



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η χρήση της τεχνολογίας από τους ηλικιωμένους
της περιφέρειας Θεσσαλίας
και
οι στάσεις και απόψεις για το Σύστημα Υγείας τους»**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:

Πατσή Σταματία

Κοινωνική Λειτουργός

Τριμελής επιτροπή:

Δρ. Ρούπα Ζωή, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Λευκωσίας

Παπαϊωάννου Άγγελος, Καθηγητής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας

Τσάρας Κωνσταντίνος, Καθηγητής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας

Λάρισα, 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**" The use of technology
by older people in Thessaly
and
the attitudes and opinions regarding Health System"**

Στην κόρη μου Μαρία
που αν και με στερήθηκε,
με το χαμόγελό της και την αγκαλιά της
με στήριξε και με ενθάρρυνε να συνεχίσω!

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων τα επόμενα χρόνια, εγείρει προβληματισμό στο πως αυτή η ευπαθής ομάδα θα ζει ποιοτικά στη σημερινή εποχή. «Λύση» δίνει η τεχνολογία, η οποία έχει οδηγήσει στη δημιουργία προϊόντων και στην εφαρμογή προγραμμάτων διευκολύνοντας τους ηλικιωμένους στην καθημερινότητά τους και απαλύνοντάς τους από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να διερευνήσει κατά πόσο οι ηλικιωμένοι είναι εξοικειωμένοι με τη σύγχρονη τεχνολογία και ποιες είναι οι στάσεις και οι απόψεις τους για τον κρατικό φορέα και το Σύστημα Υγείας, σε αυτό το θέμα.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 384 άτομα ηλικίας 65 και άνω. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 20 και εφαρμόστηκε στη στατιστική διαδικασία η ανάλυση διασποράς ANOVA και η εφαρμογή χ^2 ελέγχου.

Αποτελέσματα: Από τα 384 άτομα οι 244 ήταν άντρες και οι 137 γυναίκες. Το 83,3% ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 75 - 84. Κυρίως οι ηλικιωμένοι των Κ.Α.Π.Η. και των Κοινωνικών Κέντρων ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν συσκευές καθημερινής χρήσης. Σχετικά με την τεχνολογία, η απάντηση για τη γνώση ηλεκτρονικού υπολογιστή και τη χρήση των ΑΤΜ είναι στην πλειοψηφία αρνητική (92,3% κι 83,1%). Μόνο το 5,9% γνωρίζει για την τηλεϊδιοποίηση. Το 65% θεωρεί ότι δεν υπάρχει ευαισθητοποίηση από το κράτος για τις ανάγκες τους και το 99,2% νομίζει ότι είναι χρήσιμη η ύπαρξη υπηρεσίας ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης.

Συμπεράσματα: Μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων δεν έχει εξοικειωθεί με τη νέα τεχνολογία και αυτό δεν οφείλεται μόνο σε ατομικούς παράγοντες, αλλά και στην πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει την ίδια την τεχνολογία, στη μη προσφορά αξιόλογων προγραμμάτων και στην έλλειψη κονδυλίων και χρηματοδότησης από τους σχετικούς κρατικούς φορείς. Για το λόγο αυτό χρειάζεται κατάλληλη υποστήριξη και καθοδήγηση, προκειμένου να ανταποκριθούν οι ηλικιωμένοι ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής.

Λέξεις κλειδιά: Τρίτη ηλικία, τεχνολογία, ποιότητα ζωής, τηλεϊατρική

Abstract

The increase in the number of elderly in the coming years, raises concerns on how this vulnerable group will have quality life today. The technology gives the solution and led to the creation of products and programs that help the elderly cope with their problems in daily life.

The purpose of this paper is to investigate if older people are familiar with modern technology and what are the attitudes and opinions about the state vector and the Health System, in this matter.

Material and Methods: The sample is consisted by 384 individuals aged 65 and older. Data collection was done using an anonymous questionnaire. The statistical package SPSS 20 was used for data analysis and ANOVA analysis of variance and the application control x2 were applied to the statistical process.

Results: In a sample of 384 people, 244 were men and 137 were women. 83.3% of the people were in the age group 75-84. Especially the elderly of KAPI and social centers reported that they use everyday appliances. About on technology, the answer to the knowledge of computer and use of ATM is mostly negative (92.3% and 83.1%). Only 5.9% know for paging. 65% considered that there is no awareness of the state for their needs and 99.2% said that the information and counseling service is very useful.

Conclusions: A large number of elderly people not familiar with the new technology and this is not only due to individual factors, but also to the complexity of the technology itself with no valuable programs and a lack of funds and funding from the relevant government agencies. For this reason, they need appropriate support and guidance in order to respond adequately to the demands of everyday life.

Keywords: older people, technology, quality of life, telemedicine

Περίληψη – Abstract.....	4
Πρόλογος.....	8
1. Γενικό Μέρος.....	11
Κεφάλαιο 1^ο: Τρίτη Ηλικία.....	11
1.1. Εισαγωγή.....	11
1.2. Δημογραφικές εξελίξεις.....	12
1.3. Θεωρίες του γήρατος.....	13
1.4. Αλλαγές στη ζωή ενός ηλικιωμένου.....	13
1.5. Επιδημιολογική προσέγγιση	15
Κεφάλαιο 2^ο: Τεχνολογία και Ποιότητα Ζωής στην Τρίτη Ηλικία.....	18
2.1. Εννοιολογικές προσεγγίσεις.....	18
2.2. Τεχνολογία και Ηλικιωμένοι: ανεξάρτητη διαβίωση.....	19
2.3. Τηλεϊατρική – Τηλεφροντίδα – Τεχνολογία.....	22
2.4. Προγράμματα ηλικιωμένων στην Ελλάδα.....	24
Κεφάλαιο 3^ο: Δίκτυα Φροντίδας Ηλικιωμένων στη περιφέρεια Θεσσαλίας.....	28
3.1. Κλειστά Δίκτυα Φροντίδας.....	28
3.1.1. Ίδρυμα «Γηροκομείον» Βόλου.....	28
3.1.2. Δημοτικό Γηροκομείο Λάρισας.....	29
3.2. Ανοιχτά Δίκτυα Φροντίδας.....	29
3.2.1. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Μαγνησίας, Σκοπέλου, Σκιάθου.....	30
3.2.2. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Λάρισας.....	32
3.2.3. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Καρδίτσας.....	32
3.2.4. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Τρικάλων.....	32
3.3. Πιλοτικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	33
3.3.1. Κοινωνικά Κέντρα Δήμου Βόλου.....	33
2. Ειδικό Μέρος.....	37
Μεθοδολογία - Σχεδιασμός.....	37
Σκοπός.....	37
Υλικό και μέθοδος	37

Αποτελέσματα.....	39
Συζήτηση.....	64
Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	68
Βιβλιογραφία.....	70
Παράρτημα.....	85
1. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας.....	85
2. Αναλυτική παρουσίαση της έρευνας.....	87
3. Διάφορες συσκευές για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων.....	123
4. Συσκευές που χρησιμοποιήθηκαν στα Ευρωπαϊκά προγράμματα που υλοποιήθηκαν στο Δήμο Τρικκαίων.....	132
5. Η εξέλιξη της τεχνολογίας. Μαθαίνεις τι υλοποιείται στον κόσμο κάνοντας ένα κλικ στο αρχείο.....	134
6. Άρθρα που έχουν δημοσιευθεί στον ηλεκτρονικό και έντυπο τύπο.....	135

Οι ηλικιωμένοι στην καθημερινότητά τους βομβαρδίζονται συνεχώς από την τεχνολογία τόσο στην οικία τους, όσο και εκτός αυτής. Καλούνται να χρησιμοποιήσουν απλές καθημερινές ηλεκτρικές συσκευές, όπως τηλεόραση, κουζίνα, ηλεκτρική σκούπα, ασανσέρ, κ.λπ., αλλά και πιο περίπλοκες, όπως ΑΤΜ, κινητά τηλέφωνα, μηχανήματα έκδοσης εισιτηρίων κ.α.. Χρησιμοποιούν και τεχνολογικά βοηθήματα κατάλληλα για την βελτίωση των προβλημάτων τους, όπως ακουστικά, βοηθήματα βάδισης, ηλεκτρονικά σκούτερ καθώς και συστήματα διαχείρισης της ακράτειας κ.α. που βοηθούν στη λειτουργική ανεξαρτησία τους, καθώς και στη μείωση τους κόστους υγείας για τους σωματικά αδύναμους ηλικιωμένους.¹⁻⁵

Η τεχνολογία, όταν αυτή είναι κατάλληλα προσαρμοσμένη στις ανάγκες των ηλικιωμένων, μπορεί να βοηθήσει τα ηλικιωμένα άτομα να ζήσουν ανεξάρτητα στο οικείο τους περιβάλλον και να παίρνουν τις δικές τους επιλογές.

Στην Ελλάδα, υπάρχει η αντίληψη ότι οι υποστηρικτικές και βοηθητικές τεχνολογίες προορίζονται κυρίως σε ανθρώπους που ζουν κάτω από συνθήκες αναπηρίας, γι' αυτό και τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν τέτοια βοηθήματα σε συγκεκριμένες ομάδες και κάτω από προϋποθέσεις (ανάπηροι με 67% αναπηρία).

Επίσης, οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας, δεν έχουν πρόσβαση στην πληροφορία με αποτέλεσμα να μην έχουν την απαραίτητη ενημέρωση για όλα εκείνα τα τεχνολογικά εργαλεία με τα οποία μπορούν να πλαισιώσουν τις περιορισμένες ικανότητές τους. Δεν είναι τυχαίο πως, ακόμη δεν έχουν ανακαλύψει τα εναλλακτικά συστήματα ουροσυλλογής όπως για παράδειγμα τις πεοκαλύπτρες και εμμένουν στις ανθυγιεινές πάνες. Ενώ η τεχνολογία εγγυάται πολύ πιο οικονομικές και καθαρές λύσεις για την αντιμετώπιση της ακράτειας, απουσιάζει η γνώση και η πληροφόρηση.⁶

Δεν είναι τυχαίο ότι υπάρχουν ελάχιστες διαθέσιμες μελέτες σχετικά με τη χρήση των τεχνολογιών από ηλικιωμένους. Σε άλλες χώρες η εικόνα που επικρατεί είναι τελείως διαφορετική. Στη Γερμανία, το 2007, το ποσοστό των χρηστών των νέων τεχνολογιών ηλικίας 60-69 ήταν 35,5% και άνω των 70, 13,2%.⁷ Στην Ολλανδία το 1998 στην ηλικιακή ομάδα 75+ κατείχε κινητό τηλέφωνο το 10%, μια PIN κάρτα 75% και ένα ηλεκτρονικό υπολογιστή το 5%.⁸ Πολλές χώρες έχουν αναλάβει πρωτοβουλίες κατάρτισης των ηλικιωμένων στις νέες τεχνολογίες, όπως ένα χρηματοδοτούμενο σχέδιο το Eldergames από την Ε.Ε. για την ανάπτυξη παιχνιδιών που χρησιμοποιούν προηγμένη απεικόνιση για τη βελτίωση των γνωστικών, λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ηλικιωμένων χρηστών.⁹

Στην Ελλάδα αν και έχουν διεξαχθεί έρευνες για τη δημιουργία και τη λειτουργικότητα έξυπνων συσκευών, δεν υπάρχει μια συνέχεια και στήριξη από το κράτος ή από κάποιες άλλες εταιρίες. Κάποια προγράμματα υλοποιούνται από ΜΚΟ (Γραμμή Ζωής) ή

από τοπικούς φορείς και υπηρεσίες (ΚΑΠΗ, Δήμος Τρικκαίων), χωρίς να υπάρχει προοπτική συνέχισης. Επίσης, στο εξωτερικό, έχει πραγματοποιηθεί έρευνα για το πώς το κινητό τηλέφωνο μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer παρέχοντάς τους την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να το χρησιμοποιήσουν όταν νιώθουν ότι χάνουν το δρόμο τους.¹⁰

Μελέτες που έχουν γίνει, όπως με τη βάση δεδομένων MOBILATE 2000, όπου διεξήγαγε μια έρευνα σε 5 ευρωπαϊκές χώρες, που είχε ως στόχο την ενίσχυση της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων και την έρευνα της EUROSTAT, το 2008, για τη χρήση της κινητής τηλεφωνίας σε 30 χώρες έχουν οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι η χρήση της τεχνολογίας από τους ηλικιωμένους εξαρτάται από κάποιους παράγοντες όπως τα επίπεδα υγείας, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, τον τόπο διαμονής, το επάγγελμα που ακολουθούσε όταν ήταν νέος και η ηλικία. Επίσης, τονίζουν τη σημασία του ότι ο ψηφιακός κόσμος πρέπει να λάβει υπόψη τις αλλαγές που έπονται στη ζωή των ηλικιωμένων (όραση, μνήμη, ακοή, κίνηση κ.λπ.) και να προσαρμόσει την τεχνολογία σε αυτές τις αλλαγές (π.χ. μεγάλα πλήκτρα, εύχρηστες συσκευές, ευανάγνωστες οδηγίες). Η τεχνολογία σεβόμενη την ανθρώπινη ύπαρξη, θα οδηγήσει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων σε όλα τα επίπεδα.¹¹⁻¹²

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει κατά πόσο οι ηλικιωμένοι είναι εξοικειωμένοι με τη σύγχρονη τεχνολογία και ποιες είναι οι στάσεις και οι απόψεις τους για τον κρατικό φορέα και το Σύστημα Υγείας, το οποίο σαφώς έχει βελτιωθεί χάρη στην αλματώδη πρόοδο της ίδιας της τεχνολογίας.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο γενικό μέρος περιλαμβάνεται η θεωρητική υποστήριξη του θέματος μέσα από τη σχετική διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Στο ειδικό μέρος συμπεριλαμβάνονται η μεθοδολογία και ο σχεδιασμός, ο σκοπός, ο πληθυσμός μελέτης, η μέθοδος, τα αποτελέσματα και η συζήτηση.

Συγκεκριμένα το γενικό μέρος χωρίζεται σε τρία κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται σε θέματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία, εννοιολογικές προσεγγίσεις, δημογραφικές εξελίξεις, χαρακτηριστικά, ανάγκες και προβλήματα ηλικιωμένων και διαπραγματεύεται επιδημιολογικά το θέμα. Ακολουθεί το δεύτερο κεφάλαιο, όπου αναπτύσσει τη σημασία της τεχνολογίας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων τόσο στην καθημερινότητά τους, όσο και στα θέματα υγείας. Παρουσιάζονται επίσης αξιολογικά προγράμματα που έχουν γίνει στην Ελλάδα. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δίκτυα φροντίδας των ηλικιωμένων στην περιφέρεια της Θεσσαλίας όπου διεξήχθη η έρευνα.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να εκφράσω τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη σε όλους τους ηλικιωμένους που με αποδέχτηκαν και με τη συμμετοχή τους με βοήθησαν στην εργασία αυτή. Είναι μια ηλικία που αξίζει το σεβασμό όλων μας. Επιπλέον, στους συναδέλφους των

υπηρεσιών που επισκέφτηκα και με βοήθησαν στο να προσεγγίσω τον πληθυσμό και να συγκεντρώσω τα δεδομένα μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου Δρ. Ζ. Ρούπα, η συμπαράσταση της οποίας στην εξέλιξη της Διπλωματικής μου ήταν αμέριστη, ουσιαστική και συνεχής.

Δεν θα παραλείψω να ευχαριστήσω έναν σημαντικό άνθρωπο τον Χ.Ζ. που μου στάθηκε στην όλη μου προσπάθεια στους δύσκολους καιρούς που διανύουμε.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ



Τα γηρατεία μοιάζουν με το χρόνο συγκομιδής, όταν «θερίζεις αυτό που έσπειρες», όπως λέει ο Φοντενέλ¹⁴.

1.1. Εισαγωγή

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δίνει τον ακόλουθο ορισμό για το γήρας «Δεχόμαστε συνήθως ότι με τον όρο γήρας του ανθρώπου, εννοούμε μια φυσιολογική διαδικασία, που αρχίζει τη στιγμή της σύλληψης και που επιφέρει χαρακτηριστικές μεταβολές του είδους σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Στα τελευταία χρόνια της ζωής, αυτές οι μεταβολές προκαλούν μια μείωση της ικανότητας προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον. Οι διάφορες λειτουργίες δε μεταβάλλονται ομοιόμορφα στο ίδιο άτομο και μια λειτουργία μπορεί να εξασθενήσει με άνιση ταχύτητα σε διαφορετικά άτομα».^{15,16}

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για τη καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν το διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας.¹⁷

Σήμερα, έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός.¹⁸ Σαν Τρίτη Ηλικία λοιπόν, ορίζεται το 65^ο έτος. Επίσης υπάρχει και η Τέταρτη Ηλικία, η οποία περιλαμβάνει άτομα άνω των 80 ετών.^{19,20,21,22}

Και κατά την περίοδο της αρχαιότητας, αρκετοί φιλόσοφοι ασχολήθηκαν με το γήρας. Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή η άνοιξη από 0 - 20 ετών, η εφηβεία ή το καλοκαίρι από 20 - 40 ετών, η νεότητα ή το φθινόπωρο από 40 - 60 ετών και τα γηρατεία ή ο χειμώνας από 60 - 80 ετών, ενώ ο Αριστοτέλης εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49. Ο Λάσλετ ορίζει τέσσερα στάδια ζωής: η πρώτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης. Η δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας, ευθύνης και κερδών. Η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης. Η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης και θανάτου.^{22,23}

1.2. Δημογραφικές εξελίξεις

Η δημογραφική γήρανση, ως συνέπεια της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης της γεννητικότητας και της θνησιμότητας, αποτελεί για όλες τις χώρες ένα σημαντικό κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό θέμα και βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των κυβερνήσεων, των κοινωνικών φορέων και των ερευνητών.

Στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι (άνω των 65 ετών), αποτελούν το 18% του πληθυσμού με προοπτική να αυξηθεί το 2030 κατά 10%, σχετικά με Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, τον ΟΗΕ και την EUROSTAT. Συγκεκριμένα η αναλογία την υπερηλίκων από 19% το 2010, θα φτάσει στο 30% το 2050. Οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75. Ενδεικτικά, με την απογραφή του 2009 σε σύνολο πληθυσμού 11.282.751 οι ηλικιωμένοι ήταν: 65-69: 539.293, 70-74: 573.932, 75-79: 502.014, 80-84: 325.357, 85 και άνω: 181.575. Με την απογραφή του 2011 σε σύνολο πληθυσμού 11.290.067 οι ηλικιωμένοι ήταν: 65-69: 575.427, 70-74: 541.376, 75-79: 513.849, 80-84: 363.228, 85 και άνω: 229.167.^{24,25}

Η Ελλάδα κατατάσσεται μαζί με άλλες «γερασμένες» χώρες όπως η Ιταλία, η Γερμανία, και η Σουηδία. Σύμφωνα με τον Ο.Η.Ε., ως το 2030, σε αρκετές βιομηχανοποιημένες χώρες το 1/3 του πληθυσμού τους θα είναι άνω των 60 ετών. Ως το 2050 σε όλο τον κόσμο εκτιμάται ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων θα ανέρχεται στο 1/3. Ο πληθυσμός της γης δηλαδή, γερνά γρήγορα.

Το 1990 η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε., καθιέρωσε την 1^η Οκτωβρίου ως Διεθνή Ημέρα των Ηλικιωμένων, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν οι κυβερνήσεις και η κοινή γνώμη για αυτή την ηλικία, η οποία αποτελεί σταυροδρόμι, στο οποίο μπορεί να φτάσουν πολλοί.²⁰

Η 1^η Σύνοδος που είχε γίνει στην Βιέννη το 1982, είχε ασχοληθεί εκτενέστερα με το θέμα του Γήρατος. Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας φτάνουν σήμερα τα 629 εκατομμύρια (1/10) παγκοσμίως. Οι άνω των 80 αποτελούν το 12% όλου του πληθυσμού του πλανήτη. Επίσης, οι αιωνόβιοι αναμένονται να αυξηθούν κατά 15 φορές μέσα στα επόμενα 40 χρόνια. Οι γυναίκες δε είναι πολύ περισσότερες από τους άντρες.

Οι παράγοντες που έχουν οδηγήσει στις παραπάνω διαπιστώσεις αναφορικά με την Ελλάδα είναι:

- Η μείωση της θνησιμότητας και η επιμήκυνση της ζωής
- Η μείωση της γεννητικότητας και
- Η μετανάστευση των νέων σε χώρες του εξωτερικού για εύρεση εργασίας.²³

Από τα παραπάνω καθίσταται κατανοητό ότι, καθώς αυξάνεται ο αριθμός των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό, είναι επιτακτική ανάγκη η μεταβολή και η δημιουργία νέων κοινωνικών παροχών, οι οποίες δεν περιορίζονται πλέον στην παροχή περίθαλψης με τη στενή ιδρυματική έννοια, αλλά επεκτείνονται και σε θέματα φροντίδας στο σπίτι. Η κοινωνία οφείλει να τους προσφέρει την καλύτερη δυνατή βοήθεια στο χώρο τους και σε αυτό βοηθάει και η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, ώστε να επιτρέψουν στα άτομα της τρίτης ηλικίας να

ζουν σε ένα περιβάλλον που θα ενισχύει τις δυνατότητές τους και θα προάγει την ανεξαρτησία τους. Γι' αυτό και υιοθετήθηκε το σύνθημα «προς μία κοινωνία για όλες τις ηλικίες» το 1999 και επαναλήφθηκε στη Δεύτερη Παγκόσμια Διάσκεψη για τη Γήρανση, που πραγματοποιήθηκε στη Μαδρίτη το 2002.²⁶

1.3. Θεωρίες του γήρατος

Η Τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται από πληθώρα αλλαγών σε όλα τα επίπεδα. Το άτομο δε γερνά μόνο βιολογικά, αλλά και ψυχολογικά, κοινωνικά, νοητικά. Το πόσο γρήγορα κάποιος θα γεράσει ή θα επηρεαστεί από τις αλλαγές που επιφέρει το γήρας διαφέρει από άτομο σε άτομο. Από τα οκτώ περίπου χρόνια επαγγελματικής επαφής με την Τρίτη ηλικία διαπίστωσα ότι υπάρχουν ηλικιωμένοι που έχουν συμφιλιωθεί με την εξωτερική τους εικόνα και με καλή διάθεση παραμένουν δραστήρια και ενεργά μέλη μέσα στην κοινότητα την οποία διαβιούν είτε αυτό είναι ένα χωριό, μια πόλη, ένα νησί ή ένα Ίδρυμα.

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι έχουν αναπτυχθεί αξιόλογες θεωρίες για το γήρας. Ο Cattel παρατήρησε ότι όλα τα κύτταρα, κάτω από κατάλληλες συνθήκες, είναι δυνατόν να παραμένουν αθάνατα και ότι το γήρας πιθανότατα οφείλεται σε αλλοίωση των χυμών που περιβάλλουν τα κύτταρα. Επίσης, από παρατηρήσεις ο Weiltzman έφτασε στο συμπέρασμα ότι πιθανόν μέσα στο αίμα των γερόντων να υπάρχουν μερικές ουσίες, οι οποίες αναστέλλουν την ανάπτυξη των κυττάρων και προκαλούν βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις αυτά. Ακόμη και η θεωρία του Pearl βασίζεται σε προηγούμενες πειραματικές έρευνες των Cattel και Weiltzman και καταλήγει, ότι το γήρας οφείλεται στη βαθμιαία συσσώρευση τοξικών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, τα οποία, όπως είναι γνωστό, δηλητηριάζουν βαθμιαία τα ζωντανά κύτταρα και τους ιστούς του οργανισμού.²¹

Πολλές προσεγγίσεις στη βιολογική θεωρία του γήρατος συμπίπτουν στο ότι υπάρχει μια γενετική βάση ως προς το μέγιστο όριο ζωής, που είναι χαρακτηριστικό για το κάθε είδος. Παρόλο τον καθορισμένο ρόλο που παίζουν τα βιολογικά φαινόμενα στο γήρας υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία και πλαστικότητα μεταξύ των ατόμων.²⁷

1.4. Οι αλλαγές στη ζωή ενός ηλικιωμένου

Είναι γνωστό ότι οι αλλαγές ξεκινάνε στο βιοσωματικό επίπεδο του ατόμου. Ένα ηλικιωμένο άτομο συνειδητοποιεί τη φθορά του οργανισμού του, αφού αντιμετωπίζει πολλά παθολογικά προβλήματα. Παρατηρείται μεγάλη έκπτωση της λειτουργικότητας των οργάνων, καθώς επίσης και προβλήματα στα εξής συστήματα: καρδιαγγειακό, μυοσκελετικό, νευρικό, γαστρεντερικό, ουροποιητικό, ενδοκρινικό και στα αισθητήρια όργανα.^{19,20,21,22,28,29} Είναι γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων υποφέρουν τουλάχιστον από μία χρόνια

νόσο, από το οποίο κάποιοι ηλικιωμένοι εξακολουθούν να είναι δραστήρια και ενεργά άτομα, ενώ κάποιοι άλλοι χρήζουν καθημερινής φροντίδας τρίτου ατόμου ή φιλοξενία σε νοσηλευτικό ίδρυμα, απαιτώντας μεγάλο κόστος οικονομικό και συναισθηματικό.²⁸

Η γήρανση δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό φαινόμενο, παρουσιάζει κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες. Τα κύρια προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι είναι το ότι όταν εξαρτώνται από άλλους, χάνουν την αυτονομία τους και από υπεύθυνοι ενήλικες γίνονται εξαρτημένα άτομα, και επίσης απομονώνονται από τον κοινωνικό περίγυρο είτε γιατί χάνουν την παρέα αγαπημένων ατόμων λόγω θανάτου, είτε γιατί νιώθουν άσχημα για τον εαυτό τους και είτε γιατί δεν έχουν καλή σχέση με τα παιδιά τους. Το μεγαλύτερο και τραυματικό πλήγμα για έναν ηλικιωμένο είναι η απώλεια του παιδιού του.³⁰

Επίσης, ο τρόπος που είχαν χειριστεί τη ζωή τους στα νιάτα τους, η εκπαίδευση, η απασχόληση και η οικονομική κατάσταση επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους κατά τα γεράματά τους. Την Τρίτη ηλικία, στην πλειοψηφία τους, τη διακρίνει χαμηλό επίπεδο ζωής γιατί συνήθως διαθέτουν μικρές συντάξεις, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να καλύψουν τις βασικές ανάγκες τους για να επιβιώσουν. Το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει σημαντικό ρόλο, αφού το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο περιορίζει τα ενδιαφέροντά τους και κάνει ακόμη πιο δύσκολη την ανταπόκρισή τους στις σύγχρονες απαιτήσεις (ευρώ, χρήση τεχνολογίας, διεκπεραίωση εγγράφων). Παράλληλα, η μη πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας είτε στον τόπο τους, είτε στη διαμονή τους στο σπίτι, κάνει ακόμη πιο δύσκολη την κατάστασή τους. Επιπροσθέτως, η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους, όπου τους θεωρεί βάρος για την κοινωνία, τους κάνει να βιώνουν αισθήματα εγκατάλειψης, απογοήτευσης και λύπης. Ακόμη και η άποψη ότι, οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι πολύ λιγότερες από τις άλλες ηλικιακές ομάδες οδηγεί σε μια λανθασμένη αντιμετώπιση και αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων τους.²²

Όταν βιώνουν αυτή την πραγματικότητα οι ηλικιωμένοι, μπορεί να οδηγηθούν σε πλήρη αδράνεια. Νιώθουν ανίσχυροι ξέροντας ότι δεν έχουν τη ζωή στα χέρια τους, αλλά ότι τους πλησιάζει ο θάνατος. Πιστεύουν ότι τα γηρατειά είναι ο χειμώνας και είναι αναγκασμένοι να γευτούν το πικρό φρούτο των αλλαγών που παρουσιάζονται στη ζωή τους. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην ανάπτυξη και άλλων συναισθηματικών καταστάσεων όπως είναι η θλίψη και το άγχος που μπορεί να οδηγήσουν στην κατάθλιψη.^{20,21,22,28,31}

Σε μια έρευνα σε βάθος 100 ηλικιωμένων σε βάθος που έγινε στην Κύπρο από το Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών RUBSI, Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, διαπιστώθηκε ότι τα κύρια κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι όλα τα παραπάνω. Αυτή η διαπίστωση μπορεί να θεωρηθεί ότι οδηγεί τα άτομα αυτά σε κοινωνικό αποκλεισμό και ό, τι άλλο συνεπάγεται αυτό.³²

Όμως το νόμισμα έχει δύο όψεις. Στο χειμώνα αν και η φύση κοιμάται και η εποχή διακρίνεται από μία αδράνεια, μια στασιμότητα, το άσπρο πέπλο που την κατακλύζει

προσδίδει μια ομορφιά στο τοπίο και τα πάντα ξεκουράζονται και ηρεμούν. Αντίστοιχα και στα γηρατειά, μπορεί ο ηλικιωμένος να μην αποτελεί ενεργό μέλος για την κοινωνία, όμως η ηλικία που διανύει μπορεί να του δώσει το κίνητρο και τη δυνατότητα για προσωπική ξεκούραση και ενασχόληση με τον εαυτό του. Βρίσκει άλλους τρόπους να περάσει δημιουργικά το χρόνο και να ανακαλύψει ξεχασμένες πτυχές του εγώ του. Χαίρεται περισσότερο την προσωπική επαφή με τους άλλους και κυρίως με τα εγγόνια. Μη έχοντας το άγχος που διακατέχει το νέο άνθρωπο μπορεί να δει με άλλο μάτι το σήμερα, να σέβεται και εκτιμά το δώρο της ζωής και να εκμεταλλεύεται την κάθε μέρα σαν να είναι η τελευταία.

Οι παράμετροι που λειτουργούν θετικά στο να ζήσει κάποιος καλά γεράματα είναι: το πόσο καλά έχει οικοδομήσει την οικογένειά του, η ύπαρξη ευρέος κοινωνικού δικτύου, η εργασία, η συμμετοχή σε δραστηριότητες και στα κοινά.³² Όταν το άτομο νιώθει πλήρες από τη ζωή που έκανε και είναι ευχαριστημένος από τον απολογισμό που έχει κάνει, τότε η μετάβαση στην Τρίτη ηλικία γίνεται με πιο ανώδυνο τρόπο, διότι όλοι οι παραπάνω παράμετροι δρουν προστατευτικά για την υγεία και την ψυχολογία του.³³

Σε όλο τον επιστημονικό κόσμο, εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης, έγινε σαφές ότι η Τρίτη ηλικία χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας και έτσι αναπτύχθηκε μια ξεχωριστή ειδικότητα η Γηριατρική και η Γεροντολογία καθώς και η Γεροντολογική Νοσηλευτική όπου διδάσκεται σε Προπτυχιακά και Μεταπτυχιακά προγράμματα. Πολλά συνέδρια γίνονται σε Διεθνές και Εθνικό επίπεδο, όπου διακεκριμένοι επιστήμονες, αναφέρουν τις εξελίξεις στον τομέα της Γηριατρικής και με τη συμβολή τους βοηθούν στην καλύτερη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.^{19,21}



1.5. Επιδημιολογική προσέγγιση

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό και στην Ελλάδα και οι οποίες μελετούν τη σχέση των ηλικιωμένων με την τεχνολογία, καθώς και τη χρησιμότητα της σε θέματα καθημερινά και υγείας, έχουν οδηγηθεί σε ενδιαφέροντα ευρήματα. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Βρετανίας, από το 1998-2001, σε εθνικό επίπεδο, ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό τις οικιακές συσκευές. Συγκεκριμένα, η χρήση σε ηλεκτρική κουζίνα και φούρνο από 65% το 1998, ανήλθε σε 75% μέχρι το 2001, η χρήση της τηλεόρασης από το 13% σε 23% το 2001, ενώ οι ηλικιωμένοι στη Βρετανία γνωρίζουν και είναι σε θέση να χρησιμοποιούν τον Η/Υ.¹

Σε μια μελέτη τους οι Rogers et al., αναφέρουν ότι το 40% των ανθρώπων ηλικίας άνω των 65 ετών κάνει χρήση του υπολογιστή, το 35% κάνει χρήση του διαδικτύου, το 90% κάνει χρήση του φούρνου μικροκυμάτων, το 80% σε μηχανήματα αντιγραφής βίντεο και κασετών και το 60% σε ασύρματα τηλέφωνα.² Μια έκθεση που δημοσιεύθηκε από την

Ofcom (the Office of Communications, the independent regulator and competition authority for the UK communications industries) το Μάρτιο του 2006 αναφέρει ότι το 82% του Ηνωμένου Βασιλείου ενηλίκων έχουν κινητά τηλέφωνα. Το ποσοστό πέφτει ελαφρώς για τους ηλικιωμένους, με μόνο το 60% των ανθρώπων ηλικίας 65-74 ετών και το 36% των ανθρώπων ηλικίας 75 ετών και άνω να κατέχουν κινητά τηλέφωνα.³

Ανάλογα ευρήματα με τη παρούσα έρευνα ως προς τη χρήση των ATM έδειξαν και οι έρευνες των Ρούπα et al., (2007)⁵, Αρσένος et al., (2007)¹¹ στην Αθήνα, καθώς και στην Ολλανδία των Mollenkopf et al., (2001)¹² όπου μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων δε χρησιμοποιούν ATM. Στην έρευνα των Ρούπα et al., γίνεται σαφές ότι οι λόγοι που οδηγούν στη χαμηλή προσαρμογή των ηλικιωμένων στις νέες τεχνολογίες σε σύγκριση με νεότερες γενιές, είναι ότι στην προσπάθειά τους να χρησιμοποιούν νέες τεχνολογίες, αντιμετωπίζουν συνήθως πολλές δυσκολίες που απορρέουν από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως: εισόδημα, εκπαίδευση, γεωγραφική θέση, πιθανές αναπηρίες, καθώς και από τις δυσκολίες που σχετίζονται με την πολυπλοκότητα της νέας τεχνολογίας. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν σ' αυτό το γεγονός είναι: η έλλειψη κινήτρων, τα οικονομικά εμπόδια και η κατάλληλη εκπαίδευση. Επιπλέον, πολλά προϊόντα και υπηρεσίες συχνά δεν είναι κατάλληλα για την ανάγκες των ηλικιωμένων χρηστών, επιτείνοντας την αίσθηση απογοήτευσης, οδηγώντας σε εξάρτηση από άλλους ανθρώπους.

Επιπροσθέτως, η έρευνα της EUROSTAT το 2008, σε 30 χώρες, οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι στις Σκανδιναβικές χώρες (Φιλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία, Σουηδία) οι ηλικιωμένοι ηλικίας 65-74, κάνουν χρήση κινητής τηλεφωνίας στο 86,6%. Στις επόμενες χώρες Αυστρία, Βέλγιο, Τσέχικη Δημοκρατία, Δανία, Εσθονία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Ολλανδία, Σλοβακία και Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό αντιστοιχεί στο 71,3%. Στις παρακάτω χώρες Κύπρος, Γαλλία, Λετονία, Λιθουανία, Μάλτα, Πορτογαλία, Σλοβενία και Ισπανία το ποσοστό είναι 56,3% και τέλος στις χώρες Βουλγαρία, Κροατία, Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, Ελλάδα, Πολωνία, Ρουμανία το ποσοστό ανέρχεται στο 35%.¹³

Η Ισπανία έχει χαμηλό ποσοστό χρηστών διαδικτύου στην Ευρώπη, 39%, όταν ο μέσος όρος είναι 47%.⁷

Στην Ελλάδα οι σχετικές πηγές είναι περιορισμένες και προέρχονται κυρίως από εκθέσεις Ευρωπαϊκών έργων. Δεν υπάρχει καμιά διαθέσιμη έκθεση σχετικά με τη χρήση των νέων τεχνολογιών από ηλικιωμένους. Είναι γεγονός ότι η χρήση διαδικτύου στις ηλικίες 50-59 εντοπίζεται κυρίως σε άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης.⁷

Στη Γερμανία το 2007, το ποσοστό των χρηστών ηλικίας 60-69 ήταν 35.5% και ηλικίες άνω των 70, 13.2%. Στην Αυστρία σε έκθεση του 2008, η ηλικιακή ομάδα 65-74 το ποσοστό των ατόμων που χρησιμοποιούν υπολογιστές είναι 29.9% και των ατόμων που χρησιμοποιούν το Διαδίκτυο είναι 25.5%. Για τις ηλικίες 65-74 το 86% η επικοινωνία είναι η

σημαντικότερη λειτουργία του Διαδικτύου, το 79% χρησιμοποιεί το Διαδίκτυο για αναζήτηση πληροφοριών, το 71.4% για on-line υπηρεσίες και το 44% χρησιμοποιούν υπηρεσίες εξυπηρέτησης του πολίτη.⁷

Στη Λιθουανία, το ποσοστό χρήσης νέων τεχνολογιών ποικίλλει ευρέως ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα. Η χρήση υπολογιστών μεταξύ των ανθρώπων ηλικίας 55+ είναι αρκετά χαμηλή (8,9%). Μόνο το 6,2% των ατόμων άνω των 56 ετών, χρησιμοποιεί το διαδίκτυο και το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο.⁷

Από την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση, μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι σε χώρες όπου η τεχνολογία είναι ευρέως ανεπτυγμένη, οι ηλικιωμένοι είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση της στην καθημερινότητά τους.



Στο βιβλίο της Σιμόν ντέ Μπωβουάρ, το οποίο αν και γράφτηκε πριν από 31 χρόνια, αντικατοπτρίζει με ακρίβεια την Τρίτη Ηλικία. Ξεκινά το 7^ο κεφάλαιο «Γηρατειά και καθημερινή ζωή» με ένα ερώτημα που θα μπορούσε να αφορά τη σημερινή εποχή: «Μειωμένος, φτωχός, κι εξόριστος στη σύγχρονη εποχή, ο ηλικιωμένος παραμένει ο άνθρωπος που ήταν. Πώς αντιμετωπίζει μια τέτοια κατάσταση στην καθημερινή του ζωή; Τι ευκαιρίες του απομένουν; Πώς μπορεί να αμυνθεί; Έχει τη δυνατότητα να προσαρμοστεί; Και αν ναι, με ποιο τίμημα;».¹⁴

2.1. Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Ο όρος **υποστηρικτική τεχνολογία**, είναι η χρήση οποιασδήποτε συσκευής που επιτρέπει στα άτομα με προβλήματα υγείας – αναπηρία, να λειτουργούν στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους εκπαιδευτικά, επαγγελματικά, κοινωνικά και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Αυτό περιλαμβάνει εφαρμογές τόσο υψηλής όσο και χαμηλής τεχνολογίας. Χαμηλή τεχνολογία αναφέρεται σε οποιαδήποτε συσκευή που δεν είναι ηλεκτρονική ή αντικείμενα που λειτουργούν με εμπειρία (μαγνητόφωνα κ.λπ.). Η υψηλή τεχνολογία περιλαμβάνει τη χρήση εξελιγμένων συστημάτων που λειτουργούν ηλεκτρονικά (π.χ. ηλεκτρονικά αμαξίδια, συστήματα περιβαντολλογικού ελέγχου κ.λπ.).³⁴

Η **«ανεξάρτητη διαβίωση»** ορίζεται ως η ικανότητα και η δυνατότητα για τη δημιουργία των προϋποθέσεων που μπορούν να οδηγήσουν στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό, σε ένα παραγωγικό και ανεξάρτητο τρόπο ζωής, όπου οι άνθρωποι με ανικανότητες και αναπηρίες έχουν την ελευθερία να επιλέγουν μεταξύ των ίδιων επιλογών με αυτών των σωματικά ικανών.³⁵

Η **ποιότητα ζωής** ως όρος έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις, κυρίως όμως περικλείει παραμέτρους της καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής (ΠΖ) και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρησή της. Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της ΠΖ. Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας.^{36,37} Ποιότητα ζωής (Quality of life) ή Ευημερία (Well being) ή Καλή Ζωή (Good Life) είναι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς

ενδιαφέροντος. Η ποιότητα ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια.

Για τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους.³⁸

Ο όρος **τηλεϊατρική** αναφέρεται στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών ακόμα και σε περιπτώσεις όπου παρεμβάλλεται απόσταση μεταξύ ασθενούς, ιατρού και άλλων εξειδικευμένων πληροφοριών και γνώσεων. Με λίγα λόγια είναι η παροχή ιατρικών υπηρεσιών εξ αποστάσεως με τη χρήση τηλεπικοινωνιών.³⁹ Περιλαμβάνει τη χρήση των ηλεκτρονικών αισθητήρων και βοηθήματα που κάνουν το περιβάλλον του σπιτιού πιο ασφαλές, έτσι ώστε οι άνθρωποι μπορούν να ζουν στο σπίτι τους, ανεξάρτητα, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.^{39,40}

Η «**τηλεϊδοποίηση**» συνίσταται στην ενημέρωση του ασθενούς ή του επαγγελματία υγείας, σχετικά με κάποιο αίτημα ή υποχρέωσή τους χωρίς να είναι απαραίτητη η φυσική τους παρουσία σε συγκεκριμένο χώρο. Η ανάγκη για ενημέρωση και επομένως για πιθανή τηλεϊδοποίηση εμφανίζεται στις περιπτώσεις όπου αφορούν τη διαθεσιμότητα νοσοκομείων (εφημερίες) και επαγγελματιών υγείας, την ολοκλήρωση εργαστηριακών εξετάσεων και παραλαβή αποτελεσμάτων, μελλοντικό ραντεβού, υπενθύμιση του ραντεβού στον ασθενή και πιθανώς στον επαγγελματία υγείας, έκτακτη κλήση προσωπικού υγείας στην περίπτωση εκτάκτων περιστατικών.⁴¹

Επιπλέον, ο όρος **τηλεφροντίδα** περιλαμβάνει την παράδοση της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών σε άτομα εντός του σπιτιού ή της ευρύτερης κοινότητας εκτός των επίσημων θεσμικών φορέων, με την υποστήριξη κατάλληλων τεχνολογιών.⁴²

2.2. Τεχνολογία και Ηλικιωμένοι: ανεξάρτητη διαβίωση

Στον 21ο αιώνα, η Κοινωνία της Πληροφορίας (ΚτΠ) δημιουργεί νέα δεδομένα και νέες ευκαιρίες για ανάπτυξη, ευημερία και ποιότητα ζωής. Η ανάπτυξή της βασίζεται στη ραγδαία εξέλιξη των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνίας. Στα πλαίσια της κοινωνίας της πληροφορίας, είναι απαραίτητο η ανάπτυξη εργαλείων και εφαρμογών για όλες τις ομάδες χρηστών χωρίς διακρίσεις αυτών λόγω ηλικίας, αναπηρίας, γεωγραφικής απομόνωσης, οικονομικών ή κοινωνικών μειονεκτημάτων. Περικλείει τη χρήση απλών καθημερινών ηλεκτρικών συσκευών, όπως τηλεόραση, κουζίνα, ηλεκτρική σκούπα, πλυντήριο πιάτων, κ.λπ. και πιο περίπλοκες συσκευές, όπως ΑΤΜ, υπολογιστές, κινητά τηλέφωνα κ.α.⁵

Δεν είναι τυχαίο ότι οι παραγωγοί της τεχνολογίας, θεωρούν πολύ ελκυστικό το σχεδιασμό προϊόντων για τους ηλικιωμένους, αφού οι απαιτήσεις ολοένα αυξάνονται και η ανάγκη για απλοποίηση της παροχής φροντίδας και της καθημερινότητας είναι αναγκαία. Αυτή η πραγματικότητα προϋποθέτει τη συνάντηση δυο διαφορετικών κόσμων, ο ένας είναι των επαγγελματιών υψηλής τεχνολογίας και ο άλλος είναι των ηλικιωμένων και των φροντιστών. Η επιτυχία της τεχνολογίας, για τον παραγωγό και τον ηλικιωμένο, εξαρτάται από το πώς θα διαμορφωθούν και θα σχεδιαστούν τα διάφορα προγράμματα, προϊόντα κ.λπ. σεβόμενοι την ιδιαιτερότητα της πληθυσμιακής αυτής ομάδας.⁴³ Βέβαια, η χρήση της τεχνολογίας επηρεάζεται και από ατομικούς παράγοντες όπως είναι το εισόδημα, η ηλικία, η εκπαίδευση, η νοητική κατάσταση, το πόσο ήταν δραστήριος στα νιάτα του ο ηλικιωμένος κ.α.

Τα οφέλη της τεχνολογίας είναι πολλά και ανακουφιστικά. Μπορεί να διευκολύνει τις καθημερινές ανάγκες επιτρέποντας στους ηλικιωμένους να ζήσουν μια αξιοπρεπή ζωή και να προωθήσει την προσωπική τους υγεία και ευεξία. Είναι γεγονός ότι στις Η.Π.Α., τα άτομα άνω των 65 ετών σε ποσοστό 90% επιθυμούν να παραμείνουν στο σπίτι τους, εφόσον αυτό είναι εφικτό.^{44,45,46,47}

Η τεχνολογία έχει επίσης τη δυνατότητα να βοηθήσει στην παρακολούθηση και διατήρηση της υγείας, καθώς και στη διαχείριση των συνθηκών υγείας και ασθενειών. Γιαυτό οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας μπορούν να ωφεληθούν ιδιαίτερα από τη χρήση των τεχνολογιών υγείας, δεδομένου ότι η πιθανότητα να έχουν κάποια αναπηρία ή χρόνια πρόβλημα αυξάνεται με την ηλικία. Οι τεχνολογικές παρεμβάσεις στα θέματα υγείας – όπου λόγος θα γίνει παρακάτω – μειώνουν τη φαρμακευτική αγωγή και την κακοδιαχείριση της υγείας, με αποτέλεσμα να μειώνεται σημαντικά το κόστος και να μην επιβαρύνεται το Σύστημα Υγείας. Επιπλέον, δημιουργούνται πιο αξιόπιστα, ολοκληρωμένα και πιο αποδοτικά Συστήματα Υγείας.^{48,49}

Στην προσωπική ζωή των ηλικιωμένων, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι, η χρήση του διαδικτύου ως μέθοδο για τη δημιουργία και τη διατήρηση της κοινωνικής επαφής αυξάνεται μεταξύ του ηλικιωμένου πληθυσμού, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αίσθηση της μοναξιάς και της απομόνωσης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων που χρησιμοποιούν ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης

Οι πιο κοινές χρήσεις του διαδικτύου από τους ηλικιωμένους είναι η λήψη-αποστολή μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, η αναζήτηση πληροφοριών και συμβουλών, η χρήση των υπηρεσιών για ταξίδια και διαμονή, αγορά προϊόντων (βιβλία, περιοδικά, εφημερίδες, ειδών οικιακής χρήσης) κ.λπ. Επίσης παρατηρείται ότι ένα μικρό ποσοστό χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για να «κατεβάσει» μουσική και ταινίες στον υπολογιστή τους.^{48,50}

Η υποστηρικτική τεχνολογία (ICT) χρησιμοποιείται με τέτοιο τρόπο ώστε, το περιβάλλον στο σπίτι να γίνει πιο κατάλληλο και να εκτελούνται με μεγαλύτερη ευκολία οι

καθημερινές δραστηριότητες (αναπηρικά αμαξίδια, ράμπες, τηλεχειριστήρια μικροσυσκευών, κάμερες, υπολογιστές, κάρτα ΑΤΜ, κάρτα για τη χρήση των συγκοινωνιών, ηλεκτρονικές πινακίδες στον τομέα της οδικής υποδομής, αυτοματοποιημένα περίπτερα πληροφοριών κ.λπ.). Οι «ηλεκτρονικά ενισχυμένες τεχνολογίες» (EAT → Electronically enhanced technology), είναι όλο και περισσότερα διαθέσιμα για χρήση στο σπίτι από ανθρώπους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας και οι ανάγκες τους δεν μπορούν να καλυφθούν από τον εξοπλισμό που υπάρχει στο σπίτι. Η ψηφιακή παρέμβαση περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη για τον ηλικιωμένο προσέγγιση.^{4,51,52,53,54,12}

Εν κατακλείδι, ανεξαρτήτως προβλήματος που παρουσιάζει η τεχνολογία, τα δυναμικά οφέλη περιλαμβάνουν βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που παραμένουν στο γνώσιμο περιβάλλον, συντήρηση κάποιου επιπέδου ανεξαρτησίας, μείωση του βάρους των φροντιστών, μείωση των κοινωνικών δαπανών, καθυστέρηση εισαγωγής του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα.^{55,56}

Το 1995 στο έργο «Keeping the Older People Mobile», το συμπέρασμα που βγήκε ήταν ότι οι ηλικιωμένοι έκαναν περιορισμένη χρήση της νέας τεχνολογίας. Οι κύριοι παράγοντες ήταν η ηλικία, η εκπαίδευση και το φύλο. Η «MOBILATE» βάση δεδομένων το 2000, διεξήγαγε μια έρευνα σε 5 ευρωπαϊκές χώρες η οποία είχε ως στόχο την ενίσχυση της εξόδου από το σπίτι των ηλικιωμένων ανθρώπων. Η μικρή χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών οφείλεται και πάλι στην ηλικία, στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και στα χαμηλά εισοδήματα. Στη Γερμανία, μια έρευνα των Mollenkopf et al., (2000) για το κατά πόσο η τεχνολογία μπορεί να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να διατηρήσουν ένα ανεξάρτητο νοικοκυριό, έδειξε ότι η πρόσβαση των ηλικιωμένων στην τεχνολογία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το εισόδημα, την εκπαίδευση, τις εμπειρίες και το χαρακτήρα του ατόμου.^{57,58,59}

Στην Ισπανία η έκθεση Telefonica του 2007, σχετικά με τους ανασταλτικούς παράγοντες της χρήσης των τεχνολογιών στην Ισπανική κοινωνία, προσδιορίζει την ηλικία άνω των 65 ετών και τη συνταξιοδότηση ως δύο από του πιο σημαντικούς παράγοντες που εμποδίζουν τη χρήση των υπολογιστών και του διαδικτύου. Άλλοι παράγοντες που παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο είναι η εκπαίδευση, η ηλικία, το γένος και το εισόδημα. Επίσης καταγράφονται και οι αρνητικές θέσεις των ηλικιωμένων σχετικά με τη χρήση όπως: «Είμαστε πάρα πολύ γέροι», «Δεν το χρειαζόμαστε αυτό στη ζωή μας».⁷

Όλες οι χώρες έχουν αναλάβει πρωτοβουλίες κατάρτισης των ηλικιωμένων στις νέες τεχνολογίες. Στην Ελλάδα, στο Δημόσιο τομέα αρμόδιος φορέας για την εκπαίδευση/κατάρτιση ενηλίκων είναι η Γενική Γραμματεία για την Εκπαίδευση Ενηλίκων στο ΥΠΕΠΘ. Επίσης, τα Κ.Α.Π.Η (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων), αποτελούν την πιο πρόσφορη δομή για την κατάρτιση των ηλικιωμένων στις διάφορες μορφές της νέας τεχνολογίας. Οι ηλικιωμένοι πολίτες μπορούν να συμμετέχουν σε οποιαδήποτε από τα προγράμματα (συμπεριλαμβανομένων και αυτών των εξ αποστάσεως εκπαίδευση). Δυστυχώς

όμως δεν υπάρχει κάποια ειδική πολιτική, κάποιο ειδικό πρόγραμμα που να καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων σχετικά με την κατάρτισή τους στην τεχνολογία.

Στην Αυστρία, υπάρχουν διάφορες Αυστριακές πρωτοβουλίες που εστιάζουν στις ανάγκες των ενηλίκων και παρέχουν μια πλατφόρμα για δραστηριότητες που παρουσιάζουν ειδικό ενδιαφέρον για την ομάδα-στόχο. Σημαντικές οργανώσεις είναι η "Seniorenbund" και η "Pensionistenverband Österreich". Και οι δύο οργανώσεις δραστηριοποιούνται μέσω της διαδικτυακής πύλης seniorkom.at, η οποία έχει σκοπό να διευκολύνει την πρόσβαση ηλικιωμένων στο διαδίκτυο με την παροχή on-line υπηρεσιών, εύχρηστων προϊόντων καθώς επίσης και ελεύθερων μαθημάτων κατάρτισης. Εκτός από αυτές τις οργανώσεις για συνταξιούχους, οι κύριοι πάροχοι εκπαίδευσης ενηλίκων της Αυστρίας παίζουν σημαντικό ρόλο στον τομέα της εκπαίδευσης ηλικιωμένων. Αυτός όμως περιλαμβάνει μόνο περιορισμένη εκπαίδευση στις νέες τεχνολογίες, με σειρά μαθημάτων που εστιάζουν σε θέματα γενικού ενδιαφέροντος. Επομένως, οι πρωτοβουλίες κατάρτισης ενηλίκων, βασισμένες στις νέες τεχνολογίες, είναι μικρής κλίμακας και αποσπασματικές.⁷

Υπάρχει και η αντίθετη άποψη που υποστηρίζει ότι η χρήση της υποστηρικτικής τεχνολογίας δεν μπορεί να ικανοποιήσει πλήρως τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Μια Φιλανδική μελέτη το 2001 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πολλές φορές η αποτελεσματικότητα των τεχνολογικών επιτευγμάτων εξαρτάται από την υγεία των ασθενών.⁶⁸

Παράλληλα, υποστηρίζεται ότι η τεχνολογία δε μπορεί και είναι λάθος να αντικαταστήσει την ανθρώπινη επαφή. Η ανθρώπινη επαφή περικλείει τη ζεστασιά του αγγίγματος, την αλλαγή της χροιάς της φωνής και την επικοινωνία γενικότερα.⁵⁷

2.3. Τηλεϊατρική – Τηλεφροντίδα – Τεχνολογία

Η τηλεϊατρική ξεκινά την ιστορία της από την δεκαετία του '70, αλλά τη δεκαετία του '90, αναπτύχθηκε μαζί με την αλματώδη ανάπτυξη της τεχνολογίας. Απώτερο σκοπό έχει την παρακολούθηση της υγείας ενός ατόμου, εξασφαλίζοντάς του την παραμονή στο οικείο του περιβάλλον. Αν και έχει μειονεκτήματα, εδώ θα αναφερθούν τα πλεονεκτήματά της:

- Εξοικονόμηση χρημάτων
- Μείωση της γεωγραφικής απομόνωσης
- Εξάλειψη του φαινομένου της Μετανάστευσης στα Αστικά κέντρα
- Δυνατότητα παροχής συμβουλών από ιατρούς στο εξωτερικό
- Διευκόλυνση και αναβάθμιση των γνώσεων των ιατρών κ.λπ.

Αυτή η στροφή προς την εξ αποστάσεως φροντίδα είναι εμφανής σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η Αγγλία, η Ισπανία, η Ολλανδία και η Νορβηγία, είναι οι χώρες εκείνες που έχουν δείξει μεγάλο ενθουσιασμό στην ανάπτυξη της τηλεφροντίδας.⁵⁹ Επίσης, αυτό

φαίνεται και από τη συνάντηση που συνδιοργανώθηκε από τη Διεθνή Ένωση Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας (AIM) και τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Τηλεματικής στην Υγεία (EHTEL), στις 5-6 Νοεμβρίου 2012 στο Βερολίνο.

Τα συμπεράσματα και η εμπειρία από τις συναντήσεις είχαν ως εξής:

1. Γίνονται διεθνείς προσπάθειες, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο χρόνος παραμονής των πασχόντων στα νοσοκομεία και να παραταθεί ο χρόνος παραμονής -αλλά με φροντίδα- στο σπίτι τους, τόσο για λόγους μείωσης του κόστους περίθαλψης, όσο και για λόγους ποιότητας ζωής.

2. Ο στόχος των προσπαθειών αυτών είναι: μέσω των υπηρεσιών τηλεϊατρικής και τηλεφροντίδας, ο καθένας να ζει περισσότερο και καλύτερα στο σπίτι του, ως ασθενής, ο οποίος θα δύναται να αυτοδιαχειρίζεται τη νόσο του. Έτσι, η παραμονή του στο νοσοκομείο θα χρειάζεται μόνο για το απαραίτητο, το ελάχιστο, χρονικό διάστημα.

3. Η νοσηλεία στο σπίτι με τη βοήθεια τεχνολογικών μέσων (όπως τηλεϊατρική και τηλεφροντίδα, μέσω ψηφιακών καναλιών κινητής τηλεφωνίας, βίντεο, τηλεόρασης κ.λ.π.) θα παρέχεται από έμπειρους κλινικούς ιατρούς την κατάλληλη στιγμή, καθώς τα συνδεδεμένα εξειδικευμένα κέντρα θα είναι στη διάθεσή του όλο το 24ωρο.

4. Η ένταξη στην καθημερινή ιατρική πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης εξ αποστάσεως μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά πάσχοντες από καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο (πρόληψη και αποκατάσταση) κ.ά.

5. Η αύξηση του γηράσκοντος πληθυσμού (με ή χωρίς χρόνια προβλήματα υγείας) επιβαρύνουν διαρκώς, ολοένα και περισσότερο τα συστήματα υγείας και περίθαλψης όλων των χωρών. Κάθε προσπάθεια που αξιοποιεί τις νέες τεχνολογίες για να ελαφρυνθεί το βάρος αυτό, είναι άξια προσοχής ή και μίμησης.⁶¹

Πολλοί ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας έχουν βοηθηθεί από την τηλεϊατρική. Μερικά από αυτά είναι η καρδιακή ανεπάρκεια, οι αναπνευστικές παθήσεις και ο διαβήτης.⁶² Μπορεί να παρακολουθήσει πτώσεις και τις διατροφικές συνήθειες, παρέχοντας υποστήριξη και έτσι να διασφαλιστεί στα αδύναμα άτομα ένας όσο το δυνατόν υγιής τρόπος ζωής.⁵⁷

Μεγάλη βοήθεια η τεχνολογία προσφέρει και στα άτομα που πάσχουν από άνοια. Τα έξυπνα σπίτια διαθέτουν συστήματα εντοπισμού θέσης, αισθητήρες πτώσεων, ανιχνευτές καπνού, προγράμματα υπολογιστών που αναλύουν μετρήσεις και στη συνέχεια με την κατάλληλη διαδικασία διαβιβάζουν τα δεδομένα σε μια επαγγελματική φροντίδα, προκαλώντας μια αλυσιδωτή αντίδραση με σκοπό να ειδοποιηθεί ένας συγγενής ή γείτονας για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Η τηλεφροντίδα, δηλαδή, είναι και ένα εργαλείο πρόληψης.^{38,62,63,64} Σε μια κοινότητα, στη Σκωτία στη West Lothian το 2006, δόθηκε ένα τέτοιο πρόγραμμα δωρεάν εγκατάστασης στο σπίτι σε άτομα άνω των 60 ετών. Οι

περισσότεροι αποδέχθηκαν αυτή την προσπάθεια, και ανέφεραν ότι η χρήση αύξησε την ποιότητα ζωής τους, οι δαπάνες μειώθηκαν και ελαχιστοποιήθηκαν οι εισαγωγές στα νοσοκομεία και στα γηροκομεία.^{65,66}

Είναι πολύ σημαντικό η τεχνολογία να προσαρμοστεί στις ανάγκες του καθενός ηλικιωμένου ξεχωριστά, ώστε να είναι πιο αποτελεσματική. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να κατανοηθεί το περιβάλλον, εντός του οποίου λαμβάνει χώρα η τηλεφροντίδα. Για να μπορέσουν να μετατραπούν τα σπίτια σε έξυπνα σπίτια και η υποστηρικτική τεχνολογία να επιτύχει το στόχο της, οι παρεμβάσεις πρέπει να γίνονται από εξειδικευμένο τεχνικό προσωπικό με τη συνεργασία των Επαγγελματιών Υγείας (νοσηλευτές, εργοθεραπευτές κ.α.), των ηλικιωμένων ατόμων και των φροντιστών τους.^{66,68,69}

2.4. Προγράμματα ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Πολλά προγράμματα έχουν υλοποιηθεί και υλοποιούνται στο διεθνή χώρο, μιας και η ανάπτυξη της τηλεφροντίδας – τηλεϊατρικής και η συμβολή της τεχνολογίας με τη δημιουργία «έξυπνων» συσκευών στην ανεξάρτητη διαβίωση των ηλικιωμένων έχουν αναπτυχθεί στο εξωτερικό.

Ένα ενδιαφέρον project στο εξωτερικό είναι το “ElderGames” και χρηματοδοτείται από την Ε.Ε. Είναι ένα διαδραστικό παιχνίδι που επιτρέπει στους ηλικιωμένους να παίζουν στο φυσικό περιβάλλον μαζί με τους δικούς τους ανθρώπους. Έχει αξία θεραπευτική και επιτρέπει στα ηλικιωμένα άτομα να απολαύσουν τις ευκαιρίες αναψυχής και ψυχαγωγίας, με σκοπό να βελτιώσουν τις γνωστικές, λειτουργικές και κοινωνικές δεξιότητες (τόνωση κοινωνικής αλληλεπίδρασης, βελτίωση αντιληπτικών – κινητικών δεξιοτήτων, επιδόσεων ταχύτητας). Χρηματοδοτείται από Πανεπιστήμια, βιομηχανίες, κέντρα τεχνολογίας και υλοποιείται στην Ισπανία, Νορβηγία, Ηνωμένο Βασίλειο, Φιλανδία, Αυστρία και Ιταλία.⁷⁰

Στην Ελλάδα έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για να μπορέσει ο ηλικιωμένος να ζήσει μια καλή ζωή, παραμένοντας στο οικείο του περιβάλλον από Ιδιωτικούς και Δημόσιους φορείς.

Στο Δήμο Τρικκαίων, που αποτέλεσε και ένα από τους χώρους, όπου διεξήχθη η έρευνα, υλοποιήθηκαν και υλοποιούνται μια σειρά πρωτοποριακών έργων και προγραμμάτων που στόχο έχουν την αξιοποίηση των ψηφιακών τεχνολογιών στην εξυπηρέτηση των δημοτών. Υλοποιήθηκε λοιπόν το πρόγραμμα Τηλεπρόνοιας με στόχο τη βελτίωση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων (ηλικιωμένα, άτομα με χρόνιες παθήσεις κ.λπ.), σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων και με ιδιώτες γιατρούς. Στο πρόγραμμα INDEPENDENT (2011), συμμετέχει η Δημοτική Επιχείρηση Κοινωνικής Ανάπτυξης, ΚΑΠΗ και η Αναπτυξιακή ΟΤΑ e-trikala. Δημιουργήθηκε ενιαίος ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος για τα ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι». Επεκτάθηκαν οι υπηρεσίες

τηλεφροντίδας ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Αναβαθμίστηκε η υπάρχουσα τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης της ΔΕΚΑ με νέα υπηρεσία τηλε-συνεδριών ψυχολογικής υποστήριξης με χρήση εικονοτηλεφώνου.

Επίσης, στον ίδιο Δήμο, υλοποιήθηκε το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ISISEMD, το οποίο ολοκληρώθηκε το 2012, για την υποστήριξη ανεξάρτητης διαβίωσης ασθενών με άνοια, με τη χρήση νέων τεχνολογιών. Επιπλέον, σκοπό έχει να βοηθήσει το φροντιστή και να εξοικονομηθούν πόροι στις Υπηρεσίες Υγείας. Μέσω του προγράμματος εξοπλίστηκαν δωρεάν οι κατοικίες ασθενών με ήπια άνοια και τα σπίτια τους μετατράπηκαν σε «έξυπνα σπίτια» (βλ. Παράρτημα 4). Οι αισθητήρες που διαθέτουν, είναι σε θέση να ειδοποιούν το κέντρο τηλεπρόνοιας ή και τους συγγενείς του ασθενή για κάποιο πρόβλημα ή κίνδυνο λόγω των προβλημάτων μνήμης του ασθενή.

Επιπροσθέτως, ένα ενδιαφέρον πρόγραμμα ήταν το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα *Renewing Health*, το οποίο είχε σκοπό να παρέχει πιλοτικές υπηρεσίες στην παροχή ιατρικής φροντίδας στο σπίτι και τη χρήση των νέων τεχνολογιών, για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Με το πρόγραμμα αυτό, οι ασθενείς συνεχίζουν να παραμένουν στα σπίτια τους, ακόμη και όταν χρειάζονται περιοδικοί έλεγχοι της υγείας, χωρίς να χρειαστεί να μεταβαίνουν τόσο συχνά στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Στους ασθενείς με Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και Διαβήτη τύπου 2, δόθηκαν το 2012 από το Κέντρο Τηλεφροντίδας της Ψηφιακής κοινότητας των Δήμων της Κεντρικής Ελλάδος και του Δήμου Τρικκαίων, συσκευές φορητής τηλεμετρίας (βλ. Παράρτημα 4). Στο πρόγραμμα συμμετέχουν συνολικά 21 εταίροι από όλη την Ευρώπη, ανάμεσα στους οποίους είναι και εκπρόσωποι από τα Εθνικά Συστήματα Υγείας της Ιταλίας, Δανίας, Νορβηγίας, Σουηδίας, Ισπανίας, Γερμανίας, Αυστρίας και Ελλάδας.⁷¹

Ακόμη ιδιαίτερα ήταν τα ευρήματα από μια έρευνα που διεξήχθη το 2005, στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας της Καλαϊτζή και αντικείμενό της ήταν η σχεδίαση και ανάπτυξη ενός βοηθήματος μνήμης σε Pocket PC για ηλικιωμένους με προβλήματα μνήμης και όρασης. Κύριος στόχος της ήταν μια εφαρμογή απλή και εύχρηστη, που θα βοηθάει τους ηλικιωμένους να οργανώνουν τις καθημερινές εργασίες τους, τις καθημερινές αγορές τους και να έχουν εύκολη πρόσβαση σε χρήσιμα προσωπικά στοιχεία και τηλέφωνα ανάγκης. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη δομή και στα χρώματα της εφαρμογής, δεδομένου ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται στη χρήση τέτοιου είδους εφαρμογών και πολλοί από αυτούς αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης. Η σχεδίαση της εφαρμογής στηρίχτηκε σε guidelines σχεδίασης εφαρμογών που αφορούν ηλικιωμένους καθώς επίσης και σε guidelines για την ανάπτυξη εφαρμογών σε Pocket PC. Για την ανάπτυξη της χρησιμοποιήθηκαν τα *Smart Device Programmability Features of Visual Studio NET* καθώς και *SQL Server 2000*, αφού βασικό χαρακτηριστικό της εφαρμογής είναι η δυνατότητα ελέγχου των δεδομένων από έναν κεντρικό server σε desktop PC, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα εισαγωγής, διαγραφής

και αλλαγής των δεδομένων από κάποιο συγγενή του ηλικιωμένου σε περίπτωση που ο χρήστης λόγω ηλικίας ή ασθένειας αδυνατεί να το χειριστεί εξ' ολοκλήρου μόνος του. Στο τέλος της εργασίας πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της εφαρμογής με τη συμμετοχή experts. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξαν ότι, η εφαρμογή αποτελεί ένα χρήσιμο και εύχρηστο εργαλείο που μπορεί να βελτιώσει την καθημερινότητα των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα μνήμης.⁷²

Αναφέρονται βοηθήματα χρήσιμα και απαραίτητα για τη καθημερινότητα των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα, όταν ο ηλικιωμένος πάσχει από προβλήματα όρασης στην αγορά, υπάρχουν διαθέσιμα προϊόντα που βοηθούν να γίνει ο κόσμος πιο ορατός. Μερικά από αυτά είναι: μεγεθυντικοί φακοί, κομπιουτεράκια με μεγάλους αριθμούς, ομιλούντες ηλεκτρονικοί υπολογιστές. Αυτά τα προϊόντα μπορεί κάποιος να τα προμηθευτεί σε καταστήματα ιατρικών προϊόντων.

Επιπρόσθετα, όταν υπάρχει απώλεια ακοής μπορεί κάποιος άλλο εξάρτημα να μειώσει την αίσθηση της απομόνωσης από τους άλλους ανθρώπους. Εκτός από το γνωστό ακουστικό, υπάρχουν συσκευές ενίσχυσης για το τηλέφωνο, ξυπνητήρια με δόνηση, κουδούνια πόρτας και τηλέφωνα με φωτάκι που ανάβει αντί ήχου, φθηνά μικρόφωνα που ενισχύουν τις συζητήσεις μεταξύ ομάδων ατόμων.

Παράλληλα, υπάρχουν αισθητήρες για το περιβάλλον, που παρακολουθούν ορισμένες περιβαλλοντικές συνθήκες και περιλαμβάνει ανιχνευτές καπνού, ανιχνευτές μονοξειδίου του άνθρακα και του φυσικού αερίου ανιχνευτές. Ορισμένες συσκευές ασφαλείας πρόληψη των πλημμύρων, αν βρύσες έχουν απομείνει σε λειτουργία, αυτόματη διακοπή της παροχής φυσικού αερίου.

Επίσης, υπάρχουν τηλεφωνικά κέντρα που έχουν πρωτόκολλα για το ποιον θέλει ο ηλικιωμένος να καλέσει και με ποια σειρά. Αν ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να ενεργήσει έτσι είτε γιατί κάτι συμβαίνει την ώρα που κάνει μπάνιο ή κοιμάται, τραυματίζεται μπορεί ο συγγενής του να ζητήσει από κάποιον γείτονα να τον ειδοποιήσει αν παρατηρήσει κάτι ασυνήθιστο.^{40,73}

Επίσης, η Μη Κυβερνητική Οργάνωση Γραμμή Ζωής, μέσω της υπηρεσίας «Τηλεειδοποίηση», δίνει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να επικοινωνούν άμεσα με το Συντονιστικό Κέντρο Διαχείρισης Κλήσεων, με ανοιχτή ακρόαση, πατώντας το κόκκινο κουμπί (το οποίο φορούν στο χέρι ή στο λαιμό), 24 ώρες το 24ωρο και όλες τις ημέρες του χρόνου, χωρίς να χρειάζεται να μετακινηθούν από τη θέση τους ή να επιλέξουν οποιαδήποτε αριθμό. Κατάλληλο εκπαιδευμένο προσωπικό από νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, γενικούς γιατρούς και εθελοντές γείτονες, το οποίο έχει άμεση πρόσβαση στο ηλεκτρονικό αρχείο κάθε ηλικιωμένου ανταποκρίνεται σε οποιαδήποτε ανάγκη ή επιθυμία του. Ακόμη και σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να απαντήσει, η Γραμμή

Ζωής ειδοποιεί και στέλνει αμέσως την αναγκαία βοήθεια: συγγενικό πρόσωπο, εθελοντή γείτονα, ασθενοφόρο, Άμεση Δράση, Πυροσβεστική.

Αν κάποιος ηλικιωμένος ενδιαφέρεται να αποκτήσει την υπηρεσία «Τηλεειδοποίησης» η διαδικασία είναι απλή. Μπορεί να επικοινωνήσει με τη ΜΚΟ Γραμμή Ζωής και να αφήσει τα στοιχεία. Στη συνέχεια κοινωνικός λειτουργός θα επισκεφτεί τον ηλικιωμένο για προσωπική συνέντευξη, ώστε να συγκεντρωθούν οι απαραίτητες πληροφορίες (ιατρικό ιστορικό, στοιχεία επικοινωνίας κ.λπ.). ακολουθεί αξιολόγηση βάσει των συνθηκών διαβίωσης και τηρείται σειρά προτεραιότητας.⁷⁴

Είναι σημαντικό βέβαια, η συνέχεια των προγραμμάτων και η διάθεση πόρων. Εφόσον πιλοτικά τα προγράμματα (συσκευές, προγράμματα υγείας κ.λπ.) που έχουν υλοποιηθεί έχουν οδηγήσει στα επιθυμητά αποτελέσματα, τότε πρέπει να επεκταθούν σ' όλη την Ελλάδα. Πρέπει το κράτος να δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με σκοπό να μην επιβαρύνεται η Δευτεροβάθμια και η Τριτοβάθμια, να εξοικονομούνται χρήματα και να υπάρχει ένα καλό βιοτικό επίπεδο. Η επιθυμία πολλών ηλικιωμένων είναι να «φεύγουν» στο οικείο περιβάλλον, έχοντας κοντά τους τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Εφόσον, η τεχνολογία έχει κάνει μεγάλα βήματα για να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να ζήσει ανεξάρτητα και να απαλύνει τον πόνο, ας του δοθεί η δυνατότητα να «φύγει» αξιοπρεπώς. Όλοι εκείνοι που αποφασίζουν για την τύχη των άλλων ας αναρωτηθούν πως επιθυμούν να είναι τα γεράματά τους. Οι παλιοί έλεγαν «εκεί που ήσουν ήμουνα και εκεί που είμαι θα 'ρθεις».



Η Τρίτη Ηλικία αποτελεί κατεξοχήν μια ευαίσθητη ηλικία που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και κατάλληλους χειρισμούς τόσο κρατικούς, όσο και ατομικούς για να μπορέσει να έχει μία καλύτερη ποιότητα ζωής.

3.1. Κλειστά Δίκτυα Φροντίδας

Ο όρος κλειστή περίθαλψη αναφέρεται σε όλες τις μορφές κλειστών Ιδρυμάτων που σαν βασικό τους στόχο έχουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν μόνιμα σε αυτό, όπως είναι τα γηροκομεία και τα άσυλα.⁷⁵

«Τα γηροκομεία είναι η έσχατη και αναπόφευκτη λύση όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του ηλικιωμένου, ή όταν αποκλειστεί εντελώς η περίθαλψή του από το σπίτι και για τους μοναχικούς, οικονομικά αδύνατους ηλικιωμένους».²³

3.1.1. Ίδρυμα «Γηροκομείον» Βόλου

Το ίδρυμα «Γηροκομείον» Βόλου, λειτουργεί από το 1952, είναι Ν.Π.Ι.Δ. διεπόμενο από τις διατάξεις περί Φιλανθρωπικών Σωματείων. Βρίσκεται στην Αγία Παρασκευή στον Άνω Βόλο σε ένα όμορφο περιβάλλον 4 στρεμμάτων, στις παρυφές του Πηλίου. Το Ίδρυμα διοικείται από πενταμελές Εθελοντικό Συμβούλιο και στελεγχώνεται από έμπειρο και εξειδικευμένο προσωπικό.

Απευθύνεται σε άτομα της Τρίτης ηλικίας, φροντίζοντας για την ψυχική και σωματική τους υγεία. Μέλημα του προσωπικού είναι η «αποιδρυματοποίηση» των φιλοξενούμενων σε αυτό, καθιστώντας τη διαβίωσή τους ανοιχτή και μη αποκομμένη από τους συγγενείς και τον κοινωνικό ιστό του Βόλου.

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους είναι μόνιμη περίθαλψη και στέγαση, προσωρινή περίθαλψη και στέγαση για χρόνο που θα ζητήσει ο ηλικιωμένος ή το οικείο περιβάλλον του (π.χ. όταν θέλουν να πάνε διακοπές, να ξεκουραστούν). Επίσης, παρέχεται ψυχοσυναισθηματική στήριξη για την προσαρμογή τους στο νέο περιβάλλον. Παράλληλα, παρακολουθείται συνεχώς η ψυχική και η σωματική τους υγεία. Περιθάλπονται ηλικιωμένοι με χρόνιες παθήσεις και κινητικά προβλήματα και τους προσφέρονται υπηρεσίες αποκατάστασης και φυσικοθεραπείας. Απασχολούνται δημιουργικά συμμετέχοντας σε ομάδες της κοινωνικής υπηρεσίας και σε εθελοντικές ομάδες που επισκέπτονται το Ίδρυμα (Ερυθρός Σταυρός, Ομάδα Ελληνικού Οδηγισμού κ.λπ.). Έχουν τη δυνατότητα να ασκήσουν τα θρησκευτικά και λατρευτικά τους καθήκοντα στο ναΐσκο, το οποίο βρίσκεται εντός των εγκαταστάσεων. Τέλος, υπάρχει εντευκτήριο, το οποίο αυτοδιαχειρίζονται οι ηλικιωμένοι.

Οι υπηρεσίες που λειτουργούν στο Ίδρυμα είναι η διοικητική υπηρεσία, η κοινωνική υπηρεσία που απαρτίζεται από 2 κοινωνικούς λειτουργούς, η υγειονομική υπηρεσία, η οποία στελεχώνεται από υπεύθυνο ιατρό, τρεις νοσηλευτές από Τ.Ε.Ι., βοηθοί νοσηλευτών, καθώς και εξωτερικούς ιατρούς (νευρολόγος, ψυχολόγος και άλλες ειδικότητες). Επίσης, υπάρχει και το τμήμα φυσικοθεραπείας με ένα φυσικοθεραπευτή Τ.Ε.Ι. και δύο βοηθούς. Στο χώρο του Ιδρύματος υπάρχει η υπηρεσία γενικών καθηκόντων, κουζίνας, μπάνιου, το εργαστήριο εργασιοθεραπείας, κουρέο και κομμωτήριο. Το Ίδρυμα απαρτίζεται από 5 κτίρια και μπορεί να φιλοξενήσει 100 ηλικιωμένους κατάκοιτους και αυτοεξυπηρετούμενους.

3.1.2. Δημοτικό Γηροκομείο Λάρισας

Το Δημοτικό Γηροκομείο Λάρισας, συστάθηκε το 1962 και λειτούργησε το 1967. Το Γηροκομείο αποτελεί πλέον έναν πνεύμονα πρασίνου αλλά και ένα στολίδι για την πόλη. Το ίδρυμα είναι κτισμένο σε οικόπεδο 15.000 τμ και συνολική του έκταση είναι 2.000 τ.μ.

Έχει τη δυνατότητα να φιλοξενήσει 100 περίπου ηλικιωμένους. Δικαίωμα εισαγωγής έχουν όλοι οι περιπατητικοί ηλικιωμένοι άνω των 60. Δέχεται όμως και κατάκοιτους ηλικιωμένους. Το Δημοτικό Γηροκομείο Λάρισας είναι φιλανθρωπικό ίδρυμα με γνώμονα και σκοπό την περίθαλψη αναξιοπαθούντων υπερηλίκων.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται από το Ίδρυμα είναι η διοικητική υπηρεσία, η κοινωνική υπηρεσία που στελεχώνεται από έναν κοινωνικό λειτουργό, η υγειονομική υπηρεσία με το γιατρό, τους νοσηλευτές και το φυσικοθεραπευτή. Συνεργάζεται και με άλλες ειδικότητες. Επίσης, διαθέτουν κουρέα και κομμωτριά. Υπάρχει και παρεκκλήσι όπου οι ηλικιωμένοι μπορούν να εκτελέσουν τα θρησκευτικά τους καθήκοντα. Η σωστή διαχείριση του ελεύθερου χρόνου των φιλοξενουμένων, αποτελεί μόνιμο στόχο του Ιδρύματος. Είναι φιλοσοφία των εργαζομένων ότι εκτός από ευχάριστη διαμονή ο ηλικιωμένος πρέπει να έχει την ευκαιρία στη δημιουργία και στην εκμετάλλευση την εποικοδομητική του χρόνου του. Προς αυτή την κατεύθυνση το Δημοτικό Γηροκομείο Λάρισας, πρωτοπόρο Πανελλαδικά, οργάνωσε και έθεσε σε λειτουργία εργαστήριο εργοθεραπείας από το καλοκαίρι του 1987. Η εθελοντική εργασία στον κήπο, στην κουζίνα, στην καθαριότητα, σε εξωτερικές εργασίες, στη συντήρηση του κτηρίου, δημιουργεί ένα αίσθημα ευθύνης και χρησιμότητας στον φιλοξενούμενο. Οι επισκέψεις, οι εκδρομές, η κατασκήνωση, οι μουσικές και χορευτικές εκδηλώσεις, είναι για τους ηλικιωμένους μας πηγή ζωής και αποτελούν το γνώμονα της ευχάριστης διαμονής τους στο Ίδρυμα.

3.2. Ανοιχτά Δίκτυα Φροντίδας

Οι ανοιχτές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων, βασίζονται στην ανοιχτή φροντίδα η οποία σημαίνει παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι του, στην κοινότητά του κοντά σε αγαπημένα και οικεία πρόσωπα. Γι' αυτό το λόγο οι υπηρεσίες προσανατολίζονται στην

αύξηση της κοινωνικοποίησης, στην ενεργοποίηση, στην προληπτική ιατρική, στην αυτονομία, στην αξιοπρέπεια και στο σεβασμό, στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας, στη διασύνδεση με φορείς. Στις ανοιχτές μορφές φροντίδας συγκαταλέγονται η Πρόνοια, τα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων), τα Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων), τα προγράμματα «Φροντίδα στο Σπίτι», τα Κοινωνικά Κέντρα που ανήκουν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πιλοτικά λειτουργούν στο Δήμο Βόλου.

«Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας «θεσμός κοινωνικοπρονοιακός» που αναπτύχθηκε ιδιαίτερα το 1981 και βασική του επιδίωξη είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στο γνώριμο περιβάλλον, κατά το δυνατόν καλές συνθήκες διαβίωσης, καθώς και η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης».⁷⁶

Αποτελούν χώρο συνάντησης ηλικιωμένων, στους οποίους μια σειρά από επαγγελματίες τους παρέχουν διάφορες υπηρεσίες. Ο κοινωνικός λειτουργός έχει την ευθύνη για το συντονισμό και τη λειτουργία της όλης οργάνωσης. Αναλυτικά οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η. είναι:

- Κοινωνική εργασία με Άτομο, Οικογένεια, Ομάδα και Κοινότητα
- Ιατρική φροντίδα
- Φυσικοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Βοήθεια στο σπίτι για μοναχικά άτομα
- Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση
- Εντευκτήριο

Σκοπός τους είναι:

- Η πρόληψη των διαφόρων προβλημάτων των ηλικιωμένων με ολιστική παρέμβαση, προκειμένου να αποτελούν ικανά μέλη για τους ίδιους και για την κοινωνία
- Η συνεργασία με την κοινότητα, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας
- Η έρευνα πάνω σε θέματα Γηριατρικής.⁷⁷

3.2.1 Κ.Α.Π.Η. Δήμου Μαγνησίας, Σκοπέλου και Σκιάθου

Από τον Απρίλιο του 1985 στην πόλη του Βόλου λειτουργεί το Κ.Α.Π.Η. Δήμου Βόλου με τη μορφή λέσχης, ενώ το 1987 ιδρύθηκε το Β΄ Παράρτημα για την καλύτερη εξυπηρέτηση των Βορειοανατολικών συνοικιών του Δήμου. Λειτουργούν 5 Κ.Α.Π.Η., τα οποία ανήκουν στη Δ/ση Κοινωνικής Προστασίας-Κ.Α.Π.Η.-Δημόσιας Υγείας, από Δευτέρα έως Κυριακή πρωί και απόγευμα. Δέχονται άνδρες και γυναίκες, άνω των 60 ετών, συνταξιούχους και άτομα με ειδικά προβλήματα.⁷⁸

Στόχος των Κ.Α.Π.Η. είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι του και τη γειτονιά του σαν ενεργό μέλος, ισότιμο και αυτόνομο, η ενθάρρυνση για ανθρώπινες σχέσεις μέσα στη Κοινότητα και έξω από τα Ιδρύματα που τον βγάζει από την απομόνωση και τον κάνει δημιουργικό. Σκοπός τους είναι:

- Ιατροκοινωνικές παροχές (νοσηλεία, φυσιοθεραπεία, κοινωνική εργασία)
- Πρόληψη και αντιμετώπιση ιατρικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων
- Ενημέρωση - κινητοποίηση της κοινωνίας για τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων
- Έρευνες σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους

Οι παροχές που προσφέρονται είναι:

- Κοινωνική Υπηρεσία: οργάνωση και συντονισμό υπηρεσιών, συναισθηματική στήριξη, συμβουλευτική, παραπομπή
- Βοήθεια στο Σπίτι: υπηρεσίες καθαριότητας, μαγειρέματος, συντροφιάς, συνοδεία σε γιατρούς, ψώνια (οικογενειακή βοηθός)
- Σίτιση: διανομή γευμάτων κατ' οίκον
- Ιατρείο: γιατρός → εξετάζει, συνταγογραφεί, νοσηλεύτριες → προληπτικές εξετάσεις, συμβουλευτική σε θέματα διατροφής, καπνίσματος, ατομικής υγιεινής και φροντίδας
- Φυσιοθεραπεία: δωρεάν φυσιοθεραπεία με παραπεμπτικό από το γιατρό
- Ομάδες δραστηριοτήτων - δεξιοτήτων: ομάδες χορού, χορωδίας, χειροτεχνίας, κεραμικής, εργαστήρι προφορικής αφήγησης
- Οργανωμένη ψυχαγωγία: 10-12 εκδρομές το χρόνο (50% οικονομική συμμετοχή των μελών), συνεστιάσεις, γλέντια ψυχαγωγία, επιμορφωτικές εκδηλώσεις, διαλέξεις, επισκέψεις, δανειστική βιβλιοθήκη, εντευκτήριο

Δυστυχώς κατά την περίοδο της κρίσης σταδιακά τα Κ.Α.Π.Η. άρχισαν να υπολειτουργούν με αποτέλεσμα πολλές παροχές να διακοπούν ή να μειωθούν σταδιακά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να χάνει την αξία και το ρόλο τους. Κατά το διάστημα που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, διαπιστώθηκε ότι οι γιατροί σταμάτησαν να συνταγογραφούν και σταδιακά όσες συμβάσεις έληξαν δεν ανανεώθηκαν, η οργανωμένη ψυχαγωγία μειώθηκε, οι ομάδες δραστηριοτήτων σταμάτησαν αφού δε διορίζονταν επαγγελματίες, το ωράριο και οι μέρες λειτουργίας άλλαξαν. Τις θέσεις αυτές όμως με τα νέα μέτρα τις κάλυψαν επαγγελματίες με 5μηνες συμβάσεις, οι οποίες όμως έληξαν ή σταδιακά λήγουν. Παραρτήματα των Κ.Α.Π.Η. συγχωνεύθηκαν το Καλοκαίρι του 2013 (από 5 έγιναν 3) και αυτό ήδη προκάλεσε δυσκολίες στην προσέγγισή τους από ηλικιωμένα άτομα με προβλήματα υγείας ή τα οποία ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές.

Στο ένα Κ.Α.Π.Η. Σκοπέλου εργάζονται: κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτρια και φυσιοθεραπευτής. Ισχύει και εδώ ό, τι και παραπάνω. Βέβαια αυτή τη στιγμή όλες οι παροχές είναι περιορισμένες.

Επίσης, στο ένα Κ.Α.Π.Η. Σκιάθου παρόλο που από τον κανονισμό λειτουργίας καθορίζονται οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες των τμημάτων και των επαγγελματιών, ωστόσο την παρούσα χρονική στιγμή οι μόνοι που υπάρχουν στο Κ.Α.Π.Η. είναι ο φυσιοθεραπευτής και η οικογενειακή βοηθός. Πραγματοποιούνται ακόμη και τώρα κατ' οίκον επισκέψεις και οικονομικά ενισχύονται οι αδύναμοι οικονομικά ηλικιωμένοι.

3.2.2. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Λάρισας

Αυτή τη στιγμή λειτουργούν οκτώ Κ.Α.Π.Η. και δεκαεπτά στέκια, υπό την επίβλεψη του αντίστοιχου Κ.Α.Π.Η., σε όλες τις συνοικίες της Λάρισας προκειμένου να καλύπτονται όσον το δυνατό καλύτερα οι ανάγκες όλων των ηλικιωμένων, με τον αντίστοιχο εξοπλισμό παρέχοντας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης. Σκοπός τους είναι να παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών με στόχο ο ηλικιωμένος να παραμείνει αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Τα προγράμματα που πρέπει να εφαρμόζονται, σύμφωνα με το νόμο, είναι: οργανωμένη ψυχαγωγία, εκδρομές, χορωδία, τράπεζα αίματος, συσσίτιο, λουτρά-κατασκηνώσεις-θαλασσινά μπάνια, ομάδα γυμναστικής - χορού, έκδοση εφημερίδας «Μαρίνος Αντύπας», πρόγραμμα Βοήθειας στο σπίτι. Οι δομές του δικτύου πρέπει να στελεχώνονται από γιατρό, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτρια και οικογενειακή βοηθό.

Δυστυχώς, στην Ελλάδα του σήμερα, έχουν γίνει πολλές «εκπτώσεις» στις παροχές, και η πιο σημαντική είναι η απουσία γιατρού στα Κ.Α.Π.Η.

3.2.3. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Καρδίτσας

Σύμφωνα, με πληροφορίες από το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η., το κεντρικό Κ.Α.Π.Η. λειτουργεί σε ιδιόκτητο βιοκλιματικό κτίριο. Εκτός από τα γραφεία του προσωπικού, λειτουργεί το κυλικείο, όπου οι ηλικιωμένοι πίνουν καφέ, παίζουν χαρτιά, βλέπουν τηλεόραση, ακούνε μουσική και συζητάνε. Επίσης, λειτουργεί αίθουσα χορού και χορωδία, όπου πραγματοποιούνται πρόβες κάθε Παρασκευή πρωί. Στην ίδια αίθουσα γίνονται ομιλίες από γιατρούς και εκδηλώσεις, όπως κοπή πίτας, χοροί κ.λπ. Επιπροσθέτως, διαθέτει και φυσικοθεραπευτήριο, είναι αρκετά εξοπλισμένο και μπορούν να κάνουν φυσιοθεραπεία. Υπάρχει αίθουσα γυμναστηρίου, αλλά δεν είναι εξοπλισμένη. Διαθέτει μόνο ένα ποδήλατο και ένα τροχό. Πραγματοποιούνται εκδρομές, λουτροθεραπεία και κατασκηνώσεις το καλοκαίρι. Τα έξοδα τα κάλυπτε ο Δήμος, τώρα επιβαρύνονται τα μέλη. Το κεντρικό Κ.Α.Π.Η. έχει άλλα 2 παραρτήματα στα οποία όμως λειτουργούν μόνο τα κυλικεία.

Στο ιατρείο υπάρχει νοσηλεύτρια όπου πραγματοποιεί μετρήσεις σακχάρου, χοληστερίνης, πύεσας, ενδοθεραπεία και εμβολιασμούς. Από τον Φεβρουάριο του 2013 άρχισε να έρχεται αγροτικός ιατρός και γίνεται συνταγογράφηση 1 φορά την εβδομάδα.

Το μόνιμο προσωπικό είναι ο κοινωνικός λειτουργός, ο φυσικοθεραπευτής, η νοσηλεύτρια και η οικογενειακή βοηθός.

3.2.4. Κ.Α.Π.Η. Δήμου Τρικάλων

Στιγμές χαλάρωσης και συναναστροφής, ξεγνοιασιάς και ευχαρίστησης, έχουν τη δυνατότητα να απολαμβάνουν οι ηλικιωμένοι, σε φιλόξενους χώρους που προσφέρουν μια νότα χαράς στην καθημερινότητά τους, στα Κ.Α.Π.Η. Το πρώτο από τα πέντε Κ.Α.Π.Η Τρικάλων ιδρύθηκε το 1997.

Η λειτουργία τους είναι η ίδια όπως και στα υπόλοιπα Κ.Α.Π.Η. Πανθεσσαλικά. Μερικές από τις δραστηριότητες είναι θαλασσινά μπάνια, ιαματικά λουτρά, συνεστιάσεις των μελών, χοροεσπερίδες, εκδρομές, επισκέψεις σε θέατρα, μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους. Επίσης, προσφέρει νοσηλευτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, ενώ υπάρχει και κοινωνική λειτουργός.

Δυστυχώς η κρίση έχει επηρεάσει και τη λειτουργία των Κ.Α.Π.Η Τρικάλων. Παρόλα αυτά το ήδη υπάρχον προσωπικό, με τη βοήθεια των 5μηνων επαγγελματιών, προσπαθεί να καλύψουν με ζήλο και ευαισθησία τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

3.3. Πιλοτικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

3.3.1. Κοινωνικά Κέντρα Δήμου Βόλου

Τα Κοινωνικά Κέντρα, αποτελούν μια καινοτόμα και επιτυχή μεταφορά των community centers που λειτουργούν και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Είναι ένα πιλοτικό πρόγραμμα, το οποίο εφαρμόζεται μόνο στο Δήμο Βόλου και είναι Ιδιωτικού Δικαίου. Σκοπός τους είναι η δυνατότητα για τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) και τις κοινωνικές τους υπηρεσίες σε ομάδες με ειδικά ενδιαφέροντα (π.χ. νέοι, καλλιτέχνες, Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, άτομα τρίτης ηλικίας, μη-κυβερνητικές οργανώσεις) να οργανώνουν με ελάχιστο ή και καθόλου κόστος τις δραστηριότητές τους και να τις μοιραστούν με όσους έχουν τις ίδιες ανησυχίες.

Οι δράσεις των Κοινωνικών Κέντρων εστιάζονται σε τρεις άξονες:

1. Την πρόληψη και συμβουλευτική υγείας
2. Την κοινωνική μέριμνα
3. Τη διαχείριση ελεύθερου χρόνου

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι:

- Προληπτικές εξετάσεις από το προσωπικό της ομάδας υγείας της Κ.Ε.Κ.Π.Α.- Δ.Ι.Ε.Κ. μετά από ραντεβού

- Σύνδεση με τα σχολεία της περιοχής και υποστήριξη των προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας που υλοποιούνται σ' αυτά
- Συμβουλευτική υποστήριξη και παραπομπές σε κοινωνικές υπηρεσίες
- Έκδοση παραπεμπτικών για ένταξη στο πρόγραμμα στήριξης με τρόφιμα του Δημοτικού Παντοπωλείου
- Λειτουργία ομάδας άσκησης, χορωδίας, χορού κ.λπ. για όλες τις ηλικίες
- Οργάνωση ομαδικών εκδηλώσεων και περιηγήσεων
- Λειτουργία καθημερινού εντευκτηρίου
- Κάλυψη αναγκών τοπικών ομάδων και συλλόγων για χρήση του χώρου για συναντήσεις και συνεδριάσεις
- Δωρεάν internet στους χώρους των Κοινωνικών Κέντρων

Πρακτικά, τα Κοινωνικά Κέντρα, ενσωματώνουν μονάδες Βοήθειας στο Σπίτι και Προαγωγής της Υγείας, απευθυνόμενα έτσι και σε Κοινωνικές Ομάδες που δε διαθέτουν ικανοποιητική πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.

Οι ανάγκες, που ικανοποιούν είναι:

- Εύκολη πρόσβαση για όλους τους πολίτες σε υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και προληπτικών εξετάσεων
- Κάλυψη αναγκών άμεσης κοινωνικής παρέμβασης
- Ανάγκη για πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας
- Ανάγκες που σχετίζονται με τακτικό έλεγχο της υγείας
- Ανάγκες για ενημέρωση σχετικά με τις καθημερινές συνήθειες και στάσεις ζωής που προφυλάσσουν από την ασθένεια
- Ανάγκη για κοινωνική συνεύρεση, ψυχαγωγία, προσωπική ανάπτυξη
- Κάλυψη ανάγκης για συμβουλευτική υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειάς του
- Συναισθηματική στήριξη μέσα από τις ομάδες και δημιουργική απασχόληση
- Διέξοδο σε καθημερινή βάση αναβαθμίζοντας τον τρόπο και την ποιότητα ζωής τους

Ενδεικτικά, οι δραστηριότητες που γίνονται στα Κοινωνικά Κέντρα είναι:

- Τομέας πρόληψης

Στον τομέα της πρόληψης και συμβουλευτικής υγείας, η φιλοσοφία έχει να κάνει με την εφαρμογή σε επίπεδο κοινότητας πολιτικών πρόληψης και προάσπισης της υγείας μέσα στα προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με συνεργασία με το Τμήμα Υγιεινής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, αλλά και το θεωρητικό πλαίσιο όπως έχει οριστεί από το δίκτυο του Π.Ο.Υ. «Υγιείς Πόλεις».

Οι δραστηριότητες αυτές αφορούν:

- Καταγραφή κοινωνικών αναγκών και αναγκών υγείας με χρήση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων
 - Λειτουργία γραφείων προληπτικής φροντίδας και ενημέρωσης
 - Προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες-πρόγραμμα αγωγής υγείας στα σχολεία
 - Προγράμματα προαγωγής και προάσπισης της υγείας με στόχο την εξάλειψη παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, αλκοόλ, άλλες ουσίες)-από το Σεπτέμβριο του 2007 λειτουργεί το ιατρείο διακοπής καπνίσματος σε συνεργασία με την πνευμονολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Θεσσαλίας και ΤΕΦΑΑ Τρικάλων
 - Προγράμματα θεραπευτικής άσκησης και φυσιοθεραπείας
- Προγράμματα πρόληψης και συμβουλευτικής της υγείας:
- Εμβολιασμοί
 - Ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων
 - Διεξαγωγή του λιπιδαιμικού προφίλ με εξετάσεις, αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, παραπομπή και παρακολούθηση
 - Διοργάνωση ημερίδας με θέμα την Τρίτη Ηλικία στο πλαίσιο του εορτασμού της ημέρας των ηλικιωμένων την 1^η Οκτωβρίου κάθε έτους
 - Διοργάνωση ημερίδας με σκοπό την ενημέρωση για τη νόσο του HIV στο πλαίσιο του εορτασμού της ημέρας κατά του AIDS
 - Τομέας κοινωνικών δραστηριοτήτων

Όσον αφορά τον τομέα αυτό, κάθε κέντρο έχει αναπτύξει ένα πρόγραμμα που σαν κύριο στόχο έχει την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου ομάδων του πληθυσμού μέσα από δραστηριότητες, ομάδες εκδηλώσεις, κ.λπ. αλλά και την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών μέσα από το εξειδικευμένο πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι.

Σε κάθε κέντρο οι παρακάτω δραστηριότητες που πραγματοποιούνται είναι οι εξής:

- Ομάδες παραδοσιακού και μοντέρνου χορού
- Χορωδία ενηλίκων
- Χορωδία παιδιών
- Ομάδες θεραπευτικής άσκησης
- Ομάδες θεραπευτικής έκφρασης
- Ομάδες γιόγκα
- Ομάδα δημιουργίας εργοχειρών
- Ομάδες Γυμναστικής
- Εντευκτήριο
- Διαλέξεις και συζητήσεις
- Απογευματινές εκδρομές και περίπατοι

- Εκδρομές ημερήσιες
- Επισκέψεις σε ιδρύματα με τις ομάδες χορού και χορωδίας
- Χοροεσπερίδες
- Συμβουλευτική υποστήριξη της οικογένειας

Το προσωπικό που επανδρώνουν τα Κέντρα είναι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, μουσικοί εκπαιδευτές, γυμναστές, φυσιοθεραπευτές κ.λπ.

Την παρούσα χρονική στιγμή, από την προσωπική επίσκεψη για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, τα Κοινωνικά Κέντρα είναι τα μόνα που λειτουργούν άρτια και παρέχουν τις διάφορες υπηρεσίες τους στους ενδιαφερόμενους κάθε ηλικίας.

2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία - Σχεδιασμός



Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει κατά πόσο οι ηλικιωμένοι είναι εξοικειωμένοι με τη σύγχρονη τεχνολογία και ποιες είναι οι στάσεις και οι απόψεις τους για τον κρατικό φορέα και το Σύστημα Υγείας, σε αυτό το θέμα.

Συγκεκριμένα, από την αξιολόγηση και επεξεργασία των στοιχείων αναμένονταν να διερευνηθούν τα εξής επιμέρους ερωτήματα:

- κατά πόσο οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν την τεχνολογία στην καθημερινότητά τους
- κατά πόσο οι ηλικιωμένοι έχουν εξοικειωθεί με την τεχνολογία σε υγειονομικό επίπεδο
- κατά πόσο οι κρατικοί και ιδιωτικοί φορείς βοηθούν τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα να καλύψει τις βασικές ανάγκες της.

Στην παρούσα έρευνα υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί. Εξαιτίας της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εκπαιδευτικού τους επιπέδου, έπρεπε να αφιερωθεί παραπάνω από τον προβλεπόμενο χρόνο με αποτέλεσμα να χάνονται άτομα, τα οποία αποχωρούσαν από την δομή, την οποία είχαν επισκεφτεί.

Επίσης, εξαιτίας των μακρινών αποστάσεων όπου βρίσκονταν οι δομές δεν ήταν εφικτό η παραπάνω παραμονή στην εκάστοτε περιοχή λόγω δυσκολίας απουσίας από την εργασία της ερευνήτριας και των πολλών εξόδων μετακίνησης. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να υπάρχει μια ανομοιομορφία στο δείγμα από την κάθε περιοχή.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια μελέτη επισκόπησης με τη χρήση ερωτηματολογίου και με ποσοτική μέθοδο ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων. Με την επισκόπηση συγκεντρώθηκαν τυποποιημένες πληροφορίες, εξακριβώθηκαν συσχετισμοί και έγιναν γενικεύσεις των αποτελεσμάτων για το σύνολο του πληθυσμού στόχου. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο Σεπτεμβρίου 2012 έως το Μάρτιο του 2013.

Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν άτομα Τρίτης ηλικίας άνω των 65 ετών και ειδικότερα άτομα των περιοχών της Θεσσαλίας που χρησιμοποιούν δομές υποστήριξης ατόμων τρίτης ηλικίας. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν τα άτομα τα οποία έκαναν χρήση των υπηρεσιών των εξής δομών: Γηροκομείο, ΚΑΠΗ και Κοινωνικό Κέντρο κατά τη χρονική

περίοδο της έρευνας, δηλαδή άτομα που διαβιούν σε Γηροκομείο και άτομα που είναι εγγεγραμμένα μέλη στις υπόλοιπες 2 δομές.

Προκειμένου να διανεμηθεί το εργαλείο στον πληθυσμό στόχο έγινε απογραφή ως προς τις δομές και επίσκεψη στο σύνολο αυτών.

Σε όλες τις παραπάνω προηγήθηκε επικοινωνία ώστε να διαπιστωθεί η διάθεση συμμετοχής στην έρευνα και κατόπιν διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο. Η διανομή έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις της ερευνήτριας με το σύνολο των ατόμων, με μόνη εξαίρεση τα βαριά νοητικά νοσήματα. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν έτσι ώστε να έχουν σαφήνεια. Επίσης, τηρήθηκαν ορισμένοι κανόνες δεοντολογίας. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, συμμετείχαν εκούσια, οι απαντήσεις των ατόμων έγιναν σεβαστές και υπήρξε απόλυτη εχεμύθεια. Η συμπλήρωση ερωτηματολογίων έγινε ατομικά και η συμπλήρωση από συνεντευκτή. Ο χρόνος συμπλήρωσης εκτιμήθηκε στα 7 min.

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε η πιλοτική φάση χορήγησής του με σκοπό να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του εργαλείου που επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί. Η συγκεκριμένη δοκιμαστική φάση έλαβε χώρα τον Αύγουστο του 2012. Χρειάστηκε να δοθεί σε 50 άτομα έτσι ώστε να επισημανθούν πιθανές ελλείψεις του και να πραγματοποιηθούν χρήσιμες διορθωτικές αλλαγές.

Αρχικά έγινε η παρουσίαση των κατανομών συχνοτήτων και ποσοστών καθώς και των μέτρων θέσης και διασποράς (μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων), όταν αυτό είναι εφικτό, των μεταβλητών των ερωτηματολογίων (περιγραφική στατιστική). Η παρουσίαση έγινε ανά ενότητα μεταβλητών με βάση την ομαδοποίηση του εργαλείου.

Κατόπιν διεξήχθη έλεγχος εξάρτησης των σύνθετων μεταβλητών με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας (στατιστική συμπερασματολογία).

Για τους παραπάνω ελέγχους έγινε με:

- εφαρμογή ελέγχου μέσων τιμών με t test ή ανάλυση διασποράς ANOVA στην περίπτωση του ελέγχου των μεταβλητών που χρησιμοποιούν κλίμακα αξιολόγησης και άρα αντιμετωπίστηκαν ως συνεχείς και των κατηγορικών δημογραφικών μεταβλητών
- εφαρμογή συντελεστή συσχέτισης person R στην περίπτωση του ελέγχου των μεταβλητών που χρησιμοποιούν κλίμακα αξιολόγησης και άρα αντιμετωπίστηκαν ως συνεχείς και των συνεχών/διατεταγμένων δημογραφικών μεταβλητών όπως η βαθμίδα εκπαίδευσης
- δημιουργία πίνακα διπλής εισόδου και εφαρμογή χ^2 ελέγχου στην περίπτωση των ελέγχων της εξάρτησης μεταξύ κατηγορικών, κυρίως δίτιμων, μεταβλητών και κατηγορικών δημογραφικών μεταβλητών.

Το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιήθηκε ήταν $p=0,05$.

Η ανάλυση του δείγματος έγινε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 20).

Ο πληθυσμός στόχος ορίστηκε να είναι άτομα 3ης ηλικίας που διαβιούν στην Περιφέρεια Θεσσαλίας. Για το λόγο αυτό απογράφηκαν οι δομές υποστήριξης ατόμων και πραγματοποιήθηκε επίσκεψη και διανομή ερωτηματολογίου στο σύνολο αυτών. Στο τελικό δείγμα συμμετείχαν τα άτομα του πληθυσμού στόχου που βρίσκονταν σε κάθε δομή κατά την ημέρα της επίσκεψης και άρα η δειγματοληψία αφορά δείγμα ευκολίας. Συγκεκριμένα, το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 384 άτομα τρίτης ηλικίας που συμμετέχουν στις δραστηριότητες των δομών: Γηροκομείο, ΚΑΠΗ και Κοινωνικό Κέντρο. Ειδικά επιλέχθηκαν οι δομές της Περιφέρειας Θεσσαλίας και συγκεκριμένα οι δομές των νομών Μαγνησίας, Λάρισας, Καρδίτσας και Τρικάλων.

Συγκεκριμένα, η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις δομές ως εξής:

- στην περιοχή του Βόλου σε 1 Γηροκομείο από τα 2 που υπάρχουν, σε 4 Κοινωνικά Κέντρα από τα 6, σε όλα τα ΚΑΠΗ (5 στο σύνολο),
- στην περιοχή της Σκιάθου και της Σκοπέλου απο 1 ΚΑΠΗ αντιστοίχως,
- στην περιοχή της Λάρισας σε 1 Γηροκομείο, σε όλα τα ΚΑΠΗ (8 στο σύνολο)
- στην περιοχή της Καρδίτσας σε όλα τα ΚΑΠΗ (3 στο σύνολο),
- στην περιοχή των Τρικάλων σε 3 ΚΑΠΗ από τα 7 που υπάρχουν.

Αποτελέσματα

Ενότητα 1^η: Δημογραφικά στοιχεία

Αναφορικά με την κατανομή των ατόμων στις επιμέρους περιοχές προκύπτει ότι το 39,6% των ατόμων του δείγματος προήλθαν από την περιοχή του Βόλου. Το αθροιστικό ποσοστό των ατόμων Βόλου, Σκιάθου και Σκοπέλου ανέρχεται σε 47,4% το οποίο είναι το ποσοστό συμμετοχής των ατόμων από τη Μαγνησία. Ακολουθεί με 20,6% η συμμετοχή των ατόμων από το νομό Λάρισας και τέλος ο Νομός Τρικάλων και Καρδίτσας με ποσοστά 17,7 και 14,3% αντίστοιχα.

Όσον αφορά την κατανομή των ατόμων σε δομές προκύπτει ότι, το 78,4% των ατόμων προέρχονται από τα ΚΑΠΗ, το 11,5% από Κοινωνικά Κέντρα και τέλος το υπόλοιπο 10,2% από Γηροκομεία.

Εξετάζοντας την κατανομή δομών ανά περιοχή προκύπτει ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή του Νομού Μαγνησίας στο δείγμα οφείλεται κυρίως στην εύκολη πρόσβαση της ερευνήτριας και στη συμμετοχή των Κοινωνικών Κέντρων, δομή που δε συναντάται στις υπόλοιπες περιοχές, αποτελεί πιλοτικό πρόγραμμα και ανήκει στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η περιοχή της Μαγνησίας εκπροσωπείται και με τα 3 είδη δομών, τα ΚΑΠΗ εκπροσωπούνται και στους 4 νομούς.

Η κατανομή ως προς το φύλο ήταν 36% γυναίκες και το 64% άνδρες.

Αναφορικά με την ηλικία, το 36,7% ανήκει στην ομάδα 65-74, το 46,6% στην κατηγορία 75-84 και τέλος το 16,7% ανήκει στην ομάδα άνω των 85.

Εξετάζοντας την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος, το 59,1% έχει δηλώσει παντρεμένος και ακολουθεί το 31,8% που έχει επιλέξει την κατηγορία χήρος/α.

Αναφορικά με το πλήθος των τέκνων, καθόλου παιδιά έχει δηλώσει το 10,7%. Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στην κατηγορία αριθμός παιδιών 2 (46,9%) και ακολουθεί η επιλογή με 1 ή 3 παιδιά. Το αθροιστικό ποσοστό των ατόμων που έχουν έως 3 παιδιά ανέρχεται σε 81%.

Εξετάζοντας το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων, οι κατηγορίες με το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζονται το Δημοτικό και κάποιες τάξεις Δημοτικού με ποσοστά επιλογής 38,3% και 30,2% αντίστοιχα. Το ποσοστό των αποφοίτων Γυμνασίου είναι 13% ενώ το ποσοστό των αποφοίτων Λυκείου περιορίζεται στο 3,4%. Απόφοιτοι ΑΕΙ έχουν δηλώσει μόνο το 2,9%.

Εξετάζοντας την κατανομή που αφορά το επάγγελμα πριν τη συνταξιοδότηση, το υψηλότερο ποσοστό 22,3% των ατόμων του δείγματος δηλώνεται από εκείνους που απασχολούνταν στον πρωτογενή τομέα. Το επόμενο ποσοστό (19,4%) αφορά τους ανειδίκευτους εργάτες και ακολουθούν τα άτομα που απασχολήθηκαν στην παροχή υπηρεσίας με ποσοστό 17,5%. Οι υπόλοιπες κατηγορίες επαγγελμάτων επιλέχθηκαν σε μικρότερα ποσοστά. Τέλος με οικιακά δήλωσε ότι απασχολούνταν το 13,1% του δείγματος.

Τέλος, αναφορικά με το εισόδημα, το υψηλότερο ποσοστό (50,7%) εμφανίζεται στην κατηγορία 500 - 1000€, ενώ το 32% εμφανίζεται στην αμέσως χαμηλότερη κατηγορία 300 - 500€. Το 8,9% έχει δηλώσει εισόδημα από τη σύνταξη υψηλότερο των 1000€, ενώ παράλληλα εμφανίζεται το 8,4% του δείγματος με εισόδημα μικρότερο των 300€.

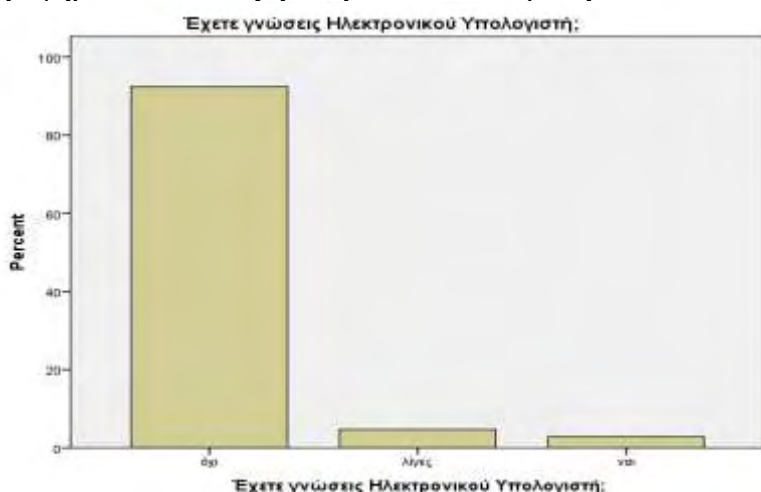
Οι μεταβλητές της έρευνας της **1^{ης} Ενότητας: Δημογραφικά στοιχεία** παρατίθενται στο παράρτημα 2 (πίνακες 1-10). Η αρίθμηση θα συνεχίσει κανονικά για την καλύτερη κατανόηση και συνέχεια με βάση τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Η αρίθμηση γίνεται από τον πίνακα 11 και μετά.

Ενότητα 2^η: Η χρήση και η γνώση της τεχνολογίας και η σχέση της με την ποιότητα ζωής

Πίνακας 11: Γνώσεις Ηλεκτρονικού Υπολογιστή

	συχνότητα	% ¹	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	354	92,2	92,4	92,4
λίγες	18	4,7	4,7	97,1
ναι	11	2,9	2,9	100,0
Σύνολο	383	99,7	100,0	
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 11: Γνώσεις ηλεκτρονικού υπολογιστή;



Διερευνώντας την εξοικείωση των ατόμων του δείγματος με τη χρήση της νέας τεχνολογίας, διερευνάται η γνώση χρήσης Η/Υ. Εξετάζοντας την κατανομή των ποσοστών των απαντήσεων στις 3 επιλογές της ερώτησης προκύπτει ότι το σύνολο σχεδόν των ατόμων (92,4%) έχουν απαντήσει αρνητικά. Το 4,7% των ατόμων έχουν δηλώσει ότι έχουν λίγες γνώσεις Η/Υ και μόνο το 2,9% των συνολικών απαντήσεων είναι καταφατικές.

¹ %: δίνει ποσοστό και σε αυτούς που δεν απάντησαν, δηλαδή την ελλείπουσα τιμή ενώ το % επί των απαντήσεων: κατανέμει τα ποσοστά επί αυτών που απάντησαν

Πινάκας 12: Χρησιμοποιείτε μηχάνημα αυτόματης ανάληψης μετρητών (ATM);

	Συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
ποτέ	319	83,1	83,1	83,1
σπάνια	8	2,1	2,1	85,2
μερικές φορές	37	9,6	9,6	94,8
πάντα	20	5,2	5,2	100,0
Σύνολο	384	100,0	100,0	

Γράφημα 12: Μηχάνημα αυτόματης ανάληψης μετρητών

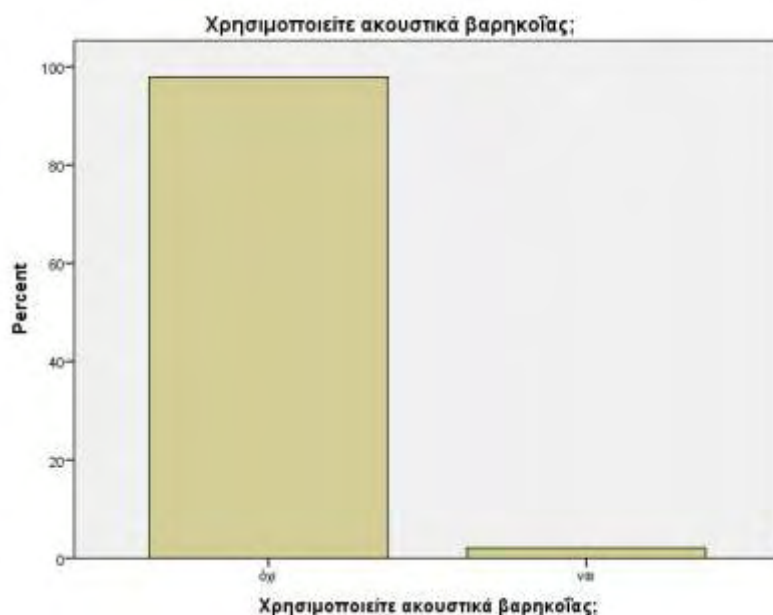


Εξετάζοντας τη χρήση μηχανημάτων αυτόματης ανάληψης μετρητών, ως ενδεικτική πρακτική μιας συμπεριφοράς εξοικειωμένης με τη νέα τεχνολογία, πάλι η τάση είναι υπέρ των αρνητικών απαντήσεων. Συγκεκριμένα μόνο το 5,2% των ατόμων απάντησαν ότι κάνουν πάντα χρήση των ATM, ενώ το ποσοστό αυτών που κάνουν χρήση μερικές φορές είναι 14,8%.

Αντίθετα σπάνια και ποτέ δηλώνει το 85,5% με το καθολικό σχεδόν ποσοστό που ανέρχεται στο 83,1% να έχει επιλέξει την επιλογή Ποτέ.

Πίνακας 13: Χρησιμοποιείτε ακουστικά βαρηκοΐας;

	Συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	375	97,7	97,9	97,9
ναι	8	2,1	2,1	100,0
Σύνολο	383	99,7	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	1	,3		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 13: Ακουστικά βαρηκοΐας

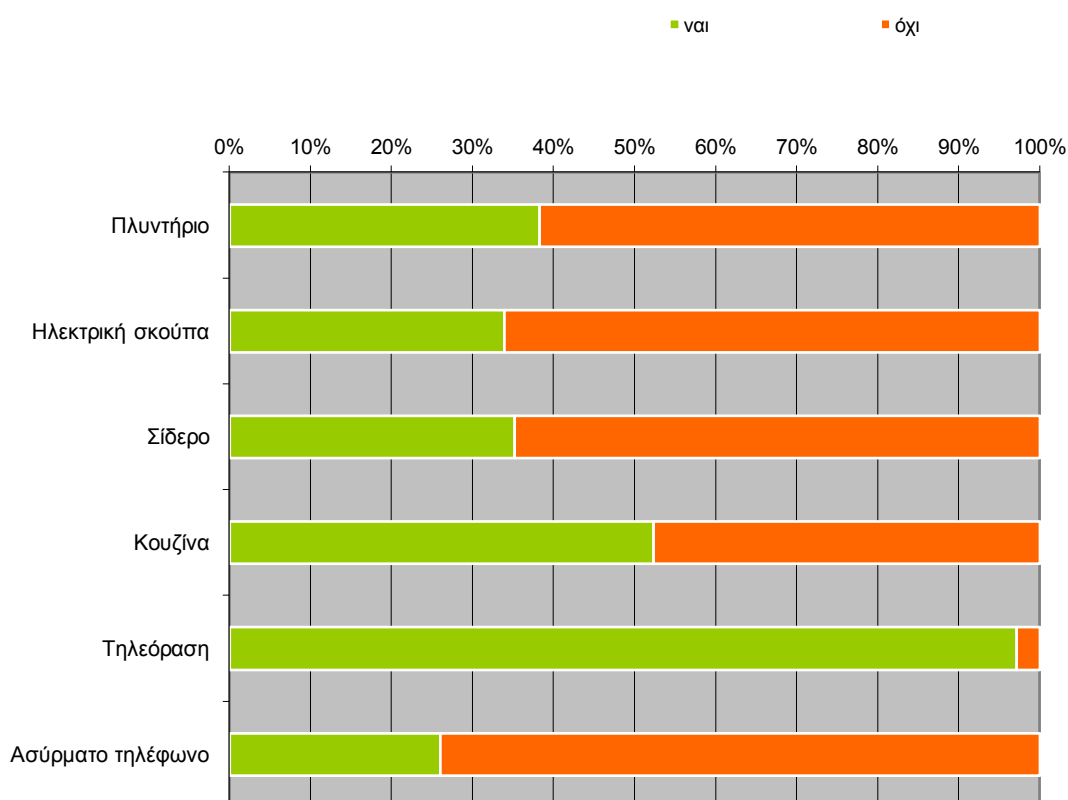
Διερευνώντας τη χρήση βοηθήματος και ειδικότερα των ακουστικών βαρηκοΐας που σχετίζονται σε κάποιο βαθμό με τη νέα τεχνολογία, επίσης οι απαντήσεις είναι στην απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία τους αρνητικές καθώς το 97,9% των ατόμων απάντησαν αρνητικά.

Παρακάτω διερευνάται η χρήση εξοπλισμού ενός νοικοκυριού, ο οποίος σχετίζεται με την ποιότητα ζωής αλλά παράλληλα απαιτεί στο χειρισμό του μια ελάχιστη εξοικείωση με την σύγχρονη τεχνολογία. Προκύπτουν τα ακόλουθα:

Πίνακας 14: Χρήση ηλεκτρικών συσκευών²

Ποιες ηλεκτρικές συσκευές χρησιμοποιείτε	Ναι %	Όχι %
Πλυντήριο	38,3	61,7
Ηλεκτρική σκούπα	33,9	66,1
Σίδερο	35,2	64,8
Κουζίνα	52,3	47,7
Τηλεόραση	97,1	2,9
Ασύρματο τηλέφωνο	26,0	74,0

Γράφημα 14: Χρήση ηλεκτρικών συσκευών



Η υψηλότερη συγκέντρωση θετικών απαντήσεων εντοπίζεται στη χρήση τηλεόρασης. Το 97,1% των ατόμων του δείγματος έχουν απαντήσει θετικά και μόνο το 2,9% δήλωσε ότι δε χρησιμοποιεί συσκευή τηλεόρασης.

Μέτρια ποσοστά (52,3%) δηλώνονται στη χρήση κουζίνας.

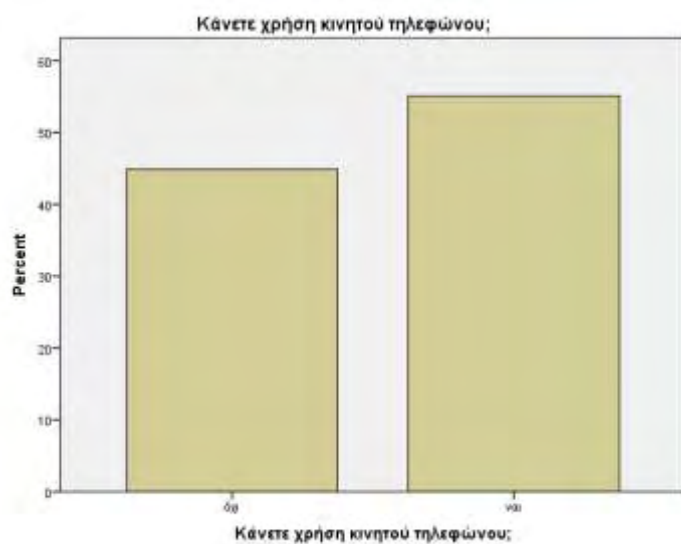
Με ποσοστά χρήσης μικρότερα του 40% δηλώνεται εξοπλισμός όπως πλυντήριο, ηλεκτρική σκούπα και σίδερα, ενώ τέλος το μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται στη χρήση ασύρματου τηλεφώνου καθώς μόνο το 26% των ατόμων έχουν απαντήσει θετικά.

² Σύνολα δεν μπορούν να βγουν γιατί οι ερωτώμενοι είχαν την επιλογή πολλαπλών απαντήσεων

Πίνακας 15: Χρήση κινητού τηλεφώνου

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	172	44,8	44,9	44,9
ναι	211	54,9	55,1	100,0
Σύνολο	383	99,7	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	1	,3		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 15: Χρήση κινητού τηλεφώνου



Αναφορικά με τη χρήση κινητού τηλεφώνου, η τάση είναι μέτρια καθώς το 55,1% του δείγματος έχει επιλέξει τη θετική απάντηση ενώ μικρότερο είναι το ποσοστό των ατόμων που έχουν επιλέξει να μη χρησιμοποιούν κινητό τηλέφωνο (44,9%).

Πίνακας 16: Η νέα τεχνολογία, διευκολύνει τη ζωή σας ή την κάνει δυσκολότερη

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Τη δυσκολεύει	16	4,2	4,2	4,2
Τη διευκολύνει	323	84,1	84,6	88,7
Δε γνωρίζω	43	11,2	11,3	100,0
Σύνολο	382	99,5	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	2	,5		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 16: Η τεχνολογία, διευκολύνει τη ζωής σας ή την κάνει δυσκολότερη;

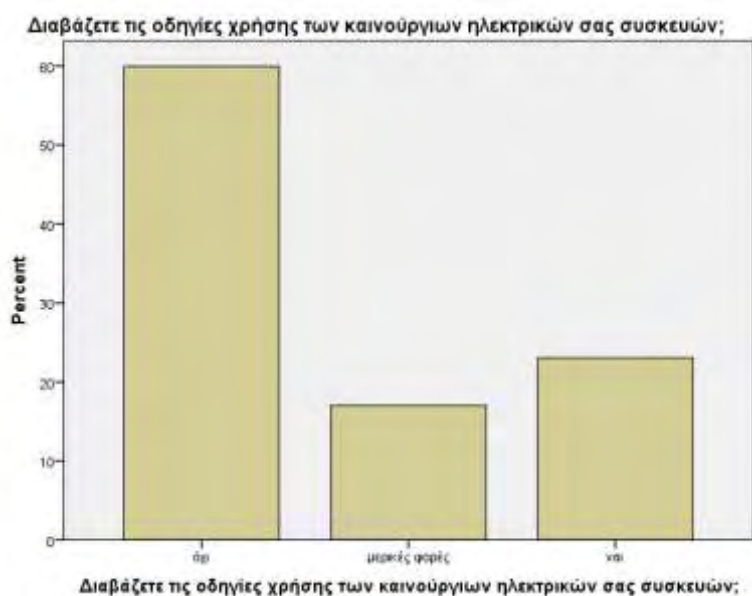


Αξιολογώντας συνολικά και γενικά τη συμβολή της νέας τεχνολογίας στη ζωή, η τάση των απαντήσεων του δείγματος είναι υπέρ της άποψης ότι η τεχνολογία διευκολύνει τη ζωή. Υπέρ αυτής της άποψης έχει απαντήσει το 84,6% των ατόμων ενώ την αντίθετη θέση, ότι δηλαδή η ζωή δυσκολεύει με τη νέα τεχνολογία, έχει επιλέξει μόνο το 4,2%. Χωρίς συγκεκριμένη θέση εμφανίζεται το 11,3% των ατόμων καθώς επέλεξαν την επιλογή Δε γνωρίζω.

Πίνακας 17: Διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης των καινούργιων ηλεκτρικών σας συσκευών;

	Συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	229	59,6	59,9	59,9
μερικές φορές	65	16,9	17,0	77,0
ναι	88	22,9	23,0	100,0
Σύνολο	382	99,5	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	2	,5		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 17: Ανάγνωση οδηγιών χρήσης των καινούργιων ηλεκτρικών συσκευών

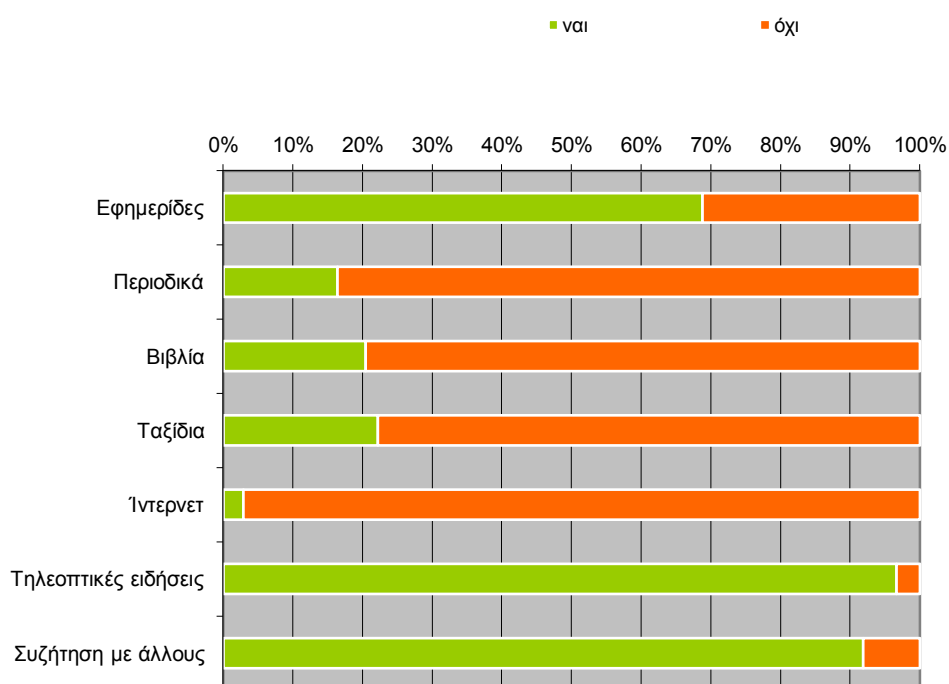


Εξετάζοντας την ύπαρξη συνήθειας να γίνεται ανάγνωση των οδηγιών χρήσης των καινούριων ηλεκτρικών συσκευών, μόνο το 23% έχει απαντήσει θετικά. Το 17% έχει δηλώσει ότι το κάνει μερικές φορές, ενώ το 59,9% έχει απαντήσει αρνητικά, επιλέγοντας προφανώς να λειτουργήσει τις νέες συσκευές με βάση την προηγούμενη γνώση και συνήθεια ή ίσως με τη βοήθεια άλλων προσώπων.

Πίνακας 18: Ποια μέσα χρησιμοποιείτε συνήθως για την ενημέρωσή σας;

	Ναι	όχι
Εφημερίδες	68,8	31,2
Περιοδικά	16,4	83,6
Βιβλία	20,4	79,6
Ταξίδια	22,2	77,8
Ίντερνετ	2,9	97,1
Τηλεοπτικές ειδήσεις	96,6	3,4
Συζήτηση με άλλους	91,9	8,1

Γράφημα 18: Μέσα ενημέρωσης



Διερευνώντας τέλος, την ύπαρξη ενημέρωσης και κυρίως το μέσο ενημέρωσης που χρησιμοποιείται από τα μέλη του δείγματος, προκύπτει ότι οι τηλεοπτικές ειδήσεις είναι το βασικό μέσο ενημέρωσης καθώς επιλέγεται από το 96,6%, ενώ επίσης με πολύ υψηλό ποσοστό (91,9%) καταγράφεται ως κύριο μέσο η συζήτηση με άλλους. Σε επόμενη θέση καταγράφεται το μέσο των εφημερίδων (68,8%). Με πολύ μικρότερα ποσοστά επιλέγονται τα

περιοδικά, τα βιβλία και τα ταξίδια ενώ το ίντερνετ συγκεντρώνει το χαμηλότερο ποσοστό (2,9%).

Ενότητα 3^η: Αξιολόγηση της Υγείας του ατόμου

Πίνακας 19: Από 0 έως 10 πως θα χαρακτηρίζατε

την κατάσταση της υγείας σας;

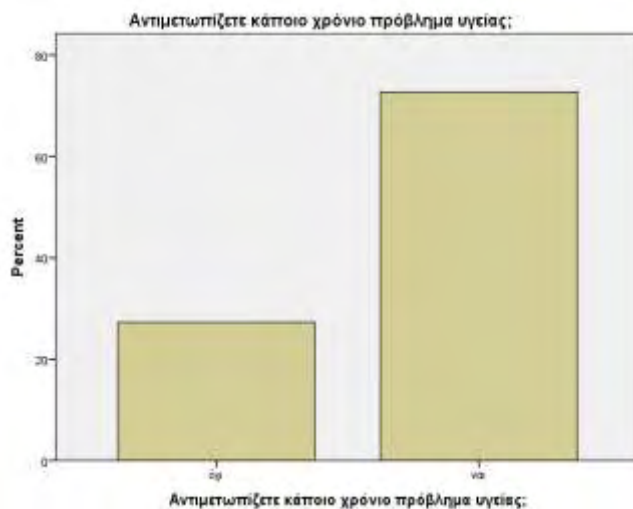
Κατάσταση υγείας	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
0	5	1,3	1,3	1,3
1	1	,3	,3	1,6
2	14	3,6	3,7	5,2
3	19	4,9	5,0	10,2
4	17	4,4	4,5	14,7
5	60	15,6	15,7	30,4
6	45	11,7	11,8	42,1
7	74	19,3	19,4	61,5
8	69	18,0	18,1	79,6
9	53	13,8	13,9	93,5
10	25	6,5	6,5	100,0
Σύνολο	382	99,5	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	2	,5		
Σύνολο	384	100,0		

	N	Min	Max	MO	TA
Πίνακας 19.1: Από 0 έως 10 πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;					
Σύνολο	382	0	10	6,60	2,184

Πίνακας 20: Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας;

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	104	27,1	27,3	27,3
ναι	277	72,1	72,7	100,0
Σύνολο	381	99,2	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	3	,8		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 20: Χρόνιο πρόβλημα υγείας



Εξετάζοντας την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας, θετικά απαντά το 27,3% ενώ το 72,7% των ατόμων έδωσαν αρνητική απάντηση.

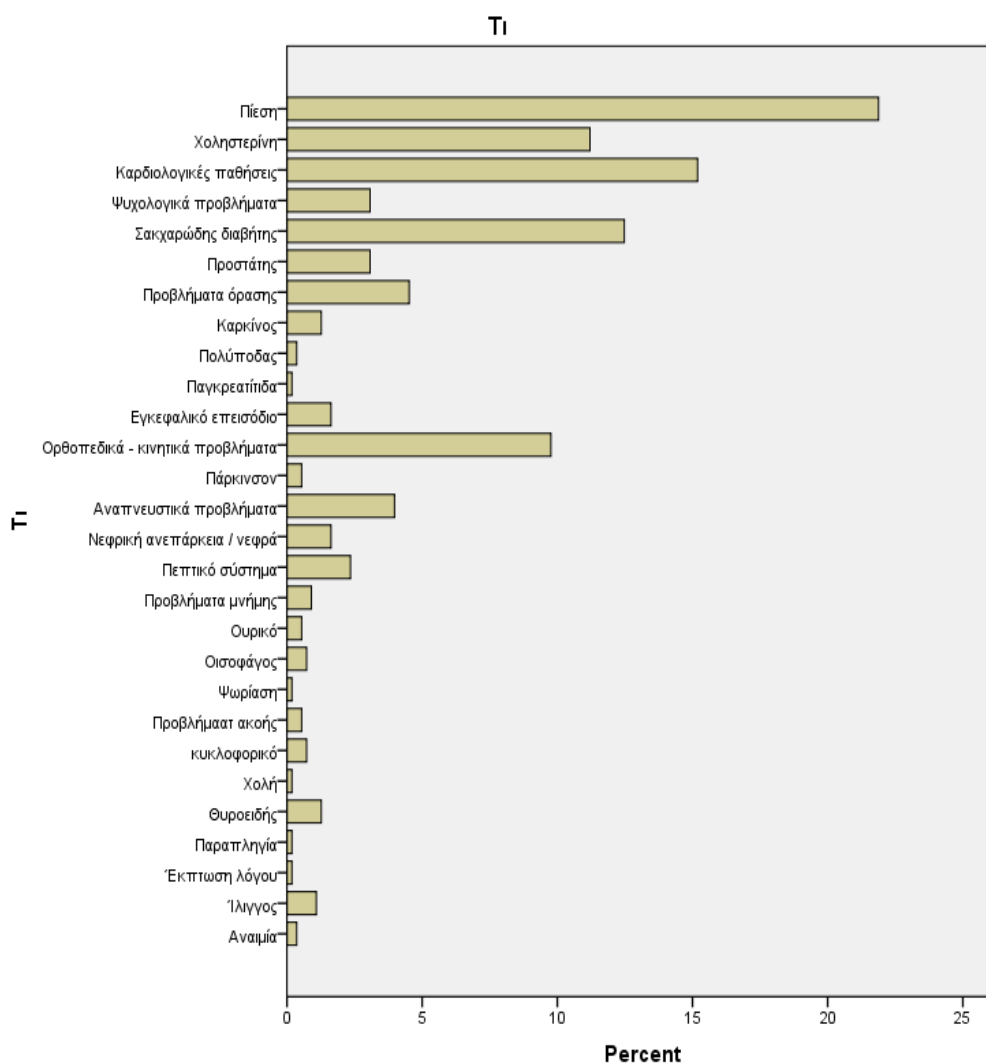
Πίνακας 21: Ποιό

Νόσημα	Συχνότ.	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πίεση	121	8,0	21,9	21,9
Χοληστερίνη	62	4,1	11,2	33,1
Καρδιολογικές παθήσεις	84	5,6	15,2	48,3
Ψυχολογικά προβλήματα	17	1,1	3,1	51,4
Σακχαρώδης διαβήτης	69	4,6	12,5	63,8
Προστάτης	17	1,1	3,1	66,9
Προβλήματα όρασης	25	1,7	4,5	71,4
Καρκίνος	7	,5	1,3	72,7
Πολύποδας	2	,1	,4	73,1
Παγκρεατίτιδα	1	,1	,2	73,2
Εγκεφαλικό επεισόδιο	9	,6	1,6	74,9
Ορθοπεδικά - κινητικά προβλήματα	54	3,6	9,8	84,6
Πάρκινσον	3	,2	,5	85,2
Αναπνευστικά προβλήματα	22	1,5	4,0	89,2
Νεφρική ανεπάρκεια / νεφρά	9	,6	1,6	90,8
Πεπτικό σύστημα	13	,9	2,4	93,1
Προβλήματα μνήμης	5	,3	,9	94,0
Ουρικό	3	,2	,5	94,6
Οισοφάγος	4	,3	,7	95,3
Ψωρίαση	1	,1	,2	95,5
Προβλήματα ακοής	3	,2	,5	96,0
Κυκλοφορικό	4	,3	,7	96,7
Χολή	1	,1	,2	96,9
Θυρεοειδής	7	,5	1,3	98,2

Παραπληγία	1	,1	,2	98,4
Έκπτωση λόγου	1	,1	,2	98,6
Ίλιγγος	6	,4	1,1	99,6
Αναιμία	2	,1	,4	100,0
Σύνολο	553	36,7	100,0	

τιμή		
Ελλείπουσα	955	63,3
Σύνολο	1508	100,0

Γράφημα 21: Ποιό



Στην περίπτωση της ύπαρξης χρόνιου προβλήματος αυτό είναι η αρτηριακή πίεση στο 21,9% των περιπτώσεων και ακολουθούν:

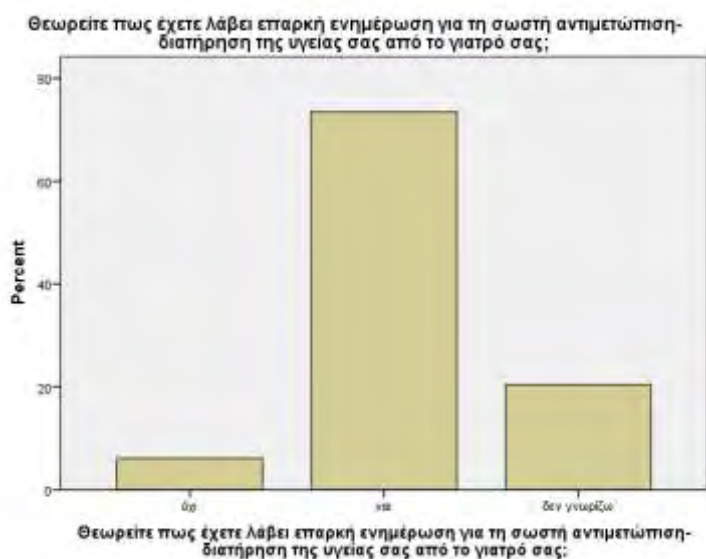
καρδιολογικές παθήσεις με ποσοστό εμφάνισης 15,2%
 σακχαρώδης διαβήτης για το 12,5% των ατόμων
 και χοληστερίνη στο 11,2% των περιπτώσεων.

Σε επόμενη θέση εμφανίζονται τα ορθοπεδικά προβλήματα με ποσοστό 9,8% ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες παθήσεων εμφανίζονται με μικρότερα ποσοστά.

Πίνακας 22: Θεωρείτε πως έχετε λάβει επαρκή ενημέρωση για τη σωστή αντιμετώπιση-διατήρηση της υγείας σας από το γιατρό σας;

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	23	6,0	6,1	6,1
ναι	277	72,1	73,5	79,6
δεν γνωρίζω	77	20,1	20,4	100,0
Σύνολο	377	98,2	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	7	1,8		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 22: Θεωρείτε πως έχετε λάβει επαρκή ενημέρωση για τη σωστή αντιμετώπιση- διατήρηση της υγείας σας από το γιατρό σας;



Αναφορικά με την ύπαρξη ενημέρωσης προκειμένου να αντιμετωπίσουν σωστά το πρόβλημα υγείας τους και να διατηρήσουν την υγεία τους, τα άτομα του δείγματος σε

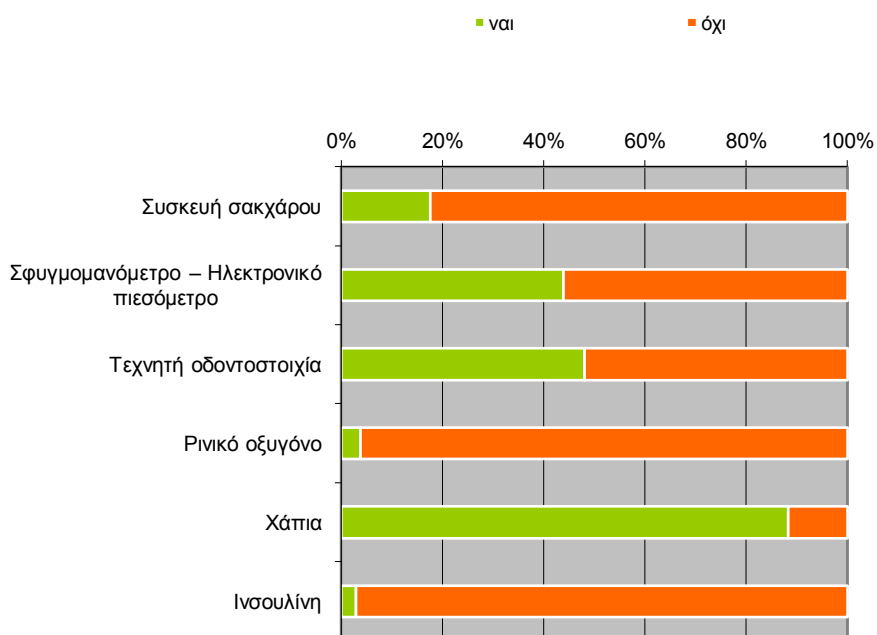
ποσοστό 73,5% εκτιμούν ότι έχουν λάβει επαρκή ενημέρωση από το γιατρό τους.

Το παραπάνω ποσοστό είναι το μεγαλύτερο μεταξύ των απαντήσεων κάτι που σημαίνει ότι τα άτομα αισθάνονται ικανοποιημένα από την πληροφόρηση που έχουν λάβει μέσω του γιατρού τους.

Την επιλογή Δεν γνωρίζω έχει επιλέξει το 20,4% του δείγματος, κάτι που ίσως δηλώνει ενδεχόμενη ανασφάλεια από τη γνώση που έχει λάβει. Τέλος αρνητική απάντηση έχει δοθεί από το 6,1% των ατόμων του δείγματος.

Πίνακας 23: Ποιο από τα παρακάτω χρησιμοποιείτε;	ναι	όχι
Συσκευή σακχάρου	17,5	82,5
Σφυγμομανόμετρο – Ηλεκτρονικό πιεσόμετρο	43,9	56,1
Τεχνητή οδοντοστοιχία	48,0	52,0
Ρινικό οξυγόνο	3,7	96,3
Χάπια	88,3	11,7
Ινσουλίνη	2,9	97,1

Γράφημα 23: Ποιο από τα παρακάτω χρησιμοποιείτε;



Εξετάζοντας τη χρήση συσκευών, σκευασμάτων ή εξοπλισμού αντιμετώπισης ζητημάτων υγείας, η χρήση χαπιών δηλώνεται από πολύ υψηλό ποσοστό ατόμων, το οποίο

ανέρχεται σε 88,3%.

Τα μισά άτομα σχεδόν του δείγματος δηλώνουν ότι έχουν τεχνητή οδοντοστοιχία (48%).

Ακολουθεί η χρήση ηλεκτρονικού πιεσόμετρου με ποσοστό 43,9%.

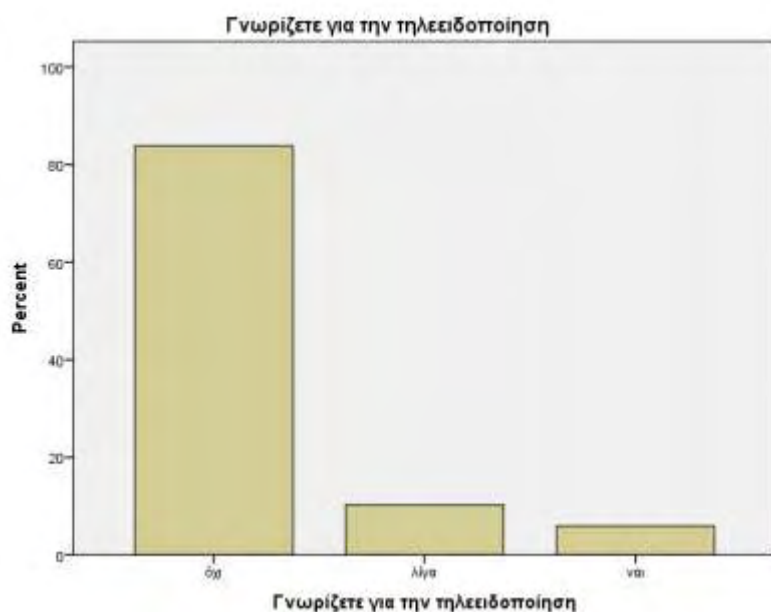
Οι υπόλοιπες επιλογές επιλέγονται με μικρότερα ποσοστά.

Ενότητα 4η: Στάσεις και απόψεις για την Κρατική Μέριμνα και το Σύστημα Υγείας

Πίνακας 24: Γνωρίζετε για την τηλεϊατροποποίηση

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	311	81,0	83,8	83,8
λίγα	38	9,9	10,2	94,1
ναι	22	5,7	5,9	100,0
Σύνολο	371	96,6	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	13	3,4		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 24: Γνώση της τηλεϊατροποποίησης



Μόνο το 5,7% των ατόμων δηλώνουν ότι γνωρίζουν για την τηλεϊατροποποίηση,

ποσοστό το οποίο είναι αρκετά μικρό. Αθροιστικά το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν θετικά κι εκείνων που δήλωσαν ότι έχουν λίγη γνώση, είναι 16,1%, ποσοστό που παραμένει μικρό. Αντίθετα το 83,8% των ατόμων δήλωσαν ότι δε γνωρίζουν κάτι που να αφορά την υπηρεσία της τηλεϊδιοποίησης.

Πίνακας 25: Θεωρείτε πως υπάρχει ευαισθητοποίηση του κρατικού φορέα για τα προβλήματά σας;

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	250	65,1	65,8	65,8
ίσως	98	25,5	25,8	91,6
ναι	32	8,3	8,4	100,0
Σύνολο	380	99,0	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	4	1,0		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 25: Ευαισθητοποίηση του κρατικού φορέα για τα προβλήματα



Αξιολογώντας τον κρατικό φορέα, ως προς την ευαισθητοποίηση για τα προβλήματα των ατόμων, η γενική τάση είναι ότι αυτό δε συμβαίνει, καθώς το 65,8% των ατόμων επέλεξαν την αρνητική απάντηση.

Το 25,8% των ατόμων δήλωσαν την επιλογή Ίσως, ενώ μόνο το 8,4% θεωρεί ότι υπάρχει ευαισθητοποίηση στα ζητήματα – προβλήματα των ατόμων που κάνουν χρήση στις

δομές υποστήριξης.

Πίνακας 26: Νομίζετε πως ο κρατικός φορέας μέσω του ΚΑΠΗ, του Γηροκομείου ή των Κοινωνικών Κέντρων συμβάλλει στην επίλυση των προβλημάτων σας;

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	23	6,0	6,1	6,1
ναι	357	93,0	93,9	100,0
Σύνολο	380	99,0	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	4	1,0		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 26: Επίλυση προβλημάτων από τον κρατικό φορέα μέσω του ΚΑΠΗ, του Γηροκομείου και των Κοινωνικών Κέντρων

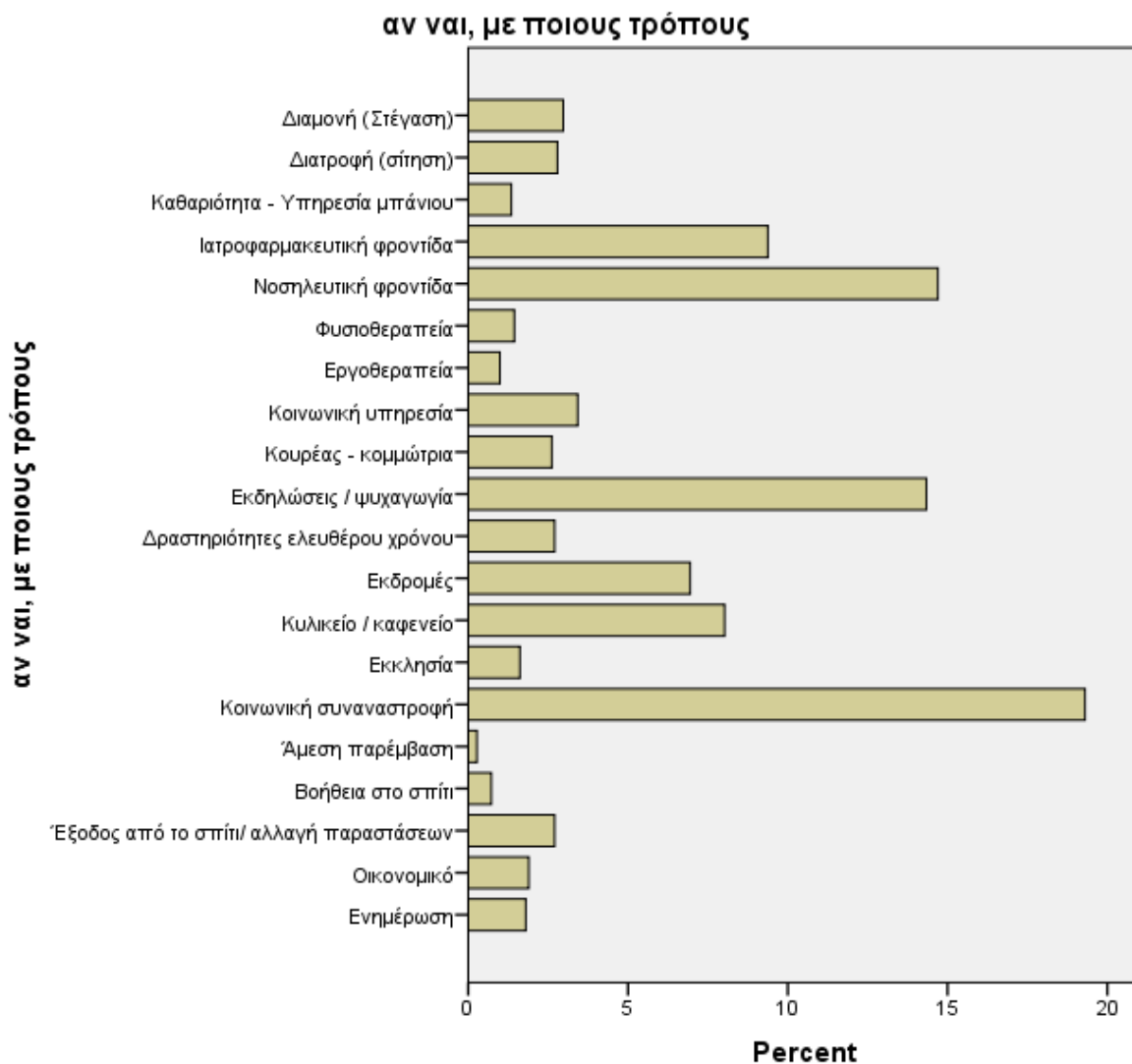


Αντίθετη είναι η τάση που αφορά τη συμβολή του κρατικού φορέα στην επίλυση των προβλημάτων μέσω των δομών. Έτσι, η σχεδόν απόλυτη πλειοψηφία των απαντήσεων, δηλαδή το 93,9% των ατόμων, απάντησαν καταφατικά στη συμβολή του κρατικού φορέα στην επίλυση προβλημάτων ατόμων 3^{ης} ηλικίας μέσω των δομών, ενώ μόνο το 6,1% θεωρεί ότι κάτι τέτοιο δεν επιτυγχάνεται.

Πίνακας 27: Αν ναι, με ποιους τρόπους

Παροχές	Συχνότ.	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Διαμονή (Στέγαση)	33	1,3	3,0	3,0
Διατροφή (σίτιση)	31	1,2	2,8	5,8
Καθαριότητα - Υπηρεσία μπάνιου	15	,6	1,4	7,1
Ιατροφαρμακευτική φροντίδα	104	4,0	9,4	16,5
Νοσηλευτική φροντίδα	163	6,2	14,7	31,2
Φυσιοθεραπεία	16	,6	1,4	32,6
Εργοθεραπεία	11	,4	1,0	33,6
Κοινωνική υπηρεσία	38	1,4	3,4	37,1
Κουρέας - κομμώτρια	29	1,1	2,6	39,7
Εκδηλώσεις / ψυχαγωγία	159	6,1	14,3	54,0
Δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου	30	1,1	2,7	56,7
Εκδρομές	77	2,9	6,9	63,7
Κυλικείο / καφενείο	89	3,4	8,0	71,7
Εκκλησία	18	,7	1,6	73,3
Κοινωνική συναναστροφή	214	8,1	19,3	92,6
Άμεση παρέμβαση	3	,1	,3	92,9
Βοήθεια στο σπίτι	8	,3	,7	93,6
Έξοδος από το σπίτι/ αλλαγή παραστάσεων	30	1,1	2,7	96,3
Οικονομικό	21	,8	1,9	98,2
Ενημέρωση	20	,8	1,8	100,0
Σύνολο	1109	42,2	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	1517	57,8		
Σύνολο	2626	100,0		

Γράφημα 27: Αν ναι, με ποιους τρόπους



Οι τρόποι με τους οποίους επιτυγχάνεται η συμβολή αυτή είναι μέσω:

- της υποστήριξης της κοινωνικής συναναστροφής, συμβολή που δηλώνεται από το 19,3% των ατόμων, ποσοστό που είναι συγκριτικά το υψηλότερο μεταξύ των υπολοίπων και προφανώς καταδεικνύει τη σημαντική αξία που έχει για τα άτομα της τρίτης ηλικίας η ύπαρξη συνθηκών για ανάπτυξη κοινωνικής συναναστροφής.
- της νοσηλευτικής φροντίδας η οποία δηλώνεται από το 14,7% των ατόμων
- των εκδηλώσεων και της ψυχαγωγίας, δράσεις που δηλώθηκαν από το 14,3% και ακολουθούν οι:
 - ιατροφαρμακευτική φροντίδα 9,4%
 - κυλικείο / καφενείο 8%
 - εκδρομές 6,9%

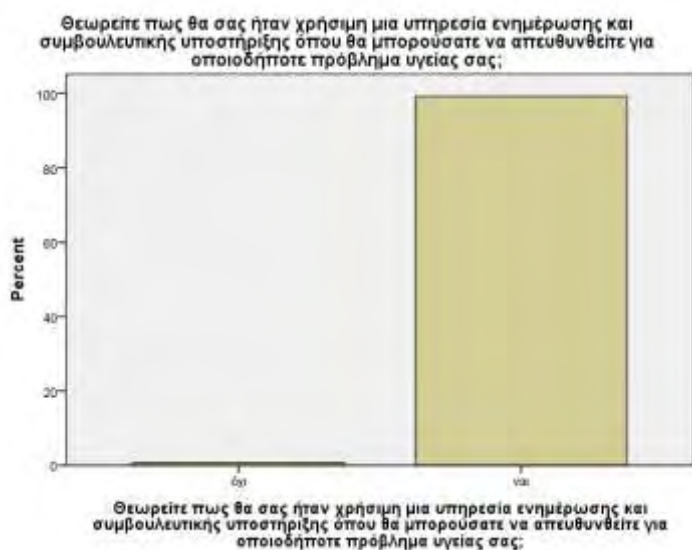
Αν ομαδοποιηθούν οι δράσεις που υποστηρίζουν την κοινωνική επαφή, τότε το ποσοστό εντοπισμού αυτών των δράσεων ως τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας είναι υψηλότερο του 50%.

Όμοια η επιλογή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ως μέσω επίλυσης προβλημάτων των ατόμων έχουν προσδιοριστεί σε αθροιστικό ποσοστό περίπου 25%. Γενικά έχουν προσδιοριστεί, αναγνωριστεί και αναφερθεί περίπου 20 διαφορετικές υπηρεσίες υποστήριξης ατόμων τρίτης ηλικίας, ως τρόποι επίλυσης των προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων από τον κρατικό φορέα μέσω των δομών του Γηροκομείου, του ΚΑΠΗ και των Κοινωνικών Κέντρων.

Πίνακας 28: Θεωρείτε πως θα σας ήταν χρήσιμη μια υπηρεσία ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης όπου θα μπορούσατε να απευθυνθείτε για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας σας;

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	3	,8	,8	,8
ναι	376	97,9	99,2	100,0
Σύνολο	379	98,7	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	5	1,3		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 28: Θεωρείτε πως θα σας ήταν χρήσιμη μια υπηρεσία ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης



Εξετάζοντας την πιθανότητα ανάπτυξης μιας νέας υπηρεσίας ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης, τα άτομα είναι απολύτως θετικά καθώς έχουν δηλώσει καταφατικές απαντήσεις αναφορικά με την χρησιμότητα μιας τέτοιας παροχής σε ποσοστό 99,2%.

Πίνακας 29: Αισθάνεστε ασφάλεια με το υπάρχον Σύστημα Υγείας;

	Συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
όχι	227	59,1	60,9	60,9
ίσως	72	18,8	19,3	80,2
ναι	74	19,3	19,8	100,0
Σύνολο	373	97,1	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	11	2,9		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 29: Αισθάνεστε ασφάλεια με το υπάρχον Σύστημα Υγείας;



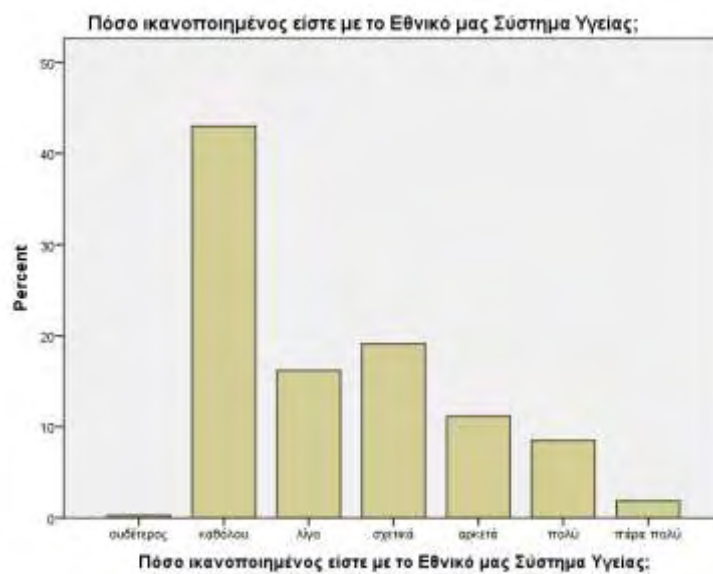
Αξιολογώντας το υπάρχον Σύστημα Υγείας, και ειδικότερα αναφέροντας την ύπαρξη συναισθήματος ασφάλειας από αυτό, η τάση είναι αρκετά αρνητική καθώς **Όχι** δήλωσε το 60,9% των ατόμων του δείγματος και ίσως το 19,8%. Θετικά απάντησε μόνο το 19,8% ποσοστό συγκριτικά μικρό κάτι που προφανώς καταγράφεται ως έλλειψη εμπιστοσύνης των

ατόμων προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας, την κύρια και βασικότερη δομή παροχής υγείας προς όλους τους πολίτες.

Πίνακας 30: Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το Εθνικό μας Σύστημα Υγείας;

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
ουδέτερος	1	,3	,3	,3
καθόλου	162	42,2	43,0	43,2
λίγο	61	15,9	16,2	59,4
σχετικά	72	18,8	19,1	78,5
αρκετά	42	10,9	11,1	89,7
πολύ	32	8,3	8,5	98,1
πάρα πολύ	7	1,8	1,9	100,0
Σύνολο	377	98,2	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	7	1,8		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 30: Ικανοποίηση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας

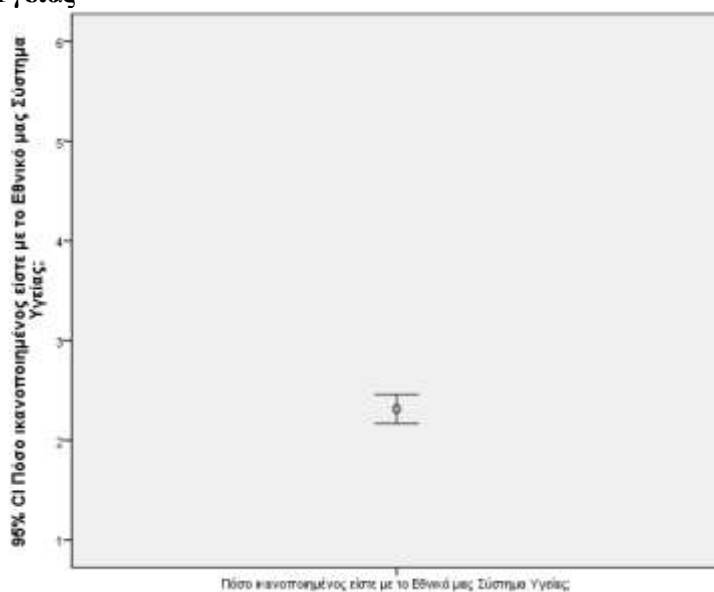


Αξιολογώντας το επίπεδο ικανοποίησης από το ΕΣΥ, το υψηλότερο ποσοστό δηλώνεται στη χαμηλότερη τιμή της ββάθμιας κλίμακας αξιολόγησης. Έτσι το 43% των

ατόμων επέλεξαν την κατηγορία ΚΑΘΟΛΟΥ, ενώ οι κατηγορίες ΚΑΘΟΛΟΥ, Λίγο και Σχετικά, οι οποίες εκπροσωπούν την αρνητική θέση της κλίμακας αξιολόγησης συγκεντρώνουν αθροιστικά το 78,2% των επιλογών.

	N	Min	Max	ΜΟ	ΤΑ
Πίνακας 30.1: Πόσο ικανοποιημένος είστε με το Εθνικό μας Σύστημα Υγείας;					
ικανοποιημένος είστε με το Εθνικό μας Σύστημα Υγείας;	376	1	6	2,31	1,428

Γράφημα 29.1: 95% CI (διάστημα εμπιστοσύνης) Ικανοποίηση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας



Αντιμετωπίζοντας την μεταβλητή ως συνεχή, η μέση τιμή ικανοποίησης στην κλίμακα 1-6 είναι $\mu=2,31$, τιμή σαφώς μικρότερη από την ενδιάμεση τιμή της ββάθμιας κλίμακας που είναι η τιμή 3,5. Έτσι είναι φανερό ότι η αξιολόγηση της ικανοποίησης από το ΕΣΥ είναι πολύ χαμηλή για τα άτομα 3^{ης} ηλικίας.

Συζήτηση

Αυτή η έρευνα διερεύνησε την εξοικείωση των ηλικιωμένων με την τεχνολογία στην καθημερινότητά τους, καθώς και την άποψή τους για το Σύστημα Υγείας και τον κρατικό φορέα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες είναι εκείνοι που σε μεγαλύτερη συχνότητα κάνουν χρήση των κοινωνικών δομών και κυρίως των ΚΑΠΗ. Αυτό συμβαίνει διότι οι γυναίκες και κατά τα συντάξιμα χρόνια εξακολουθούν να απασχολούνται με τις οικιακές εργασίες. Πιθανό να μην είχε γίνει μία εκ των προτέρων ενημέρωση στα εγγεγραμμένα μέλη για τη μέρα διεξαγωγή της έρευνας στο κάθε Κ.Α.Π.Η. με αποτέλεσμα να είναι μεγαλύτερη η παρουσία των αντρών. Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα Κ.Α.Π.Η του Νομού Ηρακλείου το 2008 οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν μέρες κατά τις οποίες έγιναν ομιλίες, όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας είχαν ενημερωθεί τηλεφωνικά και η προσέλευση των μελών ήταν μεγαλύτερη από τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας, με αποτέλεσμα το ποσοστό των δύο φύλων να είναι 57,9% άντρες και 42,1% γυναίκες δηλαδή υπερέιχαν πάλι οι άνδρες.²⁰

Επίσης, καθίσταται σαφές γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων στο εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάζει υψηλό ποσοστό στη βασική εκπαίδευση (δημοτικό), αφού οι περισσότεροι γεννήθηκαν από τη δεκαετία του 20 και μετά. Η Ελλάδα πέρασε δύσκολα χρόνια με πολέμους και κακουχίες. Αυτό δικαιολογεί και γιατί παρουσιάζει υψηλό ποσοστό η απασχόληση στον πρωτογενή τομέα όπου η απόκτηση αγαθών γίνεται μέσω της φύσης και της κτηνοτροφίας. Εξάλλου, οι περιοχές όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα είναι γεωργικές. Αντίστοιχα στην έρευνα των Κ.Α.Π.Η. στο Δήμο Ηρακλείου και εκεί οι ηλικιωμένοι σε μεγάλο ποσοστό είχαν τελειώσει τη βασική εκπαίδευση σε ποσοστό 52,9%.²⁰

Πολύ σημαντικά είναι τα ευρήματα σχετικά με το ποσοστό των ηλικιωμένων που κάνουν χρήση των οικιακών ηλεκτρονικών συσκευών. Μεγάλο ενδιαφέρον δείχνει το ότι ο γυναικείος πληθυσμός χρησιμοποιεί όλες τις οικιακές συσκευές έναντι των αντρών που κάνουν χρήση κυρίως της τηλεόρασης. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι άντρες γεννήθηκαν σε μία εποχή όπου επικρατούσε η άποψη ότι οι γυναίκες έπρεπε να κάνουν τις οικιακές δουλειές. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν και από τη Στατιστική Υπηρεσία της Φιλανδίας.³

Είναι εντυπωσιακό ότι σήμερα ένα μεγάλο ποσοστό δεν κάνει χρήση του Η/Υ και του ΑΤΜ. Αυτό γιατί, δυστυχώς στην Ελλάδα αν και όλα πλέον γίνονται μέσω υπολογιστή, δεν υπάρχει η κρατική μέριμνα για να εκπαιδεύσει τους ηλικιωμένους να μάθουν τη χρήση του. Επίσης, υπάρχει ανασφάλεια και φόβος ότι κατά τη λήψη χρημάτων από ΑΤΜ μπορεί να πέσουν θύματα κλοπής και οι οδηγίες στα μηχανήματα είναι με μικρά, δυσανάγνωστα γράμματα. Εδώ ας σημειωθεί ότι μόλις το 55,1% κάνει χρήση του κινητού τηλεφώνου. Στην έρευνα του Αρσένου et al., (2007) το ήμισυ των του δείγματος (n=97 → 48%) δήλωσε ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει ποτέ τραπεζικές υπηρεσίες μέσω ΑΤΜ.¹¹ Επίσης, σε έρευνα του

Goodman et al. (2003) για τη χρήση του Η/Υ από άτομα ηλικίας 50 και άνω, καταγράφηκαν μικρά ποσοστά στην ηλικιακή ομάδα 75-84 και ακόμη μικρότερα στην ηλικία 85 και πάνω (ποσοστό κάτω του 50%).⁵⁰ Στο άρθρο του Wanger et al. (2010), το οποίο μελετά άρθρα που έχουν ασχοληθεί με το θέμα της χρήσης υπολογιστή από τους ηλικιωμένους, διαπιστώνεται ότι υπάρχει μία αυξητική τάση από το 1990 έως το 2008.⁸⁷

Όμως μεγάλο είναι και το ποσοστό της χρήσης του κινητού τηλεφώνου στις βασικές του λειτουργίες, το οποίο χρησιμοποιείται κυρίως ως μέσω επικοινωνίας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση σε μια μελέτη το 2008 οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι χρήση κινητού τηλεφώνου κάνει το 62% των ηλικιωμένων ηλικίας 65-74 ετών.⁸⁴

Στη βάση δεδομένων MOBILATE 2000 τα αποτελέσματα σε 5 χώρες έδειξαν ότι στην Ουγγαρία, η χρήση της νέας τεχνολογίας υστερεί περισσότερο: μόνο το 16% του δείγματος χρησιμοποιεί τουλάχιστον μία από τις νέες τεχνολογίες. Χρησιμοποιούν το Μηχάνημα Ανάλυσης Χρημάτων (ATM), για να πάρουν χρήματα σε μετρητά και την πιστωτική κάρτα για πληρωμές σε καταστήματα. Στην ίδια χώρα, το 61% χρησιμοποιεί πιστωτική κάρτα. Η Φινλανδία έχει το υψηλότερο ποσοστό (83% του δείγματος των ηλικιωμένων) χρήσης της τεχνολογίας (μηχάνημα αυτόματου εισιτηρίου, ATM, και κινητά τηλέφωνα). Σε γενικές γραμμές, το ATM είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, εκτός από την Ουγγαρία και την Ιταλία. Η περιήγηση στο Internet και telebanking είναι λιγότερο συχνές. Οι λόγοι που οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν ελάχιστα την τεχνολογία είναι πιθανά οι ίδιοι με αυτούς που έχουν αναφερθεί παραπάνω.¹²

Γίνεται σαφές από την πλειοψηφία των ερωτώμενων ότι η τεχνολογία έχει διευκολύνει τη ζωή τους, αν και λόγω της κρίσης πολλοί ισχυρίστηκαν ότι θα βγάλουν το ψυγείο από την πρίζα, αφού το τιμολόγιο της ΔΕΗ έχει πάρει φωτιά.

Λόγω της ηλικίας και της μορφωτικής τους κατάστασης πολλοί είναι εκείνοι που ενημερώνονται μέσω της τηλεόρασης, της κοινωνικής συναναστροφής και του έντυπου τύπου. Το χαμηλότερο ποσοστό όπως είναι αναμενόμενο συγκεντρώνει το διαδίκτυο και αυτό οφείλεται στη μη εξοικείωση των ηλικιωμένων με την τεχνολογία. Ενώ σε αντίστοιχη έρευνα της Ρούπα et al., (2007), ανάμεσα στα μέσα ενημέρωσης κατατάσσεται και το διαδίκτυο σε ικανοποιητικό ποσοστό.⁵ Αυτό μπορεί να εξηγείται από τη διαφορά του δείγματος ως προς την περιοχή που δεν ήταν αγροτική, το μορφωτικό επίπεδο, κ.α. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα της Λαζαρίδου et al. (2008) όπου η επαγγελματική ενασχόληση με τη γη αγγίζει το ποσοστό του 24,3% σε δείγμα 140 ατόμων.²⁰ Μεγάλο επίσης ήταν και το ποσοστό που βρήκαν ο Γιουβανάκης et al. (2007) σε δείγμα 160 ηλικιωμένων των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ηρακλείου που ανέρχεται στο 23,8%.²²

Σχετικά με την αξιολόγηση της υγείας, διαπιστώθηκε ότι η γενική κατάσταση της υγείας είναι σε πολύ καλό επίπεδο και αυτό οφείλεται στην εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και την ανάπτυξη των ιατροφαρμακευτικών παροχών που έχουν οδηγήσει σε βελτίωση της

ποιότητας της υγείας και κατ' επέκταση στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Επίσης, πολλοί ισχυρίστηκαν ότι έχουν λάβει επαρκή ενημέρωση για τη σωστή αντιμετώπιση- διατήρηση της υγείας. Αυτό διαπιστώνεται και από την έρευνα του Λαζαρίδου et al., (2008). Συγκεκριμένα, το 42, 1% αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του ως καλή, και το 47,9% μέτρια.²⁰ Σε παρόμοια έρευνα έναν χρόνο πριν από τον Γιουβανάκης et al. το 43,1% των ερωτηθέντων απάντησαν πως σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας τους θεωρούν ότι η υγεία τους είναι καλή, ενώ το 42,5% απάντησε πως θεωρεί την υγεία του μέτρια.²²

Όσον αφορά τις χρόνιες παθήσεις μεγάλο ποσοστό καταλαμβάνουν οι καρδιακές παθήσεις και ο σακχαρώδης διαβήτης. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. η εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς τα τελευταία χρόνια. Στην Ελλάδα το έτος 1995 υπήρχαν 857.000 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, ενώ το έτος 2025 ο αριθμός αυτός θα πλησιάσει το 1.100.000 άτομα. Η διεθνής εμπειρία από την εφαρμογή υπηρεσιών για «κατ' οίκον διαχείριση του διαβήτη (Home ehealth Diabetes Management)» έχει αποδειχθεί ότι λειτουργούν ευεργετικά στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της ασθένειας από τους ίδιους τους ασθενείς και ότι αυξάνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας.⁸⁹

Σχετικά με τις καρδιακές παθήσεις, στις Ηνωμένες Πολιτείες σύμφωνα με στοιχεία του American Heart Association του 2001, 5.000.000 ασθενείς πάσχουν. Στην Ευρώπη, με βάση τα στοιχεία του 2001 από το European Society Of Cardiology, σχεδόν 10.000.000 ασθενείς πάσχουν από καρδιακές παθήσεις. Το κόστος διαχείρισης των προβλημάτων είναι πολύ μεγάλο. Διεθνώς υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία για την τηλεδιαχείριση των ασθενών αυτών, με σημαντικά οφέλη ως προς την αύξηση και τη μείωση κόστους.⁸⁹

Από την παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ακόμη μια φορά ότι γίνεται μεγάλη χρήση των φαρμάκων, γεγονός που δείχνει ότι η Ελλάδα είναι πρωταθλήτρια στη συνταγογράφηση. Οι ηλικιωμένοι νιώθουν ασφαλείς όταν καταναλώνουν χάπια για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της υγείας τους.

Από την Ομοσπονδία Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας στην Ελλάδα, διαπιστώθηκε ότι χωρίς να αυξηθεί η νοσηρότητα και η αύξηση του πληθυσμού στο διάστημα 1995-2003, αυξήθηκε η συνταγογράφηση για ηρεμιστικά 39%, αντικαταθλιπτικά 500%, αντιβιοτικά 45% και αναλγητικά 82%. Η αύξηση αυτή αποδεικνύει συνταγογράφηση εκτός ιατρικών αναγκαιοτήτων σε βάρος των ασφαλισμένων. Σε έρευνα 349 οικογενειών με 1.037 άτομα, βρέθηκαν 3.646 συσκευασίες φαρμάκων εκ των οποίων το 35% ήταν μόνο σε χρήση, το 47% δεν χρησιμοποιείτο και το 13% χρησιμοποιείτο περιστασιακά.⁷⁹ Ακόμα, σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο λεκανοπέδιο της Αττικής το 2010, διαπιστώθηκε ότι το 79,08% των ερωτηθέντων δαπανά έως 50.000 ευρώ μηνιαία για την αγορά φαρμάκων.⁸⁰ Το ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών που χρειάζονται νοσηλεία εξ

αιτίας παθήσεων που σχετίζονται με τη λήψη φαρμάκων έχει περιγραφεί ότι φθάνει το 11,6% των εισαγωγών σε διεθνείς μελέτες.⁸¹

Αξιοσημείωτη είναι η στάση και η άποψη που επικρατεί σχετικά με την κρατική μέριμνα και το Σύστημα Υγείας. Δυστυχώς λίγοι είναι εκείνοι που γνωρίζουν τι είναι τηλεϊεδοποίηση και αυτό δείχνει για μια ακόμη φορά το μεγάλο κενό του κράτους σε θέματα υγείας. Σε μία πιλοτική έρευνα στη Δυτική Lothian της Σκωτίας το 2009 διαπιστώθηκε ότι χάρη στην τηλεφροντίδα - τηλεϊεδοποίηση η διάρκεια διαμονής του ηλικιωμένου στο σπίτι του αυξήθηκε.⁸⁵ Σε παρόμοια μελέτη 100 ατόμων (Wanless Social Care Review, 2006), η παραμονή στο νοσοκομείο μειώθηκε σε μέρες.⁸⁶ Ο Cullen et al. (1992) σ' ένα άρθρο τους σχετικά με το ρόλο που παίζει η τεχνολογία στην ανεξαρτητοποίηση των ηλικιωμένων, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα της ζωής τους θα μπορούσε να βελτιωθεί με την χρήση των τεχνολογικών καινοτομιών.⁸⁸

Εξαιτίας της σημερινής κατάστασης, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος απάντησε ότι δεν υπάρχει ευαισθητοποίηση από τον κρατικό φορέα για τα προβλήματα και τις ανάγκες τους. Βέβαια αυτό έρχεται σε αντίθεση με το μεγάλο ποσοστό που παρουσιάζει η απάντηση ότι, το κράτος συμβάλει στην επίλυση των προβλημάτων μέσω της δημιουργίας των δομών, άσχετα αν έχει μειωθεί η ποιότητα των παροχών τους με συνέπεια την υπολειτουργία τους. Οι ηλικιωμένοι δεν έχουν την κατάλληλη ενημέρωση για το πώς λειτουργούν οι δομές ώστε να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους.

Σχετικά με το γενικό Σύστημα Υγείας σήμερα θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη μιας υπηρεσίας ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης γιατί θεωρούν ότι ταλαιπωρούνται από τον κατακερματισμό της υγείας (δύσκολη πρόσβαση, αλλαγή γιατρού κ.λπ.). Η σημερινή κατάσταση τους έχει απογοητεύσει και αυτό φαίνεται από τα μεγάλα ποσοστά που έχουν δηλώσει ότι δε νιώθουν ασφάλεια και δεν είναι ικανοποιημένοι από το υπάρχον Σύστημα Υγείας (μείωση σύνταξης, αύξηση ποσοστού συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων, στις εξετάσεις κ.λπ.). Οι βασικές λειτουργίες και προτεραιότητες για τη Δημόσια Υγεία σύμφωνα με τη νομοθεσία, συνίστανται ιδίως στην προστασία και προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη ασθενειών, στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, στην προάσπιση των αναγκών υγείας διάφορων ομάδων πληθυσμού. Η εθνική στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία αποβλέπει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ποιότητας ζωής του πληθυσμού.⁹⁰ Όμως μεγάλο ποσοστό της έρευνας απάντησε ότι δεν είναι ικανοποιημένο από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η ποιότητα των παροχών έχει μειωθεί (μη πρόσβαση, έλλειψη υλικού, δεν υπάρχουν διαθέσιμα ραντεβού κ.λπ.). Δυστυχώς, είναι μια ζοφερή πραγματικότητα της σημερινής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα και έχει οδηγήσει πολλούς στην εξαθλίωση.

Σε μία μελέτη του Howard et al., (2008), αναφέρεται ότι οι εισαγωγές σε νοσοκομεία που σχετίζονται και με τη λήψη φαρμάκων υποδηλώνουν προβλήματα σε διάφορα στάδια, τα οποία περιλαμβάνουν τη σχέση ιατρού-ασθενούς, τη συνταγογράφηση, τη χορήγηση

φαρμάκων από τους φαρμακοποιούς, τη συχνότητα επανελέγχου του ασθενούς και, τέλος, τη συμπεριφορά του ασθενούς στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Η κύρια αιτία όλων αυτών των προβλημάτων φαίνεται να εστιάζεται στην ελλιπή ενημέρωση των ασθενών από τους ιατρούς και την αποτυχία της ενεργοποίησής τους στη φροντίδα της υγείας τους. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η έλλειψη ουσιαστικής διασύνδεσης μεταξύ της πρωτοβάθμιας και των λοιπών βαθμίδων φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, σε συνδυασμό με την απουσία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.^{82,83}

Στην ερώτηση αν υπάρχει κάτι το οποίο επιθυμούν ν' αλλάξουν, οι απόψεις ήταν οι ίδιες. Επικράτησε η άποψη ότι πρέπει να αλλάξει όλο το πολιτικό σύστημα. Θεωρούν σημαντικό τόσο το κράτος, όσο και οι συμπολίτες να δείχνουν σεβασμό, κατανόηση, αξιοπρέπεια, ανθρωπιά και ευαισθησία στην Τρίτη Ηλικία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνουν στην προσβασιμότητα όσον αφορά την υγεία και το πόσο σημαντικό είναι να συμπεριφέρονται οι γιατροί στους ηλικιωμένους ανθρώπινα και χωρίς οικονομικά κριτήρια.

Συμπεράσματα-προτάσεις

Από τ' αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, καθώς και τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, είναι προφανές ότι η χρήση των νέων τεχνολογιών από τον ηλικιωμένο πληθυσμό σημαντικά συμβάλλει σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής βελτιώνοντας τις παραμέτρους της καθημερινής ζωής. Έχουν γίνει αξιολογες προσπάθειες για τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, να ζήσουν μία αξιοπρεπή ζωή με τη δημιουργία δομών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας. Δυστυχώς όμως πολλές δομές στη σημερινή εποχή είτε υπολειτουργούν, είτε σταματούν τη λειτουργία τους (Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» κλπ).

Επίσης, διαπιστώνεται πόσο σημαντικό είναι να εκπαιδευτούν οι ηλικιωμένοι στη χρήση της τεχνολογίας, αφού η σημερινή ζωή απαιτεί τη χρήση της. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω ειδικών σχεδιασμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ορθολογική χρήση του Η/Υ και έξυπνων συσκευών. Σ' αυτό θα βοηθήσουν οι δομές που ήδη εξυπηρετούν τους ηλικιωμένους με το να εξοπλιστούν με εξειδικευμένο προσωπικό και κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή.

Ακόμη και οι νεότεροι μπορούν να εκπαιδεύσουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους εφόσον το κράτος τους προμηθεύσει με κατάλληλα προγράμματα και εργαλεία. Οι ηλικιωμένοι θα μπορέσουν να νιώθουν επαρκείς και κοντά στη νεολαία και δεν θα υπάρχει τόσο μεγάλο χάσμα μεταξύ τους.

Μια κοινώς διαδεδομένη άποψη είναι ότι η αγορά δεν επενδύει αρκετά σε καινοτομίες για τους ηλικιωμένους χρήστες. Και αν στην αγορά προωθούνται προϊόντα (βλ. παράρτημα 3) δεν υπάρχει η αντίστοιχη ενημέρωση. Κατά την περιήγηση στο διαδίκτυο,

πληθώρα βοηθητικών και αξιόλογων προϊόντων έχουν αναρτηθεί σε διάφορα sites. Στην τηλεόραση δυστυχώς κανένα δε διαφημίζεται. Η τηλεόραση είναι μία συσκευή που υπάρχει σε όλα τα σπίτια και αποτελεί ακόμη και σήμερα την κύρια πηγή ενημέρωσης. Θα μπορούσαν οι κατασκευαστές να την εκμεταλλευτούν. Σημαντικό, λοιπόν, είναι και η προώθηση τεχνολογικών συσκευών κατάλληλων για τους ηλικιωμένους μέσω της διαφήμισης και του έντυπου υλικού.

Ακόμη πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα κατάλληλων σχεδιασμένων συσκευών που θα διευκολύνουν τη ζωή των ηλικιωμένων με ενσωματωμένα πληκτρολόγια, οθόνες αφής, μεγάλα πλήκτρα, δυνατότητα φωνητικών εντολών, με στόχο ο ηλικιωμένος να νιώθει αυτόνομος και να μην επιτείνεται η αίσθηση απογοήτευσης όταν δεν μπορούν να τα χειριστούν. Σκοπός είναι να διευκολύνεται η ζωή τους και να μην γίνεται ακόμη πιο δύσκολη και πολύπλοκη. Οι πληροφορίες μπορούν να οργανωθούν σύμφωνα με τις προηγούμενες γνώσεις με τη βοήθεια εικόνων ή άλλων συμβολικών παραστάσεων, οι οποίες μπορούν να τις μεταφέρουν με απλό και κατανοητό τρόπο

Η κοινωνία, στο σύνολό της, πρέπει να στοχεύει στην καλλιέργεια, ανάπτυξη και διατήρηση ενός κλίματος αυτοεκτίμησης και σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Το κράτος, από την άλλη, οφείλει να στοχεύει στην αποτελεσματικότητα της υγείας, στην παροχή αξιοπρεπών οικονομικών πόρων, στην χάραξη προνοιακής πολιτικής, στην ικανοποιητική λειτουργία των πρωτοβάθμιων δομών φροντίδας χωρίς έκπτωση των πόρων και παροχών τους και σε νέα κίνητρα για την ενεργοποίηση των ηλικιωμένων.



1. Adler RP Older adults and computers: Report of a national survey. 1996. Ημερομηνία πρόσβασης στις 23/04/2013 από:
<http://www.seniornet.org/php/default.php?PageID=5476&Version=0&Font=0>
2. Rogers W, Mayhorn BC, Fisk DA, Technology in everyday life of older adults, New York: Springer Publishing Company. 2004:4 στο βιβλίο των Burdick DC, Kwon S. Gerotechnology: Research and Practice in Technology and Aging. New York: Springer Publishing Company. 2004
Ημερομηνία πρόσβασης στις 27/04/2013 από:
http://www.google.gr/books?hl=el&lr=&id=tJbUoa0HGg0C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Burdick+D.C.,+Kwon+S.+Gerotechnology:+Research+and+Practice+in+Technology+and+Aging.+2004,+New+York:+Springer+Publishing+Company&ots=KcwmHSOstt&sig=dd20In52N6H1k0OIbbs7xM7IZ14&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
3. Ofcom: Media Literacy Audit: Report on media literacy amongst older people. Ofcom's Media Literacy Publications and Research, March 2006.
http://www.ofcom.org.uk/advice/media_literacy/medlitpub/medlitpubrss/older/older.pdf στο άρθρο του Kurniawan S. An Exploratory Study of How Older Women Use Mobile Phones School of Informatics. The University of Manchester. 2006.
Ημερομηνία πρόσβαση στις 23/04/2013 από:
http://link.springer.com/chapter/10.1007/11853565_7#page-1
4. Mann CW, Ottenbacher JK, et al. Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly. A Randomized Controlled Trial. American Medical Association. 1999; 8: 210-217
5. Roupa Z, Nikas M, Gerasimou E, et al. The use of technology by the elderly. Health Science Journal 2010, Vol. 4, ISSUE 2 pp:118-126. Ημερομηνία πρόσβασης στις 07/05/2013 από: <http://www.hsj.gr/volume4/issue2/428.pdf>
6. Αναπηρία Τώρα, Μη κερδοσκοπική Υποστηρικτική Εταιρεία, αρχισυνταξία Ευαγγελινού Α., Ειδήσεις Ανεξάρτητη Διαβίωση, Διαδίκτυο, Τεχνολογία και Ιδρύματα, περιοδικό Αυτονομία – Αναπηρία ΤΩΡΑ 2006, τ.43 Ημερομηνία πρόσβασης στις 12/04/2013 από: <http://www.disabled.gr/lib/?p=7843>

7. "ICT4T": Κατευθυντήριες γραμμές για την εκπαίδευση των ηλικιωμένων ατόμων σε νέες τεχνολογίες. χ.χ. Ημερομηνία πρόσβασης στις 15/04/2013 από: www.anchorhells.org
8. Klerk M de. Rapportage ouderen 2001, veranderingen in de leefsituatie (Report of older people 2001, Changes in life situation). The Hague: SCP 2001.
9. Gamberini L, Alcaniz M, Barresi G, Fabregat M, Ibanez F, Prontu L. Cognition, technology and games for the elderly: An introduction to ELDERGAMES Project. PsychNology Journal 2006, Vol. 4, Number 3: 285-308. Ημερομηνία πρόσβασης στις 23/12/2012 από: [http://www.psychology.org/File/PNJ4\(3\)/PSYCHOLOGY_JOURNAL_4_3_GAMBERINI.pdf](http://www.psychology.org/File/PNJ4(3)/PSYCHOLOGY_JOURNAL_4_3_GAMBERINI.pdf)
10. Lekeu F, Wojtasik V, Linden Van Der M, Salmon E. Training early Alzheimer patients to use a mobile phone. Acta neurol. belg. 2002, 102: 114-121. Ημερομηνία πρόσβασης στις 15/12/2012 από: <http://www.actaneurologica.be/acta/download/2002-3/03-lekeu-salmon.pdf>
11. Arsenos P, Sapountzi-Krepia D, Roupa Z, Zafiri V, Nikas M, Darivakis S, Krepia V, Aspects of money management in elderly populations: views of members of open care for the elderly centres on the use automatic cash mashines (acms) of the banks. Health Science Journal, 1 January - March 2007, p.p.: 1-12. Ημερομηνία πρόσβασης στις 10/12/2013 από: http://www.hsj.gr/volume1/issue1/issue1_original_papers1.pdf
12. Tacken M, Marcellini F, Mollenkopf H, Ruoppila I, Széman Z. Use and acceptance of new technology by older people. Findings of the International MOBILATE survey: 'Enhancing mobility in later life'. Gerontechnology 2005, 3(3): 126-137. Πρόσβαση από 29/11/2012 από: <http://www.gerontechnology.info/index.php/journal/article/view/gt.2005.03.03.002.0/343>
13. Fernández-Ardèvol M. Interactions with and through mobile phones: what about the elderly population? ECREA Conference 2010. 3rd European Communication Conference Hamburg, 12-15 October 2010. Πρόσβαση από 07/01/2013 από: <http://wi.hexagram.ca/?p=66>

14. Σιμόν ντε Μπωβουάρ. Τα γηρατειά «Είναι οι γέροι ανθρώπινα πλάσματα». Γλάρος: Αθήνα: 1970.
15. WHO (1983) Vienna International Plan of action on aging. World Health assembly on aging. United Nations, New York, στη διπλωματική εργασία των Πλέντη Ε, Βαλάχα Α. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης 2007: 9
16. Ερωτόκριτου Α. 1995 Η ψυχολογία και η σεξουαλικότητα της γ' ηλικίας. Λευκωσία. Εκδ.: Intercollege, στο βιβλίο της Μουζούρου ΜΜ. Διαφορές του φύλου στην επιβάρυνση από τη φροντίδα συζύγων με άνοια, χ.ε. 2005: 4.
17. Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982 στο Δαρδαβέσης Θ. Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στα θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Ελληνική Εθνική Εταιρεία Γήρατος, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999: 33
18. Δαρδαβέσης Θ. Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στα θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Ελληνική Εθνική Εταιρεία Γήρατος, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1999: 34 Ημερομηνία πρόσβασης στις 05/03/2013 από: http://books.eudoxus.gr/publishers/ID_0273/EG-0015-ABS.pdf
19. Σπαντιδέας Σ. Σωματική δραστηριότητα και διατροφικές συνήθειες σε σχέση με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου στην Τρίτη ηλικία. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας Διατροφής, Αθήνα, Φεβρουάριος 2010: 6, 10-15. Ημερομηνία πρόσβασης στις 23/05/2013 από: <http://estia.hua.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/1041/1/spantideas.pdf>
20. Λαζαρίδου Β, Μαριδάκη Μ, Μουσικάκη Β. Άτομα Τρίτης Ηλικίας: Άτομα ενεργά ή άτομα σε αδράνεια. Έρευνα στα Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ηρακλείου. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα: Κοινωνικής εργασίας, Ηράκλειο 2008: 3-6, 12-15, 18, 26-31, 42, 44, 47, 49-50. Ημερομηνία πρόσβασης στις 14/05/2013 από: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2008/LazaridouVasiliki,MaridakiMaria,MousikakiVasiliki/attached-document-1279530351-488182-26827/Lazaridou2008.pdf>

21. Πλέντης Ε, Βαλαχά Α. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη 2007: 9, 24-25, 26-29, 45. Ημερομηνία πρόσβασης στις 10/06/2013 από:
http://195.251.240.254:8080/bitstream/handle/10184/408/ple_bal.pdf?sequence=1
22. Γιουβανάκης Γ, Σαχπάζογλου Α. 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. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, 2007:13-14, 17-19, 21-22, 63-64. Ημερομηνία πρόσβασης στις 24/05/2013 από:
http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/ker/2007/GiouvanakisGeorgios.SachpazoglouAthina/attached-document/ptuxiakh_ergasia_Giouvanakhs_Sachpazoglou.pdf
23. Έμκε-Πουλοπούλου Η. Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον 1999: 441. Αθήνα: Έλλην, στην πτυχιακή των Λαζαρίδου Β, Μαρδάκη Μ, Μουσικάκη Β, Άτομα Τρίτης Ηλικίας: Άτομα ενεργά ή σε αδράνεια. Έρευνα στα Κ.Α.Π.Η. Δήμου Ηρακλείου. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας 2008:6-7. Ημερομηνία πρόσβασης στις 03/06/2013 από:
<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/ker/2008/LazaridouVasiliki,MaridakiMaria,MousikakiVasiliki/attached-document-1279530351-488182-26827/Lazaridou2008.pdf>
24. Ελ. Στατ. Απογραφές Μόνιμο Πληθυσμού 2019, 2011. Ημερομηνία πρόσβασης στις 07/05/2013 από:
<http://www.statistics.gr/>
25. Παπαδάκης Μ, Κογεβίνας Μ, Τριχόπουλος Δ. Ο πληθυσμός της Ελλάδος. Θεωρήσεις – Προοπτικές – Προσανατολισμοί. Αθήνα 2010, σελ.13. Ημερομηνία πρόσβασης στις 17/12/2012 από:
http://www.nsph.gr/files/017_Grammateia/02_Ekpaideysi/FORUM/Report%20to%20Parliament.pdf
26. Kofi A. «Προς μια κοινωνία για όλες τις ηλικίες. Διεθνές έτος για την Τρίτη Ηλικία», εισήγηση του ΟΗΕ 1998. Ημερομηνία πρόσβασης στις 19/12/2012 από:
http://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26033&catid=19:-----sg-messages&Itemid=26

27. Τσιώλη Ζ. Ιδιαιτερότητες προσαρμογής του γήρατος στην σημερινή κοινωνία από ανθρωπολογική άποψη στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.), Γήρανση και Κοινωνία: πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε. Αθήνα: Ε.Κ.Κ.Ε 1999, στη πτυχιακή Πλέντη Ε, Βαλαχά Α, Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη 2007: 15
28. Παναγιώτου Σ, Χριστοφόρου Ζ. Πλαίσια κλειστής περίθαλψης στο Νομό Ηρακλείου, Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σ.Ε.Υ.Π., τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, 2004: 9-12 Ημερομηνία πρόσβασης στις 19/12/2012 από:
<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/ker/2004/PanagiotouStauroula.ChristoforouZ.afiroula/attached-document/2004Panagiotou.pdf>
29. Καραμάνου Ε, Στάλα Κ. Διατροφική κατάσταση ατόμων Τρίτης Ηλικίας και συσχέτιση της με τα επίπεδα μοναχικότητας των υπερηλίκων - Nutritional condition of older people related to their level of loneliness. Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Σητεία 2008: 22-28. Ημερομηνία πρόσβασης στις 02/01/2013 από:
http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/dd/2008/KaramanoyEyfrosini,StalaKalliopi/attached-document/KARAMANOYSTALA_2008.pdf
30. Cohen RM. The Death of an Adult Child, Acute Grief, and a Closure to Parenting. In Margolis, O.S., Kutscher, A.H. , Marcus, E.R. Raether, H.C., Pine, v.R., Seeland, I.B., & Cherico, D.J., (eds). Grief And the Loss of an Adult Child. New York: Praeger 1988, στη πτυχιακή Πλέντη Ε, Βαλαχά Α. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη 2007: 53. Ημερομηνία πρόσβασης στις 19/02/2013 από:
http://195.251.240.254:8080/bitstream/handle/10184/408/ple_bal.pdf?sequence=1
31. Dugan E, Kivett VR. The Importance of Emotional and Social Isolation 10 Loneliness Among very Old Rural Adults. The Gerontologist 1994, 3A. 3. 340-346.n, στη πτυχιακή Πλέντη Ε, Βαλαχά Α. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη 2007: 44

32. Ίδρυμα Προώθησης Ερευνών, Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών RUBSI Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, Παγκύπρια Ομοσπονδία Συνδέσμων Ευημερίας Ηλικιωμένων. Έρευνα: Τα κοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας στην Κύπρο, Κωδ. ΠΠΕ: ΚΟΙΝΩ/0506/11, χ.χ.: 3,4,6. Ημερομηνία πρόσβασης στις 20/02/2013 από:
[www.rubsi.org/ assets/download.asp?file=12](http://www.rubsi.org/assets/download.asp?file=12)
33. Sullivan MD, Maintaining good moral in old age. In: Successful Aging. West J. Med. 1997, 167: 276-284. Ημερομηνία πρόσβασης στις 20/02/2013 από:
<http://europepmc.org/articles/PMC1304544/pdf/westjmed00338-0084.pdf>
34. Congressional report on PL. The Technology – Related Assistance for Individuals with Disabilities Act, Washington, DC: US. Government Printing Office 1998, στη διπλωματική εργασία της Πασχαλίδου Μυρτώ-Ευαγγελία, Χρήση μεθόδων εναλλακτικής επικοινωνίας και αξιοποίηση της υποστηρικτικής τεχνολογίας σε άτομα/παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και αναπηρίες – μια πιλοτική έρευνα, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Θεσσαλονίκη 2009, σελ.25. Ημερομηνία πρόσβασης στις 20/04/2013 από:
<http://dspace.lib.uom.gr/dspace/bitstream/2159/15709/3/PaschalidouMyrtoEuangeliaMsc2013.pdf>
35. Αναπηρία Τώρα. Μη Κερδοσκοπική Υποστηρικτική Εταιρεία. 1^η Ιουλίου 2011 www.disabled.gr στη διπλωματική εργασία της Μέσσιου Γ. Αλεξίου. Επισκόπηση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών που στοχεύουν στην παράταση της Ανεξάρτητης Διαβίωσης των Ηλικιωμένων, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Τομέας Μετάδοσης Πληροφορίας και Τεχνολογίας Υλικών. Αθήνα, Ιούλιος 2011, σελ. 16. Ημερομηνία πρόσβασης στις 06/01/2013 από:
<http://artemisnew.cslab.ece.ntua.gr:8080/jspui/bitstream/123456789/5527/1/DT2011-0105.pdf>
36. Yfantopoulos J. The "Social" Quality of Life. Archives of Hellenic Medicine 2001, 18: 108-113, στο άρθρο της Θεοφίλου Π, Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: έννοια και αξιολόγηση. e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας, (4), 5, July 2010: 43. Ημερομηνία πρόσβασης 17/03/2013 από:
http://e-jst.teiath.gr/issue_17/theofilou_17.pdf

37. Υφαντόπουλος Ι. Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. Νέα Υγεία 2003, 36: 4-7, στο άρθρο της Θεοφίλου Π, Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: έννοια και αξιολόγηση. e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας, (4), 5, July 2010: 43
38. Παπαδάκης Σ.Ε. Προσέγγιση των αιμοκαθαιρόμενων νεφροπαθών και των πασχόντων με Β-μεσογειακή αναιμία, σε ένα γενικό νοσοκομείο της Κρήτης και διερεύνηση της ποιότητας της ζωής τους. Α.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο, Ιούνιος 2010: 7-8. Ημερομηνία πρόσβασης στις 09/12/2012 από:
http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Papadakis%20Evag_2010.pdf
39. Κουτσολιάκου Μ. Οι Δομές Τηλεϊατρικής στην Ελλάδα και η επάρκειά τους απέναντι στις ανάγκες των ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Α.Ε.Ι. Πατρών, Τμήμα Ιατρικής Σχολής, Πάτρα, Νοέμβριος 2009: 7-8. Ημερομηνία πρόσβασης στις 25/01/2013 από:
http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/3323/3/nemertes_Koutsoliakou.pdf
40. Department of Health. Telecare services for older people. Produced by COI for the Department of Health, 2009: 3. Ημερομηνία πρόσβασης στις 09/04/2013 από:
www.dh.gov.uk/publications
41. Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006. ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗ “ΤΗΛΕΚΡΑΤΗΣΗ – ΤΗΛΕΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ”, Το έργο χρηματοδοτήθηκε κατά 75 % από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και κατά 25 % από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006», σελ. 26. Ημερομηνία πρόσβασης στις 10/12/2012 από:
http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/19_thlekrathsh_thleeidopoihsh.pdf
42. Audit Commission. 2004. Implementing Telecare: Strategic Guidelines for Policy Makers, Commissioners and Providers. Audit Commission: London, στο άρθρο των Bayer S, Barlow J, Curry R, Assessing the impact of a care innovation: telecare. System Dynamics Review Vol. 23, No. 1, Spring 2007: 62 Published online in Wiley Inter Science

43. Hyysalo Sampsa, Technology Nurtured – Collectives in Maintaining and Implementing Technology for Elderly Care. Science Studies 2004, Vol. 17, No.2: 23. Ημερομηνία πρόσβασης στις 11/01/2013 από:
<http://www.sciencetechnologystudies.org/system/files/Hyysalo.pdf>
44. U.S. Census Bureau. The 65 years and over population: 2000. Washington, DC: U.S Census Bureau; 2000. Retrieved October 2008: 9. Ημερομηνία πρόσβασης στις 06/02/2013 από: <http://www.census.gov/prod/2001pubs/c2kbr01-10.pdf>
45. American Association of Retired Persons (AARP). Understanding senior housing into the next century: Survey of consumer preferences, concerns, and needs. Washington, DC: American Association of Retired Persons; 1996 στο άρθρο των Mitzner L.T, Boron B.J, Fausset B.C, Adams E.A, Charness N, Czaja J.S, Dijkstra K, Fisk D.A, Rogers A.W, and Sharit J. Older Adults Talk Technology: Technology Usage and Attitudes. Published in final edited form as: Comput Human Behav. 2010 November 1, 26(6): 1710.
46. Center for Technology and Aging, Technologies to Help Older Adults Maintain Independence: Advancing Technology Adoption. Briefing Paper, July 2009: 3,9. Ημερομηνία πρόσβασης στις 15/03/2013 από:
<http://www.techandaging.org/briefingpaper.pdf>
47. Age UK. Improving later life, Technology and Older People Evidence Review. Tavis House, April 2009: 7-8. Ημερομηνία πρόσβασης στις 28/02/2013 από:
http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/computers-and-technology/evidence_review_technology.pdf?dtrk=true
48. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health, United States, 2006, with chartbook on trends in the health of Americans. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics 2006. Retrieved October 9 2008. Ημερομηνία πρόσβασης στις 24/02/2013 από: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus06.pdf>
49. Field TS, Gilman BH, Subramanian S, Fuller JC, Bates DW, Gurwitz JH. The costs associated with adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. Medical Care 2005, 43(12): 1171–1176. [PubMed: 16299427]

50. Goodman J, Syme A, Eisma R. Older adults' use of computers: a survey. HCI 2003. Bath, UK, Sep 2003: 2,4. Ημερομηνία πρόσβασης στις 30/12/2012 από:
http://www.computing.dundee.ac.uk/projects/UTOPIA/publications/bcs_hci03.pdf
51. Audit Commission (2000) Fully Equipped: The Provision of Equipment to Older or Disabled People by the NHS and Social Services in England and Wales (London: The Audit Commission) στο άρθρο των Barlow J, Bayer S, Curry R. Flexible Homes, Flexible Care, Inflexible Organisations? The Role of Telecare in Supporting Independence. Housing Studies May 2005, Vol. 20, No. 3: 442. Ημερομηνία πρόσβασης στις 06/02/2013 από:
<http://www.york.ac.uk/chp/hsa/papers/spring03/barlow.pdf>
52. Audit Commission. Fully Equipped: Assisting Independence. 2002. Available at <http://www.audit-commission.gov.uk/publications/upequipped02.shtml> στο άρθρο των Barlow J, Bayer S, Curry R. Flexible Homes, Flexible Care, Inflexible Organisations? The Role of Telecare in Supporting Independence. Housing Studies, May 2005, Vol. 20, No. 3: 442
53. Lanzola G, Gatti L, Falasconi S, Stefanelli M. A framework for building cooperative software agents in medical applications. Artif Intell Med 1999, 16:223–249, στο άρθρο των Hudson, D.L, Maurice E.C, Intelligent agents in home healthcare. UC San Francisco, 2010: 594. Ημερομηνία πρόσβασης στις 04/01/2013 από:
<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12243-010-0170-6.pdf>
54. Lyketsos CG, Roques C, Hovanec L, Jones BN Telemedicine use and reduction of psychiatric admissions from a long-term care facility. J Ger Psych Neuro 2001, 14(2):76–79 στο άρθρο των Hudson, D.L, Maurice E.C, Intelligent agents in home healthcare. UC San Francisco, 2010, p.594
55. Banerjee SJ, Murray J et al. Predictors of institutionalisation in people with dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003, 74(9):1315– 1316 στο άρθρο των Hudson, D.L, Maurice E.C, Intelligent agents in home healthcare. UC San Francisco, 2010: 594
56. Milligan C, Roberts C, Mort M. Telecare and older people: Who cares where? Social Science & Medicine 2011, 72: 347, 349-350

57. Marcellini F, Marcucci A, Freddi A. Older people's acceptance and use of technological devices in everyday life. In: Guerci A, Consigliere S, editors. Living Old Age: Western World and Modernization. Genova: Erga edizioni 2002: 150-163 στο άρθρο των Tacke M, Marcellini F, Mollenkopf H, Ruoppila I, Széman Z. Use and acceptance of new technology by older people. Findings of the international MOBILATE survey: 'Enhancing mobility in later life'. www.gerontechjournal.net, March 2005, Vol. 3, No 3: 127-128. Ημερομηνία πρόσβασης στις 18/04/2013 από: <http://www.gerontechnology.info/index.php/journal/article/viewFile/gt.2005.03.03.002.00/343>
58. Mollenkopf H, Meyer S, Schulze E, Wurm S, Friesdorf W. Technik im Haushalt zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung im Alter - Das Forschungsprojekt "Senta" und erste Ergebnisse des Sozialwissenschaftlichen Teilprojekts (Technology to help older people maintain an independent household). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2000, 33(3) στο άρθρο των Tacke M, Marcellini F, Mollenkopf H, Ruoppila I, Széman Z. Use and acceptance of new technology by older people. Findings of the international MOBILATE survey: 'Enhancing mobility in later life'. www.gerontechjournal.net, March 2005, Vol. 3, No 3: 127-128
59. Mollenkopf H, Kaspar R. Attitudes to technology in old age preconditions for acceptance or rejection. In: Guerci A, Consigliere S, editors. Living Old Age: Western World and Modernization. Genova: Erga edizioni 2002: 134-144 στο άρθρο των Tacke M, Marcellini F, Mollenkopf H, Ruoppila I, Széman Z. Use and acceptance of new technology by older people. Findings of the international MOBILATE survey: 'Enhancing mobility in later life'. www.gerontechjournal.net, March 2005, Vol. , No 3: 127-128
60. European Commission. Communication on telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society. COM (2008) 0689 στο άρθρο Milligan C, Roberts C, Mort M. Telecare and older people: Who cares where? Social Science & Medicine 2011, 72: 347-348. Ημερομηνία πρόσβασης στις 29/03/2013 από: www.elsevier.com/locate/socscimed
61. O.A.T.Y.E. Επίσκεψη εργασίας στο πλαίσιο της AIM και της ομάδας τηλεϊατρικής / διαχείρισης χρόνιων παθήσεων Βερολίνο – Πότσταμ, 5 & 6 Νοεμβρίου 2012, σελ. 1-3

62. Burdick, D.C., and Kwon, S. Gerotechnology: Research and Practice in Technology and Aging. New York: Springer Publishing Company 2004, στο άρθρο των Gamberini L, Alcaniz M, Baressi G, Fabregat M, Ibanez F, Prontu L. Cognition, technology and games for the elderly: An introduction to ELDERGAMES Project. PsychNology Journal, Vol. 4, N. 3: 288
63. Barlow J, Singh D, Bayer S and Curry R. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. J Telemed Telecare 2007, 13 (4): 172–179 στο άρθρο των Aanesen M, Lotherington TA, Olsen F. Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care, Health Informatics Journal 2011, 17(3): 161-172
64. Lansley P, McCreddie C, Tinker A. Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? Age Ageing 2004, 33 (6): 571–576 στο άρθρο των Aanesen M, Lotherington TA, Olsen F. Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care, Health Informatics Journal 2011, 17(3): 161-172
65. Bowes A, McColgan G. Smart technology and community care for older people: innovation in West Lothian, Scotland. Edinburgh: Age Concern Scotland 2006, στο άρθρο των Aanesen M, Lotherington TA, Olsen F. Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care, Health Informatics Journal 2011, 17(3): 162
66. Sixsmith AJ. An evaluation of an intelligent home monitoring system. J Telemed Telecare 2000, 6 (2): 63–72. στο άρθρο των Aanesen M, Lotherington TA, Olsen F. Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care, Health Informatics Journal 2011, 17(3): 162
67. Söderlund R. The role of information and communication technology in home services: telecare does not satisfy the needs of the elderly. Health Informatics J 2004, 10 (2): 127-137, στο άρθρο των Aanesen M, Lotherington TA, Olsen F. Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care, Health Informatics Journal 2011, 17(3): 162

68. Miskelly FG. Assitive technology in elderly care. Age Ageing 2001, 30 (6): 455–458, στο άρθρο των Aanesen M, Lotherington TA, Olsen F. Smarter elder care? A cost-effectiveness analysis of implementing technology in elder care, Health Informatics Journal 2011, 17(3): 162
69. Wu P, Miller C. Results from a field study: the need for an emotional relationship between the elderly and their assistive technologies. Foundations of Augmented Cognition 2005, 11:889-898. στο άρθρο των Milligan C, Roberts C, Mort M. Telecare and older people: Who cares where? Social Science & Medicine 2011, 72: 351
70. Gamberini L, Alcaniz M, Baressi G, Fabregat M, Ibanez F, Prontu L. Cognition, technology and games for the elderly: An introduction to ELDERGAMES Project. PsychNology Journal, Volume 4, Number 3: 290-291. Ημερομηνία πρόσβασης στις 28/03/2013 από:
[http://www.psychology.org/File/PNJ4\(3\)/PSYCHNOLOGY_JOURNAL_4_3_GAMBERINI.pdf](http://www.psychology.org/File/PNJ4(3)/PSYCHNOLOGY_JOURNAL_4_3_GAMBERINI.pdf)
71. Ημερομηνία πρόσβασης 09/04/2013 από: www.trikala.gr
72. Καλαϊτζή Ε. Βοήθημα μνήμης σε Pocket PC για ηλικιωμένους με προβλήματα μνήμης και όρασης. Τμήμα Επιστήμης Τεχνολογιών. Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2005. Ημερομηνία πρόσβασης στις 26/02/2013 από:
<http://elocus.lib.uoc.gr/dlib/7/a/4/metadata-dlib-2005kalaitzi.tkl#>
73. Virginia M, Ελληνική Εταιρεία Γεροντολογίας και Γηριατρικής. Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών, Mendor Editions S.A., 2005: 110-143
74. ΜΚΟ «Γραμμή Ζωής», Κόκκινο κουμπί. 2010. Ημερομηνία πρόσβασης στις 07/03/2013 από:
www.lifelinehellas.gr
75. Χριστοδούλου Γ Ν, Κονταξάκης Β Π. Η Τρίτη Ηλικία, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 2000: 259
76. Βεργιάδη Α., Γεωργιάς Ν., (1987) Παρουσίαση δουλειάς στο Κ.Α.Π.Η. Έρευνα και σημασία της, περιοδικό: Κοινωνική Εργασία, Αθήνα 1987, τευχ.5: 43

77. Αμηνρά Α, Γεωργιάδη Ε, Τεπέρογλου Α. Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα – Έρευνα για τα Κ.Α.Π.Η, Εθνικό Κέντρο Ερευνών, Αθήνα 1986. Ημερομηνία πρόσβασης στις 28/01/2013 από:
http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Sifaki_2007.pdf
78. Απόφαση 38/2004, Τροποποίηση Κανονισμού Διοίκησης και Διαχείρισης του ΚΑΠΗ Δήμου Βόλου. Φ.Ε.Κ. αρ. 750 τβ 17/9/91 δημοσιεύθηκε η αρ. 275/1991 απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου Βόλου.
79. Ο.Α.Τ.Υ.Ε. Πολυφαρμακία. Χορήγηση φαρμάκων χωρίς αναγκαιότητα. χ.χ.
Ημερομηνία πρόσβασης στις 24/09/2013 από:
http://www.edoeap.gr/OATYE/POLYFARMAKIA_TEL.pdf
80. Μαλισιώτη Β. Αντιλήψεις και στάσεις των κατοίκων της Αττικής σχετικά με την ορθολογική χρήση και διάθεση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Χαροκόπειο πανεπιστήμιο, τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών, Αθήνα 2011: 151-153
Ημερομηνία πρόσβασης στις 24/09/2013 από:
http://estia.hua.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/1446/1/malisioti_vasiliki.pdf
81. Τσιμτσιού Ζ, Κηπάρογλου Ρ, Ασημακόπουλος Α, Ευθυμιάδου Ε, Δάντση Φ. Πολυφαρμακία και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μια ενδιαφέρουσα περίπτωση φαρμακευτικής ηπατίτιδας, Archives of Hellenic Medicine 2012, 29(6): 731-733
Ημερομηνία πρόσβασης στις 24/09/2013 από:
<http://www.mednet.gr/archives/2012-6/pdf/731.pdf>
82. Howard R, Avery A, Bissell P. Causes of preventable drug-related hospital admissions: A qualitative study. Qual Saf Health Care 2008, 17:109–116 στο άρθρο των Τσιμτσιού Ζ, Κηπάρογλου Ρ, Ασημακόπουλος Α, Ευθυμιάδου Ε, Δάντση Φ. Πολυφαρμακία και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μια ενδιαφέρουσα περίπτωση φαρμακευτικής ηπατίτιδας, Archives of Hellenic Medicine 2012, 29(6): 731-733
83. Τσιμτσιού Ζ, Κάλτσος Κ. Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη: Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών. Αρχ Ελλ Ιατρ 2011, 28:272–276 στο άρθρο των Τσιμτσιού Ζ, Κηπάρογλου Ρ, Ασημακόπουλος Α,

Ευθυμιάδου Ε, Δάντση Φ. Πολυφαρμακία και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μια ενδιαφέρουσα περίπτωση φαρμακευτικής ηπατίτιδας, Archives of Hellenic Medicine 2012, 29(6): 731-733

84. EUROSTAT, Statistics on the use of mobile phone. Special module 2008: Individuals – Use of advanced services. Ημερομηνία πρόσβασης στις 24/08/2013 από: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc_cias_mph&lang=en
85. Telecare in Scotland: Benchmarking the present, embracing the future, Joint Improvement Team, 2008 στο άρθρο Age UK. Improving later life, Technology and Older People Evidence Review. Tavis House, April 2009: 7-8. Ημερομηνία πρόσβασης στις 28/02/2013 από: http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/computers-and-technology/evidence_review_technology.pdf?dtrk=true
86. Telecare and Older People (Wanless Social Care Review), King's Fund, 2006 στο άρθρο Age UK. Improving later life, Technology and Older People Evidence Review. Tavis House, April 2009: 7-8. Ημερομηνία πρόσβασης στις 28/02/2013 από: http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/computers-and-technology/evidence_review_technology.pdf?dtrk=true
87. Wagner N, Hassanein K, Head M. Computer use by older adults: A multi-disciplinary review, Computers in Human Behavior 2010 (26): 871. Ημερομηνία πρόσβασης στις 28/07/2013 από: <http://www.business.mcmaster.ca/IS/head/Articles/Computer%20use%20by%20older%20adults.pdf>
88. Cullen K, Moran R. Technology and the older people, the role technology in prolonging the independence of the older people in the community care context. Brussels: Commission of the European Communities, DG Science, Research and Development, FAST research report; 1992 στο άρθρο Tacken M, Marcellini F, Mollenkopf H, Ruoppila I, Széman Z. Use and acceptance of new technology by older people. Findings of the International MOBILATE survey: 'Enhancing mobility in later life'. Gerontechnology 2005, 3(3): 129. Πρόσβαση από 29/11/2012 από: <http://www.gerontechnology.info/index.php/journal/article/view/gt.2005.03.03.002.0/343>

89. Καλογρίδης ΓΣ. Τηλεφροντίδα μέσω έξυπνων συσκευών. Μια νέα οπτική γωνία της κατ' οίκον νοσηλείας, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Αθήνα 2010:30-31. Πρόσβαση από 29/08/2013 από: http://artemis.cslab.ntua.gr/el_thesis/artemis.ntua.ece/DT2010-0101/DT2010-0101.pdf
90. Νόμος Υπ' Αριθ. 3172, Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεων, Αρ. Φύλλου 197, 06/08/2003: 3811-3812



1. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας

Αποτελείται από ερωτήσεις στάσεων και απόψεων για την τεχνολογία και την τρίτη ηλικία.

Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε 4 ενότητες, ως εξής:

Ενότητα 1^η: Δημογραφικά στοιχεία

Περιλαμβάνονται κατηγορικές ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν

το φύλο

την ηλικία

την οικογενειακή κατάσταση

το πλήθος των τέκνων

το εκπαιδευτικό επίπεδο

το επάγγελμα

το εισόδημα

Ενότητα 2^η: Αφορά την χρήση και την γνώση της τεχνολογίας και η σχέση της με την ποιότητα ζωής του ατόμου

Περιλαμβάνονται κατηγορικές ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν

την γνώση Η/Υ

την χρήση ATM

την χρήση ακουστικών βαρηκοΐας

την χρήση διαφόρων ηλεκτρικών συσκευών

την χρήση κινητού τηλεφώνου

την αξιολόγηση της επίδρασης της τεχνολογίας στην ζωή του ατόμου

το διάβασμα των οδηγιών χρήσης συσκευών

την χρήση μέσων ενημέρωσης

Ενότητα 3^η: Αφορά την αξιολόγηση της Υγείας του ατόμου

Περιλαμβάνονται κατηγορικές ερωτήσεις κυρίως κλειστού τύπου που αφορούν

την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας

την ύπαρξη ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας

την χρήση βοηθημάτων – υποστήριξης

την ενημέρωση για την τηλεϊδοποίηση

Ενότητα 4^η: Αφορά στάσεις και απόψεις για την Κρατική Μέριμνα και το Σύστημα Υγείας

Περιλαμβάνονται κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις αξιολόγησης που αφορούν την αξιολόγηση του κρατικού φορέα υγείας για το πρόβλημα του ατόμου την αξιολόγηση της συμβολής της δομής στην επίλυση προβλημάτων τρόποι συμβολής χρησιμότητα ύπαρξης ενημερωτικής και συμβουλευτικής υπηρεσίας υποστήριξης αίσθηση ασφάλειας από το υπάρχον Σύστημα Υγείας

Ικανοποίηση από το ΕΣΥ

Οι περισσότερες από τις παραπάνω ερωτήσεις είτε επιδέχονται δίτιμες απαντήσεις ναι/όχι είτε συνοδεύονται από κλίμακες (3 βαθμίες/ 4βάθμιας / 6 βαθμίες ή 10 βαθμίες) αξιολόγησης.

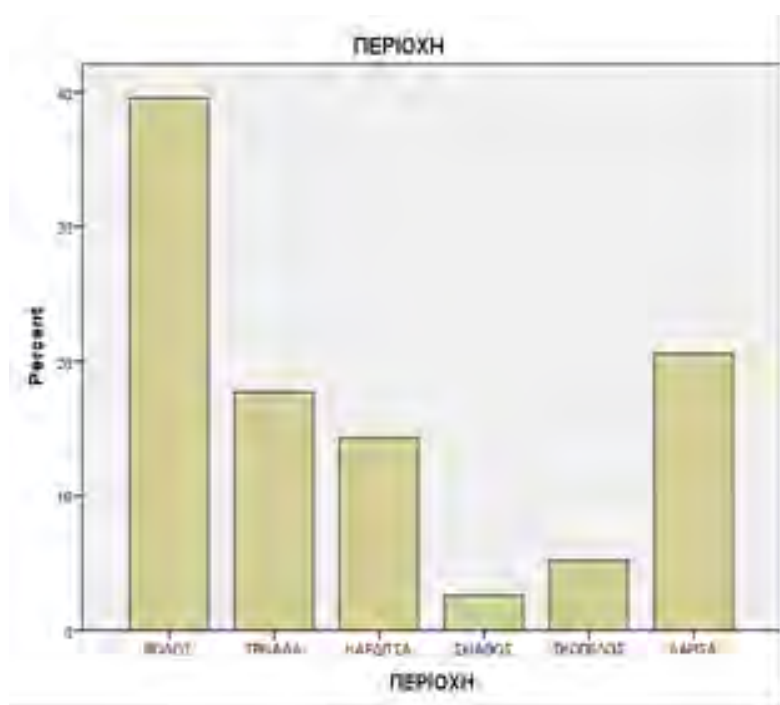
2. Αναλυτική παρουσίαση της έρευνας

Ακολουθούν πίνακες κατανομών συχνοτήτων και ποσοστών και οι αντίστοιχες γραφικές παραστάσεις (ιστογράμματα) καθώς και πίνακας διπλής εισόδου των από κοινού κατανομών δομών και τόπου.

Πίνακας 1: Περιοχή

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
ΒΟΛΟΣ	152	39,6	39,6	39,6
ΤΡΙΚΑΛΑ	68	17,7	17,7	57,3
ΚΑΡΔΙΤΣΑ	55	14,3	14,3	71,6
ΣΚΙΑΘΟΣ	10	2,6	2,6	74,2
ΣΚΟΠΕΛΟΣ	20	5,2	5,2	79,4
ΛΑΡΙΣΑ	79	20,6	20,6	100,0
Σύνολο	384	100,0	100,0	

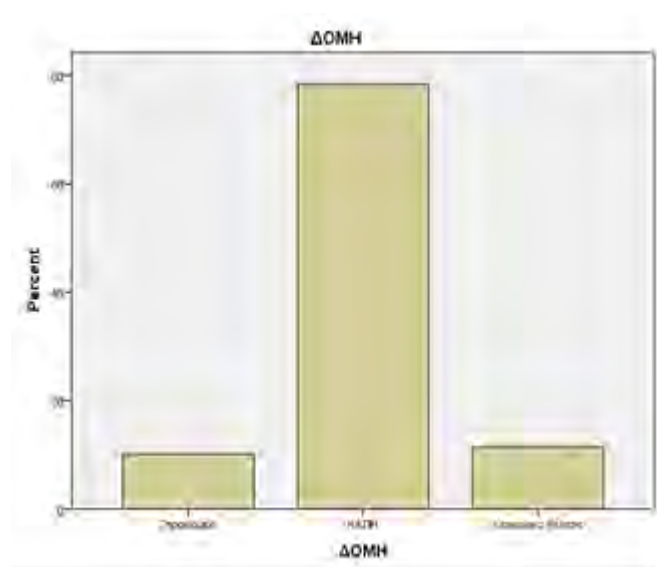
Γράφημα 1: Περιοχή



Πίνακας 2: Δομή

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Γηροκομείο	39	10,2	10,2	10,2
ΚΑΠΗ	301	78,4	78,4	88,5
Κοινωνικό Κέντρο	44	11,5	11,5	100,0
Σύνολο	384	100,0	100,0	

Γράφημα 2: Δομή



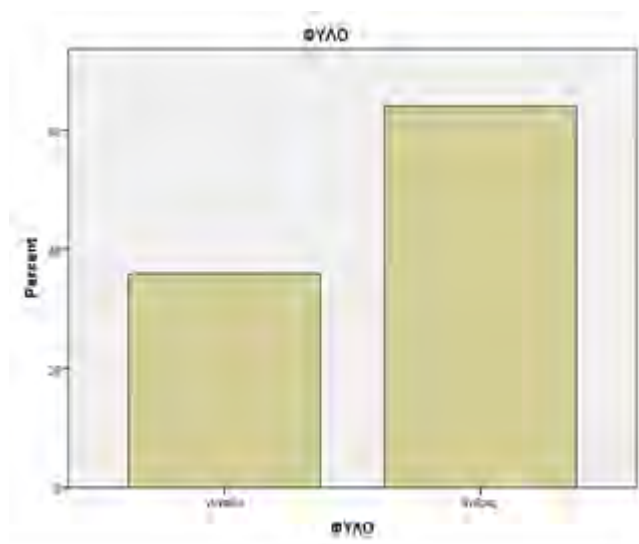
Πίνακας 3: Περιοχή * Δομή

	ΔΟΜΗ			Total
	Γηροκομείο	ΚΑΠΗ	Κοινωνικό	
	Κέντρο			
ΠΕΡΙΟΧΗ				
ΒΟΛΟΣ	12,5%	58,6%	28,9%	100,0%
ΤΡΙΚΑΛΑ		100,0%		100,0%
ΚΑΡΔΙΤΣΑ		100,0%		100,0%
ΣΚΙΑΘΟΣ		100,0%		100,0%
ΣΚΟΠΕΛΟΣ		100,0%		100,0%
ΛΑΡΙΣΑ	25,3%	74,7%		100,0%
Σύνολο	10,2%	78,4%	11,5%	100,0%

Πίνακας 4: Φύλο

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
γυναίκα	137	35,7	36,0	36,0
άνδρας	244	63,5	64,0	100,0
Σύνολο	381	99,2	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	3	,8		
Σύνολο	384	100,0		

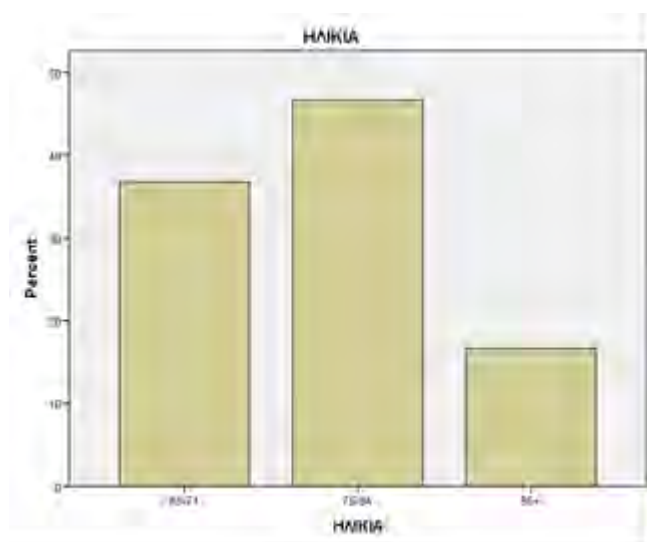
Γράφημα 4: Φύλο



Πίνακας 5: Ηλικία

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Valid	65-74	141	36,7	36,7
	75-84	179	46,6	83,3
	85+	64	16,7	100,0
Total	384	100,0	100,0	

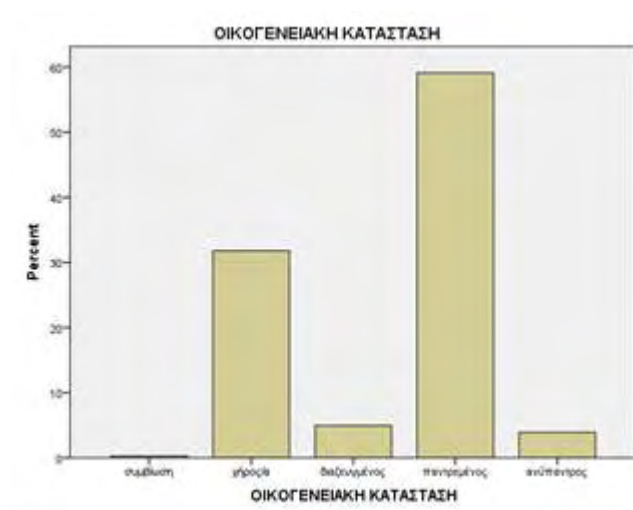
Γράφημα 5: Ηλικία



Πίνακας 6: Οικογενειακή κατάσταση

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
συμβίωση	1	,3	,3	,3
χήρος/α	122	31,8	31,8	32,0
διαζευγμένος	19	4,9	4,9	37,0
παντρεμένος	227	59,1	59,1	96,1
ανύπαντρος	15	3,9	3,9	100,0
Σύνολο	384	100,0	100,0	

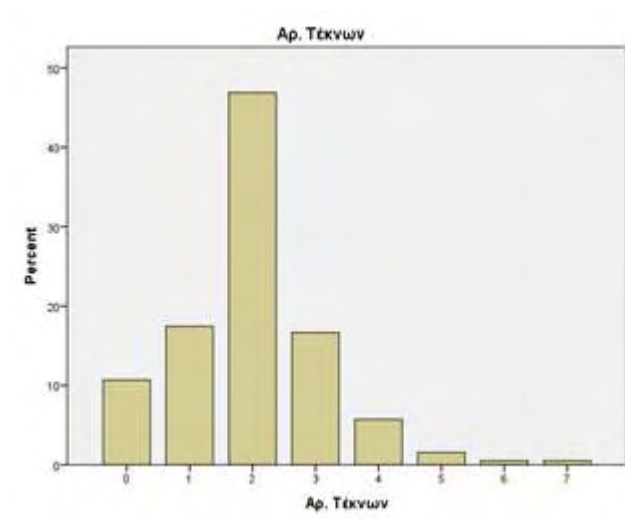
Γράφημα 6: Οικογενειακή κατάσταση



Πίνακας 8: Αριθμός τέκνων

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
0	41	10,7	10,7	10,7
1	67	17,4	17,4	28,1
2	180	46,9	46,9	75,0
3	64	16,7	16,7	91,7
4	22	5,7	5,7	97,4
5	6	1,6	1,6	99,0
6	2	,5	,5	99,5
7	2	,5	,5	100,0
Σύνολο	384	100,0	100,0	

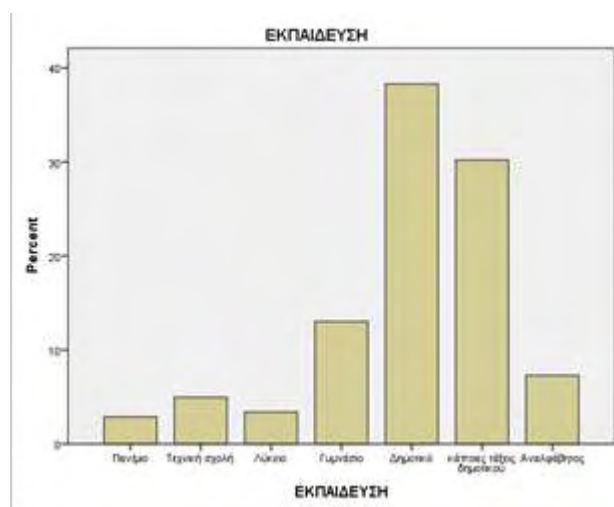
Γράφημα 7: Αριθμός τέκνων



Πίνακας 8: Εκπαίδευση

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Παν/μιο	11	2,9	2,9	2,9
Τεχνική σχολή	19	4,9	4,9	7,8
Λύκειο	13	3,4	3,4	11,2
Γυμνάσιο	50	13,0	13,0	24,2
Δημοτικό	147	38,3	38,3	62,5
Κάποιες τάξεις δημοτικού	116	30,2	30,2	92,7
Αναλφάβητος	28	7,3	7,3	100,0
Σύνολο	384	100,0	100,0	

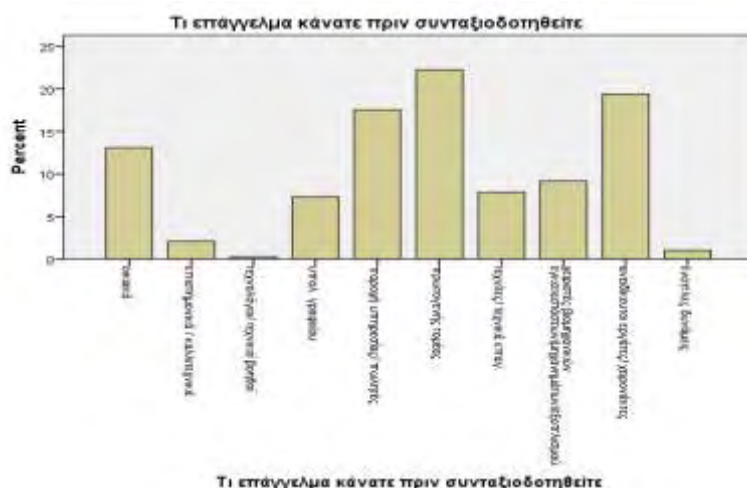
Γράφημα 8: Εκπαίδευση



Πίνακας 9: Τι επάγγελμα κάνατε πριν συνταξιοδοτηθείτε;

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
οικιακά	50	13,0	13,1	13,1
επιστημονικά / καλλιτεχνικά	8	2,1	2,1	15,2
τεχνολόγοι/ τεχνικοί βοηθοί	1	,3	,3	15,4
υπαλ. γραφείου	28	7,3	7,3	22,8
παροχή υπηρεσίας/ πωλητές	67	17,4	17,5	40,3
πρωτογενής τομέας	85	22,1	22,3	62,6
τεχνίτες/ τεχνικά επαγ.	30	7,8	7,9	70,4
χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων/μηχανημάτων /εξοπλισμού	35	9,1	9,2	79,6
ανειδίκευτοι εργάτες/ χειρώνακτες	74	19,3	19,4	99,0
ένοπλες δυνάμεις	4	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	382	99,5	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	2	,5		
Σύνολο	384	100,0		

Γράφημα 9: Τι επάγγελμα κάνατε πριν συνταξιοδοτηθείτε



Πίνακας 10: Τί εισόδημα έχετε από την σύνταξή σας;

	συχνότητα	%	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
>1000	34	8,9	8,9	8,9
500-1000	193	50,3	50,7	59,6
300-500	122	31,8	32,0	91,6
<300	32	8,3	8,4	100,0
Σύνολο	381	99,2	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	3	,8		
Σύνολο	384	100,0		

- Έλεγχος επίδοσης ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό του δείγματος

Είδος Δομής

Προκειμένου να εξεταστεί αν οι στάσεις και απόψεις των ατόμων της 3^{ης} ηλικίας εξαρτώνται από τη δομή από την οποία υποστηρίζονται, εφαρμόζεται έλεγχος μέσω των τιμών (ANOVA) στις μεταβλητές της έρευνας που χρησιμοποιούν κλίμακα αξιολόγησης ή εφαρμόζεται χ^2 test στην περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών.

Παρακάτω παρουσιάζονται μόνο οι περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα των ελέγχων εμφανίζουν στατιστικά σημαντική εξάρτηση του είδους της δομής με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις, οι οποίες δεν αναφέρονται, η εξάρτηση δεν είναι σημαντική και συνεπώς η τάση για κάθε ερώτηση είναι αυτή που καταγράφηκε στην περιγραφική στατιστική και δεν επηρεάζεται από το είδος της δομής.

Πίνακας 30: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA)

στις ερωτήσεις χρήσης τεχνολογίας						
Έχετε γνώσεις Ηλεκτρονικού Υπολογιστή;	N	ΜΟ	ΤΑ	βε	F	p
Γηροκομείο	39	1,05	,320	2	19,304	,000
ΚΑΠΗ	300	1,06	,294	380		
Κοινωνικό Κέντρο	44	1,43	,728			
Σύνολο	383	1,10	,389			
Χρησιμοποιείτε μηχάνημα αυτόματης ανάληψης μετρητών (ATM);						
Γηροκομείο	39	,21	,615	2	4,272	,015
ΚΑΠΗ	301	,34	,808	381		
Κοινωνικό Κέντρο	44	,70	1,250			
Σύνολο	384	,37	,860			

Πίνακας 30.1: Έχετε γνώσεις Ηλεκτρονικού

Υπολογιστή;

ΔΟΜΗ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Γηροκομείο	39	1,05	
ΚΑΠΗ	300	1,06	
Κοινωνικό Κέντρο	44		1,43
Sig.		,985	1,000

Η γνώση Η/Υ αξιολογείται με 3βάθμια κλίμακα όπου η τιμή 1 αντιστοιχεί στο ΟΧΙ και η τιμή 3 στο ΝΑΙ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά δομή και από τον πίνακα πολλαπλών συγκρίσεων, η διαφοροποίηση οφείλεται στα άτομα των κοινωνικών κέντρων όπου η μέση τιμή γνώσης είναι συγκριτικά υψηλότερη και άρα η γνώση μεγαλύτερη.

Αντίθετα τα άτομα των Γηροκομείων και των ΚΑΠΗ κατατάσσονται στην ίδια ομάδα με χαμηλότερη μέση τιμή.

Πίνακας 30.2: Χρησιμοποιείτε μηχάνημα αυτόματης ανάληψης μετρητών (ATM);

ΔΟΜΗ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Γηροκομείο	39	,21	
ΚΑΠΗ	301	,34	,34
Κοινωνικό Κέντρο	44		,70
Sig.		,688	,074

Εξετάζοντας την πιθανή εξάρτηση της δομής, στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με τις γνώσεις H/Y και με την χρήση ATM.

Αναφορικά με τη χρήση ATM, αυτή αξιολογείται με 4βάθμια κλίμακα όπου η τιμή 0 αντιστοιχεί στο ΠΟΤΕ και η τιμή 3 στο ΠΑΝΤΑ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά δομή και από τον πίνακα πολλαπλών συγκρίσεων, η διαφοροποίηση οφείλεται στα άτομα των κοινωνικών κέντρων όπου η μέση τιμή χρήσης είναι μεν χαμηλή ($\mu=0,70$) αλλά συγκριτικά υψηλότερη από τους υπόλοιπους και άρα η χρήση συγκριτικά συχνότερη. Αντίθετα τα άτομα των Γηροκομείων κατατάσσονται στην ομάδα με τη χαμηλότερη μέση τιμή και άρα τη σπανιότερη χρήση ATM ενώ τα άτομα των ΚΑΠΗ κατατάσσονται ενδιάμεσα.

Πίνακας 31: Έλεγχος χ2 ως προς τη χρήση συσκευών και τη δομή

		ΔΟΜΗ		X2	βε	p
		Γηροκομείο	ΚΑΠΗ	Κοινωνικό Κέντρο		
Πλυντήριο	ναι	2,6%	35,9%	86,4%	64,847	2 ,000
	όχι	97,4%	64,1%	13,6%		
Ηλεκτρική σκούπα	ναι		31,6%	79,5%		*
	όχι	100,0%	68,4%	20,5%		
Σίδερο	ναι	2,6%	32,2%	84,1%	65,525	2 ,000
	όχι	97,4%	67,8%	15,9%		
Κουζίνα	ναι	12,8%	52,2%	88,6%	47,659	2 ,000
	όχι	87,2%	47,8%	11,4%		
Ασύρματο τηλέφωνο	ναι		25,2%	54,5%		*
	όχι	100,0%	74,8%	45,5%		
Κάνετε χρήση κινητού τηλ.	ναι	59,0%	50,7%	81,8%	15,315	2 ,000
	όχι	41,0%	49,3%	18,2%		

* ο έλεγχος δεν μπορεί να εφαρμοστεί, ωστόσο περιγραφικά η τάση στις μεταβολές των ποσοστών χρήσης συσκευών είναι χαρακτηριστική και άρα επιλέγεται να παρουσιαστεί χωρίς το αντίστοιχο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση της δομής και της χρήσης συσκευών προκύπτει για το πλυντήριο, το σίδερο, την κουζίνα και το κινητό τηλέφωνο. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η τάση είναι η χρήση να μεταβάλλεται μεταξύ των ατόμων των 3^{ων} δομών. Το μικρότερο ποσοστό χρήσης εμφανίζεται τα άτομα του Γηροκομείου. Το ποσοστό των ατόμων του κάνουν χρήση συσκευών αυξάνεται μεταξύ των ατόμων των ΚΑΠΗ. Τέλος το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που χρησιμοποιούν τις συσκευές εμφανίζεται στα άτομα των κοινωνικών κέντρων.

Η τάση αυτή εμφανίζεται και στις περιπτώσεις των συσκευών ηλεκτρικής σκούπας και ασύρματου τηλεφώνου. Η παρατήρηση αυτή δεν επιβεβαιώνεται με έλεγχο χ2, καθώς ο έλεγχος δεν μπορεί να εφαρμοστεί, όμως η τάση είναι σαφής και το αποτέλεσμα παρατίθεται περιγραφικά.

(Εξαιρέση στην παρατήρηση ότι τα άτομα των γηροκομείων εμφανίζουν το

μικρότερο ποσοστό χρήσης αποτελεί η χρήση κινητού τηλεφώνου, όπου το ποσοστό των ατόμων που κάνει χρήση είναι ελαφρά υψηλότερο από το ποσοστό των ατόμων του ΚΑΠΗ)

Πίνακας 32: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) στις ερωτήσεις χρήσης τεχνολογίας

Διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης των καινούργιων ηλεκτρικών σας συσκευών;	N	ΜΟ	ΤΑ	βε	F	p
Γηροκομείο	39	1,33	,737	2	13,272	,000
ΚΑΠΗ	299	1,59	,799	379		
Κοινωνικό Κέντρο	44	2,18	,922			
Σύνολο	382	1,63	,834			

Πίνακας 33: Διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης των

καινούργιων ηλεκτρικών σας συσκευών;

ΔΟΜΗ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Γηροκομείο	39	1,33	
ΚΑΠΗ	299	1,59	
Κοινωνικό Κέντρο	44		2,18
Sig.		,237	1,000

Η ανάγνωση οδηγιών αξιολογείται με 3βάθμια κλίμακα όπου η τιμή 1 αντιστοιχεί στο ΟΧΙ και η τιμή 3 στο ΝΑΙ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά δομή και από τον πίνακα πολλαπλών συγκρίσεων, η διαφοροποίηση οφείλεται στα άτομα των κοινωνικών κέντρων όπου η μέση τιμή της συχνότητας ανάγνωσης είναι συγκριτικά υψηλότερη και άρα η ανάγνωση γίνεται από μερικές φορές έως πάντα ($\mu=2,18$). Αντίθετα τα άτομα των Γηροκομείων και των ΚΑΠΗ κατατάσσονται στην ίδια ομάδα με μέση τιμή χαμηλότερη και ανάγνωση που γίνεται μερικές φορές ή καθόλου ($\mu=1,33$ και $1,59$ αντίστοιχα).

Πίνακας 34: Έλεγχος χ² ως προς τα μέσα ενημέρωσης

		ΔΟΜΗ			Χ ²	βε	ρ
		Γηροκομείο	ΚΑΠΗ	Κοινωνικό Κέντρο			
Εφημερίδες	ναι	46,2%	72,0%	67,4%	10,795	2	,005
	όχι	53,8%	28,0%	32,6%			
Περιοδικά	ναι	5,1%	13,7%	45,5%	32,262	2	,000
	όχι	94,9%	86,3%	54,5%			
Βιβλία	ναι	17,9%	15,7%	54,5%	35,920	2	,000
	όχι	82,1%	84,3%	45,5%			
Ταξίδια	ναι		19,3%	61,4%			*
	όχι	100,0%	80,7%	38,6%			
Ίντερνετ	ναι		1,0%	18,2%			*
	όχι	100,0%	99,0%	81,8%			

* ο έλεγχος δεν μπορεί να εφαρμοστεί, ωστόσο περιγραφικά η τάση στις μεταβολές των ποσοστών χρήσης συσκευών είναι χαρακτηριστική και άρα επιλέγεται να παρουσιαστεί χωρίς το αντίστοιχο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση της δομής και των μέσων ενημέρωσης προκύπτει για τις εφημερίδες, τα περιοδικά, τα βιβλία. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η τάση είναι η χρήση να μεταβάλλεται μεταξύ των ατόμων των 3^{ων} δομών. Τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης των διαφόρων μέσων εμφανίζονται στα άτομα των Γηροκομείων. Αντίθετα τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης των παραπάνω μέσων εμφανίζονται στην περίπτωση των ατόμων των κοινωνικών κέντρων, με μόνη διαφοροποίηση τις εφημερίδες όπου τα άτομα των ΚΑΠΗ εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό ενημέρωσης με χρήση εφημερίδας. Η γενική αυτή τάση Η τάση αυτή εμφανίζεται και στις περιπτώσεις των ταξιδιών και του ίντερνετ. Η παρατήρηση αυτή δεν επιβεβαιώνεται με έλεγχο χ², καθώς ο έλεγχος δεν μπορεί να εφαρμοστεί, όμως η τάση είναι σαφής και το αποτέλεσμα παρατίθεται περιγραφικά.

Πίνακας 35: Έλεγχος χ² ως προς την ύπαρξη επαρκούς πληροφόρησης από τον ιατρό

	Θεωρείτε πως έχετε λάβει επαρκή ενημέρωση για τη σωστή αντιμετώπιση- διατήρηση της υγείας σας από το γιατρό σας;			Total	
	όχι	ναι	δεν γνωρίζω		
	Γηροκομείο	2,8%	52,8%		44,4%
ΔΟΜΗ	ΚΑΠΗ	6,7%	75,8%	17,4%	100,0%
	Κοινωνικό	4,7%	74,4%	20,9%	100,0%
	Κέντρο				
Σύνολο	6,1%	73,5%	20,4%	100,0%	

Πίνακας 35.1

	Χ ²	βε	p
X ² test	14,779	4	,005

Εξετάζοντας την κατανομή των απαντήσεων μεταξύ των δομών η στατιστικά σημαντική εξάρτηση που παρατηρείται οφείλεται στο αυξημένο ποσοστό της κατηγορίας. Δεν γνωρίζω έναντι του αντίστοιχα μειωμένου ποσοστού των θετικών απαντήσεων των ατόμων του γηροκομείου σε σχέση με τα αντίστοιχα αυξημένα θετικά ποσοστά απαντήσεων των άλλων 2 δομών.

Πίνακας 36: Έλεγχος χ² ως προς τη χρήση βοηθημάτων υποστήριξης της υγείας

		ΔΟΜΗ			Χ ²	βε	p
		Γηροκομείο	ΚΑΠΗ	Κοινωνικό Κέντρο			
Σφυγμομανόμετρο –	ναι	2,6%	47,0%	59,1%	32,357	2	,000
Ηλεκτρονικό πιεσόμετρο	όχι	97,4%	53,0%	40,9%			
Τεχνητή οδοντοστοιχία	ναι	84,6%	46,3%	27,3%	28,853	2	,000
	όχι	15,4%	53,7%	72,7%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση της δομής και βοηθημάτων υγείας προκύπτει για το ηλεκτρονικό πιεσόμετρο και την τεχνητή οδοντοστοιχία.

Αναφορικά με τη χρήση πιεσόμετρου αυτή γίνεται κυρίως από τα άτομα του Κοινωνικού Κέντρου και ακολούθως από τα άτομα των ΚΑΠΗ.

Αναφορικά με τη χρήση τεχνητής οδοντοστοιχίας, αυτή είναι αυξημένη στα άτομα των Γηροκομείων και ακολούθως των ΚΑΠΗ.

Πίνακας 37: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) στις ερωτήσεις αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας

	N	ΜΟ	ΤΑ	βε	F	p	
Γνωρίζετε για την τηλεϊεδοποίηση;	Γηροκομείο	39	1,03	,160	2	4,709	,010
	ΚΑΠΗ	288	1,22	,521	368		
	Κοινωνικό Κέντρο	44	1,39	,784			
	Σύνολο	371	1,22	,540			
Θεωρείτε πως υπάρχει ευαισθητοποίηση του κρατικού φορέα για τα προβλήματά σας;	Γηροκομείο	39	1,79	,732	2	9,905	,000
	ΚΑΠΗ	298	1,41	,636	377		
	Κοινωνικό Κέντρο	43	1,19	,450			
	Σύνολο	380	1,43	,643			

Πίνακας 38: Γνωρίζετε για την τηλεϊεδοποίηση

ΔΟΜΗ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Γηροκομείο	39	1,03	
ΚΑΠΗ	288	1,22	1,22
Κοινωνικό Κέντρο	44		1,39
Sig.		,143	,257

**Πίνακας 39: Θεωρείτε πως υπάρχει ευαισθητοποίηση
του κρατικού φορέα για τα προβλήματά σας;**

ΔΟΜΗ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Κοινωνικό Κέντρο	43	1,19	
ΚΑΠΗ	298	1,41	
Γηροκομείο	39		1,79
Sig.		,156	1,000

Εξετάζοντας την πιθανή εξάρτηση της δομής στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με την πληροφόρηση για την τηλεειδοποίηση και την ευαισθητοποίηση του κράτους για τα προβλήματα των ατόμων.

Η γνώση της τηλεειδοποίησης αξιολογείται με 3βάθμια κλίμακα όπου η τιμή 1 αντιστοιχεί στο ΟΧΙ και η τιμή 3 στο ΝΑΙ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά δομή και από τον πίνακα πολλαπλών συγκρίσεων, η διαφοροποίηση οφείλεται στα άτομα των κοινωνικών κέντρων όπου η μέση τιμή γνώσης είναι συγκριτικά υψηλότερη. Αντίθετα τα άτομα των Γηροκομείων έχουν μέση τιμή χαμηλότερη και τα άτομα των ΚΑΠΗ κατατάσσονται ενδιάμεσα.

Αναφορικά με την ευαισθητοποίηση του κρατικού φορέα αυτή αξιολογείται επίσης με την παραπάνω κλίμακα.. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές η διαφοροποίηση οφείλεται στα άτομα των Γηροκομείων όπου η μέση τιμή είναι υψηλότερη έναντι των υπολοίπων ατόμων και άρα η αξιολόγηση της ευαισθητοποίησης θετικότερη.

Πίνακας 40: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) στις ερωτήσεις αξιολόγηση του

Συστήματος Υγείας

		N	MO	TA	βε	F	p
	Γηροκομείο	35	1,43	,917	2	26,390	,000
Αισθάνεστε ασφάλεια με το υπάρχον	ΚΑΠΗ	297	,54	,740	370		
Σύστημα Υγείας;	Κοινωνικό Κέντρο	41	,27	,672			
	Σύνολο	373	,59	,800			
	Γηροκομείο	39	3,56	1,353	2	20,296	,000
Πόσο ικανοποιημένος είστε με το Εθνικό	ΚΑΠΗ	294	2,22	1,364	373		
μας Σύστημα Υγείας;	Κοινωνικό Κέντρο	43	1,79	1,337			
	Σύνολο	376	2,31	1,428			

Πίνακας 41: Αισθάνεσθε ασφάλεια με το υπάρχον

Σύστημα Υγείας;

ΔΟΜΗ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Κοινωνικό	41	,27	
Κέντρο			
ΚΑΠΗ	297	,54	
Γηροκομείο	35		1,43
Sig.		,187	1,000

Πίνακας 42: Πόσο ικανοποιημένος είστε με το Εθνικό μας

Σύστημα Υγείας;

ΔΟΜΗ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Κοινωνικό	43	1,79	
Κέντρο			
ΚΑΠΗ	294	2,22	
Γηροκομείο	39		3,56
Sig.		,234	1,000

Η προηγούμενη τάση επαναλαμβάνεται και στο αίσθημα ασφάλειας από το Σύστημα Υγείας καθώς και στην αξιολόγηση της ικανοποίησης από το ΕΣΥ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές, η διαφοροποίηση οφείλεται στα άτομα των Γηροκομείων όπου η μέση τιμή είναι υψηλότερη έναντι των υπολοίπων ατόμων και άρα η αξιολόγηση της αίσθησης ασφάλειας καθώς και της ικανοποίησης είναι θετικότερη.

Φύλο

Προκειμένου να εξεταστεί αν οι στάσεις και απόψεις των ατόμων της τρίτης ηλικίας εξαρτώνται από το φύλο, εφαρμόζεται έλεγχος μέσων τιμών (t test) στις μεταβλητές της έρευνας που χρησιμοποιούν κλίμακα αξιολόγησης ή εφαρμόζεται χ^2 test στην περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών. Παρακάτω παρουσιάζονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές εξαρτήσεις.

Πίνακας 43: Έλεγχος x2 ως προς τη χρήση συσκευών και το φύλο

		φύλο		X2	βε	p
		γυναίκα	άνδρας			
Πλυντήριο	ναι	71,5%	20,1%	98,014	1	,000
	όχι	28,5%	79,9%			
Ηλεκτρική σκούπα	ναι	62,8%	18,0%	78,132	1	,000
	όχι	37,2%	82,0%			
Σίδερο	ναι	71,5%	15,2%	121,856	1	,000
	όχι	28,5%	84,8%			
Κουζίνα	ναι	77,4%	38,9%	52,010	1	,000
	όχι	22,6%	61,1%			
Ασύρματο τηλέφωνο	ναι	35,0%	20,5%	9,715	1	,002
	όχι	65,0%	79,5%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση του φύλου και των συσκευών προκύπτει για όλες τις συσκευές εκτός της τηλεόρασης. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η τάση είναι οι παραπάνω συσκευές να χρησιμοποιούνται σε μεγαλύτερο συγκριτικά ποσοστό από τις γυναίκες έναντι των ανδρών.

Πίνακας 44: Έλεγχος x2 ως προς τη χρήση τρόπων ενημέρωσης και το φύλο

		φύλο		X2	βε	p
		γυναίκα	άνδρας			
Εφημερίδες	ναι	61,0%	73,3%	6,075	1	,014
	όχι	39,0%	26,7%			
Περιοδικά	ναι	27,7%	10,3%	19,287	1	,000
	όχι	72,3%	89,7%			
Βιβλία	ναι	29,2%	15,2%	10,583	1	,001
	όχι	70,8%	84,8%			
Ταξίδια	ναι	28,5%	18,5%	5,036	1	,025
	όχι	71,5%	81,5%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση του φύλου και των τρόπων ενημέρωσης προκύπτει

για όλους τους τρόπους εκτός ίντερνετ, τηλεόρασης και συζήτησης. Αναφορικά με τις εφημερίδες το υψηλότερο ποσοστό δηλώνεται από τους άνδρες. Οι υπόλοιποι τρόποι επιλέγονται περισσότερο από τις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες.

Ηλικία

Προκειμένου να εξεταστεί αν οι στάσεις και απόψεις των ατόμων της 3^{ης} ηλικίας εξαρτώνται από την ηλικιακή ομάδα όπου ανήκουν, εφαρμόστηκαν έλεγχοι αντίστοιχοι των δομών. Παρακάτω παρουσιάζονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές εξαρτήσεις.

Πίνακας 45: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) στις ερωτήσεις χρήσης τεχνολογίας

Ηλικία	N	ΜΟ	ΤΑ	βε	F	p
Έχετε γνώσεις Ηλεκτρονικού Υπολογιστή;	65-74	140	1,24	,586	2	15,191 ,000
	75-84	179	1,03	,180	380	
	85+	64	1,00	,000		
	Σύνολο	383	1,10	,389		
Χρησιμοποιείτε μηχάνημα αυτόματης ανάληψης μετρητών (ΑΤΜ);	65-74	141	,58	1,043	2	9,502 ,000
	75-84	179	,32	,796	381	
	85+	64	,05	,278		
	Σύνολο	384	,37	,860		

Πίνακας 54.1: Έχετε γνώσεις Ηλεκτρονικού

Υπολογιστή;

ΗΛΙΚΙΑ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
85+	64	1,00	
75-84	179	1,03	
65-74	140		1,24
Sig.		,810	1,000

**Πίνακας 54.2: Χρησιμοποιείτε μηχάνημα
αυτόματης ανάληψης μετρητών (ATM);**

ΗΛΙΚΙΑ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
85+	64	,05	
75-84	179	,32	,32
65-74	141		,58
Sig.		,065	,076

Εξετάζοντας την πιθανή εξάρτηση της ηλικίας στατιστικά σημαντική σχέση προκύπτει με τις γνώσεις H/Y και με τη χρήση ATM.

Η γνώση H/Y αξιολογείται με 3βάθμια κλίμακα όπου η τιμή 1 αντιστοιχεί στο ΟΧΙ και η τιμή 3 στο ΝΑΙ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά ομάδα, η διαφοροποίηση οφείλεται στα άτομα της νεότερης ηλικιακής ομάδας όπου η μέση τιμή γνώσης είναι συγκριτικά υψηλότερη και άρα η γνώση μεγαλύτερη. Αντίθετα τα άτομα άνω των 75 κατατάσσονται στην ίδια ομάδα με μέση τιμή χαμηλότερη και τιμή σχεδόν 1 η οποία δηλώνει έλλειψη γνώσης H/Y.

Αναφορικά με τη χρήση ATM, αυτή αξιολογείται με 4βάθμια κλίμακα όπου η τιμή 0 αντιστοιχεί στο ΠΟΤΕ και η τιμή 3 στο ΠΑΝΤΑ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά ομάδα, η διαφοροποίηση επίσης οφείλεται στα άτομα 65-74 όπου η μέση τιμή χρήσης είναι συγκριτικά υψηλότερη από τους υπόλοιπους και άρα η χρήση συγκριτικά συχνότερη. Αντίθετα τα άτομα 85+ κατατάσσονται στην ομάδα με τη χαμηλότερη μέση τιμή και άρα τη σπανιότερη χρήση ATM ενώ τα άτομα 75-84 κατατάσσονται ενδιάμεσα.

Πίνακας 55: Έλεγχος χ² ως προς τη χρήση συσκευών και τη δομή

		ΗΛΙΚΙΑ			Χ ²	βε	p
		65-74	75-84	85+			
Πλυντήριο	ναι	54,6%	33,5%	15,6%	31,534	2	,000
	όχι	45,4%	66,5%	84,4%			
Ηλεκτρική σκούπα	ναι	52,5%	26,3%	14,1%	37,658	2	,000
	όχι	47,5%	73,7%	85,9%			
Σίδερο	ναι	52,5%	28,5%	15,6%	32,764	2	,000
	όχι	47,5%	71,5%	84,4%			
Κουζίνα	ναι	68,8%	46,9%	31,2%	28,818	2	,000
	όχι	31,2%	53,1%	68,8%			
Ασύρματο τηλέφωνο	ναι	45,4%	18,4%	4,7%	47,936	2	,000
	όχι	54,6%	81,6%	95,3%			
Κάνετε χρήση κινητού τηλεφώνου	ναι	70,0%	52,5%	29,7%	29,752	2	,000
	όχι	30,0%	47,5%	70,3%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ηλικίας και της χρήσης συσκευών προκύπτει για το σύνολο των συσκευών. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η τάση είναι η χρήση να μεταβάλλεται μεταξύ των ηλικιών με το μικρότερο ποσοστό χρήσης να εμφανίζεται τα άτομα 85+ και σταδιακά να αυξάνεται όσο η ηλικία μικραίνει. Έτσι το υψηλότερο ποσοστό χρήσης εμφανίζουν τα άτομα 64-74.

Πίνακας 56: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) στις ερωτήσεις χρήσης τεχνολογίας

Διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης των καινούργιων ηλεκτρικών σας συσκευών;	N	ΜΟ	ΤΑ	βε	F	p
75-84	179	1,43	,718	379		
85+	62	1,47	,762			
Σύνολο	382	1,63	,834			

Πίνακας 57: Διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης των καινούργιων ηλεκτρικών σας συσκευών;

ΗΛΙΚΙΑ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
75-84	179	1,43	
85+	62	1,47	
65-74	141		1,96
Sig.		,944	1,000

Η ανάγνωση οδηγιών αξιολογείται με 3βάθμια κλίμακα όπου η τιμή 1 αντιστοιχεί στο ΟΧΙ και η τιμή 3 στο ΝΑΙ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά ηλικιακή ομάδα η διαφοροποίηση εντοπίζεται στα άτομα 65-74 όπου η μέση τιμή της συχνότητας ανάγνωσης είναι συγκριτικά υψηλότερη. Αντίθετα τα άτομα των μεγαλύτερων ηλικιών κατατάσσονται σε ίδια ομάδα με μέση τιμή χαμηλότερη και ανάγνωση που γίνεται μερικές φορές έως καθόλου.

Πίνακας 58: Έλεγχος x2 ως προς τα μέσα ενημέρωσης

		ΗΛΙΚΙΑ			X2	βε	p
		65-74	75-84	85+			
Εφημερίδες	ναι	80,7%	64,2%	55,6%	16,149	2	,000
	όχι	19,3%	35,8%	44,4%			
Περιοδικά	ναι	23,4%	14,0%	7,9%	9,087	2	,011
	όχι	76,6%	86,0%	92,1%			
Βιβλία	ναι	28,4%	14,5%	19,0%	9,401	2	,009
	όχι	71,6%	85,5%	81,0%			
Ταξίδια	ναι	37,6%	16,8%	3,2%	35,611	2	,000
	όχι	62,4%	83,2%	96,8%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ηλικίας και των μέσων ενημέρωσης προκύπτει για τις εφημερίδες, τα περιοδικά, τα βιβλία και τα ταξίδια. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η γενική τάση είναι η χρήση να μεταβάλλεται μεταξύ των ατόμων των διαφόρων ηλικιακών ομάδων με τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης των διαφόρων μέσων να εμφανίζονται στα άτομα άνω των 85 ετών και σταδιακά να αυξάνουν όσο η ηλικία των ατόμων μειώνεται.

Πίνακας 59: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) μεταξύ της ηλικίας και της αξιολόγησης της υγείας

Από 0 έως 10 πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;	N	MO	TA	βε	F	p
65-74	141	6,99	2,086	2	4,132	,017
75-84	179	6,45	2,211	379		
85+	62	6,15	2,217			
Σύνολο	382	6,60	2,184			

Πίνακας 60: Κατάσταση υγείας

ΗΛΙΚΙΑ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
85+	62	6,15	
75-84	179	6,45	6,45
65-74	141		6,99
Sig.		,604	,193

Η υγεία αξιολογείται με 10 βάρη κλίμακα όπου η τιμή 0 αντιστοιχεί στην χειρότερη εκτίμηση και η τιμή 10 στην καλύτερη. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά ηλικιακή ομάδα η διαφοροποίηση εντοπίζεται στα άτομα 65-74 όπου η μέση τιμή της αξιολόγησης της κατάστασης της υγείας είναι συγκριτικά υψηλότερη. Αντίθετα τα άτομα των 85+ εμφανίζουν τη μικρότερη μέση αξιολόγηση ενώ η ομάδα 75-84 κατατάσσεται ενδιάμεσα.

Πίνακας 61: Έλεγχος x2 ως προς τη χρήση βοηθημάτων υποστήριξης της υγείας

		ΗΛΙΚΙΑ			X2	βε	p
		65-74	75-84	85+			
Τεχνητή οδοντοστοιχία	ναι	34,8%	53,1%	63,5%	17,817	2	,000
	όχι	65,2%	46,9%	36,5%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ηλικίας και βοηθημάτων υγείας προκύπτει για την τεχνητή οδοντοστοιχία.

Αυτό διότι αυτή είναι αυξημένη στα άτομα των 85+ και το ποσοστό χρήσης μεταξύ των ατόμων της ίδιας ομάδας μειώνεται όσο μειώνεται η ηλικία.

Πίνακας 62: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) στις ερωτήσεις αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας

		N	MO	TA	βε	F	p
Αισθάνεστε ασφάλεια με το υπάρχον Σύστημα Υγείας;	65-74	139	,45	,773	2	3,776	,024
	75-84	174	,63	,800	370		
	85+	60	,77	,789			
	Σύνολο	373	,58	,794			
Πόσο ικανοποιημένος είστε με το Εθνικό μας Σύστημα Υγείας;	65-74	137	2,01	1,367	2	6,174	,002
	75-84	178	2,40	1,416	373		
	85+	61	2,74	1,482			
	Σύνολο	376	2,31	1,428			

Η προηγούμενη τάση που έχει καταγραφή μεταξύ των δομών επαναλαμβάνεται και στη σχέση ηλικίας με το αίσθημα ασφάλειας από το Σύστημα Υγείας καθώς και την αξιολόγηση της ικανοποίησης από το ΕΣΥ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές η διαφοροποίηση οφείλεται στα άτομα των 85+ όπου η μέση τιμή είναι υψηλότερη έναντι των υπολοίπων ατόμων. Το μέσο αίσθημα ασφάλειας και ή μέση ικανοποίησης μειώνεται όσο μειώνεται η ηλικία των ατόμων.

Πίνακας 61.1: Αισθάνεστε ασφάλεια με το υπάρχον

Σύστημα Υγείας;

ΗΛΙΚΙΑ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
65-74	139	,45	
75-84	174	,63	,63
85+	60		,77
Sig.		,296	,449

Πίνακας 61.2: Πόσο ικανοποιημένος είστε με το ΕΣΥ

ΗΛΙΚΙΑ	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
65-74	137	2,01	
75-84	178	2,40	2,40
85+	61		2,74
Sig.		,151	,229

Εκπαιδευτικό επίπεδο

Προκειμένου να εξεταστεί αν οι στάσεις και απόψεις των ατόμων της 3^{ης} ηλικίας εξαρτώνται από το εκπαιδευτικό επίπεδο όπου ανήκουν, και δεδομένου ότι αυτό κατηγοριοποιείται σε 7 ομάδες διατεταγμένες από την τιμή 1 η οποία αντιστοιχεί στην υψηλότερη βαθμίδα έως την τιμή 7 η οποία αντιστοιχεί στη χαμηλότερη βαθμίδα, εφαρμόστηκαν είτε έλεγχοι μέσων τιμών στην περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών είτε υπολογισμός πίνακα συσχέτισης και εκτίμηση του δείκτη συσχέτισης Pearson R στην περίπτωση συνεχών μεταβλητών, όπως οι μεταβλητές αξιολόγησης όπου χρησιμοποιείτε κλίμακα βαθμολόγησης. Παρακάτω παρουσιάζονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές εξαρτήσεις.

Πίνακας 62: Συσχέτιση χρήσης νέας τεχνολογίας και εκπαίδευσης

	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
Έχετε γνώσεις Ηλεκτρονικού	R	-,341
Υπολογιστή;	p	,000
	N	383
Χρησιμοποιείτε μηχάνημα	R	-,345
αυτόματης ανάληψης μετρητών	p	,000
(ATM);	N	384
Διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης των	R	-,501
καινούργιων ηλεκτρικών σας	p	,000
συσκευών;	N	382

Στην περίπτωση της γνώσης H/Y στην χρήση ATM, αλλά και στην ανάγνωση των οδηγιών χρήσης υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εκπαίδευση. Και στις 3 περιπτώσεις η συσχέτιση είναι αρνητική και ασθενής ($R=-,341$, $R=-,345$ και $RT=-,501$ αντίστοιχα) κάτι που σημαίνει ότι η γνώση, η χρήση και η συχνότητα ανάγνωσης αυξάνουν όσο μειώνεται η τιμή της εκπαίδευσης δηλαδή, σύμφωνα με την κλίμακα, όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης των ατόμων.

Πίνακας 63: Έλεγχος μέσων τιμών (t test) στις ερωτήσεις χρήσης συσκευών και αξιολόγησης της τεχνολογίας

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		N	ΜΟ	ΤΑ	t	βε	p
Πλυντήριο	ναι	147	4,78	1,451	-2,471	382	,014
	όχι	237	5,12	1,233			
Ηλεκτρική σκούπα	ναι	130	4,52	1,536	-5,135	382	,000
	όχι	254	5,23	1,140			
Κουζίνα	ναι	201	4,80	1,419	-2,980	382	,003
	όχι	183	5,20	1,193			
Ασύρματο τηλέφωνο	ναι	100	4,17	1,450	-7,666	382	,000
	όχι	284	5,27	1,157			
Κάνετε χρήση κινητού τηλεφώνου;	όχι	172	5,34	1,110	4,865	381	,000
	ναι	211	4,70	1,425			
Η νέα τεχνολογία, διευκολύνει τη ζωή σας ή την κάνει δυσκολότερη	δυσκολεύει	16	5,44	,512	4,025	27,099	,000
	διευκολύνει	323	4,84	1,358			

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εκπαίδευση εντοπίζεται στη χρήση πλυντηρίου, σκούπας, κουζίνας, ασύρματου και κινητού τηλεφώνου και στην αξιολόγηση της τεχνολογίας για τη διευκόλυνση της ζωής. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές κατάταξης της εκπαίδευσης, στις περιπτώσεις της μη χρήσης αλλά και στην αξιολόγηση της τεχνολογίας ως παράμετρος που δυσκολεύει τη ζωή, η εκπαίδευση εμφανίζει υψηλή μέση τιμή και άρα τα αντίστοιχα άτομα έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης από τα άτομα που κάνουν χρήση συσκευών και θεωρούν ότι η ζωή διευκολύνεται.

Πίνακας 64: Έλεγχος μέσων τιμών (t test) στις ερωτήσεις τρόπων ενημέρωσης

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		N	ΜΟ	ΤΑ	t	βε	p
Εφημερίδες	ναι	263	4,70	1,352	-6,466	380	,000
	όχι	119	5,61	1,035			
Περιοδικά	ναι	63	3,83	1,661	-8,194	381	,000
	όχι	320	5,21	1,121			
Βιβλία	ναι	78	3,94	1,549	-8,494	381	,000
	όχι	305	5,25	1,120			
Ταξίδια	ναι	85	4,09	1,428	-7,475	381	,000
	όχι	298	5,23	1,183			
Ίντερνετ	ναι	11	3,09	1,578	-4,939	381	,000
	όχι	372	5,04	1,280			
Τηλεοπτικές ειδήσεις	ναι	367	5,02	1,285	2,339	378	,020
	όχι	13	4,15	1,864			

Η τάση είναι όμοια με προηγούμενα.

Πίνακας 65: Συσχέτιση αξιολόγησης υγείας και εκπαίδευσης

	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
Από 0 έως 10 πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;	R	-,278
	p	,000
	N	382

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση εντοπίζεται στην αξιολόγηση υγείας με την εκπαίδευση. Η συσχέτιση είναι αρνητική και ασθενής ($R=-,278$) κάτι που σημαίνει η αξιολόγησης της υγείας είναι περισσότερο θετική όσο μειώνεται η τιμή της εκπαίδευσης δηλαδή, σύμφωνα με την κλίμακα, όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης των ατόμων.

Εισόδημα

Οι έλεγχοι είναι αντίστοιχοι της δομής και της ηλικίας. Τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα είναι τα ακόλουθα:

Πίνακας 66: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) στις ερωτήσεις χρήσης τεχνολογίας

	N	MO	TA	βε	F	p	
Έχετε γνώσεις Ηλεκτρονικού Υπολογιστή;	>1000	33	1,27	,574	3	5,340	,001
	500-1000	193	1,12	,427	376		
	300-500	122	1,01	,091			
	<300	32	1,19	,535			
	Σύνολο	380	1,11	,390			
Χρησιμοποιείτε μηχανήμα αυτόματης ανάληψης μετρητών (ATM);	>1000	34	,79	1,122	3	9,887	,000
	500-1000	193	,51	,985	377		
	300-500	122	,14	,535			
	<300	32	,00	,000			
	Σύνολο	381	,37	,863			
Διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης των καινούργιων ηλεκτρικών σας συσκευών;	>1000	34	2,03	,904	3	10,108	,000
	500-1000	192	1,71	,843	375		
	300-500	121	1,32	,635			
	<300	32	1,84	,987			
	Σύνολο	379	1,63	,831			

Πίνακας 67: Έχετε γνώσεις Ηλεκτρονικού Υπολογιστή

Τί εισόδημα έχετε από την σύνταξή σας;	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
300-500	122	1,01	
500-1000	193	1,12	1,12
<300	32	1,19	1,19
>1000	33		1,27
Sig.		,123	,265

Πίνακας 68: Χρησιμοποιείτε μηχάνημα αυτόματης ανάληψης μετρητών (ATM);

Τί εισόδημα έχετε από την σύνταξή σας;	N	Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3
<300	32	,00		
300-500	122	,14	,14	
500-1000	193		,51	,51
>1000	34			,79
Sig.		,860	,155	,366

Πίνακας 69: Διαβάζετε τις οδηγίες χρήσης των καινούργιων ηλεκτρικών σας συσκευών;

Τί εισόδημα έχετε από την σύνταξή σας;	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
300-500	121	1,32	
500-1000	192	1,71	1,71
<300	32		1,84
>1000	34		2,03
Sig.		,102	,231

Όπως έχει αναφερθεί, η γνώση Η/Υ αξιολογείται με 3βάθμια κλίμακα όπου η τιμή 1 αντιστοιχεί στο ΟΧΙ και η τιμή 3 στο ΝΑΙ. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά ομάδα εισοδήματος η διαφοροποίηση κυρίως οφείλεται στα άτομα εισοδήματος >1000€ όπου η μέση τιμή γνώσης είναι συγκριτικά υψηλότερη και άρα η γνώση μεγαλύτερη.

Αναφορικά με τη χρήση ΑΤΜ, αυτή αξιολογείται με 4βάθμια κλίμακα όπου η τιμή 0 αντιστοιχεί στο ΠΟΤΕ και η τιμή 3 στο ΠΑΝΤΑ. Και σε αυτή την περίπτωση όσο μεγαλώνει το εισόδημα, τόσο αυξάνεται η χρήση ΑΤΜ.

Όμοια είναι η τάση που αφορά την ανάγνωση οδηγιών χρήσης, με εξαίρεση την τιμή των ατόμων με εισόδημα <300€, που επίσης είναι υψηλή.

Πίνακας 70: Έλεγχος χ2 ως προς τη χρήση συσκευών και τη δομή

		εισόδημα από την σύνταξη;				X2	βε	p
		>1000	500-1000	300-500	<300			
Πλυντήριο	ναι	26,5%	35,8%	33,6%	81,2%	28,721	3	,000
	όχι	73,5%	64,2%	66,4%	18,8%			
Ηλεκτρική σκούπα	ναι	32,4%	31,1%	27,0%	78,1%	31,222	3	,000
	όχι	67,6%	68,9%	73,0%	21,9%			
Σίδερο	ναι	23,5%	30,6%	31,1%	87,5%	43,224	3	,000
	όχι	76,5%	69,4%	68,9%	12,5%			
Κουζίνα	ναι	61,8%	48,7%	45,1%	90,6%	23,606	3	,000
	όχι	38,2%	51,3%	54,9%	9,4%			
Ασύρματο τηλέφωνο	ναι	35,3%	28,5%	14,8%	46,9%	17,301	3	,001
	όχι	64,7%	71,5%	85,2%	53,1%			
Κάνετε χρήση κινητού τηλεφώνου;	ναι	61,8%	64,2%	36,4%	68,8%	26,740	3	,000
	όχι	38,2%	35,8%	63,6%	31,2%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ηλικίας και της χρήσης συσκευών προκύπτει για το σύνολο των συσκευών εκτός της τηλεόρασης. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η τάση που εμφανίζεται αφορά στο υψηλότερο ποσοστό χρήσης των συσκευών στην περίπτωση των ατόμων με εισόδημα μικρότερο των 300€.

Πίνακας 71: Έλεγχος χ² ως προς τον τρόπο ενημέρωσης

		εισόδημα από την σύνταξη;				X ²	βε	p
		>1000	500-1000	300-500	<300			
Περιοδικά	ναι	17,6%	15,6%	6,6%	53,1%	40,889	3	,000
	όχι	82,4%	84,4%	93,4%	46,9%			
Βιβλία	ναι	35,3%	19,8%	13,1%	34,4%	12,583	3	,006
	όχι	64,7%	80,2%	86,9%	65,6%			
Ταξίδια	ναι	35,3%	24,5%	9,8%	40,6%	21,103	3	,000
	όχι	64,7%	75,5%	90,2%	59,4%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ηλικίας και των τρόπων ενημέρωσης προκύπτει για τα περιοδικά τα ταξίδια και τα βιβλία. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η τάση που εμφανίζεται αφορά στο υψηλότερο ποσοστό χρήσης των παραπάνω μέσων στην περίπτωση των ατόμων με εισόδημα μικρότερο των 300€. Τα επόμενα υψηλά ποσοστά εμφανίζονται στις περιπτώσεις των εισοδημάτων άνω των 1000€.

Πίνακας 72: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) μεταξύ της ηλικίας και της αξιολόγησης της υγείας.

Από 0 έως 10 πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;	N	MO	TA	βε	F	p
>1000	34	7,24	1,986	3	3,744	,011
500-1000	192	6,80	2,176	375		
300-500	121	6,10	2,192			
<300	32	6,75	2,155			
Σύνολο	379	6,61	2,187			

Η υγεία αξιολογείται με 10 βάρη κλίμακα όπου η τιμή 0 αντιστοιχεί στη χειρότερη εκτίμηση και η τιμή 10 στην καλύτερη. Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές ανά ομάδα εισοδήματος, η διαφοροποίηση εντοπίζεται στη σταδιακή αύξηση της αξιολόγησης της υγείας όσο αυξάνεται το εισόδημα των ατόμων, με εξαίρεση τη συγκριτικά μέτρια βαθμολογία ικανοποίησης για τα άτομα κάτω των 300€

**Πίνακας 73: Έλεγχος μέσων τιμών (ANOVA) στις ερωτήσεις αξιολόγηση
του Συστήματος Υγείας**

	N	MO	TA	βε	F	p	
Αισθάνεστε ασφάλεια με το υπάρχον Σύστημα Υγείας;	>1000	34	,38	,697	3	4,275	,006
	500-1000	188	,61	,803	366		
	300-500	117	,70	,823			
	<300	31	,19	,543			
	Σύνολο	370	,58	,793			
Πόσο ικανοποιημένος είστε με το Εθνικό μας Σύστημα Υγείας;	>1000	34	2,21	1,666	3	4,277	,006
	500-1000	190	2,31	1,452	369		
	300-500	118	2,56	1,350			
	<300	31	1,55	1,091			
	Σύνολο	373	2,31	1,433			

**Πίνακας 74: Αισθάνεστε ασφάλεια
με το υπάρχον Σύστημα Υγείας;**

Τί εισόδημα έχετε από την σύνταξή σας;	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
<300	31	,19	
>1000	34	,38	,38
500-1000	188	,61	,61
300-500	117		,70
Sig.		,058	,224

**Πίνακας 75: Πόσο ικανοποιημένος είστε
με το Εθνικό μας Σύστημα Υγείας;**

Τί εισόδημα έχετε από την σύνταξή σας;	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
<300	31	1,55	
>1000	34	2,21	2,21
500-1000	190	2,31	2,31
300-500	118		2,56
Sig.		,057	,647

Εξετάζοντας τη στατιστικά σημαντική εξάρτηση του εισοδήματος με την ύπαρξη αισθήματος ασφάλειας από το Σύστημα Υγείας και με την ικανοποίηση από το ΕΣΥ, προκύπτει ότι οι χαμηλότερες τιμές ικανοποίησης δηλώνονται στις περιπτώσεις των εισοδημάτων <300 και >1000€. Τα ενδιάμεσα εισοδήματα εμφανίζουν υψηλότερες τιμές ικανοποίησης.

3. Διάφορες συσκευές

- Κόκκινο κουμπί. ΜΚΟ Γραμμή Ζωής. Τηλέφωνα επικοινωνίας:
210.6990885, 210.6917125



- Συσκευή υποστήριξης βαδίσματος από την Honda (Walking Assistand)



- Σταθερά τηλέφωνα



Ενσύρματο
Τηλέφωνο για
ηλικιωμένους
TopCom Titan 100
Wired Phone

- Κινητό τηλέφωνο με μεγάλα πλήκτρα



- Telco 3606F-CL Ασύρματο τηλέφωνο με 10 πλήκτρα ταχείας κλήσης
(Ασύρματο τηλέφωνο με 10 πλήκτρα ταχείας κλήσης. Ιδανικό για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες. 1.8 GHz συχνότητα λειτουργίας ECO DECT. Χαμηλή κατανάλωση ενέργειας και χαμηλή ακτινοβολία 10 μεγάλα κουμπιά γρήγορων κλήσεων με φωτογραφίες LCD φωτιζόμενη οθόνη. Ανεύρεση ακουστικού τηλεφώνου από τη βάση Αναγνώριση κλήσεων. Εμφάνιση αριθμού στην αναμονή κλήσης)



Στο πλαίσιο του ερευνητικού έργου «I2HOME» αναπτύχθηκε, όπως αναφέρει η Επιτροπή, η προσαρμοσμένη στο χρήστη και απλοποιημένη διεπαφή Universal Remote Console (καθολική κονσόλα τηλεχειρισμού), που βασίζεται σε ήδη υπάρχοντα και σε εξελισσόμενα ανοικτά πρότυπα.

Η διεπαφή αυτή μπορεί να είναι τηλεχειριστήριο γενικής χρήσης, κινητό τηλέφωνο, υπολογιστής, ή άλλη συσκευή και να χρησιμοποιείται, για παράδειγμα, για να θέτει σε λειτουργία και να προγραμματίζει πλυντήρια ρούχων, το φωτισμό, τη θέρμανση, τον κλιματισμό, τηλεοράσεις, συσκευές αναπαραγωγής/εγγραφής DVD και άλλες οικιακές συσκευές (www.newsbeast.gr).



Ηλικιωμένα και μοναχικά άτομα, που δεν έχουν ανθρώπους γύρω τους και ενδέχεται να βρεθούν σε κίνδυνο, υπάρχουν πολλά. Σε αυτή την ομάδα των συμπολιτών μας στοχεύει η εφαρμογή του συστήματος της τηλεβοήθειας «OTE alert», η οποία ξεκίνησε και στη Βέροια, σε συνεργασία της εταιρίας Cities Net, του Δήμου Βέροιας και της Υπηρεσίας «Βοήθεια στο Σπίτι».



- A130:

Περιγραφή: Υπεραυτόματο πιεσόμετρο μπράτσου με λειτουργία φωνητικής καθοδήγησης. Εξοπλισμένο με λειτουργία PAD για την έγκαιρη διάγνωση της αρρυθμίας. Ειδική χρήση: Για άτομα που χρειάζονται ένα πιεσόμετρο με φωνητική καθοδήγηση, και υψηλή ακρίβεια.

- Με στόχο την εύκολη μετακίνηση των ηλικιωμένων ακόμη και στις σκάλες, ο νεαρός σχεδιαστής Ντάνιελ Μολόι από το Πανεπιστήμιο Μόνας στην Αυστραλία δημιούργησε το Boomer: ένα εργονομικό καροτσάκι παντός καιρού και... εδάφους! Ξεφεύγοντας από την αυστηρή μορφή μιας αναπηρικής καρέκλας ή ενός κλασικού βοηθήματος βάδισης γνωστού και ως «πι»- το εύχρηστο εργαλείο «παντρεύει» τις όρθιες με τις καθιστές μετακινήσεις, καθώς από τη μία φέρει ένα άνετο κάθισμα και επαρκή στήριξη της πλάτης, ενώ από την άλλη διαθέτει βολικά χερούλια με φρένο για άμεση παρέμβαση κατά το περπάτημα.

Σχεδιασμένο με γνώμονα τη σταθερότητα, το ελαφρό Boomer διαθέτει τη μοναδική δυνατότητα να προσφέρει στήριξη κατά την ανάβαση ή την κατάβαση σκαλιών. Το μυστικό, σύμφωνα με τον επινοητή του, εντοπίζεται σε ένα κουμπί με το πάτημα του οποίου οι μπροστινοί βραχίονες διπλώνουν προς το μέρος του χρήστη και οι τροχοί ανασηκώνονται, με αποτέλεσμα οι πίσω τροχοί να εφαρμόζουν πάνω στο σκαλί, διευκολύνοντας έτσι τη σταθερή ανάβαση.



- «Έξυπνο» μπαστούνι για ηλικιωμένους <http://www.naftemporiki.gr/story/621042>

Mobile World Congress, Σάββατο, 02 Μαρτίου 2013 10:47



Ένα «έξυπνο» μπαστούνι υψηλής τεχνολογίας, με δορυφορική πλοήγηση παρουσίασε ο ιαπωνικός κολοσσός Fujitsu στο Mobile World Congress στη Βαρκελώνη.

Η εν λόγω συσκευή βοηθά τους ηλικιωμένους να προσανατολίζονται και να βρίσκουν το δρόμο τους, ενώ παράλληλα παρακολουθεί ζωτικές ενδείξεις, όπως ο ρυθμός των χτύπων της καρδιάς και η θερμοκρασία σώματος. Ακόμη, μεταδίδει την τοποθεσία του χρήστη του, η οποία μπορεί να ανιχνευθεί online και να ενεργοποιήσει συναγερμούς εάν γίνει αντιληπτό κάποιο ατύχημα ή κάποια γενικότερα εν δυνάμει «επικίνδυνη» κατάσταση.

Το μπαστούνι επικοινωνεί με ένα κεντρικό υπολογιστή, και ενημερώνει τους συγγενείς (ή τα άτομα που είναι υπεύθυνα για τη φροντίδα του ηλικιωμένου) για τη θέση και την κατάσταση της υγείας του ατόμου. Εάν εντοπιστούν προβλήματα (όπως, για παράδειγμα, μια αρρυθμία), ειδοποιεί αυτόματα τις υπηρεσίες άμεσης βοήθειας.

Στις τεχνολογίες που υπάρχουν στο «έξυπνο» μπαστούνι περιλαμβάνονται GPS, διασυνδεσιμότητα 3G και Wi-Fi, ενώ υπάρχει και οθόνη LED στη λαβή. Εάν απαιτείται αλλαγή κατεύθυνσης, το μπαστούνι δονείται και στην οθόνη εμφανίζεται ένα βελάκι το οποίο ενημερώνει τον χρήστη για τη σωστή κατεύθυνση.

Το «έξυπνο» μπαστούνι νέας γενιάς (Next Generation Cane) αποτελεί μία κίνηση της Fujitsu προς την κατεύθυνση της κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων της Ιαπωνίας- μία κατηγορία που παρουσιάζει έντονη αυξητική τάση στη χώρα, φαινόμενο που παρατηρείται και στον Δυτικό κόσμο εν γένει, καθώς, σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα, ο πληθυσμός «γερνάει». Παρόλα αυτά, η εταιρεία δηλώνει πως πρόκειται για μία συσκευή την οποία μπορεί να χρησιμοποιήσει κάθε «ευάλωτο» άτομο.

Η Fujitsu γενικότερα δείχνει γενικότερα ενδιαφέρον προς την κατηγορία των «ωριμότερων» καταναλωτών, καθώς, πέρα από το «έξυπνο» μπαστούνι, παρουσίασε και το Stylistic, ένα smartphone με Android το οποίο είναι ειδικά σχεδιασμένο για ανθρώπους οι οποίοι δεν έχουν χρησιμοποιήσει ξανά smartphone και περιλαμβάνει επεξηγηματικές λειτουργίες, καθώς και ειδικές λειτουργίες όσον αφορά την ένταση και συχνότητα του ήχου, για να μπορούν να το ακούνε καλύτερα οι ηλικιωμένοι.

- Κινητό με μεγάλα πλήκτρα για ηλικιωμένους - 2" Οθόνη - FM



Το κινητό είναι κατάλληλο για ανθρώπους, κυρίως μεγάλης ηλικίας ή ανθρώπους με προβλήματα όρασης, με μικρή εξοικείωση με την τεχνολογία. Το πληκτρολόγιο με τα μεγάλα πλήκτρα εξασφαλίζει άνεση στην κλήση των αριθμών, ενώ η οθόνη προβάλλει με μεγάλες γραμματοσειρές τις πληροφορίες. Με το πλήκτρο έκτακτης ανάγκης γίνεται άμεση κλήση αριθμών που έχετε επιλέξει. Απλά με το πάτημα ενός πλήκτρου!!! Αποθηκεύονται 4 αριθμοί οι οποίοι καλούνται σειριακά μέχρι να απαντήσει κάποιος. Αρχικά καλείται το πρώτο νούμερο, αν αυτό δεν απαντήσει τότε καλείται αυτόματα το επόμενο κ.τ.λ. Το κλείδωμα και άνοιγμα του πληκτρολογίου γίνεται με ξεχωριστό πλήκτρο όπως και η προσαρμογή της έντασης. Ακόμη το κινητό μετατρέπεται σε FM ραδιόφωνο με την χρήση ενός κουμπιού. Επίσης υπάρχει δυνατότητα χρήσης της συσκευής σαν φακός ακόμα και αν είναι απενεργοποιημένο το τηλέφωνο. Με στιβαρή κατασκευή για να προστατεύεται από χτυπήματα είναι η καλύτερη και φθηνότερη λύση για όσους ενδιαφέρονται για τις βασικές λειτουργίες ενός κινητού τηλεφώνου.

- Η νέα συσκευή Vigi' Fall καθιστά πιο ασφαλή τη ζωή των ηλικιωμένων

<http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/22788/h-nea-syskefi-vigi-fall-kathista-pio-asfali-ti-zwi-twn-ilikiwmenwn.html>

Η μοναδική λύση εντοπισμού πτώσεων Vigi'Fall μπορεί να συμβάλει στην αποφυγή 500.000 νοσηλειών και 40.000 πρόωρων θανάτων που προκαλούνται από πτώσεις στην Ευρώπη κάθε χρόνο. Η κοινοπραξία FallWatch ενσωματώνει την ευρωπαϊκή τεχνολογία και τεχνογνωσία σε ένα μικροσκοπικό, τριγωνικό επίθεμα με την ονομασία Vigi'Fall που φοριέται από τον χρήστη με ένα μη επεμβατικό, μόνιμο τρόπο. Η αλληλεπίδραση μεταξύ της συσκευής που φοριέται από τον χρήστη, των υπέρυθρων αισθητήρων κίνησης που είναι τοποθετημένοι εντός του σπιτιού και ενός κεντρικού συστήματος ελέγχου, διασφαλίζει τον ακριβή εντοπισμό μίας σοβαρής πτώσης και την έγκαιρη ιατρική παρέμβαση.

Η επόμενη φάση του προγράμματος, FallWatch DEMO, έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της λειτουργικότητας και ακρίβειας του σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό, μέσω της ενσωμάτωσης συστήματος παρακολούθησης καρδιακών παλμών. Τα προγράμματα FallWatch/FallWatch DEMO έχουν λάβει στο σύνολο χρηματοδότηση περίπου 2 εκατομμυρίων ευρώ από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Η κοινοπραξία, της οποίας ηγείται η γαλλική εταιρεία Vigilio S.A., αποτελεί ένα καλό παράδειγμα για το πώς οι τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών (ICT) μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

‘Εκτιμάται ότι περισσότερα από 20 εκατομμύρια άτομα άνω των 65 υφίστανται πτώση κάθε χρόνο στην Ευρώπη. Η πτώση αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου που οφείλεται σε τραυματισμό σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Η άμεση ιατρική παρέμβαση θεωρείται υψίστης σημασίας και συχνά είναι ζήτημα ζωής και θανάτου’ εξήγησε ο κ.

Jean-Eric Lundy, ιδρυτής της Vigilio S.A, γιατρός στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Νοσοκομείου Cochin στο Παρίσι. ‘Πάρα πολύ συχνά βλέπουμε ηλικιωμένους ασθενείς να φθάνουν στα επείγοντα μετά από πολύωρη παραμονή στο πάτωμα του σπιτιού τους, μη μπορώντας να ζητήσουν βοήθεια.

Η φυσική και ψυχολογική επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς, που έπεται αυτής της αναμονής, είναι συχνά ανεπανόρθωτη. Η δυνατότητα να παρεμβαίνει κανείς άμεσα και να παρέχει την απαιτούμενη ιατρική βοήθεια μπορεί να διασφαλίσει ότι η πτώση δεν θα έχει μόνιμη επίπτωση στην ποιότητα ζωής του ατόμου.’

Πώς λειτουργεί η λύση Vigi’Fall

Η λύση βασίζεται σε ένα σύστημα αισθητήρων. Ο χρήστης φοράει ένα βιοαισθητήρα, ενώ μία σειρά από άλλους αισθητήρες προσαρμόζονται ασύρματα στους τοίχους σε όλο τον χώρο, περίπου όπως τα συστήματα ασφαλείας κατοικιών. Εάν ο χρήστης υποστεί πτώση, πέρα από το σήμα που εκπέμπει για την πτώση ο βιοαισθητήρας, οι αισθητήρες που είναι τοποθετημένοι στον τοίχο εντοπίζουν την έλλειψη κίνησης και ασύρματα αναμεταδίδουν σήμα σε ένα κεντρικό σύστημα ελέγχου, το οποίο βρίσκεται επίσης εντός της οικίας.

Το σύστημα ελέγχου συνδέεται αυτόματα, μέσω τηλεφώνου, με μία νοσοκόμα ή με ένα τηλεφωνικό κέντρο σε περίπτωση που η πτώση συμβαίνει στο σπίτι του ίδιου χρήστη. Προκειμένου να ξεχωρίσει το σύστημα μεταξύ πραγματικών πτώσεων και μη πραγματικών, η συσκευή είναι εξοπλισμένη με λογισμικό συνδυασμού δεδομένων που επιτρέπει την ανάλυση της φύσης της πτώσης (με ή χωρίς πρόσκρουση) και την στάση του ασθενούς μετά την πτώση.

Σε ένα χώρο φροντίδας ηλικιωμένων, επεμβαίνει άμεσα μία νοσοκόμα.

Ως μία δεύτερη δικλείδα επαλήθευσης για άτομα που ζουν μόνα τους, ο χειριστής του τηλεφωνικού κέντρου επιχειρεί να καλέσει τον χρήστη στο τηλέφωνο. Εάν η κλήση δεν απαντηθεί, η οικογένεια του ή η ομάδα επείγουσας δράσης κινητοποιείται άμεσα.

Οι κύριες προκλήσεις που αντιμετώπισε η κοινοπραξία FallWatch ήταν η σμίκρυνση του συστήματος και η διασφάλιση της ευκολίας και άνεσης στη χρήση του. Για το σκοπό αυτό, η κοινοπραξία συγκέντρωσε Ευρωπαίους εταίρους εξειδικευμένους σε μια σειρά από ειδικότητες, που κυμαίνονται από τα συστήματα προσωπικής ασφαλείας, τη μικροηλεκτρονική και τα βιοϋλικά έως τη νανοτεχνολογία, τα ιατρικά επιθέματα και τις μπαταρίες υψηλής απόδοσης για στρατιωτικούς και αεροδιαστημικούς σκοπούς.

Το επίθεμα μπορεί να φορεθεί ακόμη και στο μπάνιο και φορτίζεται με υψηλής ισχύος μπαταρίες, ενώ όταν τοποθετηθεί στο δέρμα δεν γίνεται πλέον αντιληπτό από τον χρήστη, ο οποίος νιώθει ασφάλεια, γνωρίζοντας ότι σε περίπτωση πτώσης, θα έχει άμεση βοήθεια.

Επιτυχείς κλινικές δοκιμές και εμπορική διάθεση

Το μικροσκοπικό επίθεμα Vigi'Fall έχει δοκιμαστεί με επιτυχία σε περιβάλλον εργαστηρίου, νοσοκομείου, σε χώρους φροντίδας ηλικιωμένων καθώς και σε οικιακό περιβάλλον. Οι εργαστηριακές δοκιμές έδειξαν ποσοστό επιτυχίας 90%+ στον εντοπισμό από τον βιοαισθητήρα μόνο, χωρίς τη χρήση του λογισμικού.

Δοκιμές σε πραγματικό περιβάλλον, με ενσωματωμένη τη χρήση λογισμικού, έδειξαν ακόμη υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας, εξαιλείφοντας πρακτικά τα λανθασμένα σήματα.

‘Παρακολουθούμε τις δοκιμές της λύσης Vigi'Fall από την αρχή του προγράμματος και βλέπουμε ότι η απόδοση της αναπτύσσεται συνεχώς, σε σημείο που τα λανθασμένα σήματα πλέον είναι σπάνια’ δήλωσε η καθηγήτρια Anne-Sophie Rigaud, υπεύθυνη της υπηρεσίας γεροντολογίας του νοσοκομείου Broca στο Παρίσι.

‘Η άνεση του χρήστη αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα και η σημερινή μορφή του επιθέματος είναι μη επεμβατική, από φυσικής και ψυχολογικής απόψεως. Οι ασθενείς μας το δέχονται σε ικανοποιητικό βαθμό.’

Δημιουργημένη σε συνεργασία με τον Καθηγητή Norbert Noury (INL Lyon), η λύση Vigi'Fall πρωτοεμφανίστηκε στην αγορά τον Νοέμβριο του 2012. Τα συστατικά της μέρη κατασκευάζονται στη Γαλλία, την Ιταλία, τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο και έπειτα συναρμολογούνται στη Γαλλία.

Ήδη έχουν υπογραφεί συμβόλαια με ιδρύματα στη Γαλλία, την Πορτογαλία και το Κουβέιτ αλλά και με τον διεθνή όμιλο υγειονομικής περίθαλψης Euro Assistance, ο οποίος είναι και συνεργάτης της κοινοπραξίας FallWatch. Συμβόλαια τελούν υπό διαπραγμάτευση με την Ελβετία, τη Δανία, την Ιρλανδία και τη Λιθουανία.

Η οικιακή έκδοση της λύσης θα είναι διαθέσιμη το τελευταίο τρίμηνο του 2013, ενώ η δεύτερη γενιά της συσκευής, η οποία θα είναι προσαρμοσμένη στα πρότυπα US RF, θα ξεκινήσει το στάδιο των κλινικών δοκιμών σε ΗΠΑ και Ευρώπη τον Σεπτέμβριο του 2013.

Η εμπορική έκδοση της νέας αυτής λύσης αναμένεται να είναι έτοιμη προς διάθεση στην αγορά στο τέλος του 2014, ανοίγοντας νέες επιχειρηματικές ευκαιρίες. Πέρα από την Ευρώπη και τις ΗΠΑ, αρκετές χώρες στην Ασία έχουν εκφράσει ενδιαφέρον για την υιοθέτηση αυτής της μοναδικής τεχνολογίας.

Τέλος, η δυνατότητα της συσκευής δεύτερης γενιάς να παρακολουθεί τον καρδιακό παλμό του χρήστη μπορεί να οδηγήσει σε νέες τηλεϊατρικές εφαρμογές, ιδιαίτερα σε ασθενείς που πάσχουν από καρδιακές παθήσεις και επιληψία, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή.

‘Το πρόγραμμα FallWatch αποτελεί ένα τέλειο παράδειγμα της προόδου που μπορεί να επιτευχθεί στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης όταν οι καλύτερες και πιο ευφυείς εταιρείες της ευρωπαϊκής βιομηχανίας συνεργάζονται’ σχολίασε ο κ.

Ο Michael Jennings, εκπρόσωπος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, υπεύθυνος για την έρευνα, την επιστήμη και την καινοτομία. ‘Αυτό είναι το είδος της καινοτομίας που επιφέρει αλλαγές στις ζωές των ανθρώπων, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην ανταγωνιστικότητα της Ευρώπης, στην οποία η Επιτροπή θα συνεχίσει να δίνει την αμέριστη στήριξή της μέσω του Προγράμματος Έρευνας και Καινοτομίας της ΕΕ Horizon 2020.

4. Συσκευές που χρησιμοποιήθηκαν στα Ευρωπαϊκά προγράμματα που υλοποιήθηκαν στο Δήμο Τρικκαίων

- Πρόγραμμα ISISEMD

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ «ΕΞΥΠΝΗΣ ΟΙΚΙΑΣ»



Ανιχνευτής καπνού-φωτιάς
Ενεργοποιείται παρέχοντας ειδοποίηση συναγερμού στο Κέντρο Τηλεπρόνοιας



Ανιχνευτής κίνησης
Ενεργοποιείται, όταν ανιχνεύσει κίνηση συνήθως ανθρώπου στον χώρο της οικίας, παρέχοντας ειδοποίηση συναγερμού στο Κέντρο Τηλεπρόνοιας



Ανιχνευτής κατάληψης κρεβατιού / καθίσματος
Αυτόματα ανιχνεύει εάν ο ασθενής βρίσκεται στο κρεβάτι του κατά την διάρκεια ύπνου/ανάπαυσης και ειδοποιεί το Κέντρο Τηλεπρόνοιας



Εντοπιστής GPS
Βοηθά στον εντοπισμό αποπροσανατολισμένου ασθενή με άνοια εκτός της οικίας του.



Ανιχνευτής πλημμύρας
Παρέχει έγκαιρη ειδοποίηση στο Κέντρο Τηλεπρόνοιας του ύψους της στάθμης του νερού στο πάτωμα του χώρου που καλύπτει.



Ηλεκτρονικός Υπολογιστής ελέγχου «έξυπνης οικίας» ασθενούς με άνοια, με χειρισμό touch screen για εύκολη χρήση.
Επιτρέπει την εύκολη και άμεση επικοινωνία του ασθενή με τους οικείους του και το Κέντρο Τηλεπρόνοιας, υπενθυμίζει εργασίες και καθήκοντα στον ασθενή με άνοια με στόχο την καλύτερη οργάνωση της καθημερινότητάς του και «ελέγχει» τους ανιχνευτές της «έξυπνης οικίας»

- Πρόγραμμα **Renewing Health**

**RENEWING
HeALTH**

**Συσκευές κατ' οίκον τηλεφροντίδας
που παραχωρούνται δωρεάν στους ασθενείς**

Τηλε-καρδιογράφοι

Τηλε-πιεσόμετρο και τηλε-σακχαρόμετρο

Τηλε-σπιρόμετρα

Τηλε-πιεσόμετρο

Τηλε-οξύμετρο



Copyright: Card Guard Scientific Survival Ltd. Vidavo AE

5. **Η εξέλιξη της τεχνολογίας. Μαθαίνεις τι υλοποιείται στον κόσμο κάνοντας ένας κλικ στο αρχείο**
1. http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2012/08/AALCatalogue2012_V7.pdf
 2. <http://www.techandaging.org/NESTpresentation.pdf>
 3. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198033/National_Service_Framework_for_Older_People.pdf
 4. <http://www.ndsu.edu/ndsu/aging/caregiver/pdf/assistive/manual.pdf>
 5. http://wedo.ttp.eu/system/files/24172_WeDo_summary_A4_4p_EL_WEB.pdf
 6. <http://www.sociable-project.eu/>
 7. [http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/5691/3/Nimertis_Gkioule\(med\).pdf](http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/5691/3/Nimertis_Gkioule(med).pdf)

6. Άρθρα που έχουν δημοσιευθεί στον ηλεκτρονικό και έντυπο τύπο

- <http://www.ota.gr/article/40688.html>

Θεσσαλονίκη - «Από τον παππού στον εγγονό»: Πρόγραμμα της νομαρχίας για την εξοικείωση ατόμων της τρίτης ηλικίας με τις νέες τεχνολογίες.

Πρόγραμμα για την εξοικείωση ατόμων της τρίτης ηλικίας με τις νέες τεχνολογίες θα υλοποιήσει το επόμενο χρονικό διάστημα το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης "Θεσσαλονίκη" της νομαρχίας Θεσσαλονίκης. Το πρόγραμμα με τίτλο "Από τον παππού στον εγγονό" έχει στόχο τη διευκόλυνση των καθημερινών ηλεκτρονικών συναλλαγών των συμμετεχόντων αλλά και την προαγωγή της επικοινωνίας τους με άτομα νεότερης ηλικίας.

Σύμφωνα με τη σχετική προγραμματική σύμβαση που επικύρωσε σήμερα το Νομαρχιακό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης, το ΚΕΚ θα προχωρήσει αρχικά στην εκπόνηση μελέτης για τη διερεύνηση των αναγκών ηλικιωμένων ατόμων αναφορικά με την ικανότητα χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών και καθημερινών εφαρμογών τεχνολογίας σε οκτώ ΚΑΠΗ του πολεοδομικού συγκροτήματος και του νομού. Στη συνέχεια θα γίνουν τέσσερις ημερίδες πληροφόρησης για τις λειτουργίες του προγράμματος και ακολούθως 320 άτομα (40 από κάθε ΚΑΠΗ) θα καταρτιστούν για εκατό ώρες, πάνω σε βασικές γνώσεις ηλεκτρονικού υπολογιστή, στη χρήση ηλεκτρονικών καρτών (ανάληψης χρημάτων ή πιστωτικών καρτών) αλλά και στη χρήση ηλεκτρονικών βιβλίων και παραμυθιών.

- www.taxydromos.gr 10/04/2013 στη στήλη «Ο κόσμος σήμερα» και www.kathimerini.gr 06/07/2013

Το Facebook της τρίτης ηλικίας

Ανάρπαστη έχει γίνει η ιστοσελίδα για τις γιαγιάδες

Ένα νέο κοινωνικό δίκτυο για άτομα ηλικία άνω των 50 ετών εγκαινιάστηκε, το λεγόμενο **Grandsnet**. Η ονομασία του παραπέμπει στην αγγλική λέξη grandmothers, που σημαίνει «γιαγιάδες».

Το εγχείρημα χρηματοδοτείται από το φιλανθρωπικό ίδρυμα Nominet Trust. Το ίδρυμα παρέχει κονδύλια για ανάπτυξη σε τεχνολογικές εφαρμογές με κοινωνικούς σκοπούς. Ήδη, η νέα ιστοσελίδα έχει προσλάβει 20 «τοπικούς διαχειριστές», όλοι τους άνω των 50 ετών. Μαθήματα, εθελοντικές δράσεις και λοιπές ψυχαγωγικές δραστηριότητες θα γίνονται γνωστές μέσω του δικτύου. Ανάμεσα στους πρώτους γνωστούς στο ευρύ κοινό χρήστες του νέου ιστότοπου περιλαμβάνονται η συγγραφέας Κάθι Λετ, η παρουσιάστρια της τηλεόρασης Τζούντι Φίνεγκαν καθώς και ο ηθοποιός Τίμοθι Σπαλ.

<http://www.gransnet.com/>

Μια στήλη αναφέρεται στο πώς να γίνει κάποιος καλός παππούς και καλή γιαγιά, αναπτύσσοντας διάφορα θέματα όπως: α) Ημέρες εξόδου με τη γιαγιά, β) Πηγαίνοντας τα εγγόνια στο πάρκο, δ) Τι είδους γιαγιά εισαι, κ.λπ.



