίηση οικονομικών

υποθέσεων αλλά και διοικητικών υπηρεσιών. Ακόμη δράσεις για φροντιστές -τυπικούς ή άτυπους- ηλικιωμένων που αφορούν στην φαρμακευτική συνέπεια και συμμόρφωση, στην παρακολούθηση των νοσημάτων τους έτσι ώστε να επιτυγχάνεται πρόληψη και προαγωγή υγείας, στην εμβολιαστική κάλυψη (π.χ για την εποχιακή γρίπη), παροχή συμβουλευτικής για ανταπόκριση σε νοσήματα που δεν γνωρίζουν ή χρειάζονται εξειδικευμένη παροχή φροντίδας. Η τοπική κοινωνία μπορεί να αποτελέσει συνδετικό κρίκο των ηλικιωμένων με διάφορους φορείς κι οργανώσεις όπως διάφοροι σύλλογοι που υπάρχουν στην πόλη (πολιτιστικοί, φίλων καρκινοπαθών, φίλων ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκα, φιλοζωικών συλλόγων, εθελοντικών συλλόγων ή ακόμη και προσωπικό του δήμου που π.χ κάνουν δενδροφυτεύσεις ή καλλωπισμούς στα πάρκα της πόλης -οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αγαπούν πολύ την φύση-, συμμετοχή σε καλλιτεχνικές ομάδες όπως ζωγραφικής, χειροτεχνιών, θεάτρου, μουσικής, φωνητική), ακόμη δύναται να φέρει σε επαφή άτομα που πάσχουν από κάποια νόσο με αντίστοιχες φαρμακευτικές εταιρίες ή εκπροσώπους για καλύτερη ενημέρωση και παροχή αναλώσιμων υλικών χρήσιμων για την πορεία και παρακολούθηση της νόσου τους όπως π.χ άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η πνευματική ευημερία επίσης πρέπει να αποτελεί κύριο μέλημα της κοινωνίας, απασχολώντας δημιουργικά τους ηλικιωμένους, φέρνοντας τους σε επαφή με δραστηριότητες εκπαιδευτικές, χειρωνακτικές αλλά και όξυνσης της εγκεφαλικής λειτουργίας και σκέψης τους. Μέσω διάφορων εντύπων, την επίλυση σταυρολέξων αλλά και παιχνιδιών μνήμης οι ηλικιωμένοι θα διατηρούν την υγεία τους ή ακόμη και θα την βελτιώνουν αποκτώντας έτσι μεγαλύτερη αυτονομία, ανεξαρτησία κι αυτοεξυπηρέτηση, θα μπορούν επίσης να συμβάλλουν τα μέγιστα στον εαυτό, στην οικογένεια, στον συνάνθρωπο αλλά και στην κοινωνία δίχως να την επιβαρύνουν μέσω νοσηλειών, δαπανών στα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και απαίτησης ύπαρξης δομών περίθαλψης όπως τα κέντρα αποκατάστασης και τα γηροκομεία. Παράλληλα σχετικά με τους οίκους ευγηρίας και τις δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων η παροχή φροντίδας θα πρέπει να είναι ολιστική κι ανθρωποκεντρική. Οι εργαζόμενοι σε τέτοιες δομές πρέπει να επιλέγονται με βάση την όρεξη και την αφοσίωση που επιδεικνύουν στα άτομα αυτά έτσι ώστε η φροντίδα να είναι αποτελεσματική και να οδηγεί σε υγιή γήρανση κι όχι απλά να δρα παρηγορητικά στην πορεία προς τέλος της ζωής τους.

Δεδομένου ότι ο γηράσκων πληθυσμός αυξάνεται ραγδαία, οι Επαγγελματίες Υγείας πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένοι. Η Νοσηλευτική Κοινότητα πρέπει να εκπαιδεύει με κατάλληλα μέσα και μαθήματα τους αυριανούς φροντιστές των ηλικιωμένων ατόμων.

Προάγοντας την ανθρωπιστική προσέγγιση των ατόμων, τη διερεύνηση αναγκών των ηλικιωμένων, την ανάδειξη των ικανοτήτων τους έτσι ώστε να τους δίνεται ώθηση να είναι λειτουργικοί κι ενεργοί στο μέγιστο εφικτό. Η γνώση της γηριατρικής από τον νοσηλευτικό κλάδο θα είναι ιδιαίτερης σημασίας τα επόμενα έτη λόγω της ραγδαίας αύξησης του συγκεκριμένου πληθυσμού και η παροχή υπηρεσιών πρέπει να είναι άκρως αποτελεσματική. Οι νοσηλευτές έτσι, μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτούμενες ανάγκες των ηλικιωμένων δίχως να επιβαρύνουν την δική του σωματική και πνευματική ευεξία εφόσον έχουν κατανοήσει κι εκπαιδευτεί σε βάθος στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τη τρίτης ηλικίας. Η μελέτη περιστατικών από την βιβλιογραφία αλλά και μελετών σαν αυτήν δίνουν το προβάδισμα να ανακαλύπτονται νέοι ορίζοντες παροχής φροντίδας αλλά και αναγνώρισης ιδιαίτερων νέων χαρακτηριστικών κι αναγκών που τυχόν προκύπτουν στην τρίτη ηλικία. Θα αναπτυχθεί η ικανότητα εμπειριστατωμένης παροχής φροντίδας, ενισχύοντας το κίνητρο των νοσηλευτών να παρέχουν ολοένα και περισσότερα στην επιστήμη τους εφόσον θα υπάρχουν θετικά αποτελέσματα. Μέσα από την νοσηλευτική οι φοιτητές προπτυχιακά πρέπει να έχουν σαν μάθημα επιλογής την φροντίδα της τρίτης ηλικίας-γηριατρική, επιβάλλεται να επισκέπτονται δομές στις οποίες θα έρχονται σε καθημερινή τριβή με το αντικείμενο προκειμένου να τους δημιουργηθούν ερεθίσματα αλλά και επιρροές προς καλύτερη παροχή φροντίδας. Έτσι γίνεται εύκολα αντιληπτή η έννοια της υγιούς γήρανσης και της ενίσχυσης όλων των δράσεων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αυτή. Οι νέοι νοσηλευτές με τη εξειδίκευσή τους στη τρίτη ηλικία θα αγκαλιάσουν και θα αναδείξουν αυτή ην ομάδα, δίνοντας ευκαιρίες στους ηλικιωμένους να χαίρονται και να απολαμβάνουν τη ζωή τους. Αξίζει να σημειωθεί όμως πως σύμφωνα με μελέτη- σχετικά με το ενδιαφέρον των φοιτητών για την παροχή φροντίδας στην επιθυμητή ομάδα για αυτούς- που διεξήχθη μεταξύ εννέα χωρών, η ομάδα των ηλικιωμένων δεν βρισκόταν στις επιλογές τους, αποτελώντας έτσι πρόκληση για τους εκπαιδευτές της νοσηλευτικής [77].

Συμπερασματικά η παραπάνω μελέτη προσφέρει την εννοιολογική σημασία που δίνουν οι ηλικιωμένοι στην υγιή γήρανση. Η σημαντικότητα του να υπάρχει κάποιο υποστηρικτικό περιβάλλον είτε αυτό λέγεται οικογένεια, ίδρυμα, φίλοι, συγγενείς, είναι υψηλής σημαντικότητας για τους ηλικιωμένους. Ακόμη το κυριότερο πρόβλημα των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι να έχουν υγεία, να είναι ανεξάρτητοι κι αυτοεξυπηρετούμενοι έστω των βασικών. Υπάρχει υψηλή αίσθηση ατομικής ευθύνης και θεωρούν πως εάν καταστεί ανάγκη κάποιος να τους περιποιηθεί ή να τους καλύψει κάποιες βασικές ανάγκες θα τους

μειώσει. Θέλουν να είναι ανεξάρτητοι, να έχουν προοπτικές ακόμη κι αν η ηλικία τους μεγαλώνει. Να μπορούν να εξυπηρετούν τον εαυτό τους -και γιατί όχι και τους άλλους- δίχως να βασίζονται σε άλλους και να τους γίνονται βάρος και φόρτος. Επιθυμούν να απολαμβάνουν ότι κι όλοι οι πολίτες δίχως να στερούνται πράγματα λόγω της ηλικίας τους σε όλα τα επίπεδα, κοινωνικό, οικονομικό, στην υγεία, στην διασκέδαση. Μέσω των συνεντεύξεων οι συμμετέχοντες απόθεσαν τις απόψεις τους αλλά και τις επιθυμίες τους, για να ζουν ισότιμα με όλους τους πολίτες, να μην περιθωριοποιούνται, να μην παραμερίζονται οι ανάγκες τους αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους που απαιτούν ειδικής μεταχείρισης. Επίσης τονίστηκε αρκετά το θέμα της παροχής βοήθειας από τους ίδιους στα παιδιά τους. Η επιθυμία τους να βοηθούν οικονομικά, σε θέμα στέγασης, φροντίδας των εγγονιών τους, τα παιδιά τους και γενικότερα σε όλους τους τομείς δεν μπορεί να γίνει πραγματικότητα. Αυτό δημιουργεί ένα είδος στενοχώριας, απογοήτευσης κι άγχους, καθώς ενώ και οι ίδιοι δυσκολεύονται ειδικά λόγω της οικονομικής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα, δεν θέλουν τα παιδιά τους να βιώνουν την ίδια κατάσταση με τους ίδιους.

Περιορισμοί – Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Σε μία περίοδο που τα άτομα της τρίτης ηλικίας βιώνουν συνεχώς τον φόβο της έκθεσης στον νέο κορωνοϊό καθώς και την ανησυχία για την υγεία οικείων προσώπων, η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά που αισθάνονται επιδρούν σημαντικά τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική τους υγεία. Επιπρόσθετα, οι κοινωνικές συναναστροφές και λοιπές δραστηριότητες έχουν περιοριστεί αρκετά με απόρροια το μέγεθος του προβλήματος να είναι ιδιαίτερα μεγάλο καθώς ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει για την Ελλάδα συγκεκριμένα ότι το 24% περίπου των ηλικιωμένων (552.000 περίπου άτομα) ζουν μόνοι χωρίς κανένα υποστηρικτικό δίκτυο. Η πρόληψη, η σωστή ενημέρωση καθώς και η έγκυρη πληροφόρηση σχετικά με δομές και υπηρεσίες που θα μπορούσε να απευθυνθεί κανείς προκειμένου να παράσχει βοήθεια σε άτομο τρίτης ηλικίας αποτελούν σημαντικά εφόδια για την επανένταξη των ηλικιωμένων ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

Η συγκεκριμένη μελέτη επικεντρώνεται στα βιώματα και στις εμπειρίες των συμμετεχόντων προκειμένου να γίνει αντιληπτή η υγιής γήρανση και η ευημερία τους, υπήρχε ποικιλομορφία στο μορφωτικό επίπεδο, στις περιοχές μόνιμης διαμονής τους ,στην οικονομική και οικογενειακή τους κατάσταση. Ωστόσο το δείγμα, περιλάμβανε μόνο μια

περιφέρεια κι έναν μικρό αριθμό συμμετεχόντων, συνεπώς η ερμηνεία των ευρημάτων οφείλει να γίνει με προσοχή. Μελλοντικά τέτοιου είδους έρευνες μπορούν να απευθυνθούν σε μεγαλύτερο εύρος δείγματος, με διαφορετικά κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού. Ακόμη η ηλικία των συμμετεχόντων σε συνδυασμό με τις ερωτήσεις, που αφορούσαν κάποια κομμάτια του παρελθόντος, που ίσως κάποιοι να μην θυμόντουσαν πολλά να μπορούσαν μελλοντικά να απευθυνθούν σε μικρότερης ηλικιακής ομάδας δείγμα συμμετεχόντων.

Η παραπάνω μελέτη ανήκει στις ποιοτικές μελέτες και στόχος της ήταν να εντοπίσει τρόπους, μέσα και τεχνικές που χρησιμοποιούν ή χρησιμοποίησαν οι συνεντευξιαζόμενοι για να καταφέρουν να έχουν μια ποιοτική ζωή, μια υγιή γήρανση ή και όχι. Προτείνεται η μελλοντική ενασχόληση με το συγκεκριμένο θέμα προκειμένου να αναπτυχθούν όλα τα μέσα που θα εφοδιάσουν την ζωή, την καθημερινότητα, αλλά και την ψυχική ατμόσφαιρα των ηλικιωμένων με όλα τα απαραίτητα που θα τους δώσουν ποιότητα στην ποσότητα των ετών ηλικίας τους. Τέλος, σημαντικό να γίνει αναφορά πως η αλληλεπίδραση μεταξύ ερωτώμενου και ερευνητή επηρεάζει και τον τρόπο εξέλιξης της αφήγησης. Στην ανωτέρω μελέτη τηρήθηκαν όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας για την διεξαγωγή της συνέντευξης αλλά και την περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων.

Υπάρχουν αρκετοί τομείς στους οποίους πρέπει να δοθεί προτεραιότητα για μελλοντική έρευνα, Υπάρχουν προκλήσεις με την χρήση Τεχνολογιών Πληροφοριών κι Επικοινωνίας (ΤΠΕ) ώστε να προωθηθεί η υγιής γήρανση και να υπάρξουν στρατηγικές ανάπτυξης, αξιολόγησης και ρύθμισης για τους ηλικιωμένους. Μια καλής ποιότητας έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στην αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων των ΤΠΕ για την παρακολούθηση ασθενειών, τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης, την εκπαίδευση υγείας και την αλλαγή συμπεριφοράς. Θα πρέπει να αξιολογηθούν πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με την υγιή γήρανση. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει συμπτώματα της νόσου, εξέλιξη και συμμόρφωση στα σχέδια θεραπείας, καθώς και παράγοντες όπως το επίπεδο λειτουργικότητας, η αδυναμία, η ευημερία και η ποιότητα ζωής. Επιπλέον, απαιτούνται μεγάλες, τυχαίοποιημένες-ελεγχόμενες δοκιμές, ειδικά αυτές που περιλαμβάνουν το κοινό-στόχο, σε αυτή την περίπτωση ηλικιωμένα άτομα με πολυνοσηρότητα ή αδυναμία. Αυτά τα άτομα συχνά αποκλείονται από κλινικές δοκιμές φαρμάκων παρά το γεγονός ότι η πολυνοσηρότητα έχει υψηλό επιπολασμό στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Μελλοντικά θα πρέπει να υιοθετηθούν παρεμβάσεις για τις ευάλωτες ομάδες όπως είναι και οι ηλικιωμένοι, που να έχουν σκοπό την πρόληψη παραγόντων κινδύνου, την γρήγορη εύρεση και διάγνωση νοσήματος μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και στην καλύτερη διαχείριση των χρόνιων πασχόντων. Οι έκτακτες ανάγκες που δημιούργησε η πανδημία απαιτούν προσπάθεια όλων για να διασφαλιστεί η συνεχής παροχή υγειονομικών υπηρεσιών περίθαλψης. Η επίτευξη αυτών μπορεί να εξασφαλιστεί μέσω εκστρατειών ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης, καλύτερη πρόσβαση σε κοινωνικές και τοπικές δραστηριότητες, καλύτερης πρόσβασης στη θεσμική επικοινωνία για την υγεία, εργαλείων για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας με επαγγελματίες υγείας. Ακόμη ως πρότυπο για μελλοντικές συνέργειες στον τομέα των μη μολυσματικών νοσημάτων, θα πρέπει αν ληφθεί και η συνεργασία μεταξύ ιδιωτικού και δημοσίου τομέα. Επιβάλλεται μια ολιστική προσέγγιση στους ασθενείς που να περιλαμβάνει γενικούς ιατρούς, γηριατρικούς και παθολόγους, επιδημιολόγους, ψυχιάτρους και συμπεριφορικούς ψυχολόγους) [70].

Βιβλιογραφία

1. Johnson AA, English BW, Shokhirev MN, Sinclair DA, Cuellar TL. Human age reversal: Fact or fiction? *Aging Cell*. 2022 Aug;21(8):e13664. doi: 10.1111/accel.13664. Epub 2022 Jul 2. PMID: 35778957; PMCID: PMC9381899.
2. Cosco TD, Howse K, Brayne C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017 Dec;26(6):579-583. doi: 10.1017/S2045796017000324. Epub 2017 Jul 6. PMID: 28679453; PMCID: PMC6998987.
3. Charles ST, Röcke C, Sagha Zadeh R, Martin M, Boker S, Scholz U. Leveraging Daily Social Experiences to Motivate Healthy Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021 Sep 13;76(Suppl 2):S157-S166. doi: 10.1093/geronb/gbab028. PMID: 33861858.
4. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020 Sep;139:6-11. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.05.018. Epub 2020 May 26. PMID: 32747042; PMCID: PMC7250103.
5. Ljubičić M, Burčul I, Gusar I, Šare S. Are They the Same for All People? Nurses' Knowledge about the Basic Human Needs of People with Disabilities. *Behav Sci (Basel)*. 2023 Jan 12;13(1):68. doi: 10.3390/bs13010068. PMID: 36661640; PMCID: PMC9854844.
6. Frei-Landau R, Levin O. Simulation-based learning in teacher education: Using Maslow's Hierarchy of needs to conceptualize instructors' needs. *Front Psychol*. 2023 Apr 6;14:1149576. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1149576. PMID: 37089729; PMCID: PMC10117648.
7. Jonkman NH, Del Panta V, Hoekstra T, Colpo M, van Schoor NM, Bandinelli S, Cattalani L, Helbostad JL, Vereijken B, Pijnappels M, Maier AB. Predicting Trajectories of Functional Decline in 60- to 70-Year-Old People. *Gerontology*. 2018;64(3):212-221. doi: 10.1159/000485135. Epub 2017 Dec 13. PMID: 29232671; PMCID: PMC5969068.

8. Ghisla V, Chocano-Bedoya PO, Orav EJ, Abderhalden LA, Sadlon A, Egli A, Krützfeldt J, Kanis JA, Bischoff-Ferrari HA; DO-HEALTH research group. Prospective Study of Ageing Trajectories in the European DO-HEALTH Study. *Gerontology*. 2023;69(1):57-64. doi: 10.1159/000523923. Epub 2022 Apr 20. PMID: 35443250; PMCID: PMC9148895.
9. Govindaraju T, Sahle BW, McCaffrey TA, McNeil JJ, Owen AJ. Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018 Jul 26;10(8):971. doi: 10.3390/nu10080971. PMID: 30050006; PMCID: PMC6115962.
10. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm*. 2018;71 Suppl 2:724-732. Portuguese, English. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0149. PMID: 29791626.
11. Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida [Health promotion and disease prevention for active aging that preserves quality of life]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Jun;33(2):311-20. Spanish. PMID: 27656932.
12. Estebansari F, Dastoorpoor M, Khalifehkandi ZR, Nouri A, Mostafaei D, Hosseini M, Esmaeili R, Aghababaeian H. The Concept of Successful Aging: A Review Article. *Curr Aging Sci*. 2020;13(1):4-10. doi: 10.2174/1874609812666191023130117. PMID: 31657693; PMCID: PMC7403646.
13. Brooks-Gunn J, McCormick MC, Shapiro S, Benasich A, Black GW. The effects of early education intervention on maternal employment, public assistance, and health insurance: the infant health and development program. *Am J Public Health*. 1994 Jun;84(6):924-31. doi: 10.2105/ajph.84.6.924. PMID: 8203688; PMCID: PMC1614939.
14. Ferrer A., Formiga F., Sanz H., Monserrate E., Verges D. Successful aging and indicators of frailty in the elderly. *Octabaix Study*. *Aten. Primaria*. 2014;46(9):475–482. doi: 10.1016/j.aprim.2014.01.004. [py] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

15. Javadi P.N., Mohammadi F., Jafaraghaee F., Mehrdad N. Factors influencing the successful aging of Iranian old adult women. *Iran. Red Crescent Med. J.* 2015;17(7):e22451. doi: 10.5812/ircmj.22451v2. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
16. MacLeod S., Musich S., Hawkins K., Alsgaard K., Wicker E.R. The impact of resilience among older adults. *Geriatr. Nurs.* 2016;37:266–272. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.014. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
17. Productive Aging. [(accessed on 1 January 2019)]; Available online: <https://jhupbooks.press.jhu.edu/content/productive-aging>
18. Ewa Rudnicka, Paulina Napierała, Agnieszka Podfigurna, Błażej Męczekalski, Roman Smolarczyk, Monika Grymowicz, The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing, *Maturitas*, Volume 139, 2020, Pages 6-11, ISSN 0378-5122, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>.
19. Pauly, T., Gerstorf, D., Ashe, M. C., Madden, K. M., & Hoppmann, C. A. (2020a). You're under my skin: Long-term relationship and health correlates of cortisol synchrony in older couples. *Journal of Family Psychology*, 35(1), 69–79. doi:10.1037/fam0000809 Google Scholar WorldCat
20. Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1923–1994. doi:10.1016/S0140-736(18)32225-6 Google Scholar Crossref WorldCat
21. Fingerman, K. L., Huo, M., Charles, S. T., & Umberson, D. (2020). Variety is the spice of late life: Social integration and daily activity. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(2), 377–388. doi:10.1093/geronb/gbz007 Google Scholar Crossref WorldCat

22. Rothman , A. J. , Simpson , J. A. , Huelsnitz , C. O. , Jones , R. E. , & Scholz , U . (2020). Integrating intrapersonal and interpersonal processes: A key step in advancing the science of behavior change . *Health Psychology Review* , 14 (1) , 182 – 187 . doi:10.1080/17437199.2020.1719183 Google Scholar Crossref PubMed WorldCat
23. Sara Chimento-Díaz, Pablo Sánchez-García, Cristina Franco-Antonio, Esperanza Santano-Mogena, Isabel Espino-Tato, Sergio Cordovilla-Guardia, Factors Associated with the Acceptance of New Technologies for Ageing in Place by People over 64 Years of Age, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10.3390/ijerph19052947, 19, 5, (2947), (2022).
24. Lyberg, A., Holm, A., Lassenius, E., Berggren, I., Severinsson, E. (2013). «Older Person's Experiences of Depressive Ill-Health and family support Volume 2013, Hindawi Publishing Corporation, Nursing Research and Practice.
25. Gray, A. (2009). *The social capital of older people. Ageing & Society*, Cambridge University Press.
26. Γιουβανάκης, Γ. & Σαχπάζογλου Α. (2007). «Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ανεξάρτητη διαβίωση. Μελέτη σε χρήστες των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ηρακλείου», Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σ.Ε.Υ.Π., Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης
27. Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια https://www.ageplatform.eu/sites/default/files/European%20Charter_EL.pdf
28. Greengross, Sally. (1997). Ageing well. *World Health*, 50 (4), 22 - 23. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330625>
29. Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, 2002, Απάντηση στο Ερωτηματολόγιο της Επιτροπής Κοινωνικής Προστασίας SPC/2002/APR/01 En/rev 1. Πρωτότυπο στα Ελληνικά.
30. Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα, Κριτική

31. Γεωργιάδου, Π. (2011). Δεοντολογία έρευνας στην Κλινική & Συμβουλευτική Ψυχολογία. Στο Α.
32. Strasser B, Pesta D, Rittweger J, Burtscher J, Burtscher M. Nutrition for Older Athletes: Focus on Sex-Differences. *Nutrients*. 2021 Apr 22;13(5):1409. doi: 10.3390/nu13051409. PMID: 33922108; PMCID: PMC8143537.
33. World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*, Geneva
34. Broderick, E. & Faccio, A. (2019). Ομάδα Εργασίας των ΗΕ για τις διακρίσεις σε βάρος των γυναικών στη νομοθεσία και την πράξη, Έκθεση που υποβλήθηκε στο Συμβούλιο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων τον Ιούνιο του 2020
35. Dawson-Townsend, K. (2019). Social participation patterns and their associations with health and well-being for older adults, *SSM - Population Health* 8:100424, doi:10.1016/j.ssmph.2019.100424
36. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy*. 2014 Apr;115(2-3):111-9. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.002. Epub 2014 Feb 8. PMID: 24589039.
37. Dimari G, Papadakis N. The securitization of the Covid-19 pandemic in Greece: a just or unjust securitization? *Qual Quant*. 2023;57(Suppl 1):77-97. doi: 10.1007/s11135-022-01341-9. Epub 2022 Feb 15. PMID: 35194254; PMCID: PMC8853285.
38. *World Population Aging 1950–2050*. United Nations Population Division
Ιστοσελίδες
39. (<https://www.ecclesia.gr/greek/koinonia/koinonia.asp>).
40. Halonen P, Raitanen J, Jämsen E, Enroth L, Jylhä M. Chronic conditions and multimorbidity in population aged 90 years and over: associations with mortality and long-term care admission. *Age Ageing*. 2019;48(4):564–570. doi: 10.1093/ageing/afz019 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]

41. Hajek A, Kretzler B, König -H-H. Multimorbidity, loneliness, and social isolation. A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8688. doi: 10.3390/ijerph17228688 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
42. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing*. 2011 Sep;40(5):538-43. doi: 10.1093/ageing/afr049. Epub 2011 Jul 21. PMID: 21778176.
43. Silva Sousa NF, Azevedo Barros MB. Level of active aging: influence of environmental, social and health-related factors. *Arch Gerontol Geriat*. (2020) 90:104094. doi: 10.1016/j.archger.2020.104094, PMID: [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
44. Verney SP, Gibbons LE, Dmitrieva NO, Kueider AM, Williams MW, Meyer OL, et al.. Health literacy, sociodemographic factors, and cognitive training in the active study of older adults. *Int J Geriatr Psych*. (2019) 34:563–70. doi: 10.1002/gps.5051, PMID: [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
45. Steinmayr, D., Weichselbaumer, D. & Winter-Ebmer, R. Gender Differences in Active Ageing: Findings from a New Individual-Level Index for European Countries. *Soc Indic Res* 151 , 691–721 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02380-1>
46. Marmot M. Social justice, epidemiology and health inequalities. *Eur J Epidemiol*. (2017) 32:537–46. doi: 10.1007/s10654-017-0286-3, PMID: [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
47. Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siamouli M, Theodorakis PN. Health and the financial crisis in Greece. *Lancet*. 2012;379:1001–2. author reply 2. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
48. Miller DL, Page ME, Stevens AH, Filipski M. Why are recessions good for your health? *The American Economic Review*. 2009:122–7. [Google Scholar] [Ref list]

49. Hessel P, Vandoros S, Avendano M. The differential impact of the financial crisis on health in Ireland and Greece: a quasi-experimental approach. *Public Health*. 2014 Oct;128(10):911-9. doi: 10.1016/j.puhe.2014.08.004. Epub 2014 Oct 18. PMID: 25369355; PMCID: PMC4393742.
50. Dimitris Zavras and others, Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece, *European Journal of Public Health*, Volume 23, Issue 2, April 2013, Pages 206–210, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks143>
51. Foscolou A, Tyrovolas S, Soulis G, Mariolis A, Piscopo S, Valacchi G, Anastasiou F, Lionis C, Zeimbekis A, Tur JA, Bountziouka V, Tyrovola D, Gotsis E, Metallinos G, Matalas AL, Polychronopoulos E, Sidossis L, Panagiotakos DB. The Impact of the Financial Crisis on Lifestyle Health Determinants Among Older Adults Living in the Mediterranean Region: The Multinational MEDIS Study (2005-2015). *J Prev Med Public Health*. 2017 Jan;50(1):1-9. doi: 10.3961/jpmph.16.101. PMID: 28173690; PMCID: PMC5327683.
52. O'Brien M, Moore K, McNicholas F. Social media spread during Covid-19: the pros and cons of likes and shares. *Ir Med J*. 2020;113:52. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
53. Kontoangelos K, Economou M, Papageorgiou C. Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. *Psychiatry Investig*. 2020 Jun;17(6):491-505. doi: 10.30773/pi.2020.0161. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32570296; PMCID: PMC7324731.
54. Pan American Health Organization (PAHO): Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons. <https://www.paho.org/en/documents/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>. Accessed May 1, 2020. [Google Scholar] [Ref list]
55. Δεληγιάννης, Α. (1997). *Ιατρική της άθλησης: από τη θεωρία στην πράξη*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
56. Domènech-Abella J, Mundó J, Haro JM, Rubio-Valera M. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish

- Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord.* 2019 Mar 1;246:82-88. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.043. Epub 2018 Dec 17. Erratum in: *J Affect Disord.* 2020 Apr 1;266:811. PMID: 30578950.
57. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community.* 2017 May;25(3):799-812. doi: 10.1111/hsc.12311. Epub 2015 Dec 28. PMID: 26712585.
58. Dekker J, Buurman BM, van der Leeden M. Exercise in people with comorbidity or multimorbidity. *Health Psychol.* 2019 Sep;38(9):822-830. doi: 10.1037/hea0000750. Epub 2019 Apr 25. PMID: 31021125.
59. Pentikäinen H, Savonen K, Ngandu T, Solomon A, Komulainen P, Paajanen T, Antikainen R, Kivipelto M, Soininen H, Rauramaa R. Cardiorespiratory Fitness and Cognition: Longitudinal Associations in the FINGER Study. *J Alzheimers Dis.* 2019;68(3):961-968. doi: 10.3233/JAD-180897. PMID: 30814346.
60. Steffl M, Bohannon RW, Sontakova L, Tufano JJ, Shiells K, Holmerova I. Relationship between sarcopenia and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging.* 2017 May 17;12:835-845. doi: 10.2147/CIA.S132940. PMID: 28553092; PMCID: PMC5441519.
61. Parker GB, Brotchie H, Graham RK. Vitamin D and depression. *J Affect Disord.* 2017 Jan 15;208:56-61. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.082. Epub 2016 Oct 11. PMID: 27750060.
62. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, Michel JP, Prieto R, Sykara G, Donde S. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res.* 2020 Jul;32(7):1189-1194. doi: 10.1007/s40520-020-01601-4. Epub 2020 May 26. PMID: 32458356; PMCID: PMC7248450.
63. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth C, Navickas R, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Souchet L, Valderas J, Vontetsianos T, Zaletel J, Onder G; Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Multimorbidity care model:

Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*. 2018 Jan;122(1):4-11. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.09.006. Epub 2017 Sep 14. PMID: 28967492.

64. Parlapani E, Holeva V, Nikopoulou VA, Kaprinis S, Nouskas I, Diakogiannis I. A review on the COVID-19-related psychological impact on older adults: vulnerable or not? *Aging Clin Exp Res*. 2021 Jun;33(6):1729-1743. doi: 10.1007/s40520-021-01873-4. Epub 2021 May 17. PMID: 33999378; PMCID: PMC8127443.
65. Schweda A, Weismüller B, Bäuerle A, Dörrie N, Musche V, Fink M, Kohler H, Teufel M, Skoda EM. Phenotyping mental health: Age, community size, and depression differently modulate COVID-19-related fear and generalized anxiety. *Compr Psychiatry*. 2021 Jan;104:152218. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152218. Epub 2020 Nov 17. PMID: 33232827.
66. Röhr S, Reininghaus U, Riedel-Heller SG. Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey. *BMC Geriatr*. 2020 Nov 23;20(1):489. doi: 10.1186/s12877-020-01889-x. PMID: 33225912; PMCID: PMC7681185.
67. Krendl AC, Perry BL. The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021 Jan 18;76(2):e53-e58. doi: 10.1093/geronb/gbaa110. PMID: 32778899; PMCID: PMC7454869.
68. Fujita K, Inoue A, Kuzuya M, Uno C, Huang CH, Umegaki H, Onishi J. Mental Health Status of the Older Adults in Japan During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2021 Jan;22(1):220-221. doi: 10.1016/j.jamda.2020.11.023. Epub 2020 Nov 24. PMID: 33321080; PMCID: PMC7685059.
69. Wong SYS, Zhang D, Sit RWS, Yip BHK, Chung RY, Wong CKM, Chan DCC, Sun W, Kwok KO, Mercer SW. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with

multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract.* 2020 Oct 29;70(700):e817-e824. doi: 10.3399/bjgp20X713021. PMID: 32988955; PMCID: PMC7523921.

70. Bryant RG, Shirley WM. Dynamical deductions from nuclear magnetic resonance relaxation measurements at the water-protein interface. *Biophys J.* 1980 Oct;32(1):3-16. doi: 10.1016/S0006-3495(80)84912-5. PMID: 7248450; PMCID: PMC1327249.
71. Parlapani E, Holeva V, Nikopoulou VA, Sereslis K, Athanasiadou M, Godosidis A, Stephanou T, Diakogiannis I. Intolerance of Uncertainty and Loneliness in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry.* 2020 Aug 19;11:842. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00842. PMID: 32973584; PMCID: PMC7468454.
72. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, Tan KS, Wang DY, Yan Y. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res.* 2020 Mar 13;7(1):11. doi: 10.1186/s40779-020-00240-0. PMID: 32169119; PMCID: PMC7068984.
73. Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health.* 2013 Apr;23(2):206-10. doi: 10.1093/eurpub/cks143. Epub 2012 Oct 23. PMID: 23093716.
74. Beletsioti C, Niakas D. Health-related quality of life in adult population before and after the onset of financial crisis: the case of Athens, Greece. *Qual Life Res.* 2019 Dec;28(12):3237-3247. doi: 10.1007/s11136-019-02281-y. Epub 2019 Aug 28. PMID: 31463726.
75. Charles ST, Röcke C, Sagha Zadeh R, Martin M, Boker S, Scholz U. Leveraging Daily Social Experiences to Motivate Healthy Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2021 Sep 13;76(Suppl 2):S157-S166. doi: 10.1093/geronb/gbab028. PMID: 33861858.
76. Huxhold O., Fiori, K. L., Webster, N. J., & Antonucci, T. C. (2020). The strength of weaker ties: An underexplored resource for maintaining emotional well-being in later life. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social*

Sciences),75 (7), 1433–1442. doi:10.1093/geronb/gbaa019 Google Scholar Crossref WorldCat

77. Cheng HL, Lam SC, Cruz JP, Almazan JU, Machuca-Contreras FA, Cecily HSJ, Rady HEAEA, Papatthanasiou IV, Ghrayeb F, Qtait M, Liu XL, Balay-Odao EM. Willingness to care for older people and associated factors in pre-registered student nurses: A multi-country survey study. *Nurse Educ Today*. 2022 Mar;110:105279. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105279. Epub 2022 Jan 26. PMID: 35121237.
78. Creswell J. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. *Res Des* . 2013;1-26. [Google Scholar] [Ref list]
79. Whitemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in qualitative research. *Qual Health Res*. 2001;11(4):522-537. [PubMed] [Google Scholar]
80. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res*. 1999; 34(5 Pt 2):1189-1208. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
81. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A Review of the Quality Indicators of Rigor in Qualitative Research. *Am J Pharm Educ*. 2020 Jan;84(1):7120. doi: 10.5688/ajpe7120. PMID: 32292186; PMCID: PMC7055404.