

# ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μετέχουσες Σπουδάστριες: Περικλέους Ελένη  
Τάκα Χριστίνα

Υπεύθυνος καθηγητής: Δετοράκης Ιωάννης



Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι)

ΠΑΤΡΑ 2004

## Σεξουαλικότητα στην Τρίτη Ηλικία

Η τριμελής επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή:

Υπογραφή:

Υπογραφή:



## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

### **ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ**

**V**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ I**

##### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....1**

Το πρόβλημα .....	3
Σκοπός της μελέτης.....	5
Ιστορική Αναδρομή.....	6
Ορισμοί Όρων .....	10

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ II**

1. Η έννοια της σεξουαλικότητας.....	16
Αντρική και γυναικεία σεξουαλικότητα.....	21
Διαχωρισμός του σεξ από τη σεξουαλικότητα.....	27
2. Ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ατόμου.....	31
2.1 Βρεφική- Νηπιακή ηλικία.....	34
2.2 Παιδική ηλικία.....	38
2.3 Εφηβική ηλικία.....	39
2.4 Ενηλικίωση.....	42
2.5 Μέση ηλικία.....	43
2.6 Τρίτη ηλικία.....	48

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ III**

1. Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας.....	51
1.1 Βιολογικά.....	55
1.2 Ψυχολογικά.....	58
1.3 Κοινωνικά.....	63

2. Σύγκριση ανάμεσα στους ηλικιωμένους της παραδοσιακής κοινότητας και αυτών της σύγχρονης κοινωνίας.....68

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

1. Σεξουαλικότητα στην τρίτη ηλικία.....74
  - 1.1 Σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων Ανδρών.....77
    - 1.1.α Μεταβολές στη σεξουαλική συμπεριφορά .....78
    - 1.1.β Επιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων..... 81
    - 1.1.γ Σεξουαλική δυσλειτουργία.....83
    - 1.1.δ Αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών.....86
  - 1.2 Σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων γυναικών.....89
    - 1.2.α Μεταβολές στη σεξουαλική συμπεριφορά .....90
    - 1.2.β Επιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων.....92
    - 1.2.γ Σεξουαλικές διαταραχές.....93
    - 1.2.δ Αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών.....95
  
2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλική Λειτουργία των ηλικιωμένων.....97

3. Επιπτώσεις της σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων στη σωματική και ψυχική τους υγεία.....102
4. Διατήρηση της σεξουαλικότητας στους ηλικιωμένους..... 104
5. Μερικές σκέψεις για το ρόλο του κοινωνικού Λειτουργού σχετικά με το θέμα.....108

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ V ΕΡΕΥΝΑ**

1. Περίληψη –σκοπός της έρευνας.....110
2. Εισαγωγή.....110
3. Υλικό και Μέθοδος.....111
4. Αποτελέσματα.....113
5. Συζήτηση.....114
6. Συμπεράσματα..... 117

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

- A. Ερωτηματολόγιο.....119
- B. Έρευνες.....119
- Γ. Γραφικές παραστάσεις.....119
- Δ. Εικόνες.....119

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 120**

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο καθηγητή της πτυχιακής μας εργασίας, κύριο Ιωάννη Δετοράκη για την καθοδήγηση, υποστήριξη και συνεργασία του μαζί μας. Σημαντική θεωρούμε και τη συμβολή των: Ελληνικό Σεξολογικό Ινστιτούτο και συγκεκριμένα της ψυχολόγου κυρίας Αντώνη, Εταιρία Μελετών Ανθρώπινης Σεξουαλικότητας για την παροχή ξενόγλωσσων περιοδικών, Γηριατρική Εταιρία και τέλος να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη του Κ.Α.Π.Η. Πάτρας, κοινωνική λειτουργό κυρία Νικολίτσα Γκοτσοπούλου, για την αμέριστη υποστήριξή της κατά την πραγματοποίηση της έρευνας μας στο συγκεκριμένο χώρο.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της δημογραφικής ωρίμανσης της γήρανσης του πληθυσμού που παρατηρείται κυρίως στις προηγμένες χώρες έδωσε το έναυσμα της συστηματικής διερεύνησης και μελέτης των ιατρο-κοινωνικών προβλημάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας, της ίδρυσης ερευνητικών κέντρων και επιστημονικών εταιρειών καθώς και της οργάνωσης ειδικών διεθνών και εθνικών συνεδρίων. Ωστόσο πάνω στο φλέγον θέμα της σεξουαλικότητας στην τρίτη ηλικία δεν υπάρχουν εκτενείς έρευνες.

Η σεξουαλικότητα δεν εγκαταλείπει ποτέ τον άνθρωπο: η προχωρημένη ηλικία δεν σημαίνει το τέλος της. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι θέλουν και είναι ικανοί να απολαύσουν μια δραστήρια και ικανοποιητική σεξουαλική ζωή. Η σεξουαλική ζωή στην τρίτη ηλικία αποτελεί έναν από τους παράγοντες του κινήτρου «θέλω να ζήσω».

Η σημασία μιας σταθερής ερωτικής σχέσης στα γηρατειά είναι ανεκτίμητη. Ο άνδρας ή η γυναίκα που έχει απολαύσει για χρόνια τις ερωτικές σχέσεις είναι πιθανότερο να διατηρήσει μια δραστήρια ερωτική ζωή σε μεγάλη ηλικία.

Μπορεί να απολαύσει το σεξ ένα ηλικιωμένο ζευγάρι και με την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών, γιατί η σεξουαλική λειτουργία δεν περιλαμβάνει μόνο τη συνουσία, αλλά και άλλες συναισθηματικές ανάγκες όπως συντροφικότητα, αγάπη, τρυφερότητα.

Ωστόσο η σεξουαλικότητα είναι μια από τις λιγότερο κατανοητές πλευρές της ζωής των ηλικιωμένων και για αυτό

δεν υπάρχουν εκτενείς έρευνες πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας χρειάζεται να αποκτήσουν επίγνωση των ταμπού και των ηλικιακών προτύπων που είχαν σε νεότερη ηλικία έτσι ώστε να μπορούν να απολαύσουν τη σεξουαλικότητα στα προχωρημένα χρόνια.

Παρόλο που τα άτομα της τρίτης ηλικίας μπορεί να μην είναι πάρα πολύ σεξουαλικά ενεργά, έχουν ακόμη το σεξουαλικό ιστορικό τους, γνώση και αξίες που δεν πρέπει να απαρνηθούν.

Η απώλεια της υγείας, των φίλων, του συντρόφου, των παιδιών και της καριέρας, μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και αίσθηση μοναξιάς. Ένα εξαιρετικό αντίδοτο στην απώλεια είναι μια ασφαλή και γεμάτη αγάπη σεξουαλική σχέση.

Το γεγονός ότι οι υπερήλικες χάνουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα δεν αποκλείει τη συνέχιση της σεξουαλικής δραστηριότητας σαν μέρος μιας ώριμης ανθρώπινης σχέσης.



## ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η τρίτη ηλικία αντιμετωπίζεται ως μια μη φυσιολογική εξέλιξη που πρέπει να αποφεύγεται με κάθε θυσία και κάθε κόστος. Στο πλαίσιο αυτό αφαιρούνται από την τρίτη ηλικία δυνατότητες για δραστηριότητες και δημιουργία. Με την ίδια λογική, η έκφραση της σεξουαλικότητας στην τρίτη ηλικία μπορεί να αντιμετωπίζεται ως γραφικό φαινόμενο. Η στάση της κοινωνίας για άρνηση της σεξουαλικότητας στους ηλικιωμένους μπορεί να αποτελέσει μια από τις πιο ολισθηρές μορφές διάκρισης έναντι των ηλικιωμένων.

Οι ηλικιωμένοι που υποκύπτουν στις κοινωνικές απαιτήσεις και πιέσεις, μπορεί να εσωτερικοποιήσουν τα αρνητικά στερεότυπα για τους σεξουαλικά ενεργούς ηλικιωμένους π.χ. «ακόλαστες ηλικιωμένες» ή «πορνόγεροι» και να εγκαταλείψουν την σεξουαλική τους δραστηριότητα, καταδικάζοντας και τον σύντροφο τους σε μια ανέραστη ζωή.

Ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας στη δυνατότητα σεξουαλικής έκφρασης είναι η κλονισμένη υγεία των ηλικιωμένων. Πολλές από τις ασθένειες των γηρατειών έχουν την τάση να εξελίσσονται σε χρόνιες με αποτέλεσμα να διακόπτεται η σεξουαλική δραστηριότητα.

Οι άνδρες από την μέση ηλικία και ακόμη περισσότερο στις προχωρημένες ηλικίες, καταλαμβάνονται από άγχος και μπορεί να εγκαταλείψουν τη σεξουαλική δραστηριότητα για ψυχολογικούς λόγους.

Οι σεξουαλικές σχέσεις γίνονται πιο δύσκολες γιατί η ηλικιωμένη γυναίκα δεν θεωρείται πια ελκυστική. Συχνά οι ίδιες οι γυναίκες χάνουν την αυτοεκτίμησή τους, αισθάνονται

ότι δεν είναι σεξουαλικά επιθυμητές, με αποτέλεσμα να απωθούν τις επιθυμίες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε κάποια σεξουαλική δραστηριότητα.

Ο άνδρας στην τρίτη ηλικία αντιμετωπίζει τη συζυγική σχέση ως δεδομένη και ίσως λίγο τελματωμένη. Βλέπει τη γυναίκα του σα μητέρα των παιδιών του και σύντροφο. Έχει χάσει κάθε επαφή με τις ευαισθησίες της και ιδιαίτερα τη συνεχιζόμενη ζωτικότητά της για σεξουαλική επαφή. Ο θάνατος του ενός από τους δύο συντρόφους, που είναι ένα συχνό φαινόμενο στις προχωρημένες ηλικίες, αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα εμπόδια στην ερωτική ζωή των ηλικιωμένων.

Μερικά ηλικιωμένα άτομα διακατέχονται από άγνοια, προσωπική ανησυχία, αρνητικά στερεότυπα ή από αντιρρήσεις στην έκφραση της σεξουαλικότητας τους. Πολλά από αυτά τα άτομα παραπληροφορούνται για την σεξουαλικότητα και αρνούνται να συζητήσουν για τα σεξουαλικά ζητήματα, για τα οποία μπορεί να ελλοχεύουν συναισθήματα ντροπής και ενοχής. Τα ίδια άτομα σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία, είναι πιθανόν να μη δέχονται τη βοήθεια από κάποιον ειδικό.

## ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός σκοπός της μελέτης αυτής είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη διερεύνηση του θέματος της σεξουαλικότητας στην τρίτη ηλικία μέσω βιβλιογραφικής επισκόπησης και έρευνας.

Το θέμα προσεγγίζεται από ψυχολογική, κοινωνική και βιολογική σκοπιά.

Οι επιμέρους μας στόχοι είναι να μελετήσουμε και να γνωρίσουμε:

- Τι είναι σεξουαλικότητα και πως επηρεάζει τη ζωή του ανθρώπου από τη βρεφική ηλικία ως τα γηρατειά
- Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας
- Ποιοι είναι οι τρόποι έκφρασης της σεξουαλικότητας στους ηλικιωμένους
- Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα στην τρίτη ηλικία
- Αν υπάρχει θεραπεία στη μείωση της σεξουαλικής ικανότητας
- Και τέλος, ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με το θέμα.

Καθώς και να διερευνήσουμε:

Την ύπαρξη ή μη σεξουαλικής επιθυμίας και ικανότητας στα δύο φύλα με μια ψυχοκοινωνική και ιατρική προσέγγιση του θέματος.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι πρόγονοί μας θεωρούσαν το σεβασμό προς το γήρας όχι απλώς ως ηθικό χρέος, αλλά και ως την κυριότερη απόδειξη του ευγενούς και αγαθού ανθρώπου.

Σε άλλους πρωτόγονους λαούς, οι γέροντες απολαμβάνουν εξαιρετικές τιμές, ως αρχηγοί φυλών, ως θρησκευτικοί ηγέτες, ως θεραπευτές, κρατώντας ως υποχείρια τις φυλές μέσω της σοφίας, της μαγείας και της μαντικής τους ικανότητας. Οι Αζτέκοι και οι Ίνκας είχαν θεσπίσει ένα υποτυπώδες σύστημα κοινωνικής προστασίας για τους γέροντες.

Στους Κινέζους ο σεβασμός και η τυφλή υπακοή προς τους γέροντες θεωρούνταν θρησκευτικό καθήκον. Όπως αναφέρει η παράδοση είχαν ασχοληθεί ιδιαίτερα με τα προβλήματα των γερόντων και είχαν διατυπώσει διάφορους κανόνες υγιεινής για την πρόληψη του γήρατος. Πίστευαν πως οι κακές συνθήκες διαβίωσης προκαλούν πρόωρο γήρας. Και για να το αποφύγουν αυτό, συνιστούσαν εγκράτεια στην τροφή, στα ποτά και στις «σεξουαλικές καταχρήσεις» ( Ανδρέας Τσούκας, Αθήνα, 1960).

Χαρακτηριστικά παραδείγματα ηλικιωμένων ανδρών της αρχαιότητας είναι: ο βασιλιάς των Περσών Κύρος έζησε 90 χρόνια, ο αδερφός του Αρταξέρξης 94, το υπέρτατο συμβουλευτικό Σώμα στη Αρχαία Ρώμη, που έπαιρνε τις μεγάλες αποφάσεις λεγόταν «Γερουσία». Ο Αριστοτέλης που έζησε πάνω από 90 έτη, άρχισε να γράφει την ιστορία του σε ηλικία 84 ετών, ο Ισοκράτης έγραψε τον «Πανηγυρικό» του στα 95 και έζησε μέχρι τα 100, ο Πλάτων, ο Ζήνων, ο Κλεάνθης δίδασκαν ως το τέλος της ζωής τους και κόντεψαν να φτάσουν τα 100. Έχει διαψευσθεί πολλές φορές ο μύθος πως στην προχωρημένη ηλικία παρουσιάζεται, κατά κανόνα, πνευματική κατάπτωση. Μερικά ονόματα ανθρώπων του

περασμένου αιώνα, που διέπρεψαν και έγιναν διάσημοι ήταν: ο Κωστής Παλαμάς 84 ετών, ο Σαρλώ και ο Πικασσό 90, ο Γκιουζέπε Βέρντι έγραψε τις καλύτερες όπερες του μεταξύ 70 και 80 ετών.

Το συμπέρασμα είναι πως αν η πνευματική άσκηση δε διακοπεί με το πέρασμα της ηλικίας, μπορεί να παρατείνει τη δημιουργική διάθεση και ικανότητα ως τα βαθιά γεράματα. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει μια μυστηριώδης ψυχική δύναμη, που δημιουργεί ενεργητικότητα. Είναι έμφυτη σε κάποιους ανθρώπους, μπορεί όμως να αναπτυχθεί με τη θέληση ανεξαρτήτως ηλικίας ( I. Βασιλείου, Δεκέμβρης, 1981).

Απο τους αρχαίους χρόνους είχε διαπιστωθεί πως η σεξουαλικότητα αποτελούσε ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της τρίτης ηλικίας. Ο γέρος βασιλιάς Δαβίδ επειδή δε θερμαινόταν αρκετά, κοιμόταν αγκαλιά με μια νεαρή γυναίκα, τη Σουλαμίτιδα. Στους Άραβες κυριαρχεί η αντίληψη ότι η σωματική επαφή των γερόντων με νεαρές γυναίκες τους προφυλάσσει από την ταχεία πνευματική και σωματική κατάρρευση. Οι Αρχαίοι Έλληνες όχι μόνο παραδέχονταν τις παραπάνω αντιλήψεις, αλλά και τις εφάρμοζαν πιστεύοντας πως το να κοιμούνται οι γέροι με νεαρές γυναίκες έχει αναζωογονητική επίδραση σε αυτούς.

Ο Ευριπίδης αποτυπώνει το πάθος της Φαίδρας, μιας ηλικιωμένης γυναίκας, για τον πρόγονό της Ιππόλυτο. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί και το φλογερό πάθος της 55χρονης Σαπφούς για τον νεαρό Φαίωνα (Ανδρέας Τσούκας, Αθήνα, 1960).

Στην Ινδία παλαιότερα πίστευαν πως στο ξανάνιωμα συντελεί η σεξουαλική δραστηριότητα. Η θεωρία αυτή παρουσιάζεται παραστατικά στους μεγαλειώδεις ναούς του Κατζουράο. Αναφέρεται και η άποψη πως οι άνδρες μεγάλης ηλικίας αντλούν σφρίγος και νεότητα από νέες γυναίκες και

μόνο με τη συντροφιά τους, χωρίς σεξουαλική επαφή (Ι.Βασιλείου, Δεκέμβρης, 1981).

Με το πέρασμα στο Μεσαίωνα η φιλοσοφία του γήρατος άρχισε να βασίζεται απόλυτα στο μυστικισμό και τη μαύρη μαγεία.

Το 1470, ο Marialio Miunis σε ένα ενδιαφέρον βιβλίο του για την τρίτη ηλικία, μεταξύ των άλλων συμβουλών τις οποίες παρείχε, τόνιζε τον κίνδυνο του έρωτα και των σεξουαλικών καταχρήσεων κατά την γεροντική ηλικία. Συμβούλευε όμως το θηλασμό γάλακτος από το στήθος μιας υγιούς νεαρής γυναίκας, για την παράταση του βίου τους.

Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, επειδή επήλθαν σημαντικές μεταβολές στην σύνθεση των πληθυσμών από άποψη ηλικίας, άρχισε η συστηματική μελέτη και έρευνα των διαφόρων προβλημάτων της γεροντικής ηλικίας, κυρίως στις χώρες της Βορείου και Δυτικής Ευρώπης, τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και σε όλες σχεδόν τις πολιτισμένες χώρες. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Ανδρέα Τσούκα στη δεκαετία του 1960 η γεροντική ηλικία θεωρούνταν μια «αναφροδίσια εποχή». Τότε θεωρούσαν ως περίεργες σεξουαλικές καταστάσεις της βρεφικής και προεφηβικής ηλικίας, το ναρκισσισμό του βρέφους μέχρι και το Οιδιπόδειο Σύμπλεγμα, και ότι ήταν δυνατόν να επανεμφανιστούν στην τρίτη ηλικία σε αντίστροφη σειρά (Ανδρέας Τσούκας, Αθήνα, 1960).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι στην Αρχαιότητα υπήρχε μια προοδευτική νοοτροπία ως προς τη σεξουαλική δραστηριότητα και έκφραση των ηλικιωμένων ανδρών, σε αντίθεση με την πιο πρόσφατη δεκαετία του 60 όπου σύμφωνα με τον Τσούκα η σεξουαλικότητα στην τρίτη ηλικία εκλαμβάνεται ως κάτι το αφύσικο και το περίεργο ( χαρακτηρίζοντας όσους διατηρούν τη σεξουαλική δραστηριότητά τους ως «εσχατόγερους», «ερωτύλους γέροντες», «παλίμπαιδους γέροντες»). Τα γηρατειά ακόμη και μέχρι τις μέρες μας θεωρούνται

συνώνυμα της σωματικής φθοράς, της εξασθένησης ή ακόμη και απώλειας της σεξουαλικής ορμής. Τέτοιου είδους πεποιθήσεις αφαιρούν το δικαίωμα των ηλικιωμένων στον έρωτα και στην σεξουαλική ολοκλήρωση.

Αξιοσημείωτες είναι οι διαιωνιζόμενες πεποιθήσεις που θέλουν τις ηλικιωμένες γυναίκες να είναι περισσότερο κολάσιμες σε περίπτωση που εκφράζουν τη σεξουαλικότητά τους. Λόγω των φυλετικών διακρίσεων, της πολυσυζητημένης κατωτερότητας των γυναικών έναντι των αντρών, ακόμη και στην αρχαιότητα η σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων γυναικών δεν γίνονταν αποδεκτή.

## **ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ**

### **Σεξουαλικότητα**

Από ψυχολογική σκοπιά η σεξουαλικότητα είναι η συμπεριφορά που συνδέεται άμεσα με την αλληλεπίδραση των δύο φύλων (Νίκος Παπαδόπουλος, Αθήνα, 1994). Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η σεξουαλικότητα είναι ένα φυσικό και φυσιολογικό συστατικό της ανθρώπινης ύπαρξης και αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της προσωπικότητας του καθένα, είτε είναι άνδρας είτε γυναίκα. Είναι μια βασική ανάγκη και πλευρά της ανθρώπινης ύπαρξης, την οποία δεν μπορούμε να απομονώσουμε από τις άλλες πλευρές της ζωής μας. Η σεξουαλικότητα είναι μια μορφή ψυχικής ενέργειας την οποία μεταφέρουμε μέσα μας όλες τις στιγμές σαν ένα μέρος της συνολικής έκφρασης της ύπαρξής μας. Μας ωθεί να δημιουργούμε σχέσεις οι οποίες μας προσφέρουν συναισθηματική ασφάλεια, ζεστασιά και ευτυχία. Είναι μια ισχυρή δύναμη, η οποία επηρεάζει τις σκέψεις μας, τα συναισθήματά μας, τις ευαισθησίες μας, τις επιλογές μας και με τον τρόπο αυτό, τη φυσική και πνευματική μας υγεία.

Η σεξουαλικότητα δίνει στο άτομο την εμπειρία της επιθυμίας της χαράς και της ικανοποίησης, δημιουργεί σχέσεις και γεννά καινούργιες ζωές.

Η σεξουαλικότητα έχει άμεση σχέση με τη διάθεση, την ανάγκη και την απόλαυση του έρωτα. Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του είναι μας που το μοιραζόμαστε μετά από δική μας επιλογή με τον ερωτικό μας συνομιλητή.( Βαϊδάκης Ν., Αθήνα 1996).



## **Σεξουαλική επικοινωνία**

Η επικοινωνία είναι σημαντική στην κατανόηση, την ανάπτυξη, και τη διατήρηση των σεξουαλικών σχέσεων. Στην παιδική ηλικία και την εφηβεία, η επικοινωνία είναι κρίσιμη για τη διαβίβαση της σεξουαλικής γνώσης και αξίας, καθώς και για τη διαμόρφωση της σεξουαλικής μας ταυτότητας. Οι σχέσεις καθιερώνονται μέσω της επικοινωνίας που μας επιτρέπει να επισημάνουμε το σεξουαλικό ενδιαφέρον και να αρχίσουν οι σεξουαλικές αλληλεπιδράσεις. Σε ανεπτυγμένες σχέσεις, η επικοινωνία επιτρέπει στα ζευγάρια να ερευνούν και να διατηρούν τη σεξουαλικότητά τους.

## **Σεξουαλικές Διαταραχές**

Οι σεξουαλικές διαταραχές διακρίνονται σε σεξουαλικές δυσλειτουργίες και σε παραφιλίες (ή σεξουαλικές παρεκκλίσεις). Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες χαρακτηρίζονται από διαταραχή στην σεξουαλική λειτουργία. Οι παραφιλίες χαρακτηρίζονται από διαταραχή του σεξουαλικού σκοπού ή στόχου. Η διαφορά επομένως συνίσταται στο ότι ενώ στις παρεκκλίσεις υπάρχει καλή και ευχάριστη σεξουαλική λειτουργικότητα, στις δυσλειτουργίες η λειτουργικότητα είναι διαταραγμένη μην επιτρέποντας σε ένα άτομο την σεξουαλική ευχαρίστηση ή μερικές φορές ακόμη και την οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή ( Νίκος Μάνος, Θεσσαλονίκη 1997).

## **Ψυχρότητα**

Είναι η απροθυμία συνουσίας και η έλλειψη ικανότητας για οργασμό. Δεν είναι εύκολη η διάγνωση της αιτιολογίας της.

Όταν σκεφτούμε, πως η βάση της σεξουαλικής ζωής είναι ο ψυχισμός της γυναίκας, η ωθητική λειτουργία δεν αποτελεί ουσιώδη αιτιολογικό παράγοντα. Φυσιολογική ψυχρότητα διαπιστώνουμε στην παιδική και γεροντική ηλικία, στην εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό.

Ιδιοσυστατικοί παράγοντες, πρώιμες επιδράσεις από εμπειρίες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, επιδράσεις της οικογένειας, απώλεια στοργής προς το σύντροφο, φόβος για εγκυμοσύνη ή μετάδοσης αφροδίσιου νοσήματος, μακρά περίοδος στειρότητας, μακροχρόνια απομάκρυνση του συζύγου, χρόνιες ή οξείες παθήσεις, υπερκόπωση, έντονη πνευματική απασχόληση, πάθηση υπόφυσης και θυρεοειδή αδένα, είναι δυνατό να οδηγήσουν σε ψυχρότητα.

Ο όρος «ψυχρότητα», τείνει να εγκαταλειφθεί και να αντικατασταθεί από τον όρο «σεξουαλική δυσλειτουργία», γιατί είναι όρος γενικός, που αφορά σε όλες τις μορφές της αναστολής της σεξουαλικής ανταπόκρισης στη γυναίκα και γιατί οι γυναίκες δεν είναι πάντα ψυχρές και αδιάφορες προς τον άντρα.

Τα αίτια της σεξουαλικής δυσλειτουργίας μπορεί να είναι ψυχολογικά ή να οφείλονται σε ανατομικές ανωμαλίες, φλεγμονές, νευρολογικές και μεταβολικές παθήσεις, σε μυϊκές βλάβες και σε χορήγηση φαρμάκων ( Παπανικολάου Νίκος, Αθήνα 1994).

## **Εγκράτεια**

Είναι η αποχή από συνουσία που δεν οδηγεί σε νοσηρές διαταραχές. Η εκτόνωση της πραγματοποιείται με ονειρώξεις, γεγονός, που θεωρείται φυσιολογική διέξοδος. Οι ονειρώξεις παρατηρούνται συχνότερα σε γυναίκες με πρόσφατη σεξουαλική εμπειρία, όπως σε χήρες, και σε αυτές

που δεν φτάνουν σε οργασμό με τη συνουσία ( Παπανικολάου Νίκος, Αθήνα 1994).

## Συνουσία

Πρόκειται για όρο με ποικίλες ψυχολογικές παραμέτρους, σύμφωνα με τα πορίσματα ερευνών σεξολόγων και ψυχολόγων. Αναφέρεται στη γενετήσια συνεύρεση του άνδρα και της γυναίκας που είναι η φυσική κατάληξη της σεξουαλικής αμοιβαίας έλξης των δύο ατόμων. Προϋποθέτει μια ερωτική συγκίνηση που εκφράζεται στον πόθο για σωματική συνεύρεση και για ικανοποίηση της έμφυτης γενετήσιας ορμής. Ο πόθος αυτός αποτελεί μια προκαταρτική φάση που εκδηλώνεται στη γυναίκα με την γλοιότητα του κόλπου και στον άνδρα με την στύση του πέους. Αυτά τα δύο φαινόμενα ευνοούν την εισχώρηση του πέους στον κόλπο. Κατά τη διάρκεια της συνουσίας, το κάτω μέρος του κόλπου συσπάται για να περισφίξει το πέος, ενώ το επάνω μέρος, στο επίπεδο του τραχήλου της μήτρας, βαθουλώνεται και σχηματίζει μια υποδοχή για το σπέρμα. Ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα, προκαλείται ο οργασμός, μια στιγμή που δεσπόζει στη σεξουαλική ηδονή. Όσον αφορά τη συχνότητα της συνουσίας, αν και φαίνεται να υπάρχει μεγάλη ποικιλία στις διάφορες ηλικίες από άτομο σε άτομο, πράγμα που εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, ορισμένοι ειδικοί τείνουν να καθορίζουν κάποιους μέσους όρους, ως εξής: 3-6 φορές την εβδομάδα ως τα πενήντα, έπειτα ελαττώνεται προοδευτικά 2 φορές την εβδομάδα στα πενήντα και 1 φορά τη βδομάδα στα εξήντα. Υγιείς άντρες έχουν μια ικανότητα για σεξουαλική δραστηριότητα που να ξεπεράσει τα ογδόντα χρόνια (Masters & Sohuson). Κάποιες εμπειρικές έρευνες ( Sydow 1993) βεβαιώνουν για την ανάγκη συνεύρεσης και σεξουαλικής ικανοποίησης και των ιδιαίτερα προχωρημένης ηλικίας γυναικών ( Νίκος Παπαδόπουλος, Αθήνα 1994).

## **Ταμπού**

Σύμφωνα με τον Martin Goldstein (1979, σελ.249), με τον όρο ταμπού εννοείται η απαγόρευση να ενασχολείται κανείς με ορισμένα πράγματα που θεωρούνται απαραβίαστα και αναφέρονται συνήθως στη σεξουαλικότητα.

Υποστηρίζεται ακόμη ότι, επειδή δεν υπάρχουν ουδέτερα, αν όχι αντικειμενικά μέτρα αξιολόγησης της σεξουαλικότητας, τα θέματα που αφορούν τη σεξουαλικότητα των δύο φύλων κρίνονται με ένα μείγμα θρησκευτικών, ηθικών και αισθητικών αντιλήψεων. Για το λόγο αυτό, οι αντιλήψεις αυτές θεωρούνται συχνά παράβατες, αλλά κι επειδή έχουν τις ρίζες τους στο συναίσθημα των ανθρώπων.

Παρόμοια είναι και η άποψη του Ν. Ζακόπουλου (1980, σελ.378), για τον όρο αυτό, τον οποίο θεωρεί ως τοίχο απαγορευτικό, για θέματα που είναι απλησίαστα, από παράδοση, προλήψεις ή – το πιθανότερο- από θρησκευτική επιταγή. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι ακόμη και σήμερα εξακολουθούν να υπάρχουν πανίσχυρα ταμπού όπως η αιμομιξία, ο αυνανισμός, ο γυμνισμός και άλλα που αναφέρονται στο σεξουαλικό τομέα ιδίως.

## **Τρίτη ηλικία**

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 την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν το διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλικών σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας ( Ελληνική Εθνική

Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982).  
Σήμερα έχει  
ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης και το άτομο  
θεωρείται ότι ανήκει στην τρίτη ηλικία ( Θεόδωρος Ι.  
Δαρδαβέσης, Αθήνα 1999). Σε αυτή τη μελέτη η τρίτη ηλικία  
ορίζεται ως το όριο ηλικίας από 60 ετών και άνω.

## **Γήρανση**

Οι διάφορες ψυχοσωματικές, κοινωνικές και  
οικονομικές διαφοροποιήσεις που χαρακτηρίζουν την τρίτη  
ηλικία αποτελούν μια ατέρμονη διαδικασία, που ο όρος  
γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ως απόλυτα επιτυχής (   
Θεόδωρος Ι. Δαρδαβέσης, Αθήνα 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### 1. Η έννοια της Σεξουαλικότητας

Υπό τη στενή έννοια η σεξουαλικότητα είναι το σύνολο των βιολογικών ενορμήσεων που αποτελούν το υπόστρωμα για την αναπαραγωγική λειτουργία του ανθρώπου.

Ο Havelock Ellis (1859-1939) στο «σεξουαλικότητα και υγεία» (1992: σελ.53), ήταν από τους πρώτους στην βικτωριανή εποχή, που τόλμησε να μιλήσει για την ανθρώπινη σεξουαλικότητα. Στις μελέτες του, που δημοσιεύτηκαν από το 1896 μέχρι το 1928 με τον τίτλο «Studies in the Psychology of sex» αναφέρει ότι «οι στάσεις μας απέναντι στο σεξ καθορίζονται από ατομικές και κοινωνικές συνιστώσες».

Οι θεωρίες του Άγγλου ιατρού άλλαξαν την από αιώνες άποψη ότι η σεξουαλικότητα είναι ίδια σε όλους τους ανθρώπους. Σήμερα οι αρχές αυτές αποτελούν τη βάση των σύγχρονων ερευνών για τη ψυχολογία του σεξ. Την ίδια εποχή ο Freud σεξουαλική αγωγή και υγεία (1992, σελ. 53) διακήρυξε ότι το σεξ είναι παντού τόσο στο συνειδητό όσο και στο ασυνείδητο και ότι η ερμηνεία όλων των ψυχιατρικών συμπτωμάτων σχετίζεται με το σεξ. Αναμφισβήτητα η φροϋδική θεωρία έκανε τον άνθρωπο να μιλά πιο άνετα και να δέχεται καλύτερα την σεξουαλικότητα του. Όσο αφορά τις απόψεις του Freud, θα επεκταθούμε στη συνέχεια.

Όσο αφορά την έννοια και ερμηνεία της σεξουαλικότητας είχαν δοθεί αρκετοί ορισμοί από διάφορους ερευνητές.

Από ψυχαναλυτική και ψυχολογική σκοπιά η σεξουαλικότητα εξετάζεται από δύο όψεις την στενή και την ευρύτερη έννοια.

Με την ευρύτερη έννοια ως ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη η σεξουαλικότητα περιλαμβάνει όλο το φάσμα των ανθρώπινων σχέσεων όπως αναπτύσσεται βαθμιαία στην παιδική ηλικία, ξεκινώντας από τις δύο βασικές αρχές που αναπτύσσει στο πρώτο χρόνο της ζωής του, τη σχέση με το σώμα του και τον εαυτό του και τη σχέση προς το σώμα και τον εαυτό του άλλου, στην περίπτωση αυτή αρχικά προς τη μητέρα. Οι δύο αυτές σχέσεις αποτελούν βασικό άξονα γύρω από τον οποίο αναπτύσσεται η προσωπικότητα του ατόμου και καθορίζεται η εξέλιξη και η πορεία του ανθρώπου στην ατομική ιστορία αλλά και στην ιστορία του ως συλλογικού όντος.

Η επίδραση της σεξουαλικότητας με την ευρύτερη έννοια είναι τεράστια πάνω σε όλες τις ανθρώπινες λειτουργίες και δομές, στην εξέλιξη της ιστορίας, στη μορφή των κοινωνικών οργανώσεων του δημιουργεί, τις ιστορικές συγκρούσεις και εξελίξεις γιατί η αναπτυξιακή πορεία της σεξουαλικότητας με τις συχνά αναπόφευκτες ματαιώσεις και στερήσεις που υφίσταται, δημιουργεί μέσα στο άτομο ένα σύστημα αναγκών και καθορίζει σχεδόν απόλυτα τις σχέσεις του προς το περιβάλλον (Βαϊδάκης Ν. Αθ. 1989, σελ. 58, 59).

Οι Martin Goldstein και Will McBride αναφέρουν ότι η σεξουαλικότητα είναι ζωτική κλήση που αντανακλάται στο σωματικό και στον ψυχικό- πνευματικό τομέα και στην επιθυμία για ηδονή, επαφή και τρυφερότητα και κάνει δυνατή την εκπλήρωση αυτών των επιθυμιών.

Στην γλώσσα των ειδικών η σεξουαλικότητα θεωρείται ένστικτο, δηλαδή μια εκ γενετής ενέργεια, που η διαρκή της λειτουργία δεν είναι πάντα συνειδητή και που στη ζωή πρέπει να διαμορφώνεται με συνειδητή συμπεριφορά.

Επειδή κάθε άνθρωπος αναπτύσσει δικές του τάσεις και ιδιοτροπίες στον σεξουαλικό τομέα, μια περιγραφή της σεξουαλικότητας δεν μπορεί παρά να είναι πολύ γενική.

Η σεξουαλικότητα προκαλεί σωματικά, συμπτώματα έντασης που επαυξάνονται με το σωματικό άγγιγμα, ιδιαίτερα στα γεννητικά όργανα και φτάνει σε ένα αποκορύφωμα, που συνδέεται με αυξανόμενα αισθήματα ηδονής. Προσέγγιση με άλλα πρόσωπα, ιδιαίτερα με ανθρώπους του άλλου φύλου για τη δημιουργία επαφής και ιδιαίτερα σεξουαλικής επαφής μαζί τους.

Χαλάρωση των μέχρι τότε σχέσεων π.χ. με τη μητέρα και τον πατέρα, τους φίλους, με την αναζήτηση και την απόκτηση επαφής, συμπλήρωσης και οικειότητας στα δεσμά με τον σύντροφο. Προσωπική προσέγγιση σε ένα ορισμένο άνθρωπο με ερωτική σκέψη. Δημιουργία ανθρώπου, η διαρκής ερωτική σχέση ανάμεσα σε μια γυναίκα και έναν άντρα είναι σημαντική προϋπόθεση για την επιβίωση και την ανάπτυξη ενός παιδιού.

Στην ύπαρξη των δύο φύλων στην ικανότητα επαφής των ανθρώπων δηλαδή στην ικανότητα δημιουργίας σχέσεων ανάμεσα τους και σαν ερωτική ικανότητα.

Η σεξουαλικότητα είναι μια δύναμη που δημιουργεί δεσμούς. Αυτό το γεγονός συνειδητοποιείται μόνο στην πορεία της ζωής. Βιώνεται πάντα με ένα συνδυασμό επαφής και ηδονής που από την παιδική τρυφερότητα εκφράζεται με το βύζαγμα και τα χάδια, αναπτύσσεται σε μια ικανότητα να δίνεις και να παίρνεις π.χ φιλία, τον έρωτα και τη σεξουαλική επαφή. Πάντα υπάρχει μια ανάγκη για επαφή και ηδονή, που πρέπει να ικανοποιείται. Οι μορφές που επιλέγονται για αυτό το σκοπό εξαρτώνται από την ανατροφή και την κοινωνία.

Η σεξουαλικότητα είναι βασικό συστατικό του ανθρώπου και δεν μπορεί να αγνοείται ή να αποκλείεται. Παρ' όλα αυτά η άσκηση της σεξουαλικότητας περιορίζεται από κοινωνικούς κανόνες σε ορισμένους ανθρώπους και σε ορισμένες μορφές εξ' αιτίας της άμεσης σύνδεσης της με την



αναπαραγωγή στους ενήλικες, στους «νόμιμους» θεσμούς όπως ο γάμος, η οικογένεια και σε διευθετήσεις που εν μέρει είναι ανεκτές και εν μέρει απορρίπτονται π.χ. η πορνεία ή η ελεύθερη συμβίωση ( Martin Goldstein Will McBride, 1979).

Η σεξουαλική ανάγκη χρειάζεται τον Άλλο ( το άλλο φύλο) για να ικανοποιηθεί: άρα είναι κοινωνική και κοινωνικοποιημένη ως προς την ουσία και στην εξάσκησή της εμπεριέχει ( με τρόπο επεξεργασμένο ή όχι, συνειδητό ή όχι, εκούσια ή όχι) μια ανάλογη αντίληψη για τον κόσμο, για τον άντρα, τη γυναίκα και την ηθική.

Η ανθρώπινη σεξουαλικότητα δεν μπορεί να χωριστεί από το ψυχολογικό της περιεχόμενο, που για να πραγματοποιηθεί προϋποθέτει την ύπαρξη του Άλλου και αυτή η συγκεκριμένη τελεολογία της ανθρώπινης σεξουαλικότητας δεν είναι παρά η συναισθηματικότητα.

Έτσι η σεξουαλικότητα και η συναισθηματική ζωή που προϋπόθεταν τη συγκεκριμένη διάσταση του ανθρώπινου όντος αντανakλάται η μία από την άλλη, έχουν κοινό δυναμισμό αλλά επιπλέον προκαλούν μια διαφοροποίηση με πολλαπλές διακλαδώσεις στη διάρκεια της ιστορίας της ανάπτυξης των ανθρωπίνων κοινωνιών.

Η συναλλαγματική ζωής είναι το ψυχολογικό επίπεδο της σεξουαλικότητας βασίζεται στην ανθρώπινη σχέση, και η συναισθηματική ζωή με τις διάφορες μορφές και ιδιότητες του συναισθήματος: ερωτισμός, σεξουαλικός έρωτας και μη σεξουαλικός έρωτας, αποδεσμεύεται και διαφοροποιείται ανάλογα με το πόσο πιο πολύπλοκη γίνεται η εσωτερική και κοινωνική ζωή των ανθρώπων.

Άρα, συναισθηματικότητα και ερωτισμός είναι το ψυχολογικό περιεχόμενο της σεξουαλικότητας, το οποίο αποτελείται από την συγκεκριμένη εσωτερική και λανθάνουσα περίοδο που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο ον ως προς τη σεξουαλική ανάγκη και την ικανοποίησή της ( Muldolf Maerner).

Σύμφωνα με τον Reich η σεξουαλική ενέργεια είναι βιολογική, δομική ενέργεια του ψυχικού μηχανισμού, ο οποίος αποτελεί την δομή των αισθημάτων και της σκέψης του ανθρώπου. Η σεξουαλικότητα είναι αυτή καθ' αυτή η ενέργεια της παραγωγής της ζωής.

Βασισμένος στην θεωρία του Reich ο Lower A. αναφέρει για την σεξουαλικότητα τα εξής: η ζωή δημιουργεί δύο δυνάμεις η μια τείνει προς την ατομικότητα και τη δομή η άλλη στην συγχώνευση και την απώλεια της μοναδικής δομής. Αυτές οι δύο δυνάμεις μπορούν να αναγνωριστούν σαν προσωπικότητα και σεξ. Η προσωπικότητα είναι η έκφραση της μοναδικής δομής της ύπαρξης μας. Η σεξουαλικότητα είναι η δύναμη που οδηγεί στην στενή επαφή, την ταύτιση και την ένωση με τον άλλο.

Ο Freud αναφέρει ότι: «η σεξουαλικότητα της γυναίκας έχει προσανατολισμό καθαρά ναρκισσιστικό και αυτό που ονομάζουμε αγάπη, φέρει καθαρά το σημάδι αυτού του προσανατολισμού πόσο μάλλον που για την γυναίκα αποτελεί αναμφίβολα την μεγάλη ιστορία της ζωής της». (Janine Chassequet Smizer Αθ. 1991, σελ.120).

Τελειώνοντας την πολύ σύντομη παρουσίαση της έννοιας της σεξουαλικότητας θα θέλαμε να ανακεφαλαιώσουμε τονίζοντας τα κύρια στοιχεία της:

- 1. Η σεξουαλικότητα με την ευρύτερη έννοια σχετίζεται με την διαμόρφωση της προσωπικότητας ως μιας σταθερής ψυχοσεξουαλικής οντότητας και ταυτότητας.**
- 2. Η σεξουαλικότητα έχει σχέση με τον εαυτό μας και με τους άλλους, εμπεριέχει δηλαδή ναρκισσιστικά στοιχεία και στοιχεία σχέσης προς το αντικείμενο.**
- 3. Η εικόνα για τον εαυτό μας και τους άλλους, καθώς και οι σεξουαλικές επιθυμίες παίρνουν διάφορες μορφές που ενδοβάλλονται**
- 4. Μεγάλα κομμάτια των ενδοβολών αυτών απωθούνται στο ασυνείδητο και παίζουν καθοριστικό ρόλο όχι μόνο**

*στις σχέσεις προς τον εαυτό μας (υψηλή ή χαμηλή αυτοεκτίμηση) και προς τους άλλους, αλλά και στην γενικότερη ύπαρξη μας μέσα στο κοινωνικό σύνολο ( Γιοσάφατ Ματθαίος, 1992, σελ.69).*

## **Αντρική και γυναικεία σεξουαλικότητα**

Οι αξίες του ανδρισμού και της θηλυκότητας έχουν κάπως χαθεί μέσα στην ολική απώλεια ταυτότητας, που χαρακτηρίζει την τρέχουσα κατάσταση στη Δυτική κοινωνία. Οι σεξουαλικοί ρόλοι που ήταν ξεκάθαρα καθορισμένοι στις περασμένες γενιές σήμερα συγχέονται. Από την μια μεριά ο Simon de Boubouar (1979) ισχυρίζεται πως η γυναίκα έχει γίνει το «δεύτερο φύλο εξαιτίας του αποκλεισμού της από τον κόσμο της αντρικής δραστηριότητας. Από την άλλη πλευρά ο ποιητής Ρόμπερτ Γκραιβς γράφει πως «μια πραγματική γυναίκα ούτε περιφρονεί ούτε λατρεύει τους άντρες, αλλά κάνει ότι μπορεί για να αποφύγει να δράσει όμοια με αυτούς».

Η σημερινή σύγχυση απορρέει απ' την κατάρρευση του λεγόμενου «διπλού κριτηρίου» πάνω στο οποίο ήταν θεμελιωμένη η παλιά τάξη πραγμάτων. ( Lowen A.1979, σελ. 221).

Η αβεβαιότητα σχετικά με αυτό που αποτελεί τη φυσιολογική κοινωνική και σεξουαλική στάση δεν περιορίζεται στις γυναίκες. Οι άντρες υποφέρουν από παρόμοια σύγχυση σχετικά με το ρόλο τους στη συζυγική σχέση. Για παράδειγμα ένας άντρας εξουσιάζει το σπίτι του θεωρείται δικτατορικός, αν είναι παθητικός ή υποτακτικός θεωρείται ανίκανος. Όταν σε μια οικογενειακή κατάσταση προκύπτουν αυτού του είδους τα προβλήματα, το πρόβλημα συνήθως βρίσκεται σε διαταραχές της σεξουαλικής σχέσης μεταξύ των συζύγων και στην έλλειψη σαφήνειας σχετικά με τις σεξουαλικές προσδοκίες κάθε συντρόφου. Ο άντρας που

εξουσιάζει το σπίτι του, το κάνει επειδή πιστεύει συνειδητά πως ο ρόλος της γυναίκας είναι αυτός της υποτακτικότητας τόσο στη σεξουαλικότητα όσο και στην προσωπικότητα. Νομίζει πως εκείνη περιμένει απ' αυτόν να «φορά τα παντελόνια» πράγμα που για αυτόν σημαίνει να είναι το αφεντικό. Ο άντρας που επιτρέπει στη γυναίκα του να διευθύνει τη σχέση τους, ενεργεί σύμφωνα με την λαθεμένη πεποίθηση ότι περιμένουν από αυτόν να εξυπηρετεί τη γυναίκα δηλαδή να την ικανοποιεί. Οι παθητικές στάσεις εκλογικεύονται συχνά σαν εκφράσεις αλτρουισμού, τόσο από τον άντρα όσο και από την γυναίκα. Η αυτοεπιβεβαίωση μπερδεύεται με τον εγωισμό με βάση τη λαθεμένη υπόθεση, πως έχει κανείς την υποχρέωση να ικανοποιεί το σεξουαλικό του σύντροφο σαν ανταπόδοση για τα καλά της σχέσης.

Αυτή η νευρωτική στάση αναπτύσσεται από μια έλλειψη κατάκτησης των βιολογικών παραγόντων, που ρυθμίζουν τη σχέση του ενός φύλου με το άλλο.

Για να εκτιμήσει κανείς αυτούς τους παράγοντες θα πρέπει να κατανοήσει τη διαφορετική ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του συγκεκριμένου άντρα και της συγκεκριμένης γυναίκας.

Πως συνδέονται οι διαφορές μεταξύ αντρικής και γυναικείας σεξουαλικότητας; Κατά πρώτον, το γεγονός ότι η διέγερση σε έναν άντρα εστιάζεται σε ένα σημείο και κατευθύνεται προς τα έξω εξηγεί την τάση του να διεγείρεται γενετήσια γρηγορότερα από μια γυναίκα. Κατά δεύτερον, το γεγονός ότι ο άντρας έχει το όργανο της διείσδυσης, του δίνει την πρωτοβουλία να αρχίζει τη σεξουαλική πράξη. Τρίτον, το γεγονός ότι το σώμα του είναι πιο μυώδες, εξηγεί γιατί είναι γενικά επιθετικός στις σεξουαλικές σχέσεις. Σ' όλες αυτές τις μυθοπλασίες, ο άντρας ή η αρσενική αρχή θεωρείται πως αντιπροσωπεύει το κινητήριο πνεύμα. Από την άλλη μεριά, η γυναίκα ή η θηλυκή αρχή θεωρείται ως το δοχείο που μεταπλάθει αυτό το πνεύμα. Οι θηλυκές λειτουργίες της λήψης, της συγκράτησης και της μετάπλασης είναι το ίδιο

αναγκαίες στη σεξουαλική πράξη και στη δημιουργία παιδιών. (A. Loven, 1979, σελ. 232)

Δεν πρέπει να ειπωθεί πως ο ρόλος της γυναίκας είναι παθητικός ή υποτακτικός. Είναι τόσες πολλές γυναίκες, που συνειδητά ή ασυνείδητα αρνούνται τη σεξουαλική τους φύση επειδή πιστεύουν πως τους επιβάλλει μια υποτακτική στάση.

Καμιά γυναίκα δεν θέλει να νιώθει πως είναι αντικείμενο σεξουαλικό ή οτιδήποτε άλλο. Καθημερινές παρατηρήσεις δείχνουν πως οι γυναίκες είναι το ίδιο ενεργητικές με τους άντρες στο να προτείνουν σεξουαλικές σχέσεις. Οι γυναίκες έχουν το δικό τους τρόπο να δείχνουν επιθυμία ή απροθυμία για σεξουαλική σχέση: ένα βλέμμα, ένα άγγιγμα, μια χειρονομία- σπάνια λέξεις.

Στην σεξουαλική συνάντηση ανάμεσα σε έναν άντρα και μία γυναίκα, είναι αδύνατο να ξέρεις ποιος άρχισε την επαφή. Από την στιγμή όμως, που έχει γίνει η επαφή, ο άντρας γίνεται συνήθως ο κυνηγός και η γυναίκα το θήραμα παρόλα αυτά έχει τους δικούς της τρόπους να διατηρεί το κυνήγι. Ενδιαφέρον και προκλητικό για τον άντρα. Η επιθετικότητα της είναι πιο αμυδρή όχι όμως και λιγότερο αποτελεσματική. Πολύ συχνά άντρες με παθητικές τάσεις στην προσωπικότητά τους, παντρεύονται γυναίκες που είναι υπερβολικά επιθετικές.

Για να επιτευχθεί μια αποτελεσματική σεξουαλική αντίδραση (σωματική ή ψυχολογική), το πρώτο στάδιο του κύκλου σεξουαλικής απόκρισης είναι η ερωτική διέγερση. Ακολουθεί μια περίοδος ενδυνάμωσης της διέγερσης, η φάση υψηλής και παρατεταμένης σεξουαλικής αντίδρασης. Αν ο σεξουαλικός ερεθισμός συνεχιστεί αποτελεσματικά, οδηγεί στον οργασμό, που ακολουθείται από το τέταρτο και τελευταίο στάδιο, τη λύση της διέγερσης, κατά το οποίο τα

όργανα και οι ιστοί επανέρχονται σε κατάσταση ηρεμίας. Το σχήμα αυτό ισχύει, σε γενικές γραμμές, και για τα δύο φύλα με εξαίρεση κάποιες μικροδιαφορές. Στον άντρα μετά τον οργασμό ακολουθεί μια ανερέθιστη περίοδο, κατά την οποία ο οργανισμός είναι ανίκανος να ανταποκριθεί σε περαιτέρω ερεθισμό, μέχρις ότου περάσει η υποχρεωτική αυτή περίοδος ανάπαυσης. Η ανερέθιστη περίοδος μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά μέχρι λίγες ώρες. Οι γυναίκες συνήθως δεν εμφανίζουν αντίστοιχη περίοδο. Έτσι, με κατάλληλο ερεθισμό μπορούν να έχουν αλληπάλληλους οργασμούς μέσα σε σχετικά σύντομο διάστημα. (Herant Katcharoudian, M.D., Ιούνιος, 1993).

Μεταξύ των θηλαστικών το αρσενικό παίρνει την κυρίαρχη θέση στη σεξουαλική πράξη. Αυτό ισχύει επίσης στις περισσότερες ανθρώπινες σεξουαλικές σχέσεις. Η κυρίαρχη θέση σημαίνει, πως ο άντρας ρυθμίζει την ταχύτητα και το ρυθμό για την σεξουαλική δραστηριότητα.

Προσδιορίζει την ποιότητα των κινήσεων της λεκάνης στην εκούσια φάση, την ταχύτητα και τη δύναμη της ώθησης και τη στιγμή της απόσυρσης. Η γυναίκα είναι υποχρεωμένη να προσαρμόσει τις κινήσεις στο ρυθμό του άντρα, όσο αυτός είναι από πάνω. Μπορεί να του υποδείξει με λέξεις ή με ένα άγγιγμα πως θα προτιμούσε ένα πιο αργό ή πιο γρήγορο ρυθμό αλλά από αυτόν εξαρτάται να κάνει την αλλαγή. (A. Lowen, Αθήνα 1979, σελ. 238-239).

Στο ψυχολογικό επίπεδο οι παραπάνω διαφορές αντανακλώνται στη στάση της γυναίκας απέναντι στον άντρα. Νιώθει εξαρτώμενη από αυτόν κατά ένα τρόπο που δεν ισχύει για τον άντρα σε σχέση με την γυναίκα. Αυτό το αίσθημα εξάρτησης έχει τις ρίζες του στη σεξουαλική λειτουργία. Χαρακτηριστικό της δείγμα είναι μια διαφορά, που δεν αναφέρθηκε: η αποτυχία του στη σεξουαλική πράξη καταλήγει στη δική της αποτυχία.

Η απώλεια της στύσης καταστρέφει τη σεξουαλική πράξη και για τους δύο συντρόφους, η απώλεια των σεξουαλικών αισθήσεων των γυναικών δεν έχει τέτοιο αποτέλεσμα. Εξαιτίας της εξάρτησης, μια γυναίκα θα αντιδράσει αργά ή γρήγορα συνειδητά ή ασυνείδητα, με εχθρότητα σε κάθε αδυναμία του άντρα. Μπορεί όμως και να είναι συμπονετική, γεμάτη κατανόηση και προθυμία να τον βοηθήσει. Είναι σπάνιο να βρούμε εχθρότητα από μέρους του άντρα απέναντι σε μια γυναίκα για οποιαδήποτε αποτυχία στη σεξουαλική της λειτουργία. Οι άντρες μπορεί να παραπονιούνται πως μια γυναίκα είναι σεξουαλικά αναίσθητη ή ψυχρή αλλά αυτό το συναίσθημα σπάνια μετατρέπεται σε εχθρότητα. Φυσιολογικά, ένας άντρας τείνει να πάρει πάνω του την ευθύνη για την αποτυχία της σεξουαλικής σχέσης. Πιστεύει πως από αυτόν εξαρτάται να διεγείρει τη γυναίκα ακόμα και να την ικανοποιήσει. (Α. Lowen, Αθήνα 1979, σελ.238-239).

Υπάρχει ένας άλλος τομέας στον οποίο αποκαλύπτονται οι ψυχολογικές διαφορές μεταξύ των φύλων, δηλαδή, στις αντίστοιχες στάσεις τους απέναντί τους. Μια γυναίκα μπορεί να ανεχτεί τη σεξουαλική απιστία ευκολότερα απ' ότι μπορεί να δεχτεί τη μετάθεση της τρυφερότητας του άντρα σε μια άλλη γυναίκα. Το αντίθετο φαίνεται να ισχύει για έναν άντρα. Ένας άντρας πληγώνεται περισσότερο απ' τη σεξουαλική απιστία μιας γυναίκας του παρά απ' την τρυφερότητα που μπορεί να νιώθει για έναν άλλο άντρα.

Η σεξουαλική απιστία της γυναίκας απειλεί τον ανδρισμό του άντρα της. Βιώνεται σαν προσβολή της περηφάνιας του για την σεξουαλική του ικανότητα, δηλαδή την ικανότητά του να κρατήσει και να ικανοποιήσει σεξουαλικά μια γυναίκα.

Ένας απατημένος σύζυγος αποτελεί αντικείμενο κοροϊδίας, ενώ η σύζυγος που εγκαταλείπεται για μια άλλη γυναίκα αποτελεί αντικείμενο οίκτου.

Λίγες γυναίκες αμφισβητούν την ικανότητά τους να ικανοποιήσουν σεξουαλικά έναν άντρα. Η περηφάνια μιας γυναίκας είναι βασισμένη σε μια πλατύτερη θεμελίωση: τη γοητεία της προσωπικότητάς της, όπως εκφράζεται στο ρόλο του συζύγου και της μητέρας. Η περηφάνια της δεν ταυτίζεται μόνο με την σεξουαλική λειτουργία, αλλά με ολόκληρο το σώμα της. Το σώμα της αντιπροσωπεύει τις δύο λειτουργίες της σεξουαλικότητας και της αναπαραγωγής. Αυτές οι δύο λειτουργίες του σώματος της προσδιορίζουν τη διπλή φύση της – μια βασισμένη στη σχέση της με τον άντρα και μια άλλη που απορρέει απ' την σχέση με τα παιδιά της. Χάρη στη διπλή αυτή σχέση, μπορεί να πει κανείς, πως η γυναίκα είναι η γέφυρα του άντρα στο μέλλον, διαμέσου των παιδιών.

Ο δυασμός υπάρχει επίσης και στη φύση του άντρα. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της σχέσης του με το σώμα και το γεννητικό του όργανο. Ένας άντρας ταυτίζεται με το πέος του σαν προέκταση του εαυτού του. Στο μέτρο που δεν υπόκειται στη βούληση ή το εγώ του, συχνά μιλά γι' αυτό σαν να έχει μια ανεξάρτητη ύπαρξη.

Η ταύτιση του με το σώμα είναι πιο άμεση, αλλά γίνεται με βάση την ικανότητα του σώματος του να λειτουργεί στον κόσμο των αντρών. Η περηφάνια του σ' αυτό το επίπεδο συνδέεται με τη μυϊκή του ανάπτυξη και το συντονισμό. Το σώμα του ανήκει στον κόσμο είναι φτιαγμένο για δράση απέναντι στους άλλους άντρες ή τη φύση. Όμως, το γεννητικό του όργανο ανήκει στη γυναίκα.

Εξαιτίας αυτής της διπλής σχέσης προς τον κόσμο και με τις γυναίκες, ο άντρας είναι η γέφυρα της γυναίκας με τον έξω κόσμο. Ενώ η αναγκαία συνεχής απασχόληση της γυναίκας με τη γέννηση και τη φροντίδα των παιδιών περιορίζει το πεδίο κίνησης της, μπορεί να φέρει άλλες αξίες σ' έναν άντρα, αξίες το ίδιο σημαντικές και απαραίτητες μ'



αυτές που εκείνος της προσφέρει. Στο νου του η γυναίκα φέρει μια σφαίρα που προέρχεται απ' την άμεση σύνδεση της με τις ζωικές διεργασίες της ζωής και του θανάτου. Και είναι η έμπνευση καθώς και δέκτης των καρπών των δραστηριοτήτων του ( A. Lowen, Αθ. 1979, σελ. 238-239).

Σύμφωνα με την Simone de Beauvoir η σεξουαλική ζωή της γυναίκας που αρχίζει από πολύ τρυφερή ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο που η γυναίκα αντιμετωπίζει το σεξουαλικό «ντεμπούτο», έχοντας αντίκτυπο σ' όλη της τη ζωή. Η κυριότερη εκδήλωση κάποιας αναταραχής και των εσωτερικών συγκρούσεων είναι η βαθιά αντίθεση των δυο οργάνων της κλειτορίδας και του κόλπου.

Φτάνοντας στο κρίσιμο πρόβλημα του γυναικείου ερωτισμού, αν λάβουμε υπόψη τη στατιστική του Στέκελ που δείχνει μόλις το 4% των γυναικών νιώθουν ικανοποίηση στο ερωτικό σμίξιμο ενώ το 50% φτάνει στην κολπική ηδονή ύστερα από βδομάδες, από μήνες και όχι σπάνια έπειτα από ολόκληρα χρόνια.

Στο ζήτημα αυτό παίζουν σημαντικό ρόλο οι ψυχικοί παράγοντες γιατί η γυναίκα δεν ξεχωρίζει το συνειδητό από τις οργανικές τους εκδηλώσεις.

## **Το σεξ διαχωρισμένο από την σεξουαλικότητα**

Η σεξουαλικότητα δεν περιορίζεται στο σεξ, ούτε στη γενετήσια λειτουργία, αφού αυτή δεν αποτελεί παρά μόνο μια από τις υπέρτατες επικοινωνησιακές της ιδιότητες, ούτε βέβαια εξαντλείται στις σεξουαλικές επαφές. Η σεξουαλικότητα βρίσκεται στη βάση των πιο πολλών ανθρώπινων δραστηριοτήτων. Ο Φρόντ ανακαλύπτοντας τη λειτουργία της σεξουαλικής ορμής δεν απέδωσε αυτή την προνομιούχο σημασία στο σεξ, επειδή επιδίωκε να δείξει ότι

η σεξουαλικότητα αποτελεί την αρχή των πάντων. Οι κυρίαρχες αντιλήψεις θεωρούν ότι το σεξ είναι τελείως διαχωρισμένο από την σεξουαλικότητα. ( Tony Anatrella, 1992).

Αν η σεξουαλικότητα παροτρύνεται να διαχωρίζεται από το σεξ, για να ζήσει αποκλειστικά για το ίδιο το σεξ, αυτό συμβαίνει γιατί της έχει επιβληθεί ως ιδανικό μια αρχή διαχωρισμού. (Tony Anatrella, 1992).

Το σεξ μένοντας μόνο, αποκομμένο από μια ενδο-υποκειμενική σχέση, καταντά γρήγορα ανούσιο και καταπιεστικό, μια που παραμένει φυλακισμένο μέσα στην φαντασίωσή του. Άρα απομένει στην σεξουαλικότητα να δώσει αξία και να εμπλουτίσει την ένταση της ευχαρίστησης που συνδέει την σχέση με το σεξ.

Το σεξ δεν μπορεί να υπάρξει αφ' εαυτού, διαφορετικά κινδυνεύει να καταστραφεί, αλλοιώνοντας την απόλαυση. Δεν αποτελεί παρά μια από τις ιδιότητες της σεξουαλικότητας, που αυτή η ίδια προσδιορίζει την εσωτερική ολοκλήρωση της προσωπικότητας. Η σεξουαλικότητα δεν αναφέρεται μόνο στο σεξ, αφού από αυτή πηγάζει η δυνατότητα της σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον του. Το πεδίο της είναι πολύ πιο ευρύ από αυτό των σεξουαλικών δραστηριοτήτων. Η αναζήτηση του σεξ για το σεξ, αποκομμένο από την σεξουαλικότητα, αντί να αποτελεί σημάδι πραγματικής ελευθερίας, φανερώνει πιθανόν στέρηση και επικοινωνησιακές δυσκολίες, τις οποίες επιθυμεί κανείς να αντισταθμίσει με το σεξ.

Ο Φρόντ ορθώς διαχώρισε την σεξουαλική ορμή από τα ένστικτα. Στο έργο «Τρία δοκίμια γύρω από τη θεωρία της σεξουαλικότητας», φανερώνει πως δεν υπάρχει « σεξουαλικό ένστικτο» παρά μόνο « σεξουαλική ορμή». Αυτός ο διαχωρισμός ανάμεσα στο ένστικτο και στην ορμή, είναι σημαντικός, αφού καθιστά ολοφάνερη τη μοναδικότητα της ανθρώπινης σεξουαλικότητας, με την οποία συνδέεται απόλυτα το σεξ (Tony Anatrella, 1992).

Τα ένστικτα, όπως και οι σεξουαλικές ορμές, υπόκεινται στην αρχή της απόλαυσης πριν υποταχθούν στην αρχή της πραγματικότητας. Αυτή είναι η κοινή τους μοίρα. Ωστόσο είναι δεδομένο ότι επιζητούν διαφορετικούς σκοπούς. Τα ένστικτα δε μπορούν να ικανοποιηθούν παρά μόνο από κάτι πραγματικό ( η πείνα έχει ανάγκη από τροφή), γι' αυτό και θα περάσουν αρκετά γρήγορα από την αρχή της απόλαυσης στην αρχή της πραγματικότητας και θα συγκρουστούν με τις σεξουαλικές ορμές, οι οποίες δεν ενδιαφέρονται να καθορίσουν με αυτόν τον τρόπο τα όριά τους απέναντι στην πραγματικότητα.

Όντως οι σεξουαλικές ορμές μπορούν να ικανοποιηθούν μέσω μιας φανταστικής διαδικασίας, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους την αρχή της πραγματικότητας και παραμένουν υπό την κυριαρχία της απόλαυσης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Είναι λοιπόν θεμελιώδους σημασίας η κατανόηση του ουσιαστικού διαχωρισμού ανάμεσα στα ένστικτα και την σεξουαλική ορμή, αφού η τελευταία εκλαμβάνεται πολύ συχνά ως ένα ένστικτο που πρέπει να εκφραστεί ως τέτοιο. Οδηγώντας το σεξ στο επίπεδο του ενστίκτου ( δηλαδή σ' ένα κλειστό σύστημα), το απομονώνουμε από την σεξουαλική ορμή ( δηλαδή το εξελικτικό σύστημα) και έτσι χάνεται το σεξ από την σεξουαλικότητα. Σύμφωνα με τις επικρατούσες αντιλήψεις, θα είχαμε μια σεξουαλικότητα χωρίς σεξ. Επιπλέον, παροτρύνοντας τα παιδιά και τους εφήβους να αποκτήσουν σεξουαλικές εμπειρίες, με το πρόσχημα ότι το σεξ είναι μέρος των ενστίκτων της φύσης στα οποία δεν πρέπει να εναντιωνόμαστε, δημιουργούμε σοβαρή σύγχυση ανάμεσα στα σεξουαλικά παιχνίδια που μπορούν να υπάρξουν κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας και στις σεξουαλικές σχέσεις των ενηλίκων. Δημιουργώντας την πεποίθηση ότι η σεξουαλικότητα είναι ενστικτώδης, υπάρχει κίνδυνος να εμφανιστούν σεξουαλικές διαταραχές. Αυτός είναι ένας άλλος τρόπος να χάσουμε το

σεξ διαχωρίζοντας το από την σεξουαλικότητα. ( Tony Anatrella, 1992).

Η απόλαυση χωρίς τέλος αποτελεί το θάνατο της ψυχικής ζωής, και μια προσωπικότητα που δε βρίσκει τις απολαύσεις της μέσα στην πραγματικότητα, ζει μέσα στη θλίψη και τη στέρηση.

Ο άνθρωπος έχει την ανάγκη να αποδείξει στον εαυτό του ότι είναι γεμάτος από ζωτικότητα, συναντώντας τον άλλο την στιγμή της σεξουαλικής συνεύρεσης, να αποδείξει ότι μπορεί να προσφέρει ζωή στους άλλους, όχι μόνο μέσω της αναπαραγωγικής λειτουργίας, αλλά και με κάθε είδους σχέση που μπορεί να έχει με το περιβάλλον του. Γι' αυτό, από την στιγμή που το άτομο διέρχεται μια κρίση, αυτή επιδρά σημαντικά στην σεξουαλικότητα του, και το σεξ μπορεί να γίνει απλά και μόνο το μέσο για να την εξορκίσει, κάνοντας όμως νευρωτική την σχέση του.

Οι σύγχρονες αντιλήψεις προς την σεξουαλικότητα προσανατολίζονται κυρίως προς τη διατήρησή του Είναι ως ατόμου, αποξενώνοντας το από την επικοινωνιακή του διάσταση. Αν το άτομο παραμείνει στην παρυφή της σεξουαλικότητας, αφομοιώνοντας την στο ένστικτο της αυτοσυντήρησης, δε θα έχει τη δυνατότητα ούτε τον εαυτό του να σκεφτεί ούτε την παρουσία του άλλου να αισθανθεί. Όντως το άτομο υπερβολικά υποταγμένο στην αρχή της απόλαυσης, φτάνει στο επικίνδυνο σημείο να απειλήσει την ισορροπία της ψυχολογικής του ζωής, προκαλώντας μόνιμο διαχωρισμό ανάμεσα στην σεξουαλικότητα του και το σεξ. Αντιθέτως, αν η σεξουαλικότητα καταφέρει να συνενώσει εξίσου καλά την «αυτοσυντήρηση του ατόμου» με τον σκοπό της «διαίωξης του είδους», θα μπορέσει να παίξει το ρόλο της ως σύνδεσμος, την στιγμή που σύμφωνα με τις κυρίαρχες αντιλήψεις, καταργούμε το ένα προς όφελος του άλλου, περιορίζοντας έτσι τη δραστηριότητα της σεξουαλικότητας, της οποίας ο κύριος ρόλος είναι να διαφυλάξει τις ισορροπίες ( Tony Anatrella, 1992).

## 2. Η ψυχοσεξουαλική Ανάπτυξη του ατόμου

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία του Φρόυντ, όλη η συμπεριφορά του ατόμου είναι σκόπιμη και αποβλέπει στην ικανοποίηση των βιολογικών ορμών και ιδιαίτερα της ορμής για ηδονή, της libido (Ιωάννης Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1980).

Η ανάπτυξη εξελίσσεται μέσα από μια σειρά διαδοχικών σταδίων. Ο άνθρωπος σε ολόκληρη την πορεία της ζωής του προσπαθεί να εξασφαλίσει αποδεκτούς τρόπους να ικανοποιήσει τη libido, να εξισορροπήσει τις εσωτερικές του παρορμήσεις με την κοινωνική πραγματικότητα.

Σε κάθε στάδιο όμως διαφοροποιείται τόσο η απαίτηση για ικανοποίηση της σεξουαλικής ορμής, όσο και ο τρόπος εξασφάλισης της ομοιόστασης ανάμεσα στην εσωτερική παρώθηση και στην κοινωνική πραγματικότητα. « Σε κάθε στάδιο υπάρχει και διαφορετική περιοχή του σώματος-στόμα, πρωκτός, γεννητικά όργανα- η οποία αποτελεί την ερωτογενή ζώνη και διαφορετικές βιοσωματικές δραστηριότητες ( θηλασμός, έλεγχος σφικτήρων, εξερεύνηση γεννητικών οργάνων) και διαφορετικές διαπροσωπικές σχέσεις ( πλήρης εξάρτηση από τους γονείς, ταύτιση με το γονέα του ίδιου φύλου)» (Ιωάννης Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1980, σελ.49-50).

Ο John Meyer (1976) τονίζει πως η σεξουαλικότητα δεν είναι απλά οι σωματικές ενέργειες που οδηγούν στη διέγερση και τελικά στη σωματική απελευθέρωση, αλλά αποτελείται επίσης από την ικανότητα του ατόμου να εμπιστευθεί το σύντροφο. Πιο αναλυτικά, αυτό εξηγείται με την ανακούφιση που νιώθει ο κάθε ερωτικός σύντροφος και την οικειότητα, συμπεριλαμβανομένου και της ικανότητάς του να γίνεται ένα

μέσω της σεξουαλικής ένωσης και να αποχωρίζεται από το έτερον του ήμισυ χωρίς φόβο και ανησυχία. Αυτό σημαίνει πως είναι σαφής η έννοια του ερωτικού συντρόφου χωρίς να συγχέεται με το γονεϊκό του πρότυπο, να αποτελεί δηλαδή γονεϊκό υποκατάστατο.

Η άποψη του Meyer (1976) για την σεξουαλικότητα είναι πως όταν ρέει ομαλά και φυσικά –ως σωματική ενέργεια και ως υποκειμενική εμπειρία- είναι δύσκολο να συνειδητοποιηθεί ως προϊόν μιας τόσο μακρόχρονης και περίπλοκης αναπτυξιακής ακολουθίας.

Οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη αυτής της αναπτυξιακής ακολουθίας, αφού τα δικά τους αναπτυξιακά κύρια σημεία (του ενήλικα) επαναλαμβάνονται όταν γίνονται γονείς και ιδιαίτερα αν υπάρχουν μέσα τους άλυτες, μη διευθετημένες συγκρούσεις. Τότε υπάρχει μια περίπτωση οι συγκρούσεις αυτές να επανεμφανιστούν, όχι ως δικά του συμπτώματα αλλά ως συμπτώματα που αποτυπώνονται πάνω στο παιδί του. Συνήθως η σύγκρουση στην παιδική ηλικία, και η αναπτυξιακή καθήλωση μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες ευνοϊκούς για την μελλοντική εμφάνιση σεξουαλικής δυσλειτουργίας. ( John K. Meyer, American J. Psychiatry, 1976).

Ο Freud αναφέρει πως φυσιολογική θεωρείται η ανάπτυξη της προσωπικότητας όταν σε κάθε στάδιο το άτομο κατορθώνει να εξασφαλίσει επαρκή ικανοποίηση της βιολογικής ορμής, χωρίς να συγκρούεται με τον κοινωνικό περίγυρο ( Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1980).

Τα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης έχουν σταθερή διαδοχή και χρονική διάρκεια. Στις περιπτώσεις όμως που η βιολογική ορμή δεν ικανοποιείται επαρκώς σε ένα στάδιο, το άτομο αφήνει το στάδιο αυτό με ένα βαθμό καθήλωσης, με αποτέλεσμα την μειωμένη προσαρμογή του στα επόμενα στάδια. Αν η ικανοποίηση της βιολογικής ορμής στα επόμενα στάδια δεν είναι επαρκής, το παιδί για να την αντλήσει, παλινδρομεί σε μορφές συμπεριφοράς μικρότερης ηλικίας. Οι

δύο αυτές λειτουργίες, η καθήλωση και η παλινδρόμηση είναι δυνατόν να προκαλέσουν μόνιμες αλλοιώσεις στο χαρακτήρα και στην προσωπικότητα του ατόμου.

Η ορθόδοξη ψυχαναλυτική θεωρία δίνει έμφαση σε ενδογενή βιολογικά στοιχεία και διαδικασίες. Οι περιβαλλοντικές επιδράσεις νοούνται μόνο σε σχέση με σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του παιδιού, τα οποία διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την ικανοποίηση της βιολογικής ορμής. Η αλληλεπίδραση του παιδιού με τα πρόσωπα αυτά σε θέματα λήψης της τροφής, ελέγχου των σφικτήρων, καθαριότητας και ηθικής διαπαιδαγώγησης είναι ο κύριος παράγοντας διαμόρφωσης της προσωπικότητας και του χαρακτήρα (Ιωάννης Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1980).

Αν και η θεωρία του Meyer βασίζεται σε αυτήν του Freud, ωστόσο εμβαθύνει περισσότερο στο ρόλο που παίζουν ο αποχωρισμός, η εξατομίκευση και τα συναισθήματα εμπάθειας, που φυσικά έχουν ως κεντρικό άξονα την σχέση παιδιού και μητέρας.

Τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης σύμφωνα με τον Φρόυντ ολοκληρώνονται με το τέλος της εφηβείας. Αντίθετα, ο Meyer (1976) θεωρεί πως τα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης ολοκληρώνονται με την περίοδο ωριμότητας και με τη γέννηση και ανατροφή των παιδιών από τον ενήλικα γονέα. Σύμφωνα με τους Bryan Strong, Christine De Vault, Barbara Werner (1996) η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη αν και ξεκινάει- όπως και στις παραπάνω θεωρίες- από την βρεφική ηλικία, ολοκληρώνεται με το πέρασμα στην τρίτη ηλικία.

Αυτή η μελέτη βασίζεται στην άποψη των τελευταίων (Bryan Strong, Christine De Vault, Barbara Werner) , ότι η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του ανθρώπου είναι μια μακρόχρονη ακολουθία σταδίων ταυτόσημη με το πέρασμα από την μια ηλικιακή φάση στην άλλη. Κάθε ηλικιακή φάση προσφέρει στο άτομο διαφορετικές εμπειρίες, όχι μόνο

σωματικές αλλά και ψυχολογικές, που συμβάλλουν στην ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του.

Συμπερασματικά, μιας και το άτομο βιώνει διάφορες αλλαγές με το πέρασμα από την μια ηλικιακή φάση στην άλλη, μέχρι να καταλήξει στη γήρανση (τρίτη ηλικία), το ίδιο συμβαίνει και με την ψυχοσεξουαλική του ανάπτυξη.

## 2.1 Βρεφική ηλικία- νηπιακή ηλικία

Σύμφωνα με τον Meyer (1976) η φάση της συμβίωσης (οι πρώτοι λίγοι περιγεννητικοί μήνες) είναι οι πιο σημαντικοί στην διαμόρφωση της σεξουαλικής οικειότητας.

Μια σταθερή σχέση, γεμάτη ενσυναίσθηση, μεταξύ μητέρας και βρέφους, κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης χρησιμεύει ως μια βάση για τις άνετες ανθρώπινες σχέσεις, γεμάτες εμπιστοσύνη και οικειότητα στην πιο πρόσφατη παιδική ηλικία καθώς και στην ενηλικίωση. Όταν η μητέρα νιώθει φορτωμένη συναισθηματικά είναι δύσκολο να παρέχει στο ανίσχυρο πλάσμα ένα κατάλληλα προστατευτικό και οικείο περιβάλλον για το παιδί της.

Από αυτή τη φάση προέρχεται η βασική αίσθηση του βρέφους ότι οι βιολογικές ανάγκες και οι εντάσεις γίνονται αποδεκτές και ότι θα καλυφθούν με τη «διαισθητική ευαισθησία» που διακατέχει την μητέρα-τροφό. Χωρίς την «διαισθητική ευαισθησία» το βρέφος δεν πρόκειται να νιώσει οικεία και πιθανόν αργότερα να στερηθεί σεξουαλικής οικειότητας.

Στην συνέχεια ακολουθεί η φάση του ΧΩΡΙΣΜΟΥ-ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗΣ (5 μήνες ως 3 έτη) όπου το παιδί απομακρύνεται από την μητέρα διατηρώντας όμως σε ένα βαθμό 'εξάρτησης' τη σχέση του μαζί της. Πλέον



καθιερώνεται η ικανότητα του παιδιού να σχετίζεται με τη μητέρα του ως χωριστό και μεμονωμένο πρόσωπο. Το παιδί που υποφέρει από νυκτερινούς εφιάλτες, φοβίες του σκοταδιού, φοβάται όταν μένει μόνο του ή όταν θέλει να αγγίξει τα ρούχα, τις πετσέτες και άλλα αντικείμενα που συνδέονται με τη μητέρα του, αντιμετωπίζει δυσκολίες με τον αποχωρισμό. Η αποτυχία σε αυτή τη φάση κάνει τον αποχωρισμό να βιωθεί ως εγκατάλειψη και φόβος κατακερματισμού από το βρέφος. Από την ηλικία 1 έτους ως και 2 ½ ετών σχηματίζεται η ταυτότητα του φύλου. Αυτό το στάδιο αποτελεί μια εκτίμηση των ανατομικών, συμπεριφοριστικών, και βιολογικών διαφορών μεταξύ των αρσενικών και των θηλυκών οδηγεί σε μια βασική αίσθηση της 'αρσενικότητας ή θηλυκότητας'. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η ανάπτυξη του φύλου πραγματοποιείται κατά την διάρκεια της φάσης χωρισμού-εξατομίκευση, έτσι οι διαταραχές του φύλου συνδέονται με το πρόβλημα της εγκατάλειψης και του αποχωρισμού ( John K. Meyer, American Journal, 1976).

Η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη κατά τον Freud στην βρεφική ηλικία διέρχεται από δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι το στοματικό ( 1<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας), η κύρια πηγή ικανοποίησης της libido είναι ο θηλασμός και η απομύζηση. Στην περίοδο αυτή το άτομο παρουσιάζει τη μεγαλύτερη εξάρτηση (Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1980).

Η στέρση του μητρικού στήθους μεταμορφώνεται αργότερα σε στοματική ορμή, με την ελπίδα να ξαναβρεί το παιδί αυτό που έχασε. Έτσι οποιοδήποτε αντικείμενο μπορεί να υποκατασταθεί από το στήθος (Tony Anatrella, Αθήνα, 1992).

Το δεύτερο στάδιο είναι το πρωκτικό ( 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> έτος), κατά το οποίο το παιδί πρέπει να αποκτήσει τον έλεγχο σφικτήρων (ενούρηση, εγκόπρηση) και ο πρωκτός αποτελεί την εστία της ψυχικής έντασης και ικανοποίησης. Κύριο χαρακτηριστικό του σταδίου αυτού είναι η τάση για

αυτονομία και ο αρνητισμός (Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1980).

Στις περιπτώσεις που η βιολογική ορμή δεν ικανοποιηθεί επαρκώς σε ένα από τα παραπάνω στάδια, το άτομο αφήνει το στάδιο αυτό με ένα βαθμό καθήλωσης, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει μειωμένη προσαρμογή στα επόμενα στάδια. Έτσι, κατά τον Φρόντ η καθήλωση στο στοματικό στάδιο εκδηλώνεται στην ενήλικη ζωή με ψυχαναγκαστική τάση για πολύ φαγητό, φλυαρία, κάπνισμα και αλκοολισμό. Καθήλωση στο πρωκτικό στάδιο εκδηλώνεται με πείσμονα διάθεση, καταπιεστική συμπεριφορά, ιδιογνώμονα δογματισμό, επιδεικτική εκκεντρικότητα, τσιγκουνιά και επιθετικότητα.

Ο Φρόντ υποστηρίζει ότι η αλληλεπίδραση του παιδιού με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του (μητέρα, πατέρα, ιδιαίτερα όμως η μητέρα), σε θέματα λήψης της τροφής και ελέγχου των σφικτήρων και ο βαθμός στον οποίο αυτά τα άτομα διευκόλυναν ή παρεμπόδισαν την ικανοποίηση της βιολογικής ορμής, αποτελούν τους κύριους παράγοντες διαμόρφωσης της προσωπικότητας και του χαρακτήρα (Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1980).

Σύμφωνα με τον Charles Wenar (1994) το παιδί από τα 2 ως τα 3 του χρόνια έχει πιάσει την ιδέα για το σε ποιο φύλο ανήκει, αν είναι αγόρι ή κορίτσι. Εντούτοις, δεν κατανοεί την πραγματική έννοια της «ετικέτας», και για να κατατάξει τους ανθρώπους σε φύλο στηρίζεται στα εξωτερικά χαρακτηριστικά όπως το μέγεθος, το ντύσιμο και η κόμμωση. Τα παιδιά στην προσχολική ηλικία είναι ακόμη γνωστικά στο προλειτουργικό στάδιο, θεωρώντας κυριολεκτικά ότι βλέπει, έτσι οι κατηγοριοποιήσεις του για το φύλο γίνονται βάσει των προφανών διαφορών.

Ο Meyer (1976) χωρίζει την ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη της νηπιακής ηλικίας σε μία φάση, την Οιδιπόδεια φάση. Το παιδί όταν περιέρχεται σε αυτή τη φάση είναι 3 ως

6 ετών, και αυτό που ήταν μια σχετικά απλή σχέση γίνεται περίπλοκη και τριγωνική.

Τα κορίτσια γίνονται φιλάρεσκα προς τους πατεράδες τους και οξύθυμα προς τις μητέρες τους, ενώ αντίθετα τα αγόρια είναι αγανακτισμένα ή εμπόλεμα προς τους πατεράδες τους.

Όταν υπάρχει δυσκολία στη διαπραγμάτευση των Οιδιπόδειων συγκρούσεων, συχνά υπάρχει μια παλινδρόμηση στα πιο αρχικά στάδια με τα προβλήματα ελέγχου των εντέρων ή κυστών.

Εάν όλα κυλήσουν ομαλά, κατά τη διάρκεια του Οιδιπόδειου σταδίου, υπάρχει μια ολοκλήρωση της ψυχικής δομής, των σωματικών αντιπροσωπεύσεων και των σεξουαλικών ενδιαφερόντων, της ωρίμανσης της σεξουαλικής αντικειμενικής επιλογής, και της ανάπτυξης της ανδροπρέπειας ή της θηλυκότητας. Η επιτυχής διαπραγμάτευση του σταδίου αυτού αποτελεί ορόσημο για την ενσωματωμένη εξατομικευμένη σεξουαλικότητα.

Ο Φρόντ τοποθετεί το Οιδιπόδειο στάδιο από το 3<sup>ο</sup> ως το 7<sup>ο</sup> έτος, όταν το άτομο διανύει το φαλλικό στάδιο. Σε αυτό το στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης το παιδί αποκτά επίγνωση των διαφορών στα γεννητικά όργανα μεταξύ των δύο φύλων και συνειδητοποιεί την αγάπη του προς τους γονείς. Η αγάπη όμως αυτή παύει να κατευθύνεται και προς τους δύο γονείς και αναπτύσσεται μια βαθμιαία αυξανόμενη στοργή και προσκόλληση προς το γονέα του αντίθετου φύλου. Το αγόρι αρχίζει να νιώθει μια νέα μορφή αγάπης προς τη μητέρα του και να θεωρεί ως αντίζηλο τον πατέρα, συγχρόνως όμως βιώνοντας έντονα συναισθήματα ενοχής και φόβου τιμωρίας για τις αιμομικτικές του αυτές διαθέσεις. Ομοίως το κορίτσι αρχίζει να προσκολλάται στον πατέρα και να θεωρεί αντίζηλο τη μητέρα ( σύμπλεγμα Ηλέκτρας). Στο τέλος της περιόδου αυτής επέρχεται η λύση του συμπλέγματος με την ταύτιση του παιδιού προς το γονέα του ίδιου φύλου.

Στην προσχολική ηλικία τα παιδιά εξερευνούν και μαθαίνουν το σώμα τους μέσω διάφορων μορφών παιχνιδιών και συχνά τυχαία ανακαλύπτουν ότι παίζοντας με τα γεννητικά τους όργανα είναι ευχάριστο για τα ίδια, συνεχίζοντας τη δραστηριότητα μέχρι να γίνουν αντιληπτά από κάποιον ενήλικα. Όταν γίνουν 4 ή 5 ετών, τα παιδιά έχουν συνήθως μάθει ότι οι ενήλικες θεωρούν αυτή τη συμπεριφορά «κακή». Οι γονείς γενικά αντιδρούν υπερβολικά αρνητικά στον αυνανισμό, ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο του παιδιού.

Αυτό που πρέπει να κάνουν οι γονείς είναι να μην το ονομάσουν «κακό», αλλά να εξηγήσουν στα παιδιά ότι είναι ακατάλληλο για ορισμένους χώρους, χρόνο ή πρόσωπα. Άλλωστε τα παιδιά χρειάζονται τις εκφράσεις αγάπης για το σώμα τους για να έχουν εξοικείωση με αυτό και να μην νιώθουν απειλή από τους ενήλικες ( Bryan Strong, Christine De Vault & Barbara Werner, California, 1996).

## **2.2 Παιδική ηλικία**

Κατά την παιδική ηλικία η σεξουαλικότητα βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση. Σε ηλικία 6 ή 7 ετών η συντήρηση είναι γνωστικά δυνατή, ώστε τα παιδιά να πιάσουν την ιδέα ότι το φύλο είναι μόνιμο και αμετάβλητο. Επίσης συνειδητοποιούν ότι τα γεννητικά τους όργανα είναι ο κρίσιμος, καθοριστικός παράγοντας για το φύλο τους. ( Charles Werner, U.S.A., 1994).

Ο Φρόυντ χαρακτηρίζει το συγκεκριμένο στάδιο ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης ως λανθάνουσα σεξουαλικότητα (7<sup>ο</sup> ως 11<sup>ο</sup> έτος). Κατά τη διάρκεια αυτού, το άτομο στρέφεται προς τα πρόσωπα και τα πράγματα του

ευρύτερου περιβάλλοντος και αποκτά ποικίλες γνώσεις και δεξιότητες και ενισχύει το Υπερεγώ. Θεωρείται ως μια περίοδος εσωτερικής γαλήνης πριν από την καταιγίδα της ήβης ( Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1980).

Ο Meyer (1976) ονομάζει αυτό το στάδιο Λανθάνουσα κατάσταση (6 ως 10 ετών). Η λανθάνουσα κατάσταση είναι κλασσικά ένας χρόνος ακόλουθος των Οιδιπόδειων θυελλών. Συνήθως τα αγόρια και τα κορίτσια δεν συμπαθιούνται μεταξύ τους. Υπάρχει όμως ένα καλυμμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον με τον τρόπο της επιμελημένης φαντασίας. Τα κορίτσια φαντάζονται όμορφους πρίγκιπες και τη διάσωση τους όπως στην ‘ Ωραία Κοιμωμένη’.

Εάν το παιδί είναι σεξουαλικά υπερενεργητικό ή απρόσεκτο στο σχολείο, υπάρχουν τότε πολύ πιθανόν ακόμα κατάλοιπα του Οιδιπόδειου συμπλέγματος. Εάν υπάρχουν προβλήματα με τον αποχωρισμό ( σχολική φοβία), ή ενούρηση με εφιάλτες, ή εγκόπρηση ή το να ντύνεται με ρούχα και των δύο φύλων, οι δυσκολίες είναι βαθύτερες και αντιπροσωπευτικές των προβλημάτων με τον αποχωρισμό και την εξατομίκευση.

## **2.3 Εφηβική ηλικία**

Η εφηβική ηλικία είναι το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα. Αποτελεί τη φάση ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και την εξάρτηση, στον κόσμο των ενηλίκων, με την υπευθυνότητα και την

αυτοδιαχείριση. Η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως μεταβατική περίοδος ( Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1980).

Η εφηβεία είναι το βιολογικό στάδιο που η αναπαραγωγή είναι δυνατή. Η ψυχολογική κατάσταση του εφήβου χαρακτηρίζεται συχνά από σύγχυση καθώς το σώμα ωριμάζει γρηγορότερα από τις συναισθηματικές και διανοητικές δυνατότητες. Τα γνωρίσματα της εφηβείας καθορίζονται πολιτιστικά ( Bryan Strong, Christine De Vault & Barbara Werner Sayad, California 1996).

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1980) η εφηβεία είναι το μεγαλύτερο βιολογικό γεγονός μετά τη γέννηση. Στη φάση αυτή συμβαίνουν ραγδαίες αλλαγές σε όλες τις παραμέτρους του σώματος: ύψος, βάρος, αναλογίες, περίγραμμα, θέση και λειτουργία οργάνων και οργανικών συστημάτων, με κορυφαία βιοσωματική μεταβολή την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας.

Οι εφηβικές αλλαγές στα κορίτσια αρχίζουν μεταξύ 9 και 14 χρονών. Περιλαμβάνουν: την ανάπτυξη του στήθους, της εφηβικής κόμης, κολπικές εκκρίσεις, εμφάνιση της λειτουργίας της έμμηνης ροής ( εμμηνόρροια).

Οι εφηβικές αλλαγές στα αγόρια αρχίζουν γενικά περίπου 2 χρόνια αργότερα από ότι στα κορίτσια. Περιλαμβάνουν: εμφάθυνση της φωνής, τρίχωση και ανάπτυξη των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και την ονειρώξη που αποτελεί την πρώτη εκσπερμάτωση ( Bryan Strong, Christine De Vault & Barbara Werner Sayad, California 1996).

Ο Φρόντ αναφέρει ότι ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες του ψυχικού αναβρασμού της εφηβικής ηλικίας, είναι η αφύπνιση της σεξουαλικότητας και οι συγκρούσεις που δημιουργούνται από την αδιάκοπη πάλη ανάμεσα στις βιολογικές- ενστικτώδεις απαιτήσεις του Εκείνου και στους κοινωνικούς περιορισμούς του Υπερεγώ.  
(Παρασκευόπουλος, 1980).

Οι αναπτυξιακοί στόχοι τους οποίους πρέπει να επιδιώξει ο έφηβος και να επιτευχθούν, είναι οι εξής: α) Να

αποδεχθεί τη νέα μορφή που παίρνει τελικά το σώμα του β)  
Να διαμορφώσει μια ώριμη ετερόφυλη σχέση  
(Παρασκευόπουλος, Αθήνα 1980).

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παρουσιάζουν διαστρεβλωμένες εικόνες της σεξουαλικότητας. Οι γονείς μπορούν όμως με τη συζήτηση πάνω στο θέμα της σεξουαλικότητας να ενημερώσουν τα παιδιά τους ή παρέχοντας τους έγκυρο πληροφοριακό υλικό.

Ο Meyer (1976) χωρίζει την εφηβική ηλικία σε 2 φάσεις: α) την πρώιμη εφηβεία (10 ως 15 ετών), β) τελική εφηβεία (15 ως 20 ετών).

Στην πρώιμη εφηβεία η λανθάνουσα κατάσταση της σεξουαλικότητας τερματίζεται θυελλωδώς μετά το κύμα των βιολογικών αλλαγών των δύο φύλων. Η σωματική ικανότητα για συνουσία και αναπαραγωγή αποτελούν νέους παράγοντες που πρέπει να ασχοληθούν. Ο χωρισμός και η εξατομίκευση, και οποιοσδήποτε άλλος τομέας σύγκρουσης, αντιμετωπίζεται πάλι σε ένα πιο περίπλοκο επίπεδο. Οι συμπεριφοριστικές διαταραχές, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η ψύχωση, η κατάθλιψη, ο ομοφυλοφιλικός πειραματισμός ή η διαστροφή, μπορούν να προκύψουν ως σημάδια μιας μακράς υφιστάμενης δυσκολίας ή μη διευθετημένης σύγκρουσης.

Στην τελική εφηβεία η ευτυχής κατάσταση υπάρχει όταν η προσωπικότητα παγιώνεται ως μια βάση για την οικειότητα, όταν το άτομο έχει ξεπεράσει και έχει δουλέψει τα προβλήματα του αποχωρισμού και της εξατομίκευσης, υπόλοιπες συγκρούσεις γύρω από τις τριγωνικές σχέσεις και σχέσεις εξουσίας, και τέλος τις σεξουαλικές και φυλετικές συγκρούσεις. Όπου η έκβαση είναι λιγότερο επιτυχής τα προβλήματα που ήταν οξεία και κατάφορα στην φάση αυτή, συχνά παρουσιάζονται και ως σημάδια μιας πιο χρόνιας μορφής. (Meyer, American Journal, 1976).

## 2.4 Ενηλικίωση

Στην πρώιμη ενηλικίωση οι αναπτυξιακοί στόχοι περιλαμβάνουν την καθιέρωση του σεξουαλικού προσανατολισμού, ενσωματώνοντας την αγάπη και το σεξ, την λήψη αποφάσεων για δέσμευση με τον ερωτικό σύντροφο, καθώς και τη λήψη τεκνοποιητικών αποφάσεων, και τέλος τη διαμόρφωση μιας σεξουαλικής φιλοσοφίας. (Bryan Strong, Christine De Vault & Barbara Werner Sayad, California 1996).

Ο Meyer (1976) υποστηρίζει πως η φάση της ενηλικίωσης αποτελεί το τελευταίο στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του ατόμου. Αυτή η φάση χωρίζεται σε δύο στάδια: α) το στάδιο της δεσμευμένης οικειότητας (ωριμότητα) β) το στάδιο της αναπαραγωγής και ανατροφής του παιδιού.

Το στάδιο της δεσμευμένης οικειότητας περιλαμβάνει τη σύναψη γάμου μεταξύ των δύο ερωτικών συντρόφων καθώς και την ύπαρξη οικειότητας μεταξύ τους, την απόφαση για απόκτηση απογόνων και όλα αυτά επιφορτισμένα με την επαγγελματική σταδιοδρομία του καθενός. Συμπερασματικά αυτή η πρώιμη φάση ψυχοσεξουαλικής ωριμότητας, αποτελεί μια περίοδο λήψης κρίσιμων αποφάσεων.

Στο στάδιο της αναπαραγωγής και ανατροφής του παιδιού, οι ενήλικες γονείς εισάγονται σε ένα διαφορετικό στάδιο. Με την σύλληψη, την κύηση, τη γέννηση και την ανατροφή του παιδιού, τα αναπτυξιακά κύρια σημεία του ενήλικα επαναλαμβάνονται τώρα που έγινε γονιός. Ο «πρωτάρης» γονιός προσπαθεί να επαναπροσδιορίσει τους δικούς του γονείς και μέσω της απόκτησης του δικού του παιδιού, έρχονται να τον απασχολήσουν ζητήματα του παρελθόντος, όταν ήταν και αυτός παιδί κάποτε. Έτσι συχνά



παρατηρείται το φαινόμενο εμφάνισης των δικών του ημιτελών συγκρούσεων στο παρελθόν του, επηρεασμός απο την είσοδο των παιδιών σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο. Εναλλακτικά, οι δυσκολίες του γονέα μπορούν να μην παρουσιαστούν ως δικά του συμπτώματα αλλά να αποτυπωθούν ως συμπτώματα πάνω στο παιδί του (Meyer, American Journal, 1976).

Στην σημερινή πραγματικότητα υπάρχει προγαμιαίο σεξ μεταξύ των ενηλίκων λόγω της ύπαρξης παραγόντων όπως: ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί, πολιτισμικοί κ.α.

Στην ενηλικίωση καθιερώνεται η σεξουαλική ταυτότητα κάποιου ως ετεροφυλόφιλο ή αμφιφυλόφιλο. Κάποιοι άνθρωποι σ' αυτή την ηλικία αναγνωρίζουν δημόσια τις σεξουαλικές τους προτιμήσεις. ( Bryan Strong, Christine De Vault & Barbara Werner Sayad, California, 1996).

## 2.5 Μέση ηλικία

Τα αναπτυξιακά ζητήματα της σεξουαλικότητας στη μέση ηλικία περιλαμβάνουν: τον επαναπροσδιορισμό του σεξ σε μακροχρόνιες σχέσεις, την επαναξιολόγηση της σεξουαλικότητας κάποιου, και την αποδοχή της βιολογικής διαδικασίας γήρανσης ( Bryan Strong, Christine De Vault & Barbara Werner Sayad, California 1996).

Στα πενήντα αρχίζουν να παρουσιάζονται για τους περισσότερους ανθρώπους οι πρώτες μεταβολές στην εξωτερική όψη του σώματος τους, που βαθμιαία θα τους κάνουν να φαίνονται γέροι. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις όμως, και οι συνέπειες των επιφανειακών αλλαγών παίζουν πολύ πιο σημαντικό ρόλο από αυτές τις ίδιες τις αλλαγές, στον καθορισμό της ικανοποίησης και της πληρότητας που νιώθει ο μεσήλικας για τον εαυτό του. « Για μερικά άτομα οι

ρυτίδες αντιπροσωπεύουν το μαρασμό της ομορφιάς και την απώλεια της σεξουαλικής ικανότητας και γοητείας». ( Herant Katchadoudian M. D., Αθήνα 1993, σελ.53)

Άλλες βιολογικές αλλαγές είναι τα γκρίζα μαλλιά, η φαλάκρα, η τάση αύξησης βάρους του σώματος. Οι αλλαγές κατά την μέση ηλικία που αναφέρονται στην αναπαραγωγή και τη σεξουαλική λειτουργία, είναι πιο παρεξηγημένες απ' ότι όσες αναφέρονται σε οποιοδήποτε άλλο σύστημα του οργανισμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν η λειτουργία των ωοθηκών για τις γυναίκες που επηρεάζονται από την εμμηνόπαυση και των όρχεων για τους άνδρες. Το αποτέλεσμα της εμμηνόπαυσης είναι η απότομη παύση της παραγωγής των γυναικείων ορμονών από τις ωοθήκες (οιστρογόνα και προτεστερόνη), καθώς επίσης και η απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας. Για τους άντρες, σε μια φυσιολογική πορεία γεγονότων, ο οργανισμός δεν παύει να παράγει σπερματοζώαρια και τεστοστερόνη- αν και προοδευτικά μειώνεται η ποσότητα τους. Έτσι ο άνδρας παραμένει γόνιμος ως τα γεράματα του.

Η ψυχολογική κατάσταση των γυναικών που διανύουν τη φάση της εμμηνόπαυσης χαρακτηρίζεται κάποιες φορές από υπερευαισθησία και αποστροφή στο άγγιγμα ακόμα και του συζύγου, που πιστεύεται ότι οφείλεται και σε μεταβολές της διαδικασίας μεταβίβασης των νευρικών ερεθισμάτων. ( Herant Katchadoudian, Αθήνα 1993).

Άλλες δυσάρεστες ψυχολογικές καταστάσεις περιλαμβάνουν παροδικές περιόδους κακοκεφιάς και μελαγχολίας. Η έντονη παρουσία σωματικών συμπτωμάτων μαζί με τις ψυχολογικές αυτές ανησυχίες, επιφέρουν μια αίσθηση 'εύθραυστου', η οποία κάνει μερικές γυναίκες να νιώθουν ευάλωτες οδηγώντας τις σε κοινωνική απόσυρση.

Πολλοί άνδρες διέρχονται την «κρίση της μέσης ηλικίας» αλλά το σύμπλεγμα των ψυχολογικών αντιδράσεων αυτής της κρίσης, θεωρείται μάλλον ως επακόλουθο των

επαγγελματικών και άλλων συνθηκών της ζωής, παρά των ορμονικών μεταβολών.

Με την πάροδο του χρόνου η σεξουαλικότητα υφίσταται σημαντικές αλλαγές, που αρχίζουν να γίνονται αισθητές στα πενήντα, αν όχι και νωρίτερα ( Herant Katchadoudian, Αθήνα 1993).

Σύμφωνα με την καθιερωμένη αντίληψη, η σεξουαλική γοητεία της γυναίκας μετριέται από τη σωματική έλξη που ασκεί. Αντίθετα η κοινωνική θέση και το κύρος ενισχύουν σημαντικά τη σεξουαλική γοητεία και έλξη που ασκούν οι άνδρες.

Οι παραπάνω παράγοντες είναι σημαντικοί για την κατανόηση των συνεπειών που προκύπτουν από τις σεξουαλικές αλλαγές κατά τη μέση ηλικία. Συνήθως οι γυναίκες είναι αυτές που νιώθουν περισσότερο φόβο για τη διαδικασία γήρανσης και αναρωτιούνται αν θα σημάνει και την απώλεια της σεξουαλικής έλξης και επιθυμίας. Άλλωστε για αυτό το λόγο οι γυναίκες αντιστέκονται περισσότερο από τους άντρες στα δυσάρεστα αποτελέσματα της γήρανσης. Στο θέμα λοιπόν της εξωτερικής εμφάνιση η γήρανση προξενεί μεγαλύτερο πλήγμα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες, σε σχέση με τα κοινωνικά πρότυπα ομορφιάς και σεξουαλικής έλξης. ( Herant Katchadoudian, Αθήνα 1993).

Οι άνδρες ερεθίζονται σεξουαλικά περισσότερο από τα σωματικά χαρίσματα της γυναίκας, ενώ οι γυναίκες αναζητούν συμπληρωματικές ιδιότητες που θα κάνουν έναν άνδρα αξιόπιστο, και ταιριαστό σύζυγο. Από καθαρά αναπαραγωγικής σκοπιάς, η γυναίκα στη μεταεμμηνοπαυσική περίοδο θεωρείται ως ένα νεκρό παραγωγικά ον. Επομένως, είναι λιγότερο ελκυστική για τον άνδρα, που τείνει προς τη γονιμοποίηση. Ο άνδρας αποζημιώνεται από την κοινωνική του θέση και επιρροή, για την απώλεια της σεξουαλικής του ευρωστίας.

Χαρακτηριστική είναι η επιλογή νεότερων συντρόφων από μέρους των μεσήλικων ανδρών, σε αντίθεση

με τις γυναίκες που σπάνια τους παρέχεται ένα τέτοιο προνόμιο. Άλλωστε, υπάρχουν πολύ περισσότερες κοινωνίες που αποδέχονται τη σύναψη ερωτικών σχέσεων ενός μεσήλικα άνδρα με πολλές γυναίκες, και κατά πολύ νεότερές του, παρά μιας μεσήλικης γυναίκας.

Τα παραδοσιακά αυτά πρότυπα αλλάζουν με το πέρασμα των χρόνων και σήμερα οι γυναίκες γίνονται όλο και πιο ανεξάρτητες και αυτόνομες στη σεξουαλική τους ζωή. Μιας και στη σύγχρονη εποχή η αναπαραγωγή δεν αποτελεί πια τον πρωταρχικό στόχο, οι μεσήλικες γυναίκες δεν θεωρούνται πια κατώτερες. Τα κριτήρια όμως της σωματικής και σεξουαλικής έλξης παραμένουν σταθερά προσανατολισμένα προς νεανικά πρότυπα και συχνά οι μεσήλικες νιώθουν την ανάγκη να ανταγωνιστούν τους νέους και την ερωτική τους συμπεριφορά. Σε αυτή την περίπτωση η διέγερση είναι επιφανειακή, βασισμένη στην εμφάνιση του ερωτικού συντρόφου, με αποτέλεσμα την προοδευτική ελάττωση της ερωτικής τους απόλαυσης.

Άλλοι όμως καθώς περνά ο χρόνος, αναπτύσσουν εντονότερο ερωτισμό.

Κατά την μέση ηλικία τα καθαρά ψυχολογικά ερεθίσματα καθίστανται λιγότερο ικανά να προκαλέσουν σεξουαλική διέγερση, παρόλο που η φυσική παρόρμηση εξακολουθεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική. Το ζευγάρι μεσηλικών είναι πως η αλλαγή πιθανόν να παραπλανηθεί και να θεωρήσει πως η αλλαγή αυτή προμηνύει τη μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος, ένα ακόμη στοιχείο που είναι μέρος της διαδικασίας γήρανσης.

Μόνο για ελάχιστες γυναίκες η σεξουαλική επαφή γίνεται λιγότερο σημαντική με την εμμηνόπαυση. Κάτι τέτοιο συνδέεται άμεσα με την ίδια τη γυναίκα, όσο και με το σύντροφό της. Η χρονική περίοδος της εμμηνόπαυσης δεν συμβάλλει στην εμφάνιση βασικών αλλαγών της προσωπικότητας, αλλά η ύπαρξη πολλών ευθυνών και ανησυχιών. (Herant Katchadoudian, 1993).

Σύμφωνα με τον Kinsey και τους Bryan Strong, Christine De Vault & Barbara Werner (1996), στο γάμο του μεσήλικου ζευγαριού, τείνει να ελαττώνεται η συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας, που αργότερα οφείλεται στην εξασθένηση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της ικανότητας του άνδρα. Η ύπαρξη εξωσυζυγικής σχέσης οφείλεται στη χρονολογικά μακρά συμβίωση και στην ποιότητα των συζυγικών σχέσεων ( Bryan Strong, Christine De Vault & Barbara Werner Sayad, California, 1996).

Ο Δρ. Τζην Κουπ (1985) αναφέρει πως η ύπαρξη άγχους ή κατάθλιψης, καθώς και η ύπαρξη σοβαρών οικονομικών και οικογενειακών προβλημάτων, οδηγούν στην 'απώλεια της σεξουαλικότητας' και την μείωση της σεξουαλικής απόλαυσης λόγω της εμφάνισης συναισθημάτων «πλήξης».

Ο Herant Katchadoudian (1993) όμως υποστηρίζει πως οι μεσήλικες δεν χάνουν την σεξουαλικότητα τους. Οι γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση και τις μεγαλύτερες ηλικίες διατηρούν το σεξουαλικό τους ενδιαφέρον ή ακόμα αυτό έχει έξαρση, λόγω της απαλλαγής από το φόβο της εγκυμοσύνης. Η απομάκρυνση των παιδιών σε αυτή τη χρονική περίοδο δίνει στο ζευγάρι τη δυνατότητα μιας πιο στενής επαφής. Είναι πιθανόν μια ευκαιρία για μια νέα σεξουαλική προσέγγιση και απελευθέρωση. Στην περίπτωση του αποτυχημένου γάμου, η απομάκρυνση των παιδιών ίσως να μην αποτελεί και χαρμόσυνη προοπτική. Οι ξεκούραστες διακοπές με το σύντροφο μπορεί να προσφέρουν μια καλή ευκαιρία για ανανέωση των σεξουαλικών σχέσεων του ζευγαριού ( Δρ. Τζην Κουπ, Αθήνα, 1985).

## 2.6 Τρίτη ηλικία

Οι άνθρωποι παραμένουν σεξουαλικά ενεργοί σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Αν και κάποια άτομα της τρίτης ηλικίας μπορεί να μην είναι σεξουαλικά ενεργά, ωστόσο εξακολουθούν να φέρουν σεξουαλικό ιστορικό, γνώση και αξίες που πρέπει να λάβουμε υπ' όψη. Αν και η σεξουαλική δραστηριότητα μειώνεται με το πέρασμα των δεκαετιών και πολλοί ηλικιωμένοι επιλέγουν την αποχή ως τρόπο ζωής, θα πρέπει να κατανοήσουμε τα αισθήματα ενοχής και μετάνοιας που έχουν για τη σεξουαλικότητά τους.

Είναι πολλοί όμως και ηλικιωμένοι που έχουν ανάγκη μια καλή σεξουαλική σχέση. Η απώλεια φίλων, του συντρόφου, των παιδιών που έχουν φύγει από τη πατρική οικία και της καριέρας – λόγω συνταξιοδότησης-, καθώς και η ύπαρξη προβλημάτων υγείας μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και μια αυξανόμενη αίσθηση μοναξιάς. Ένα εξαιρετικό αντίδοτο σε όλα αυτά είναι η διατήρηση μιας σεξουαλικής σχέσης γεμάτη αγάπη, εκτίμηση και ασφάλεια.

Η σεξουαλική φυσιολογία αλλάζει με την ηλικία. Τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να είναι γνώστες των πιθανών αλλαγών για να οδηγηθούν στην αποδοχή τους και έτσι να μπορέσουν να τις αντιμετωπίσουν. Οι άντρες συχνά έχουν λιγότερους ερεθισμούς και λιγότερες δυνατές εκσπερματώσεις. Η επιβράδυνση του σεξουαλικού κύκλου ανταπόκρισης σημαίνει ότι τα «προκαταρτικά παιχνίδια» μπορεί να επιμηκυνθούν και να αυξηθεί η οικειότητα και η εκτίμηση ανάμεσα στο ζευγάρι.

Αν και κάποιες γυναίκες που έχουν περάσει από τη φάση της εμμηνόπαυσης, νιώθουν απελευθερωμένες από την έγνοια της εγκυμοσύνης, άλλες βρίσκουν τη σεξουαλική δραστηριότητα ενοχλητική, επίπονη και αποτροπιαστική. Η ξηρότητα του κόλπου είναι το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα και μπορεί να κάνει τη σεξουαλική επαφή κάπως επίπονη. Οι

εξάψεις και οι πόνοι στα οστά που οδηγούν στην οστεοπόρωση αποτελούν επιπρόσθετα προβλήματα. Άλλες ιατρικές καταστάσεις που επηρεάζουν τη σεξουαλική δραστηριότητα των γυναικών είναι:

- 1) Η μαστεκτομή
- 2) Οι γυναικολογικές επεμβάσεις
- 3) Η αρθρίτιδα
- 4) Ο καρκίνος
- 5) Καρδιαγγειακά προβλήματα
- 6) Νεφρική ανεπάρκεια
- 7) Ασθένεια του Πάρκινσον

Στους άντρες οι παθήσεις που συντελούν στην απώλεια ή μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας είναι οι εξής:

- 1) Προστάτης
- 2) Σακχαρώδεις διαβήτης
- 3) Καρδιαγγειακά προβλήματα
- 4) Καρκίνος
- 5) Αρθρίτιδα
- 6) Νεφρική ανεπάρκεια
- 7) Ασθένεια του Πάρκινσον

Οι αλλαγές στην εικόνα του σώματος έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην σεξουαλικότητα. Η κοινωνία μας αποδίδει μεγαλύτερη αξία στη νεότητα και στην εξωτερική εμφάνιση παρά στη σοφία και στα χρόνια εμπειρίας. Οι ηλικιωμένοι όμως πρέπει να προσπαθήσουν να αντιστρέψουν την επιρροή των χρόνων με το να διατηρούν και να επαναξιολογούν συνεχώς την σεξουαλική τους δραστηριότητα.

Η εμπειρία των ηλικιωμένων τους καθιστά γνώστες του εαυτού τους και περισσότερο ευαίσθητους προς τους άλλους. Η ποσότητα του ελεύθερου χρόνου και οι πιο αργοί ρυθμοί της ζωής μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση της ευχαρίστησης μέσα σε μια σεξουαλική σχέση.

Συμπερασματικά, η σεξουαλική συμπεριφορά στην τρίτη ηλικία βασίζεται περισσότερο στην οικειότητα και στην εκτίμηση, περιλαμβάνοντας το άγγιγμα και το αγκάλιασμα παρά τη σεξουαλική δραστηριότητα. ( Bryan Strong, Christine De Vault & Barbara Werner Sayad, California 1996).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### 1. Τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας

Η έναρξη της τρίτης ηλικίας τοποθετείται συνήθως μετά τα 60 χρόνια. Σήμερα το όριο αυτό θεωρείται ότι είναι τα 65 χρόνια, ενώ προβλέπεται να τροποποιηθεί στο μέλλον και να καθοριστεί στα 70 (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Αθήνα, 1993).

Η Ευρωπαϊκή Ήπειρος και γενικά οι ανεπτυγμένες χώρες βιώνουν την αποκαλούμενη «γκρίζα επανάσταση», η οποία εκδηλώθηκε σταδιακά από την περίοδο της Βιομηχανικής Επανάστασης και μετά (Αναστασία – Κωσταρίδου Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, είχε υπολογιστεί για το έτος 2000, μέσος όρος ζωής τα 73,2 χρόνια. Το αντίστοιχο για τους κατοίκους των χωρών του Τρίτου κόσμου ήταν τα 65,3 χρόνια. Υπάρχει βέβαια και η άποψη των βιολόγων που πιστεύουν ότι είναι δυνατόν μέσα στον 21<sup>ο</sup> αιώνα ο άνθρωπος να ζει 120 χρόνια.

Σε όλο τον κόσμο έχουν εντοπιστεί τρεις γεωγραφικές περιοχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται για την μακροβιότερη ζωή των κατοίκων τους (άνω των 100 ετών). Αυτές είναι ένα μικρό ορεινό χωριό στις Άνδεις, μια περιοχή στην Γεωργία και η περιοχή Χιντουκους του Κασμίρ (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα 1998).

Στις μέρες μας, ο μέσος όρος αναλογίας των ηλικιωμένων καθ' όλη την έκταση του κόσμου είναι περίπου 4%, ενώ στην Ευρώπη ο μέσος όρος είναι περίπου 14% (Wagstaff & Cookley, 1997).

Οι γυναίκες θεωρούνται μακροβιότερες των αντρών αφού στην γηριατρική, ο αριθμός προσδοκώμενων ετών ζωής για τις γυναίκες μετά τα 65, είναι κατά μέσο όρο 18 χρόνια ενώ για

τους άνδρες 14 χρόνια (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα 1998).

Το φαινόμενο της δημογραφικής ωρίμανσης της γήρανσης του πληθυσμού, που παρατηρείται στις προηγμένες κυρίως χώρες, έδωσε το έναυσμα της συστηματικής διερεύνησης και μελέτης των ιατροκοινωνικών προβλημάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Αυτή η σημαντική εξέλιξη μπορεί να οδηγήσει μακροπρόθεσμα το ανθρώπινο γένος στην κατάκτηση μιας μακροζωίας με ελεγχόμενα τα προβλήματα της υγείας και με υψηλές προδιαγραφές ποιότητας ζωής (Αναστασία – Κωσταρίδου Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Έχει υπολογισθεί ότι οι εξωγενείς γεροντογόνοι παράγοντες καθορίζουν κατά 35% περίπου την διάρκεια ζωής του ανθρώπου, ενώ οι ενδογενείς παράγοντες καθορίζουν το 65%. Ενδιαφέρον είναι ότι μεταξύ των εξωγενών παραγόντων εξέχουσα θέση έχει η υποκινητικότητα που τα τελευταία 40 χρόνια αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες και ύπουλες αιτίες νοσηρότητας και πρόωρης γήρανσης του ανθρώπου των αναπτυσσόμενων κοινωνιών (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα 1998).

Πιο συγκεκριμένα, οι βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στην διαδικασία της γήρανσης είναι οι εξής (Hayflick, 1996):

- 1. Η κληρονομικότητα.**
- 2. Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον.**
- 3. Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά.**
- 4. Η ψυχοσύνθεση του ατόμου.**
- 5. Η υγιεινή διαβίωση.**

(Αναστασία – Κωσταρίδου Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Σύμφωνα με την Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου (1993) η έλευση του γήρατος είναι το αποτέλεσμα της σύνθετης αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων.

Ο Ι. Βασιλείου (1981) αναφέρει ότι το γέρασμα εξαρτάται από τον τρόπο της ζωής, την ιδιοσυγκρασία, από τον χαρακτήρα και την προσωπικότητα, την κοινωνική μόρφωση και την θέση που έχει ο καθένας. Ταυτόχρονα όμως τονίζει τον ρόλο που

παίζουν η θέληση, η διάθεση του ατόμου και η πεποίθηση που έχει για τον εαυτό του το άτομο (Βασιλείου Ιωάννης, Αθήνα, 1981).

Καθημερινά αποδεικνύεται πως «ένα πρόσωπο είναι τόσο γηρασμένο όσο πιστεύει πως είναι» (Watson). Δεν δημιουργούνται στην γεροντική ηλικία νέα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αλλά πρόκειται για παλαιότερα χαρακτηριστικά που τώρα όμως, λόγω των συνθηκών φθοράς, εμφανίζονται μεγενθυμένα. Η φθορά του ατόμου αυξάνεται και επιταχύνεται ή ελαττώνεται και επιβραδύνεται από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Όταν το άτομο πιστεύει πως γέρασε πια, δεν μπορεί να συμπεριφέρεται και να ζει διαφορετικά (Αλέκος Κοσμόπουλος, Πάτρα, 1976).

Ένας από τους πιο έγκυρους ερευνητές της Γεροντολογίας, ο Timothy Salthouse (1982) έχει τονίσει ότι η εξέλιξη των ατόμων δια βίου μπορεί να ευνοηθεί κατά τρεις διαφορετικούς τρόπους:

1. *Το κάθε άτομο ηλικιώνεται με διαφορετικούς ρυθμούς. Έτσι η ημερομηνία γέννησης δεν είναι τίποτα άλλο παρά μόνο μια μικρή ένδειξη για την φυσική κατάσταση ή τις διάφορες δεξιότητες του ατόμου.*
2. *Οι διάφορες πλευρές ενός ατόμου ηλικιώνονται με διαφορετικούς ρυθμούς, π.χ. οι νοητικές ικανότητες ενός ατόμου και οι κοινωνικές του δεξιότητες να μην συμβαδίζουν.*
3. *Άλλοτε ο ρυθμός ανάπτυξης επιταχύνεται και άλλοτε επιβραδύνεται κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Αθήνα, 1993).*

Σύμφωνα με την κοινωνική διαβάθμιση των ανθρώπων σε ηλικίες, ο πληθυσμός των γέρων (ηλικιωμένων) διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες συμπεριφοράς (Ρόμπερτ Καστενμπάουρ, Αθήνα, 1982).

Τα συμπεριφοριστικά και φυσικά χαρακτηριστικά που είναι προφανή στην πλειοψηφία των ανθρώπων της συγκεκριμένης ηλικίας καθορίζονται από τις ηλικιακές νόρμες.

Οι ηλικιακές νόρμες σηματοδοτούν την εξέλιξη του ανθρώπου μέσα από διάφορα στάδια, στην συγκεκριμένη

περίπτωση λ.χ. την συνταξιοδότηση (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Αθήνα, 1993).

Σύμφωνα με τις νεότερες ψυχαναλυτικές θεωρίες των Jung και Erikson η τρίτη ηλικία θεωρείται ως στάδιο ανέλιξης. Πιο συγκεκριμένα, η θεωρία του Jung θεωρεί ότι το δεύτερο μισό της ζωής του ανθρώπου είναι πιο ενδιαφέρον και σημαντικό από το πρώτο.

Αντίθετα ο Erikson δείχνει μια πιο μετριοπαθή στάση και αναφέρει πως η μεγάλη ηλικία δεν είναι αναγκαστικά πιο σημαντική σε σχέση με την μικρή, αλλά πιστεύει ότι είναι μια περίοδος που σημειώνεται σαφής ψυχοκοινωνική ανέλιξη στον άνθρωπο που την διέρχεται (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Αθήνα, 1993).

# ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ Γ΄ ΗΛΙΚΙΑΣ

## 1.1 Βιολογικά

Οι άνθρωποι με την ίδια χρονολογική ηλικία μπορεί να έχουν διαφορετικές βιολογικές ηλικίες. Μερικοί γερνούν γρηγορότερα από ότι άλλοι. Μπορεί να υπάρξουν άτομα που στα 90 τους χρόνια είναι φοβερά ενεργητικοί και άλλοι που στα 60 ή 70 χρόνια τους έχουν χειροτερέψει σημαντικά (Wagstaff & Cookley, 1997).

Μεταξύ των ατόμων της γ΄ ηλικίας ένα ποσοστό 25% των ανδρών, και ένα αντίστοιχο ποσοστό 18% των γυναικών, άνω των 65 ετών έχουν προσβληθεί από κάποια σοβαρή ασθένεια. Τα άτομα όμως που ταλαιπωρούνται από μια ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις είναι πολύ περισσότερα αλλά οι επιπτώσεις στην ζωή τους είναι πολύ πιο ελαφρές αφού αναγκάζονται απλώς να υποστούν ορισμένους περιορισμούς (π.χ.στο φαγητό, τις μετακινήσεις ή τον τρόπο ζωής). (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Αθήνα, 1993).

Σύμφωνα με την Αναστασία – Κωσταρίδου Ευκλείδη (1999) οι μεσήλικες αντιμετωπίζουν κατά βάση παθήσεις ανάλογα με αυτές των ατόμων της γ΄ ηλικίας. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι οι λειτουργικές τους δραστηριότητες παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές, ότι υποφέρουν ταυτόχρονα από πολλά προβλήματα υγείας και έχουν ανάγκη μακρύτερης διάρκειας χρόνου νοσηλείας (Αναστασία – Κωσταρίδου Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Οι παθολογικές καταστάσεις (μεμονωμένες ή σε συνδυασμό) για τις οποίες οι υπερήλικες έχουν την ανάγκη ιατρικής βοήθειας προέρχονται από όλα τα συστήματα οργανισμού (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα 1998).

Τα πλέον χαρακτηριστικά προβλήματα υγείας των ατόμων της γ΄ ηλικίας που εμφανίζονται είτε μεμονωμένα, είτε περισσότερα του ενός σχεδόν σε κάθε οξεία ή χρόνια πάθηση των υπερηλικών, θα μπορούσαν να ενταχθούν στις παρακάτω βασικές 5 κατηγορίες (Cape, Coef Rossman, 1983):

1. Διαταραχές των ομοιοστατικών ρυθμιστικών μηχανισμών
2. Κακώσεις λόγω πτώσεων. Απώλεια κινητικότητας
3. Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα
4. Αγγειακά ή εγκεφαλικά επεισόδια
5. Ακράτεια ούρων και κοπράνων
6. Ιατρογενή προβλήματα

(Αναστασία – Κωσταρίδου Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Συγκεκριμένα οι πιο κοινές χρόνιες παθήσεις και τα ποσοστά κατά προσέγγιση τα οποία προσβάλλουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι: οστεαρθρίτης – οστεοπόρωση (48%), υπέρταση (39%), ακουστικές βλάβες (29%), καρδιαγγειακές διαταραχές (30%), αναπνευστικές διαταραχές (28%), ορθοπεδικές βλάβες και ιγμορίτιδα (17%), καταρράκτης των ματιών (14%), διαβήτη και οπτικές βλάβες (19%) (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Αθήνα, 1993).

Σύμφωνα με τον Ρόμπερτ Καστενμπάουρ, (Ελένη Τζελέπογλου, Αθήνα, 1982) γηραιότερος σημαίνει κοντότερος. Οι άνθρωποι κονταίνουν με το πέρασμα των χρόνων γιατί οι δίσκοι ανάμεσα στους σπόνδυλους συρρικνώνονται και το ίδιο παρουσιάζουν και οι μύες που υποστηρίζουν την όρθια στάση. Φανερή ελάττωση του ύψους, δεν συμβαίνει, συνήθως, νωρίτερα από την ηλικία των 50 ετών. Οι μεταβολές στην εξωτερική επιφάνεια του σώματος του ηλικιωμένου φανερώνουν την διαδικασία της γήρανσης. Ένα γηρασμένο άτομο μπορεί να έχει δυσκολίες προσαρμογής στις αλλαγές της θερμοκρασίας, στο βαθμό που το δέρμα του περιορίζει την ικανότητά του να ιδρώνει και στην συνέχεια να ψύχεται. Σημαντικές μεταβολές συμβαίνουν στους μύες και τα οστά. Τα οστά έχουν την τάση να χάνουν το ασβέστιό τους, γίνονται λεπτότερα και πιο εύθραυστα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα κατάγματα να είναι περισσότερο επικίνδυνα καθώς να υπάρχει και περιορισμένη ικανότητα για γρήγορη και τέλεια αποκατάσταση. Είναι πολύ συχνά τα ατυχήματα που καθιστούν τον ηλικιωμένο κατάκοιτο ή ανάπηρο. Αν δεν του προσφερθεί τρυφερή και συστηματική φροντίδα, το πιθανότερο είναι να βυθιστεί στην κατάθλιψη και να χάσει κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή (Ελένη Τζελέπογλου, Αθήνα, 1982).

Οι ηλικιωμένοι πάσχουν και από λοιμώξεις του ουροποιητικού που κυριότερος εκπρόσωπός τους είναι η μικροβιακή πυελονεφρίτιδα. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην ηλικία των 65 χρόνων τα άτομα αυτά ευρίσκονται σε ποσοστό 5%, στην ηλικία των 75 χρόνων 20% και στην ηλικία των 85 η συχνότητά τους φτάνει το 50%. Βέβαια οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη συχνότητα ουρολοιμώξεων από τους άνδρες στις νεαρές ηλικίες, αλλά μετά την ηλικία των 70 ετών, εξισώνονται οι συχνότητες στα 2 φύλα.

Τα αίτια που ευνοούν την ανάπτυξη των μικροβίων και την δημιουργία συχνών ουρολοιμώξεων στην γ' ηλικία είναι η πλημμελής αιμάτωση των νεφρών, η στάση των ούρων, η απόφραξη (π.χ. υπερτροφία προστάτη), η κυστιουριτική παλινδρόμηση των ούρων, η σχετική αφυδάτωση, ο περιορισμός της κινητικότητας των γέρων, η ύπαρξη σε μερικά άτομα σακχαρώδη διαβήτη, η κακή διατροφή και η μειονεκτικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Στους άνδρες παρατηρείται επιπλέον και απώλεια της βακτηριοκτόνου ιδιότητας του προστατικού εκκρίματος (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα 1998).

Ένα σύνηθες και σημαντικό φαινόμενο της τρίτης ηλικίας είναι η ακράτεια των ούρων. Στην ηλικιωμένη γυναίκα είναι συχνή η ακράτεια των ούρων, σπάνια όμως εμφανίζεται και η ακράτεια κοπράνων (Νίκος Παπανικολάου, Αθήνα, 1993).

Με το πέρασμα των χρόνων η ποσότητα των ούρων είναι μειωμένη. Η ουροδόχος κύστη χάνει ένα μέρος της ελαστικότητάς της και η λειτουργική της χωρητικότητα μειώνεται στο ήμισυ, σε σχέση με αυτή του νεαρού ενήλικα. Η συχνοουρία και η σχετική απώλεια του σφιγκτήρα της ουροδόχου κύστεως έχουν αντίκτυπο όχι μόνο στην φυσιολογική αλλά και στην κοινωνική λειτουργία, προκαλώντας αισθήματα ντροπής σε πολλά ηλικιωμένα άτομα (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Αθήνα, 1993).

Ο καρκίνος του προστάτη για τους άνδρες είναι πιο συχνός στα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Ιδιαίτερα προβλήματα των ηλικιωμένων γυναικών, είναι τα παρουσιαζόμενα από την αρχή της μετεμνηνοπαυσιακής

περιόδου και μετά. Έτσι παρατηρούνται παθήσεις των έσω και έξω γεννητικών οργάνων. (Δυστροφίες, μυκητιάσεις, καρκίνος, αιμορραγίες κ.α.) και μεγαλύτερη συχνότητα των παθήσεων του μαστού (καρκίνος κ.α.) (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα 1998).

Στα γηρατειά είναι πολύ συχνό και αναπόφευκτο το βιολογικό φαινόμενο θανάτου του ενός από τους 2 συντρόφους. Στην χώρα μας, το ποσοστό θνησιμότητας είναι μεγαλύτερο για τους άνδρες αφού ο μέσος όρος ζωής τους είναι τα 74,5 χρόνια. Ενώ για τις γυναίκες το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατά 5 χρόνια.

Τα προαναφερθέντα βιολογικά χαρακτηριστικά καθιστούν εμφανή τα σημάδια της σωματικής κατάπτωσης και αποδυνάμωσης που συνοδεύουν συνήθως το γήρας.

## 1.2 Ψυχολογικά

Οι ηλικιωμένοι τείνουν να αισθάνονται ότι οι άλλοι δεν τους θέλουν και τους απωθούν. Τα συναισθήματα αυτά ενισχύονται από το εκπολιτιστικό κλίμα το οποίο παραμερίζει τους ηλικιωμένους. Γενικά, στην εποχή μας δίδεται έμφαση στην παραγωγικότητα, και υπάρχει τάση εξάρσεως της νεότητας και της ρώμης. Οι ομορφιές της νεότητας κυριαρχούν στις διαφημίσεις, στα κινηματογραφικά έργα και στην φιλολογία. Μεταξύ των αιτιών γι' αυτή την απώθηση των ηλικιωμένων από τους νέους είναι ο φόβος του θανάτου και το γεγονός ότι ο ηλικιωμένος είναι σύμβολο της θνησιμότητας.

Οι νέοι άνθρωποι κυριαρχούνται από ανάμεικτα συναισθήματα σεβασμού για τους ηλικιωμένους σαν κατόχους σοφίας και ώριμης κρίσεως και αντιπάθειας, σαν σύμβολα συνειδήσεως και αζήτητους κριτές. Συμπερασματικά, το αποτέλεσμα είναι να υπάρχει ένα εμφύλιος πόλεμος μεταξύ των παθητικών δυνάμεων των ηλικιωμένων και των επιθετικών και επαναστατικών δυνάμεων των νεανικών στοιχείων της κοινωνίας. Οι ηλικιωμένοι αισθάνονται απομονωμένοι πράγμα που τους οδηγεί στο να βρίσκουν ολοένα και λιγότερα ενδιαφέροντα στην ζωή των πόλεων.



Η αδιαφορία ή η επιθετικότητα της οικογένειας, ή η αγανάκτηση που δημιουργείται από την υπερβολική αδυναμία των γέροντων καθώς και η έλλειψη πόρων κάνουν τους ψυχιάτρους ή κοινωνικούς λειτουργούς να πιστεύουν πως ο μόνος τρόπος ενισχύσεως για τον ηλικιωμένο είναι η υλική άμεση βοήθεια. Οι ειδικοί δικαιολογούν αυτήν την απαισιόδοξη στάση τους δίνοντας έμφαση στην σπατάλη χρόνου και προσπάθειας σε πελάτες οι οποίοι δεν έχουν παρά λίγα χρόνια ζωής και των οποίων οι περιορισμένες δυνάμεις υπόσχονται μικρή παραγωγικότητα (Ζαγούρα Σταυρούλα, Πάτρα, 1975).

Ωστόσο οι ψυχολογικές θεωρίες του Jung, Eriksson και άλλων ειδικών επιχειρούν να διεισδύσουν στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων της γ' ηλικίας και στην μετάβαση αναφέροντας από την μια ηλικιακή φάση στην άλλη.

Ο Jung πιστεύει ότι το να διατάζει κανείς να μπει στη νέα φυσιολογική φάση της ζωής π.χ. στην τρίτη ηλικία είναι επικίνδυνο. Πολλοί άνθρωποι διστάζουν ή αδυνατούν να εγκαταλείψουν «την ψυχολογία της φάσης της νεότητας», και την διατηρούν στη διάρκεια της μέσης και τρίτης ηλικίας. Έτσι όμως μένουν στάσιμα και αδρανείς και δεν εξελίσσονται σαν άτομα. Εάν όμως η εξέλιξη του ατόμου γίνει φυσιολογικά και προχωρήσει στο νέο στάδιο της ζωής του, το άτομο μετασχηματίζεται πνευματικά, δηλαδή αποκτά μια νέα πνευματικότητα. Για τον Jung ο θάνατος δεν είναι το σημείο της τελικής πτώσης, αλλά αντίθετα η εκπλήρωση της ζωής στο αποκορύφωμά της. Έτσι η πορεία της ώριμης πια προσωπικότητας, στο στάδιο της τρίτης ηλικίας είναι ανεμπόδιστη. Το άτομο είναι σε θέση να δεχτεί με γαλήνη και ετοιμότητα το γεγονός του θανάτου (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Αθήνα, 1993).

Ο Eriksson με τα 8 στάδια ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, τονίζει την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και την κοινωνία. Τα στάδια αυτά, παρά τον προσωπικό τρόπο με τον οποίο βιώνονται είναι καθολικά για όλους τους ανθρώπους και ακολουθούν την ηλικιακή ανάπτυξη της ζωής.

Η βασική αιτία του Eriksson είναι ότι η ύπαρξη κρίσης αναγκάζει τον άνθρωπο να κάνει επιλογές, οι οποίες μπορεί να

οδηγήσουν σε θετικές και προσαρμοστικές ή σε αρνητικές και λιγότερο προσαρμοστικές συμπεριφορές. Όλοι οι άνθρωποι αναπτύσσουν και θετικές και αρνητικές συμπεριφορές, αυτές όμως που κυριαρχούν είναι αυτές που χαρακτηρίζουν την προσαρμογή στο συγκεκριμένο στάδιο. Το όγδοο και τελευταίο στάδιο χαρακτηρίζεται από τον Eriksson ως ολοκλήρωση – απελπισία (όψιμα χρόνια – θάνατος). Τα ηλικιωμένα άτομα, καθώς αποστερούνται προοδευτικά από τις δραστηριότητες της ενήλικης ζωής, στρέφονται προς το παρελθόν και αποτιμούν την πορεία της ζωής τους. Με τον τρόπο αυτό προετοιμάζονται για την αποδοχή του θανάτου. Αυτοί που δεν καταλήγουν σε ικανοποιητική αποτίμηση της ζωής τους ή απελπίζονται από την προοπτική του θανάτου, ή είναι δυστυχισμένοι και φοβούνται τον θάνατο. (Αναστασία – Κωσταρίδου Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Σύμφωνα με την θεωρία του Butler σημασία έχει η διαδικασία της «ανασκόπησης της ζωής» που είναι μια φυσιολογική και καθολική δραστηριότητα για όλους τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι αναπολούν και επαναφέρουν στην συνείδηση παλιές εμπειρίες και συγκρούσεις και προσπαθούν να τις λύσουν υπό την προοπτική του χρόνου. Με τον τρόπο αυτό αναθεωρούν συμβάντα της ζωής τους και τα εντάσσουν σε μια ενιαία προοπτική, πετυχαίνοντας την αυτοολοκλήρωση και ψυχική ηρεμία.

Η θεωρία του Having Hurst αναφέρει ότι υπάρχουν κάποια «αναπτυξιακά έργα», τα οποία είναι κάποια βασικά επιτεύγματα που αναμένονται από το άτομο στις διάφορες φάσεις της ζωής του. Οι ηλικιωμένοι (εξήντα – θάνατος) έχουν να προσαρμοστούν:

- *στην μείωση των σωματικών δυνάμεων*
- *στην συνταξιοδότηση και το μειωμένο εισόδημα*
- *στον θάνατο του/της συντρόφου του*
- *να δημιουργήσουν φιλίες με συνομηλίκους*
- *να ανταποκρίνονται στις υποχρεώσεις τους στην κοινωνία ή πολιτεία*

(Αναστασία – Κωσταρίδου Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Ο καλύτερος τρόπος για να περιγράψουμε και να εξηγήσουμε την ψυχολογική λειτουργία στην γ' ηλικία πιστεύεται πως είναι ο πλουραλιστικός. Η σημασία της πλουραλιστικής αντιμετώπισης έγκειται στο γεγονός ότι η ψυχολογία της γ' ηλικίας έχει ανάγκη από μια ποικιλία εξελικτικών μοντέλων, όπως επίσης είναι χρήσιμες διαφορετικές κοσμοθεωρίες και βιοθεωρίες, προκειμένου να συμπεριληφθούν όλα τα ψυχολογικά φαινόμενα που εμφανίζονται στην γ' ηλικία και να ερμηνευτούν με επάρκεια.

Διαφορετικές πλευρές της συμπεριφοράς μεταβάλλονται με διαφορετικό τρόπο στην γ' ηλικία. Επιπλέον οι ίδιοι οι άνθρωποι της γ' ηλικίας εμφανίζουν άπειρες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Ίσως επειδή, καθώς τα χρόνια περνούν, αναδεικνύεται η μοναδικότητά τους. Η πλειονότητα των ανθρώπων τείνουν να γερνούν με τον δικό τους ατομικό τρόπο. Η σοφία ζωής αυξάνει στους ανθρώπους της μεγάλης ηλικίας ενώ η φυσική αντοχή εξασθενεί. Κατά μήκος κάθε διάστασης, οι άνθρωποι της γ' ηλικίας μπορεί να αλλάζουν συνήθειες ή τις προσωπικές επιλογές τους. Οι αιτίες που προκαλούν τις αλλαγές στους ηλικιωμένους είναι επίσης πολυποίκιλες. Κάποιος κάμπτεται με την απλή πάροδο του χρόνου, άλλος από ψυχολογική αιτία, π.χ. ένα ψυχολογικό τραύμα που δημιουργείται λόγω του θανάτου ενός συγγενούς, και ένας τρίτος καταβάλλεται από την έλευση κάποιας ασθένειας (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Αθήνα, 1993).

Οι γέροντες αγωνίζονται για να κερδίσουν ευχαρίστηση και να αποφύγουν δυσαρέσκειες. Το γεγονός ότι υγιείς γέροντες αρρωσταίνουν με κατάθλιψη, δείχνει, μεταξύ άλλων, ότι τους λείπουν ποιοτικά και ποσοτικά οι συναισθηματικές εμπειρίες, οι οποίες τους χρειάζονται για την διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας. Η συνταξιοδότηση, η αναχώρηση των παιδιών από το σπίτι, η απώλεια φίλων, συγγενών και συντρόφου προσφέρουν στον γέροντα αναπόφευκτες δυσαρέσκειες που με την ήδη περιορισμένη ομαδική του ζωή, τον οδηγούν προοδευτικά στην κατάθλιψη και ίσως στην αυτοκτονία (Σπυρίδων Παπασπυρόπουλος, Αθήνα, 1991).

*«Συχνά, το αίτημα των ανθρώπων της γ' ηλικίας δεν είναι να παρατείνουν απλώς την ζωή τους, να προσθέσουν δηλαδή «χρόνια στην ζωή», αλλά ακριβώς το αντίθετο. Το αγωνιώδες αίτημα είναι να προσθέσουν «ζωή στα χρόνια», έτσι ώστε να ζήσουν με ένα πιο ισορροπημένο και ικανοποιητικό τρόπο τα χρόνια που τους απομένουν. (Άννα Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Ψυχολογία της γ' ηλικίας, σελ.57, Αθήνα, 1993).*

### 1.3 Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με την θεωρία της απεμπλοκής των Elaine Cumming και William Henry: «η γήρανση είναι μια αναπόφευκτη αμοιβαία απόσυρση ή απεμπλοκή, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ελαττωμένη αλληλενέργεια μεταξύ του ηλικιωμένου ατόμου και των άλλων στα κοινωνικά συστήματα στα οποία ανήκει. Η διαδικασία αυτή είναι δυνατόν να ξεκινήσει από το άτομο ή από άλλους σε μια δεδομένη κατάκτηση».

Σύμφωνα με την θεωρία της δράσεως οι υπερήλικες και οι μεσήλικες έχουν τις ίδιες ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες, αλλά η κοινωνία αποσύρεται από το ηλικιωμένο άτομο. Σε αντίθεση με την θεωρία της απεμπλοκής η απόσυρση δεν αποτελεί μια αμοιβαία διαδικασία (Ζαγούρα Σταυρούλα, Πάτρα, 1975).

Σχετικά με την κοινωνική κατάσταση των γερόντων, ο άνθρωπος με την βοήθεια των αισθητηρίων οργάνων του, αντιλαμβάνεται τα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον του και τα οποία μπορούν να χαρακτηριστούν άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά. Διαφοροποιούνται τα ερεθίσματα αυτά σε συνάρτηση με το μέγεθος, την ποιότητα και την ποσότητα. Μια ελάχιστη ποσότητα ερεθισμάτων αυτού του είδους είναι αναγκαία προκειμένου να επιτευχθεί η ψυχική ισορροπία του ανθρώπου. Γύρω στην ηλικία των 60 ετών η ζωή του ανθρώπου διέπεται από μια σημαντική κοινωνική αλλαγή. Τα παιδιά φεύγουν από το σπίτι καθώς αποκτούν την δική τους οικογένεια, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την μεγάλη απώλεια ερεθισμάτων, που λιγοστεύουν ακόμα περισσότερο επειδή φίλοι και γνωστοί χάνονται (Σπυρίδων Παπασπυρόπουλος, Αθήνα, 1991).

Παράλληλα, οι σωματικές ικανότητες μειώνονται και έτσι περιορίζονται οι κοινωνικές δραστηριότητες, γεγονός που

χειροτερεύει την κατάσταση όσον αφορά στα ερεθίσματα. Ο άνθρωπος κατά την διάρκεια της ζωής του μαθαίνει να δέχεται και να προσαρμόζεται σ' ένα μεγάλο αριθμό ερεθισμάτων. Ενώ κατά το γήρας βιώνει μια κοινωνική κατάσταση που συνοδεύεται από «πτωχεία» ερεθισμάτων (Σπυρίδων Παπαδόπουλος, Αθήνα, 1991).

Οι ηλικιωμένοι, μπορεί να υστερούν σε ζωτικότητα, πρωτοβουλία ή ταχύτητα δράσεως, αλλά υπερτερούν σε πείρα. Η επιμονή τους με πείσμα στις παλαιές συνήθειες συγχρόνως συντελεί στην διατήρηση των παραδόσεων των κοινωνιών που συχνά είναι ανεκτίμητη πηγή σοφίας.

Η κοινωνία διατηρεί απέναντι στους γέροντες μια στάση που χαρακτηρίζεται από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό βασίζεται στην ευρέως διαδεδομένη άποψη ότι γηρατειά σημαίνει μοναξιά, απομόνωση, εξάρτηση, ανάγκη για προστασία και βοήθεια και έκπτωση νοητικών ικανοτήτων. Ο γέρος περιθωριοποιείται συχνά άδικα από την παραγωγική διαδικασία του κοινωνικού συνόλου. Τέτοιες αντιλήψεις οδηγούν σε ανάλογες στάσεις της κοινωνίας προς τους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα να αναγκάζονται τα άτομα αυτά άμεσα ή έμμεσα να εκδηλώνουν ανάλογες αντιδράσεις. Μερικές φορές ο ηλικιωμένος, θέλοντας να αποφύγει αυτήν την κοινωνική συμπεριφορά δεν δραστηριοποιείται προς την μια ή την άλλη κατεύθυνση, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται πρωταρχικά από την κοινωνία και μετά από την λειτουργική ή οργανική δυσχέρεια (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα, 1998).

Οι υπερήλικες αντιμετωπίζουν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, τα σημαντικότερα εκ των οποίων είναι τα ακόλουθα:

**1) Οικονομικά: οι χαμηλές συντάξεις και η μη επαρκής κάλυψη των αναγκών της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τα ασφαλιστικά ταμεία, επιβαρύνουν το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).**

Το γήρας είναι σπάνια μια περίοδος οικονομικής ανάπτυξης για το άτομο και έτσι οι περιορισμοί στον τρόπο

ζωής εμφανίζονται σε άτομα που υπήρξαν στην νεανική τους ηλικία χωρίς κοινωνικά πλεονεκτήματα λόγω οικονομικής δυσχέρειας.

Τα οικονομικά προβλήματα είναι δυνατόν να προκαλέσουν στέρηση που οδηγεί σε προβλήματα διατροφής (υποσιτισμός) καθώς και σε προβλήματα υποθερμίας, έλλειψης κινητικότητας και ατυχήματα (Wagstaff & Cookley, 1997).

### **2) Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος:**

Η κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι κατοικίες των ηλικιωμένων καθώς και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου τους αναγκάζει να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και επιδρούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους.

### **3) Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης:**

Οι υπερήλικες και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί τα 70 χρόνια αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες που σχετίζονται με την ατομική υγιεινή, την φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση.

Στην περίπτωση που ο υπερήλικας βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του οι παραπάνω ανάγκες καλύπτονται επαρκώς.

Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία.

**4) Προβλήματα επικοινωνίας και ψυχαγωγίας:** σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών τα ποσοστά των υπερηλίκων με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ή αναλφαβητισμό είναι ιδιαίτερα υψηλά. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των νέων δυσκολεύει την επικοινωνία των υπερηλίκων με τα νεαρά άτομα. Ο αναλφαβητισμός των υπερηλίκων τους οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση αφού αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην σύνταξη κάποιου γράμματος, στην ανάγνωση υποτίτλων ξένων τηλεοπτικών προγραμμάτων ή ακόμα δυσκολεύονται να διαβάσουν τις οδηγίες κάποιου φαρμακευτικού παρασκευάσματος.

Ως προς την ψυχαγωγία, οι ηλικιωμένοι που δεν βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια

οικονομική άνεση και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, ασχολούνται με διάφορες δραστηριότητες όπως συμμετοχή σε εκδρομές, επίσκεψη σε λέσχες κ.α. Ένα μεγάλο μέρος των ηλικιωμένων δεν έχει δυνατότητες ψυχαγωγίας (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Δύο μεγάλα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι η κοινωνική απομόνωση και η θλίψη. Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να οφείλεται σε θάνατο συγγενών ή στις περιορισμένες οικογενειακές σχέσεις. Στην σύγχρονη κοινωνία τα παιδιά απομακρύνονται από τους γονείς τους με αποτέλεσμα να είναι ανίκανος να συντηρηθούν, όπως στο ευρύ οικογενειακό σύστημα του παρελθόντος. Η συνταξιοδότηση μπορεί να αποτελέσει αιτία της κοινωνικής απομόνωσης καθώς αιφνιδίως απομακρύνει τα άτομα από φίλιες και σχέσεις μέσα στην δουλειά.

Η θλίψη μπορεί να προέλθει από το θάνατο του συζύγου ή κάποιου άλλου κοντινού προσώπου. Το γεγονός αυτό έχει πολύ σημαντικές επιπτώσεις καθώς το άτομο μπορεί να βιώσει κατάθλιψη ή να γίνει πολύ απαθές. ( Wagstaff & Cookley, 1997)

**«Οι περίοδοι κατάθλιψης αυξάνουν σε συχνότητα κ' βάθος στις προχωρημένες ηλικίες. Το ηλικιωμένο άτομο παθαίνει κατάθλιψη όταν δεν μπορεί να βρει τρόπους ικανοποίησης των αναγκών του δηλαδή, όταν κοινωνικές, περιβαλλοντολογικές αλλαγές ή η ελαττωμένη αποδοτικότητα του σώματός του το εμποδίζει να μειώσει τις εντάσεις του, είναι πιθανόν να αισθανθεί μια απώλεια της αξιοπρέπειάς του, και επομένως να βιώσει κατάθλιψη» (Ζαγούρα Σταυρούλα, Πάτρα, 1975).**

Ο Having Hurst ανέφερε ότι όταν υπάρχει συνταύτιση μεταξύ της προσωπικότητας του κοινωνικού περιβάλλοντος και του φυσικού οργανισμού, η προσαρμογή είναι σχετικά εύκολη και επιτυχής. Συμπερασματικά, η οργάνωση της προσωπικότητας και οι μέθοδοι αντιμετώπισης καταστάσεων που χρησιμοποιεί ένα άτομο αποτελούν τους κύριους παράγοντες για την προσαρμογή του ατόμου καθώς αυτό γηράσκει (Ζαγούρα Σταυρούλα, Πάτρα, 1975).



Στις σύγχρονες αστικοποιημένες κοινωνίες έχει πλέον ατονήσει ο θεσμός της οικογένειας που παραδοσιακά προσέφερε προστασία και συμπαράσταση στα ηλικιωμένα μέλη. Βέβαια υπάρχουν υποκατάστατα της οικογένειας από κρατικές ή κοινοτικές κοινωνικές υπηρεσίες. Ακόμα και στην χώρα μας συνεχώς χαλαρώνουν οι συνεκτικοί κρίκοι της οικογένειας, αλλά πολύ βραδέως εμφανίζονται οι κατάλληλοι φορείς που θα συμβάλλουν στην προστασία των υπερηλίκων μας (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα, 1998).

## **2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ**

Η ελληνική κοινωνία έχει ιδιαίτερη υποχρέωση απέναντι στην Τρίτη ηλικία λόγω της παράδοσης του λαού μας. Στην Αρχαία Ελλάδα οι ηλικιωμένοι ήταν σεβαστά πρόσωπα και απολάμβαναν τιμών και προστασίας, δεδομένου ότι εκτός των άλλων πρόσφεραν την σοφία τους και τις πολύτιμες εμπειρίες της ζωής τους. Η λέξη «γέρον» λοιπόν στην Αρχαία Ελλάδα ήταν τίτλος τιμής. Δεν υπήρχαν τότε γηροκομεία διότι την ευθύνη των γερόντων είχαν ως ιερό καθήκον τα παιδιά τους. Η πολιτεία όμως με νόμους κατοχύρωνε τα δικαιώματα των γερόντων καθώς επίσης την περιουσία και το δίκιο τους. Οι μορφωμένοι γέροντες χρησιμοποιούνταν ως παιδαγωγοί (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα, 1998).

Η παραδοσιακή κοινότητα στην χώρα μας διήρκησε μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1960 περίπου.

Οι ηλικιωμένοι, τόσο στο επίπεδο της κοινότητας, όσο και στο επίπεδο της οικογένειας η οποία ήταν εκτεταμένου τύπου και αποτελούνταν από τρεις γενεές (παππούδες, γονείς, παιδιά) αποτελούσαν σημαντικά πρόσωπα. Οι ηλικιωμένοι λειτουργούσαν μέσα από πλήθος ρόλων, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Μέσα από αυτούς τους ρόλους παρέμεναν ενεργητικοί και δραστήριοι, μέχρι τα βαθιά γεράματα. Μόνο οι λειτουργικές τους αδυναμίες, σε καθαρά σωματικό επίπεδο, τους υποχρέωναν να παραδώσουν την σκυτάλη στις νεότερες γενεές.

Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι το άτομο λειτουργούσε μέσα από ρόλους σαφώς καθορισμένους από της κοινότητας. Η κοινότητα (και το κύτταρό της η εκτεταμένη οικογένεια) αποφάσιζαν τι είναι καλό και πρακτέο για τα μέλη της. Τα ίδια τα μέλη αισθάνονταν προστατευμένα ο,τιδήποτε και αν τους συνέβαινε, σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής τους.

Το πέρασμα των ενήλικων μελών στην Τρίτη ηλικία συντελείτο σε ένα χώρο που παρείχε ασφάλεια, σεβασμό και κοινότητα είχε την μεγάλη αρετή να παρέχει εναλλακτικές λύσεις στα ηλικιωμένα μέλη της με τη δυνατότητα συμμετοχής στα κοινά και την ύπαρξη κοινών τόπων συνάθροισης, είτε αυτό γινόταν στις γειτονιές των μεγάλων πόλεων είτε στα χωριά της ελληνικής επαρχίας.

Αλλά και η ίδια η εκτεταμένη οικογένεια, με την ανοιχτή επικοινωνία και την αδιάκοπη συναλλαγή των τριών γενεών, έδινε πλήθος ευκαιριών στους ηλικιωμένους για συμμετοχή ακόμη και με τη μορφή της περιορισμένης συμμετοχής στις οικονομικές της δραστηριότητες.

Το ηλικιωμένο άτομο τέλειωνε τη ζωή του μέσα σε ένα περιβάλλον οικογενειακό και κοινωνικό που του παρείχε τη δυνατότητα προσωπικής συμμετοχής, την δυνατότητα επιλογών και επιπλέον, παρείχε υποστήριξη και ασφάλεια ώστε να αντιμετωπίσει τις εκάστοτε δυσκολίες (φτώχεια, μετανάστευση, θάνατος, καταστροφές κ.λ.π.) (Άννα Αβεντισιάν, Αθήνα, 1993).

Τα τελευταία 20 με 30 χρόνια εκδηλώθηκαν στην Ελλάδα οι εξής κοινωνικοπολιτιστικές μεταβολές: η αστικοποίηση, η βιομηχανοποίηση και η τουριστική ανάπτυξη, ώστε οι ερευνητές να μιλούν για το πέρασμα της ελληνικής κοινωνίας στην σύγχρονη εποχή.

Οι επικρατούσες σήμερα ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοπολιτιστικές διεργασίες έχουν διαμορφώσει ένα νέο είδος σχέσεων, τόσο μέσα στην οικογένεια όσο και στην ευρύτερη κοινωνική ομάδα.

Ο παραδοσιακός τρόπος ζωής και ο σύγχρονος, το παλαιό και το καινούργιο, ακόμη συνυπάρχουν και αναμιγνύονται. Οι εξελίξεις αυτές αφορούν όχι μόνο την δική μας κοινωνία, αλλά όλες τις σύγχρονες αναπτυγμένες κοινωνίες.

*Η κατάσταση των ηλικιωμένων σήμερα ποικίλει ανάλογα με την κοινωνική τάξη και το φύλο. Η μεσαία και η ανώτερη κοινωνική τάξη έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποσυρθούν βαθμιαία από την εργασία, αλλά και περισσότερες ευκαιρίες να ζήσουν καλά ως συνταξιούχοι. Οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, έχουν περισσότερα ενδιαφέροντα και ασχολίες, που τις*

κρατούν στη ζωή (νοικοκυριό, εγγόνια κλπ). Η πτώση εισοδήματος που ακολουθεί την συνταξιοδότηση είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο. Οι ηλικιωμένοι χάνουν ένα σημαντικό μέρος των εσόδων τους, και αυτό έχει επίδραση στη διατροφή τους, το ντύσιμό τους και τις κοινωνικές τους δραστηριότητες.

Το περιβάλλον είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την κατάσταση της υγείας και την μακροζωία των ηλικιωμένων. Το οικολογικό περιβάλλον, με την επιβάρυνση που έχει υποστεί στα μεγάλα αστικά κέντρα, αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τόσο την υγεία, όσο και την ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που ζουν σε βιομηχανικές κοινωνίες παρουσιάζουν, διεθνώς, αυξημένη επικράτηση χρόνιων παθήσεων, οι οποίες αυξάνουν με την ηλικία και επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική τους συμπεριφορά. Από την άλλη πλευρά, η διάλυση της πρωτογενούς οικογένειας με το γάμο των παιδιών και την αναχώρησή τους από το πατρικό σπίτι επιτείνει το αίσθημα της μείωσης του γοήτρου των γονέων.

Το πέρασμα της ελληνικής κοινωνίας στην σύγχρονη κοινωνική της οργάνωση με τις πυρηνικές οικογένειες (πατέρας, μητέρα, παιδί), η απομόνωση των ανθρώπων στις πολυκατοικίες, η ταχεία εξάπλωση των Μ.Μ.Ε, ο καταναλωτισμός ως «νέος» τρόπος ζωής, οδήγησαν την κοινωνία σε υψηλού βαθμού συμπλοκότητα των ανθρώπινων σχέσεων. Οι ταχύτατες τεχνολογικές αλλαγές επηρέασαν τις κοινωνικοπολιτιστικές αξίες, τους ρόλους, τις στάσεις και την ιδεολογία, καθώς επίσης και τις εσωτερικές δομές και την ταυτότητα του ατόμου (Βασιλείου Γ & Βασιλείου Β, 1982).

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η δυσλειτουργία των ατόμων η οποία εκφράζεται πιο εύκολα στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες δηλ. στους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι βρίσκονται να αντιμετωπίζουν καθημερινά την σύγκρουση του χτες με το σήμερα, την ανατροπή των αξιών, την μεταβολή των κανόνων συμπεριφοράς που καθοδήγησαν την ζωή τους. Οι σημερινοί ηλικιωμένοι καλούνται να λειτουργήσουν σε συνθήκες που θεωρούνται πολύπλοκες, επομένως, και δύσκολες. Ζουν μέσα σε ανταγωνιστικές κοινωνικές σχέσεις,

αποξενωμένοι από τον κύκλο των δικών τους και, στην καλύτερη περίπτωση, ζώντας σε διαμέρισμα κοντινής πολυκατοικίας με αυτή των παιδιών τους, αποστερούνται τους κοινωνικούς ρόλους με τους οποίους λειτουργούσαν στο παρελθόν.

Οι σημερινοί ηλικιωμένοι καλούνται να δώσουν λύσεις, οι οποίες θα προέλθουν, κατ' αρχήν, μέσα από τον επαναπροσδιορισμό των σχέσεων του ζευγαριού. Το ηλικιωμένο ζευγάρι, για πρώτη φορά με την γέννηση των παιδιών του, βρίσκεται μόνο του. Στην παραδοσιακή κοινωνία, με τις γεννήσεις πολλών παιδιών, το ζευγάρι έμενε μόνο του για ελάχιστο χρονικό διάστημα. Με τις σημερινές συνθήκες το ηλικιωμένο ζευγάρι μένει μόνο του για 13 κατά μέσο όρο χρόνια.

Σε αυτή την φάση της ζωής τους απαιτούνται επαναδιαπραγματεύσεις των σχέσεων, νέα οριοθέτηση ανάμεσα στις γενεές (αρμοδιότητες του παππού και της γιαγιάς), επαναπροσδιορισμός των στόχων και των προσδοκιών. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν και άλλο πλήθος μεταβολών στην ζωή τους: *μεταβολές στην σωματική υγεία, την εμφάνιση, την ελάττωση των αισθήσεων, την μείωση της ερωτικής ζωής κ.α.* (Άννα Αβεντισιάν, Αθήνα, 1993).

Σήμερα έχει αποδειχθεί πως, ακόμα και στα βαθειά γεράματα, οι άνθρωποι διατηρούνται σεξουαλικά δραστήριοι και μάλιστα πολύ περισσότερο από ό,τι θα μπορούσαμε να φανταστούμε. Τα τελευταία χρόνια, η αντίληψη ότι το σεξ είναι πηγή ντροπής έχει αντικατασταθεί από μια εγκάρδια αποδοχή των ωφελημάτων του. Η εικόνα ενός ηλικιωμένου ζευγαριού που κοιμάται αγκαλιασμένο γαλήνια θεωρείται σήμερα μια εικόνα αγέραστων εραστών (Herant, Katchadoudian, M.d., Ιούνιος, 1993).

Ωστόσο, τα ηλικιωμένα άτομα αντιμετωπίζουν συχνά αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς, χωρίς να βρίσκουν αντικείμενο για να επενδύσουν συναισθηματικά, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ψυχοσωματικές διαταραχές. Στις μέρες μας ο «εγωκεντρισμός» και η «ξεροκεφαλιά» των γέρων επιτείνουν

την απομόνωση και την μοναξιά που αισθάνονται, επειδή τα άλλα άτομα τους αποφεύγουν (Άννα Αβεντισιάν, Αθήνα, 1993).

Το κράτος, οι τοπικοί δήμοι (Κ.Α.Π.Η. κ.α.), η εκκλησία και η ιδιωτική πρωτοβουλία ιδρύουν κατάλληλα κέντρα προστασίας ηλικιωμένων, γηροκομεία, οίκους ευγηρίας και σπίτια γαλήνης. Η μεγάλη σημασία που είχε ο θεσμός της οικογένειας που παραδοσιακά προσφέρει συμπαράσταση και προστασία στους πιο αδύνατους και συγκεκριμένα στους ηλικιωμένους που είναι μέλη τους, στις σύγχρονες αστικοποιημένες κοινωνίες έχει πλέον ατονήσει. Ακόμα και στην χώρα μας συνεχώς χαλαρώνουν οι συνδετικοί κρίκοι της οικογένειας, αλλά πολύ αργά εμφανίζονται οι κατάλληλοι φορείς που θα συμβάλλουν στην προστασία των ηλικιωμένων. Βέβαια η σύγχρονη παγκόσμια τάση είναι η όσο το δυνατόν αποφυγή συνθηκών ασυλιακής διαβίωσης των ηλικιωμένων, αλλά μόνο ως λύση ανάγκης. (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα, 1998). Τα ιατροκοινωνικά μέτρα για τους υπερήλικες είναι:

- 1. Η υγειονομική περίθαλψη**
- 2. Η πρόληψη στην Τρίτη ηλικία που περιλαμβάνει τον συστηματικό περιοδικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο και ιδιαίτερα την λειτουργική αξιολόγηση του επιπέδου οξύτητας της οράσεως και της ακοής και άλλων μπορούν να συνεισφέρουν δεκτά στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του υπερήλικα.**
- 2. Συνταξιοδότηση**
- 3. Η κατ' οίκον παροχή φροντίδας και περίθαλψης**

Σε περιπτώσεις υπερηλίκων που διατηρούν σε ικανοποιητικό επίπεδο την διανοητική τους κατάσταση και έχουν την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης τότε μπορεί να τους παρασχεθεί κατ' οίκον φροντίδα από ειδικές υπηρεσίες (πρόγραμμα «βοήθειας στο σπίτι», παροχή τροφίμων από την δημοτική μέριμνα κ.α.) (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Η προσπάθεια σε διεθνές επίπεδο σήμερα των Υπηρεσιών Υγείας, είναι να φροντίζουν και να διατηρούν τους

υπερήλικες στο σπίτι τους και μόνο σε ακραίες περιπτώσεις να τους μεταφέρουν σε Νοσοκομεία ή Γηριατρικά Ιδρύματα.

Για να ευοδωθεί η τεράστια αυτή προσπάθεια, πρέπει να υπάρχει προγραμματισμός για την πρόληψη των ασθενειών και της αναπηρίας καθώς και την ανάπτυξη των κατάλληλων μέσων, μέσα στην κοινότητα, για την από κάθε πλευρά υποστήριξη των υπερηλίκων (Φραγκίσκος Ιωάννης Χανιώτης, Αθήνα, 1998).

#### **4. Κοινοτικά κέντρα υπερηλίκων:**

Τα κοινοτικά κέντρα αποτελούν χώρους κοινωνικών συναναστροφών και απασχόλησης των υπερηλίκων. Το ΚΑΠΗ είναι ένας τέτοιος χώρος που παρέχονται ιατρικές συμβουλές, διοργανώνονται ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, εκδρομές και πολιτιστικές δραστηριότητες.

#### **5. Ιδρυματική περίθαλψη**

Το ίδρυμα κλειστής περίθαλψης αποτελεί την τελευταία βαθμίδα της κλίμακας των μέτρων προστασίας των υπερηλίκων και θεωρείται και η έσχατη λύση, όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον όπου θα μπορούσε να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του υπερήλικα.

Η Ιδρυματική Προστασία θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις επιβεβλημένη και αποτελεί λύση στο κοινωνικό πρόβλημα που δημιουργείται από το αδιέξοδο στο οποίο περιέρχονται οι οικονομικά αδύνατοι και οι στερούμενοι οικογενειακής υποστήριξης υπερήλικες (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

## 1. Σεξουαλικότητα στην τρίτη ηλικία

Ο Κίνσεϋ λέει ότι ο άνθρωπος φτάνει στο ανώτερο σημείο της επιθυμίας και σεξουαλικής ικανότητας γύρω στα 16 με 17 του χρόνια. Ύστερα παρατηρείται μια μείωση των γενετησιακών δυνάμεων, αλλά οι Masters & Johnson απέδειξαν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις μπορούν να συνεχιστούν για πάρα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα (Ελληνική Παιδεία Α.Ε., Αθήνα).

Για πολλές δεκαετίες, η έλλειψη τόσο επιδημιολογικών δεδομένων που θα κατέγραφαν συνήθειες και συμπεριφορές, όσο και θεραπευτικών δυνατοτήτων αντιμετώπισης των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, συντέλεσαν τα μέγιστα στην λανθασμένη εκτίμηση ότι η σεξουαλική ζωή είναι ηλικιακό προνόμιο ορισμένων. Πρόσφατες όμως επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι δεν είναι σεξουαλικά ανενεργοί (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Κάθε ηλικιωμένος έχει την δική του προσωπική ιστορία. Για τους ηλικιωμένους υπάρχουν ακόμα καινούργιες χαρές και λύπες στον έρωτα και στην οικειότητα που ωστόσο, συνδέονται με όλο το ύφος της ζωής τους και όχι μονάχα με το γεγονός ότι είναι γέροι.

Σύμφωνα με τον Ρόμπερτ Καστενμπάουρ (1982) για να καταλάβουμε τις σεξουαλικές σκέψεις, πράξεις και αισθήματα των ηλικιωμένων δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε σαν γνώμονα ανάλογες καταστάσεις νεότερων ατόμων, αλλά να τα αντιμετωπίζουμε μέσα από μια πλατύτερη προοπτική. Δεν θα πρέπει να υποβιβάζουμε τον πλούτο των εμπειριών ενός ατόμου σε στατιστικές μετρήσεις του τύπου «πόσο συχνά», αλλά να δώσουμε βαρύτητα στο ποιος ήταν αυτός ο άνθρωπος, στο ποια είναι η σημερινή φύση και ποιότητα ζωής του και τέλος στο πώς



συνδέεται η σεξουαλικότητά του με τον γενικότερο τρόπο ζωής του.

Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στις Η.Π.Α. σε δείγμα 1300 ανδρών και γυναικών ηλικίας άνω των 60 ετών, κατεγράφη ότι το 48% του δείγματος είχε τουλάχιστον μια σεξουαλική επαφή ανά μήνα (National Council on the Aging Survey, 1998). Το 39% του δείγματος δήλωσαν ικανοποιημένοι με την συχνότητα των επαφών ενώ το ίδιο ποσοστό δήλωσε ότι θα ήθελε να έρχεται σε σεξουαλική επαφή συχνότερα. Μόνο το 4% επιθυμούσε να έχει λιγότερες επαφές.

Στις περιπτώσεις που υπήρχε σεξουαλική αποχή αναφέρθηκαν ως βασικά αίτια η έλλειψη ερωτικού συντρόφου, η χρήση φαρμάκων και η άγνοια για τις φυσιολογικές μεταβολές του σώματος με την ηλικία. Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία θεωρεί την σεξουαλική δραστηριότητα σημαντικό παράγοντα της ζωής του ηλικιωμένου.

Οι Masters & Johnson σε μια έρευνα που είχαν κάνει κατέγραψαν αύξηση της συχνότητας αυνανισμού των γυναικών σε ηλικίες 50-70 έτη, ιδιαίτερα σε γυναίκες που είχαν χάσει τον ερωτικό τους σύντροφο. Όλες οι μέχρι σήμερα μελέτες έχουν δείξει ότι η συχνότητα των επαφών στην μέση ηλικία προκαθορίζει την διατήρηση του ερωτικού ενδιαφέροντος στην Τρίτη ηλικία (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Εν κατακλείδι τα συμπεράσματα μελετών και ερευνών που έγιναν στο εξωτερικό και στην Ελλάδα δείχνουν ότι:

**α) Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ανδρών και ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό των γυναικών είναι σεξουαλικά δραστήριοι. Έτσι παρατηρούνται μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.**

**β) Η σεξουαλική δραστηριότητα παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις από άτομο σε άτομο.**

**γ) Η συχνότητα των σεξουαλικών σχέσεων κυμαίνεται από 1-3 φορές την εβδομάδα μέχρι 1 φορά το μήνα, αν και υπάρχουν πολλές ατομικές εξαιρέσεις.**

**δ) Η συχνότητα των επαφών, μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας.**

*ε) Η σεξουαλικότητα δεν κάμπτεται απότομα αλλά ελαττώνεται βαθμιαία.*

*στ) Μεγάλο ρόλο παίζει η κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου.*

*Η σεξουαλική ανικανότητα δεν είναι θέμα ηλικίας αλλά υγείας. Ορισμένες ασθένειες επηρεάζουν την σεξουαλικότητα και των δύο φύλων και την στυτική ικανότητα των ανδρών. Με αυτή την λογική άτομα με καλή σωματική και ψυχική υγεία μπορεί να παραμείνουν σεξουαλικά ενεργά στα 70, 80 ακόμα και στα 90 τους χρόνια ενώ αντίθετα μεσήλικες ασθενείς να μην μπορούν να αποδώσουν.*

*ζ) Όταν η σεξουαλική λειτουργία διακόπτεται από αρρώστια ή αναπηρία, δεν επανέρχεται εύκολα. η) Παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Μεγαλύτερα ποσοστά εγγάμων που ζουν με τον/την σύντροφό τους έχουν σεξουαλική δραστηριότητα σε σύγκριση με τους άγαμους, χήρους – διαζευγμένους και των δύο φύλων.*

*θ) Η συνέχιση της σεξουαλικής δραστηριότητας στις πολύ μεγάλες ηλικίες είναι αγαθό που απολάμβαναν κυρίως οι προνομιούχες τάξεις. ι) Η σωματική άσκηση καθώς και ο έλεγχος του σωματικού βάρους στα άτομα της τρίτης ηλικίας αυξάνουν τις πιθανότητες να παραμείνουν σεξουαλικά ενεργοί.*

*κ) Η παύση της σεξουαλικής δραστηριότητας μπορεί να προέρχεται και από συσσώρευση απογοητεύσεων και αποτυχιών σε νεότερες ηλικίες.*

*λ) Σε σύγκριση με τους νεότερους, οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την σεξουαλική τους ζωή γιατί αισθάνονται πιο δύσκολα ηδονή (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).*

*Οι περισσότερες κοινωνίες με εξαίρεση τις Σκανδιναβικές, έχουν αρνητική στάση στην σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων και υπάρχουν άνθρωποι που την θεωρούν σαν κάτι νοσηρό και διεστραμμένο. Οι συγκεκριμένες στάσεις επηρεάζουν τα άτομα μεγάλης ηλικίας σε συνδυασμό με τα θρησκευτικά τους πιστεύω καθώς και με την διαμονή τους σε αγροτικές*

*περιοχές. Ωστόσο, η σεξουαλικότητα των ανθρώπων, σε οποιαδήποτε ηλικία, δεν αποτελεί ανήθικη πράξη αλλά συχνά ανάγκη (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).*

## **1.1 Σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων ανδρών**

Η σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων συνηθίζεται να είναι αφανής, μιας και η κοινωνία συνηθίζει να μειώνει την σεξουαλικότητά τους (Libman, 1989). Το ενδιαφέρον για σεξ στα 75 χρόνια ενός άνδρα θεωρείται έκφυλο (Carby & Zant, 1983). Είναι δύσκολο για μας να πιστέψουμε ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν να ερωτευτούν και να αγαπήσουν έντονα. Τελικά, οι ηλικιωμένοι δεν έχουν τόσο ισχυρές επιθυμίες όπως οι νέοι, και δεν εκφράζονται τόσο ανοιχτά. Η οικειότητα όμως εκτιμάται ιδιαίτερα, θεωρείται σημαντική για το «ευ ζην» του ηλικιωμένου (Mancini & Blieszner, 1992).

Όχι μόνο τα στερεότυπα και οι μύθοι για τους ηλικιωμένους επηρεάζουν την σεξουαλικότητά τους αλλά και η στενότητα του ορισμού της σεξουαλικότητας συμβάλλει στο πρόβλημα. Η σεξουαλική συμπεριφορά έχει οριστεί από τους ερευνητές και το γενικό πληθυσμό με τους όρους του αυνανισμού, της συνουσίας και του οργασμού. Αλλά η σεξουαλικότητα έχει συναισθηματικές, αισθητηριακές πτυχές καθώς και θέματα σχέσεων ακόμα και στους ηλικιωμένους (Bryan Strong, Christine Default και Barbara Werner, California, 1996).

Στα παραδοσιακά ηλικιωμένα ζευγάρια, ο άνδρας είναι εκείνος που παίρνει συνήθως την πρωτοβουλία. Μόλις διεγερθεί σεξουαλικά, επιδιώκει αυτόματα την επαφή. Ο άνδρας θα πρέπει να διαθέτει αρκετή ευαισθησία απέναντι στην σύντροφό του ή έλεγχο επάνω στην δικιά συμπεριφορά, προσφέροντας στην ερωτική του σύντροφο την τρυφερότητα και τα χάδια που εκείνη αναζητά να διεγερθεί. Με αυτόν τον τρόπο η σεξουαλική εμπειρία θα είναι και για τους δυο ικανοποιητική χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η πλειοψηφία των ανδρών λειτουργεί με αυτόν τον τρόπο.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν άνδρες που εγκαταλείπουν την σεξουαλική πλευρά του εαυτού τους με αποτέλεσμα να απομακρύνονται από την σύντροφό τους, να αποστασιοποιούνται από την σχέση τους και με άλλους τρόπους (Ρόμπερτ Καστενμπάουρ, Αθήνα, 1982).

Σύμφωνα με έρευνα του Ελληνικού Σεξολογικού Ινστιτούτου σε 150 ηλικιωμένους άνδρες ηλικίας 60-79 ετών, το 59,3% προσήλθαν για προβλήματα στύσης ενώ η δεύτερη αιτία προσέλευσης ήταν ένα μεικτό πρόβλημα στύσης και πρόωρης εκσπερμάτωσης (34,7%). Άρα εκείνο που απασχολεί περισσότερο τους άνδρες τρίτης ηλικίας είναι η διαταραχή της στύσης.

Όσον αφορά την αιτιολογία των προβλημάτων, στο μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (43%) συνυπήρχε μεικτή αιτιολογία, οργανική και ψυχογενής. Ακολουθούσε η ψυχογενής αιτιολογία (31%) και έπειτα η αμιγής οργανική αιτιολογία σε ποσοστό 26%. Τα ποσοστά αυτά διαφέρουν από τα αντίστοιχα της διεθνούς βιβλιογραφίας, που εντοπίζουν κυρίως οργανικής αιτιολογίας προβλήματα στους άνδρες τρίτης ηλικίας.

Η ερμηνεία του φαινομένου θα πρέπει να έχει σχέση με την αρνητική θέση της συζύγου για το σεξ και την επίσης αρνητική και συχνά επικριτική θέση της νεότερης γενιάς στην σεξουαλικότητα της τρίτης ηλικίας.

Έχει αποδειχθεί ότι πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς που αναφέρουν ανεπαρκή σεξουαλικά αισθήματα και μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, είχαν ανάλογα προβλήματα και κατά την νεανική τους ζωή (Fede, White).

Στον ρόλο στην αυτοεκτίμηση και την εικόνα του εαυτού που παίζει η συνέχιση της σεξουαλικής δραστηριότητας του ηλικιωμένου, έχει σημαντική θέση το κατά πόσον οι ίδιοι παράγοντες έπαιζαν ρόλο στην νεότερη ηλικία (Mc Cortney).

### **1.1.α Μεταβολές στην σεξουαλική συμπεριφορά**

Έχει διαπιστωθεί ότι το ενδιαφέρον γύρω από το σεξ μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας, όπως και η σεξουαλική επιθυμία. Για να γίνουν αντιληπτές οι μεταβολές που

επηρεάζουν την φυσιολογία της σεξουαλικής συμπεριφοράς του άνδρα κατά την μέση και συνεπώς στην τρίτη ηλικία, είναι απαραίτητες κάποιες γνώσεις της γενικότερης φύσης του κύκλου απόκρισης στα σεξουαλικά ερεθίσματα.

Κατά την μέση ηλικία οι αλλαγές που συμβαίνουν στην λειτουργία του «σεξουαλικού συστήματος» συνδέονται άμεσα με τις αλλαγές της καρδιάς, των πνευμόνων και άλλων συστημάτων του οργανισμού. Η ικανότητα να αποκρίνεται κανείς σε σεξουαλικά ερεθίσματα και να φτάνει σε οργασμό παραμένει ζωντανή καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του (Herant, Katchadoudian, M.d., Ιούνιος, 1993).

Οι ερευνητές που μελέτησαν την σεξουαλική συμπεριφορά διαφόρων ανδρών συνάντησαν τεράστιες αποκλίσεις. Όταν γίνεται μελέτη των μεταβολών της σεξουαλικής συμπεριφοράς που συνδέονται με το γήρας, αναπόφευκτα γίνεται αναφορά σε κάποιο υποθετικό μέσο όρο που εξομοιώνει τεχνητά την συμπεριφορά όλων με ένα κοινό πρότυπο. Στην πραγματικότητα όμως τα άτομα μπορούν να αποκλίνουν παρά πολύ από το πρότυπο αυτό, με αποτέλεσμα κάποιοι πενήνταρηδες άνδρες να αντιδρούν είτε σαν σαραντάρηδες είτε σαν εξηντάρηδες. Συνήθως οι αλλαγές ξεκινούν γύρω στα πενήντα, αλλά για μερικούς αρχίζουν πολύ νωρίτερα και για άλλους αργότερα. Παρόλο που οι περισσότεροι πενήνταρηδες παρουσιάζουν σημάδια γήρατος στην σεξουαλική τους απόδοση, αυτό δεν γίνεται εμφανές πριν περάσουν αρκετά χρόνια. (Herant, Katchadoudian, M.d., Ιούνιος, 1993).

Οι άνδρες από την μέση ηλικία και ακόμη περισσότερο στις προχωρημένες ηλικίες αντιμετωπίζουν άγχος και μπορεί να οδηγηθούν σε σεξουαλική αποχή για ψυχολογικούς λόγους.

Οι περισσότεροι άνδρες αντιμετωπίζουν προβλήματα στύσης π.χ. υπάρχει δυσκολία στυτικής διέγερσης, της σκληρότητας και της διάρκειας αλλά δεν καταφεύγουν εύκολα σε ειδικούς. Μετά τα 65 ο άνδρας αργεί να πετύχει πλήρη στύση και έχει την ανάγκη μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας ερεθισμάτων από την ερωτική σύντροφο. Είναι απαραίτητη η εντονότερη διέγερση για να επέλθει και να διατηρηθεί η στύση

η οποία χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να επιτευχθεί αλλά αυτό δίνει την δυνατότητα επιμήκυνσης της φάσης της εκσπερμάτωσης. Μειώνεται ο όγκος του σπέρματος αλλά η εμπειρία του οργασμού εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική, αν και όχι τόσο σφοδρή και ρωμαλέα όσο παλαιότερα. Η απώλεια της στύσης μετά τον οργασμό είναι άμεση, και η επίτευξη ξανά στύσης σε μικρό σχετικά χρονικό διάστημα (συνήθως απαιτούνται περισσότερες από 12 ώρες) γίνεται δύσκολη αν όχι αδύνατη. Το μεσοδιάστημα ξεκινάει από λίγα λεπτά στην ηλικία των 17 ετών και φτάνει στις 48 ώρες στα 70 χρόνια. Οι ενδοκρινολόγοι υποστηρίζουν ότι η τεστοστερόνη που ενοχοποιείται για την μείωση της ερωτικής επιθυμίας μειώνεται σημαντικά γύρω στα 60 αλλά ότι ο ανδρικός οργανισμός μπορεί να παράγει σπέρμα μέχρι το 80<sup>ο</sup> έτος. Η χορήγηση τεστοστερόνης είναι αδικαιολόγητη. Καμία ορμόνη, κανένα «βοήθημα» δεν είναι αποτελεσματικό και αβλαβές: υπάρχουν κίνδυνοι για καρκίνο του προστάτη, καταστροφή του ήπατος και αυξημένη αρτηριοσκλήρωση. Οι ηλικιωμένοι άνδρες που εγκαταλείπουν την σεξουαλική δραστηριότητα καταδικάζουν και τις γυναίκες τους σε ανέραστη ζωή. Η ποιότητα του σπέρματος υγιούς άνδρα ηλικίας 60-65 ετών είναι συνήθως πολύ καλή. Χρωμοσωματικές ανωμαλίες μπορούν να βρεθούν σε σπέρμα ανδρών ηλικίας 70-75 ετών (Ηρα - Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).

Οι παραπάνω μεταβολές θεωρούνται φυσιολογικές, όχι όμως και η αδυναμία πρόκλησης ή διατήρηση στύσης ικανής για ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Ο όρος ανδρική ανικανότητα έχει δυστυχώς χρησιμοποιηθεί ευρύτατα διεθνώς, και μόνο την τελευταία δεκαετία αντικαταστάθηκε από τον όρο «στυτική δυσλειτουργία».

Έρευνες που έχουν γίνει έδειξαν ισχυρή συσχέτιση ηλικίας και ποσοστού στυτικής δυσλειτουργίας (Goldstein & Hatzichristou, 1994). Μόλις το 1994 δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα της MMAS σε 1300 άνδρες ηλικίας 40-70 ετών (Feldman et al, 1994). Το ποσοστό των ανδρών που ανέφερε στυτική δυσλειτουργία μικρού βαθμού έφτασε το 17%, μετρίου βαθμού 25% και πλήρη απουσία οποιαδήποτε στυτικής

δραστηριότητας το 10%. Μέτρια δυσλειτουργία και πλήρης απουσία στύσεων παρατηρήθηκε στο 17,4% και 5% αντίστοιχα στα άτομα ηλικίας 40 ετών, φτάνοντας το 34 και 15% αντίστοιχα στην ηλικία των 70 ετών. Αποδείχτηκε λοιπόν σοφής συσχέτιση ηλικίας με τις δυσλειτουργίες στύσης (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Η άγνοια των φυσιολογικών μεταβολών του σώματος με την ηλικία θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας που οδηγεί στην λανθασμένη εκτίμηση ότι η σεξουαλική ζωή ολοκληρώνεται κάποια στιγμή. Οι εμπειρίες και η σεξουαλική ζωή στα νεανικά χρόνια, επίσης, επηρεάζουν την σεξουαλική συμπεριφορά των υπερηλίκων ανδρών. Τέλος, αν στην μεγάλη ηλικία ο άνδρας δώσει περισσότερη σημασία στην συναισθηματική πλευρά του σεξ, θα ικανοποιήσει τις ερωτικές διαθέσεις τις δικές του και της συντρόφου του τόσο σωματικά, όσο, πολύ περισσότερο ψυχικά (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

### **1.1.β Επιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων στην σεξουαλική λειτουργία**

Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο συχνότερα παρουσιάζονται προβλήματα υγείας. Υπέρταση, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος, διαβήτης και αρθρίτιδα μπορεί να εμφανιστούν προκαλώντας εξασθένηση της υγείας και της καλής σεξουαλικής λειτουργίας.

Θεραπείες για τον έλεγχο ή την αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών μπορεί επίσης να προκαλέσουν αντίστοιχες αντιδράσεις ή να αλλάξουν την εικόνα του σώματος.

Συχνά οι ηλικιωμένοι ισχυρίζονται ότι εξακολουθούν να έχουν σεξουαλικές επιθυμίες, απλά στερούνται της δυνατότητας να τις εκφράσουν εξαιτίας των προβλημάτων υγείας τους (Bryan Strong, Christine Default και Barbara Werner, California, 1996).

Οι χρόνιες παθήσεις έχουν από παλιά συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Ήδη οι Masters & Johnson είχαν καταγράψει ότι το 50% των ανδρών

που ζητούν θεραπεία για στυτική δυσλειτουργία, έχουν δευτερογενή ανικανότητα (Masters & Johnson, 1970).

Οι Morley, Korenman, Mooradian και Kaiser (1987) θεωρούν ότι οι άνδρες με στυτική δυσλειτουργία έχουν κάποιο νόσο που την προκαλεί ή χρησιμοποιούν φάρμακα, ή τέλος, πάσχουν από κατάθλιψη (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Στην MMAS για πρώτη φορά καταγράφηκαν συστηματικά παθήσεις και συνήθειες του γενικού πληθυσμού που συνδέονται με τις διαταραχές της στύσης (Feldman et al, 1994). Βρέθηκε ότι πολλά χρόνια νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, και η υπέρταση, καθώς και η χρήση διαφόρων φαρμάκων για την θεραπεία αυτών των παθήσεων (αντιυπερτασικά, καρδιολογικά, ψυχοτρόπα και άλλα) είναι οι κύριες αιτίες για τις οργανικές διαταραχές στύσης.

Τέλος, το κάπνισμα θεωρείται επιβαρυντικός παράγοντας σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο ή υπέρταση (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Άλλες ασθένειες που επηρεάζουν την σεξουαλική λειτουργία των υπερηλικών ανδρών, είναι το Πάρκινσον, το οποίο μπορεί να συνοδεύεται από αποτυχία σεξουαλικού ερεθισμού. Σοβαρά χειρουργεία μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλική λειτουργία με πολλούς τρόπους. Μερικές εγχειρήσεις τείνουν να καταστρέψουν το ευαίσθητο, πολύπλοκο πλέγμα των γεννητικών οργάνων, καταργώντας έτσι την οργανική διέγερση. Αυτό είναι ιδιαίτερα κοινό μετά από εγχείρηση στον πρωκτό και μετά από πιθανή εγχείρηση του προστάτη στην οποία αν παρουσιαστούν επιπλοκές οδηγεί σε προβληματική εκσπερμάτωση.

Δεύτερον, η εγχείρηση μπορεί να καταστρέψει την εικόνα του σώματος αφήνοντας ουλές οι οποίες καθιστούν τον ασθενή ανίκανο να χαλαρώσει όταν είναι γυμνός (πόσο μάλλον όταν του έχει τοποθετηθεί καθετήρας).

Μια από τις πιο δυσχερείς συνθήκες από ψυχολογικής απόψεως, είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου το οποίο συνήθως



συνοδεύεται από σεξουαλική δυσλειτουργία (Wabrer & Burchelli, 1988).

Μερικές ασθένειες μπορεί να έχουν μια φανερή επίδραση στην σεξουαλική λειτουργία όπως για παράδειγμα η οστεοαρθρίτιδα και το εγκεφαλικό τα οποία μειώνουν την κινητικότητα. Η προσεκτική τοποθέτηση μαξιλαριών και η χρήση αναλγητικών θα βοηθήσουν στην αρθρίτιδα (Kellet J.M., U.K., 1991).

Τα χρόνια νοσήματα συνδέονται άμεσα με συναισθήματα θυμού, κατάθλιψη, μειωμένης αίσθησης κυριαρχίας ή ελέγχου, προκαλώντας έτσι στυτική δυσλειτουργία στον ηλικιωμένο άνδρα.

Το γεγονός ότι διάφορα χρόνια νοσήματα αποτελούν το υπόβαθρο εκδήλωσης στυτικής δυσλειτουργίας, δεν αναιρεί το γεγονός ότι η ηλικία είναι σημαντικότερος και ανεξάρτητος παράγοντας εμφάνισης ανικανότητας (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

### **1.1.γ Σεξουαλική δυσλειτουργία**

Οι σεξουαλικές διαταραχές δεν είναι τόσο ευδιάκριτες όσο οι υπόλοιπες διαταραχές των οργανικών συστημάτων και επηρεάζονται πολύ περισσότερο από τις υποκειμενικές μας αντιλήψεις (Herant, Katchadoudian, M.d., Ιούνιος, 1993).

Δεν υπάρχει μέχρι σήμερα κανένα παγκοσμίως συμφωνηθέν σύστημα για την ταξινόμηση των σεξουαλικών διαταραχών. Έτσι λοιπόν το παρακάτω σύστημα ταξινόμησης δεν είναι επίσημο (Meyer, 1976).

Στους άνδρες είναι δυνατόν να εμφανιστούν οι εξής σεξουαλικές διαταραχές:

- 1. Διαταραχή της σεξουαλικής απόδοσης, όπως είναι η ανικανότητα, η πρόωρη εκσπερμάτωση, η απόσυρση από την σεξουαλική δραστηριότητα και η έλλειψη εκσπερμάτωσης.*
- 2. διαταραχές της σεξουαλικής απόλαυσης. «Στους άνδρες οι διαταραχές του οργασμού παίρνουν την τυπική μορφή της πρόωρης εκσπερμάτωσης και ενίοτε της έλλειψης*

εκσπερμάτωσης» (Herant, Katchadoudian, M.d., Ιούνιος, 1993, σελ. 118).

3. Διαταραχές της σωματικής ικανότητας. Διαιρείται σε 4 υποκατηγορίες.

α. Οι σωματικές αναπτυξιακές διαταραχές π.χ. πείκη αγενεσία.

β. Διαταραχές σχετιζόμενες με ασθένεια π.χ. προσωρινή ανικανότητα λοβών, διαβητική ανικανότητα, νεφρική ανεπάρκεια.

γ. Σωματικές τραυματικές διαταραχές π.χ. οι πείκοι τραυματισμοί.

δ. Φαρμακολογικές διαταραχές.

Υπάρχουν φάρμακα που σχετίζονται με την καθυστερημένη εκσπερμάτωση και με την ανικανότητα.

4. Διαταραχές του σεξουαλικού αντικειμένου π.χ. τα ομοφυλοφιλικά σύνδρομα συμπεριλαμβανομένου των υποχρεωτικών, μη υποχρεωτικών και λανθανόντων, και ομοφυλοφιλικές καταστάσεις πανικού.

5. Διαταραχές της υποκαταστατικής ικανοποίησης. Αυτές περιλαμβάνουν: επιδειξιμανεία και παιδοφιλία.

6. Διαταραχές του φύλου π.χ. ο τρανσεξουαλισμός και οι παραλλαγές του (Meyer, 1976).

Επιπλέον, οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες πρέπει να διακρίνονται από τις μη φυσιολογικές λειτουργίες του αναπαραγωγικού συστήματος (όπως η στειρότητα), από τις γενετικές διαταραχές (ερμαφροδιτισμός), και από τις άλλες παραλλαγές σεξουαλικών συμπεριφορών και ροπών (όπως η ηδονοβλεψία και ο σαδομαζοχισμός).

Η σεξουαλική δυσλειτουργία του ηλικιωμένου άνδρα αναφέρεται ιδιαίτερα σε διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας, της ερωτικής πράξης ή της ικανοποίησης. Οι διαταραχές του σεξουαλικού ερεθισμού ίσως να καταλήγουν σε προβλήματα στύσης για τους άνδρες.

Τα αίτια παρόμοιων καταστάσεων μπορεί να είναι διάφορα οργανικά, ενδοψυχικά ή ακόμη διαπροσωπικά προβλήματα και συγκρούσεις. Συνήθως η δυσλειτουργία προκαλείται από τον συνδυασμό διαφόρων αιτιών (Herant, Katchadoudian, M.d., Ιούνιος, 1993).

Πιο συγκεκριμένα τα αίτια της στυτικής δυσλειτουργίας διακρίνονται σε ψυχογενή και οργανικά. Ενώ όμως στις αρχές της περασμένης δεκαετίας ο ψυχολογικός παράγοντας ενοχοποιούνταν σε ποσοστό 80%, οι σύγχρονες διαγνωστικές δυνατότητες έδειξαν ότι και οι οργανικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο. Σήμερα πλέον θεωρείται ότι οι οργανικοί και ψυχολογικοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί.

### Οργανικά αίτια

Τα οργανικά αίτια περιλαμβάνουν **νευρογενή** (σχεδόν κάθε νόσημα που αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα ενοχοποιείται για σεξουαλική δυσλειτουργία), **αγγειακά αίτια** που είναι και τα πλέον συχνά (80% των οργανικών), **ορμονικά αίτια** (μείωση των επιπέδων της τεστοστερόνης ή αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης), καθώς και **τραύματα** ή **χειρουργικές επεμβάσεις** στην περιοχή των γεννητικών οργάνων ή πέριξ αυτών (Krane et al, 1989) (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να ξεκινήσει κατά την διάρκεια της μέσης ηλικίας. Έτσι οι φυσιολογικές αλλαγές που εκδηλώνονται την εποχή αυτή εκλαμβάνονται λανθασμένα ως τεκμήρια σεξουαλικής ανεπάρκειας. Για παράδειγμα ένας πενηντάρης άνδρας που παρουσιάζει μια πιο μαλακή στύση δεν πρέπει να οδηγηθεί στην λανθασμένη εκτίμηση ότι γίνεται προοδευτικά ανίκανος. Μπορεί όμως να καταλήξει στο συμπέρασμα πως ο έρωτας δεν είναι πια τόσο απολαυστικός και να οδηγηθεί σε σεξουαλική αποχή.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία ίσως είναι συνέπεια κάποιας παθολογικής ασθένειας π.χ. άτομα που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο διαβήτη, τα φάρμακα που επηρεάζουν αυτά τα συστήματα συχνά επιδρούν τόσο αρνητικά στην σεξουαλική λειτουργία όσο άλλες ουσίες π.χ. το οινόπνευμα.

### Ψυχολογικά αίτια

Η σεξουαλική επαφή που συνεπάγεται αμοιβαία σχέση ανάμεσα σε δυο άτομα, είναι επόμενο όταν υπάρχει σεξουαλική δυσλειτουργία στον άνδρα να αντανακλά συχνά την σχέση του ζευγαριού. Οι συγκρούσεις μπορεί να συνδέονται, άμεσα ή έμμεσα, με τα ίδια τα σεξουαλικά προβλήματα. Τα σεξουαλικά προβλήματα της περιόδου αυτής είναι, συχνά, γενικότερα προβλήματα που προβάλλονται στην σεξουαλική σφαίρα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αποδίδεται μεγαλύτερη ευθύνη στους άνδρες για την εκτέλεση και επιτυχία της σεξουαλικής επαφής.

Παρόλο που θεωρητικά οι δύο σύντροφοι μοιράζονται εξίσου την ευθύνη να προσφέρουν ηδονή τόσο στον εαυτό τους όσο και στο ταίρι τους, εν τούτοις η αδυναμία του ηλικιωμένου άνδρα να πετύχει την στύση είναι αυτή που διακόπτει την φυσιολογική πορεία της συνουσίας από καθαρά λειτουργική άποψη.

Οι άνδρες με το πέρασμα των χρόνων γίνονται πιο εξαρτημένοι και λιγότερο διεκδικητικοί στις προσωπικές τους σχέσεις. Τα σεξουαλικά προβλήματα ενδέχονται να προκύψουν κυρίως για εκείνους που όλα τα προηγούμενα χρόνια η σχέση τους δεν υπήρξε ικανοποιητική. Ακόμη και μια οριακά ικανοποιητική σχέση μπορεί τώρα στην ανάγκη για ταυτόχρονη προσαρμογή στις νέες σωματικές και ψυχολογικές απαιτήσεις να μην αντέξει. Όταν αυτό συμβεί, το πρώτο θύμα είναι συνήθως το σεξ.

Για μερικούς άνδρες, η αυξανόμενη εξάρτηση από τις γυναίκες τους, που εμφανίζεται κατά την μέση ηλικία, αναβιώνει εκκρεμείς συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας. Ένας άνδρας είναι δυνατόν να μεταφέρει την εικόνα της μητέρας στο πρόσωπο της συζύγου του σε τέτοιο βαθμό ώστε να μην μπορεί πια να ερεθιστεί σεξουαλικά από αυτήν, ενώ εξακολουθεί να την αγαπά και να την σέβεται.

### **1.1.δ. Αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών**

Πριν από την θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία θα πρέπει να γίνεται καθορισμός της αιτίας. Η διάγνωση της δυσλειτουργίας τίθεται ουσιαστικά από τον ίδιο τον ασθενή και η κύρια προσπάθεια κατά την λήψη ιστορικού έχει ως σκοπό την προσέγγιση της αιτιολογίας και της βαρύτητας της πάθησης καθώς και να προσδιοριστούν οι δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Το σεξουαλικό και ιατρικό ιστορικό δίνουν πολλαπλές πληροφορίες και στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ικανά να θέσουν την αιτιολογική διάγνωση. Το σεξουαλικό ιστορικό περιλαμβάνει ερωτήσεις όσον αφορά την διάρκεια της στυτικής δυσλειτουργίας, την σεξουαλική διάθεση, την εκσπερμάτωση, την σκληρότητα και διατήρηση της στύσης, την ύπαρξη πρωινών ή νυκτερινών στύσεων (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Το ιατρικό ιστορικό περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με προδιαθεσικούς παράγοντες όπως το κάπνισμα, αλκοόλ, φάρμακα, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, προηγούμενες εγχειρήσεις της πυέλου, των γεννητικών οργάνων, ακτινοθεραπείες κ.α. Οι απαντήσεις σχετικά με τις παραπάνω παθήσεις έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα στον τρόπο της θεραπείας για την σεξουαλική δυσλειτουργία.

Σε περίπτωση που το ιστορικό δεν μπορέσει να οδηγήσει τον ειδικό στην διαφοροδιάγνωση μεταξύ ψυχογενούς και οργανικής αιτιολογίας, τότε προχωρά στην καταγραφή της νυκτερινής στυτικής δραστηριότητας. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στο φυσιολογικό γεγονός των στύσεων κατά την διάρκεια του ύπνου, οι οποίες δεν επηρεάζονται από ψυχολογικούς παράγοντες. Η εξέταση αυτή γίνεται κατ' οίκον, με ειδική συσκευή και ανάλυση των αποτελεσμάτων από ηλεκτρονικό υπολογιστή (Brackett et al, 1994) (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Η κάμψη και η απώλεια της στυτικής ικανότητας αντιμετωπίζεται με ενδοπειακές αυτοενέσεις που αυξάνουν την πεϊκή κυκλοφορία δημιουργώντας ικανή στύση για ερωτική πράξη, με πλαστικές προσθέσεις τις οποίες τοποθετεί

χειρουργός ουρολόγος στο πέος με σιλικονούχα υγρά που αποκαθιστούν την σκληρότητα της στύσης για την ερωτική πράξη χωρίς να απορρίπτονται από τον οργανισμό. Ωστόσο οι παρενέργειες από αυτές τις θεραπείες δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς και μερικές έχουν υψηλό κόστος. Πιθανότατα στο μέλλον συσκευές που ονομάστηκαν «πείκοί σηματοδότες» με την μορφή των μικροσίπ θα ενσωματώνονται στον οργανισμό ως μικροί ηλεκτρονικοί υπολογιστές που θα θεραπεύσουν τα προβλήματα στύσης (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).

Το 1998 τα ΜΜΕ αναφέρονται στην νέα σεξουαλική επανάσταση με την ανακάλυψη σκευάσματος με το όνομα Viagra, που κάνει πιο δραστήριους σεξουαλικά τους ηλικιωμένους άνδρες. Το συγκεκριμένο σκεύασμα λαμβάνεται από το στόμα για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας. Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου είναι ανάλογη με την σοβαρότητα του προβλήματος (40-70%). Υπάρχουν όμως και ανεπιθύμητες παρενέργειες (κεφαλαλγία, αίσθημα έξαψης, δυσπεψία και πρόσκαιρες διαταραχές της όρασης). Φυσικά η χορήγηση του συγκεκριμένου φαρμάκου δεν ενδείκνυται σε ασθενείς σε αγωγή με μια κατηγορία φαρμάκων για τις καρδιοπάθειες.

Συμπερασματικά, οι θεραπευτικές δυνατότητες σήμερα είναι πολλές, και μπορεί να δοθεί λύση σε όλες τις περιπτώσεις. Ο γιατρός έχει την ευθύνη της ενημέρωσης του ασθενή, ενώ η τελική απόφαση ανήκει στον ίδιο τον ασθενή και την ερωτική του σύντροφο (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Ο ηλικιωμένος άνδρας για να διατηρήσει την σεξουαλική δραστηριότητά του θα πρέπει να προσέχει την διατροφή του, την υγεία του, να αθλείται, να φροντίζει τον εαυτό του, να διεκδικεί την κοινωνική του επαφή και να μην φτάνει σε υπερβολές για να αποδείξει ότι είναι νέος. Δεν θα πρέπει να κυνηγάει αριθμούς και φορές και να μην περιμένει μετά από κάποια σεξουαλική επαφή να είναι σε θέση να ξαναλειτουρήσει ερωτικά (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).

## 1.2 Σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων γυναικών

Μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν ότι η σεξουαλικότητα της γυναίκας ελαττώνεται αρκετά γρήγορα με την εμμηνόπαυση. Αυτό αποδιδόταν τόσο στις διάφορες σωματικές μεταβολές που ήταν αποτέλεσμα της μείωσης των οιστρογόνων, όσο και σε ψυχολογικές επιπτώσεις της κλιμακτηρίου, ιδιαίτερα στην γυναίκα του χωριού. Αντίθετα στην γυναίκα των πόλεων η διατήρηση μιας ικανοποιητικής εξωτερικής εμφάνισης με την βοήθεια αισθητικών – ιατρικών δυνατοτήτων – που υπάρχουν σήμερα – καθώς και η απαλλαγή από τον φόβο της εγκυμοσύνης, είναι παράγοντες οι οποίοι τονώνουν την αυτοπεποίθησή της και συντελούν στην διατήρηση μιας σχετικά κανονικής σεξουαλικότητας, σε επίπεδα ανώτερα από εκείνα του χωριού (Αναστάσιος Σ. Δοντάς, Αθήνα, 1981).

Οι γυναίκες που είναι σεξουαλικά ικανές καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους, έχουν διαφορετικές ανησυχίες από τους άνδρες. Αντιμετωπίζουν μεγαλύτερους κοινωνικούς περιορισμούς απ' ότι οι άνδρες (Robinson, 1983). Αντιμετωπίζουν μια δυσμενή σεξουαλική αναλογία (27 άγαμοι άνδρες έναντι 100 άγαμων γυναικών ηλικίας άνω των 65), μεγαλύτερη πιθανότητα χηρείας και κανόνες ενάντια στο να παντρεύονται νεότερους άνδρες. Το πένθος για το θάνατο του συντρόφου, η απομόνωση και η κατάθλιψη επίσης επηρεάζουν την σεξουαλικότητά τους (Rice, 1989).

Η θηλυκότητα είναι συνδεδεμένη με τα νιάτα και την ομορφιά, αλλά καθώς οι γυναίκες γερνάνε τείνουν να χάνουν την ελαστικότητά τους.

Η κοινωνία φαίνεται να εκπλήσσεται και μόνο στο άκουσμα της ύπαρξης σεξουαλικότητας σε μια ηλικιωμένη γυναίκα. Ένας βασικός λόγος που ευνοεί αυτήν την στάση είναι η πεποίθηση ότι το σεξ συνδέεται απαραίτητα με την αναπαραγωγή. Δηλαδή η θηλυκότητα της γυναίκας μετριέται μέσω της γέννησης παιδιών και του μητρικού της ρόλου. (Bryan Strong, Christine Default και Barbara Werner, California, 1996). Μελέτες του Masters και της Johnson (1970) έδειξαν σημαντικές σεξουαλικές δυνατότητες και πραγματώσεις σε

δείγμα 61 γυναικών 40-78 ετών, όλες μετά την εμμηνόπαυση. Το δείγμα είναι μικρό, αλλά και τα ελληνικά δεδομένα δεν φαίνονται να είναι διαφορετικά (Δανέζης, 1974). Έχει παρατηρηθεί μάλιστα αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα σε ορισμένες γυναίκες μετά την κλιμακτήριο σαν μια προσπάθεια να δείχθει ότι δεν «έχουν κλείσει ακόμα οι πόρτες» (Αναστάσιος Σ. Δοντάς, Αθήνα, 1981).

Ωστόσο δεν είναι λίγες οι ηλικιωμένες που νιώθουν αμφιβολία για το αν είναι «σωστό» να έχουν έντονες σεξουαλικές ανάγκες.

Σε ένα παραδοσιακό ζευγάρι η γυναίκα αντιδρά διαφορετικά από τον άνδρα στην σεξουαλική προσέγγιση. Για την διέγερσή της είναι απαραίτητη η τρυφερότητα και τα χάδια. Τα προκαταρκτικά παιχνίδια την οδηγούν σε πιο ολοκληρωμένη διέγερση και είναι πιο σημαντικά από την ίδια την σεξουαλική πράξη (Ρόμπερτ Κάστενμπαουρ, Αθήνα, 1982).

### **1.2.α Μεταβολές στην σεξουαλική συμπεριφορά**

Οι γυναίκες οι οποίες έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, συνήθως έχουν καλύτερη υγεία και λιγότερες πρακτικές δυσκολίες από τους άνδρες. Εντούτοις, συχνά εγκαταλείπουν την σεξουαλική δραστηριότητα πρόωρα για οργανικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς λόγους. Οι γυναίκες των πόλεων διατηρούν την σεξουαλικότητά τους σε ανώτερα επίπεδα σε σύγκριση με τις γυναίκες των χωριών (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).

Οι σημαντικότερες σωματικές μεταβολές στην γυναίκα συμβαίνουν με την εμμηνόπαυση, που συνοδεύεται από την αναστολή παραγωγής οιστρογόνων. Σήμερα όμως έχει αποδειχθεί ότι η παύση της αναπαραγωγικής ικανότητας δεν επηρεάζει την σεξουαλική δραστηριότητα. Ωστόσο η έλλειψη οιστρογόνων, η μείωση της ύγρανσης και η λέπτυνση του βλεννογόνου του κόλπου μπορεί να προκαλέσει μικρές ρήξεις και μικρές αιμορραγίες ή άλλες διαταραχές.

Πιο συγκεκριμένα τα τοιχώματα του κόλπου γίνονται πιο λεπτά και πιο ωχρά, ενώ χάνουν την ελαστικότητα και την



τραχεία υφή τους, η ύγρανση του κόλπου κατά την διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης επέρχεται βραδύτερα και η έκκριση των υγρών είναι λιγότερο έντονη. Το γεγονός αυτό καθιστά τις επαφές επώδυνες (δυσπαρευνία) και μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό της ουροδόχου κύστεως (Herant, Katchadoudian, M.d., Ιούνιος, 1993).

Τα προβλήματα αυτά τα οποία συνήθως εμφανίζονται μετά τα πενήντα και αργότερα, μπορούν να προληφθούν με μια θεραπεία αναπλήρωσης με οιστρογόνα είτε να μετριαστούν με την χρήση κατάλληλου λιπαντικού.

Και το σπουδαιότερο, όσο πιο δραστήρια σεξουαλικά παραμένει μια γυναίκα, τόσο λιγότερο επίπονες και ενοχλητικές γίνονται οι μεταβολές αυτές. φαίνεται πως υπάρχει μια στενή σχέση ανάμεσα στην μείωση της συχνότητας συνουσίας και στην ελάττωση του επιπέδου των οιστρογόνων, αν και ο μηχανισμός που προκαλεί την εξέλιξη αυτή δεν είναι γνωστός με ακρίβεια (Herant, Katchadoudian, M.d., 1993).

Όσον αφορά το θέμα του οργασμού η ικανότητα επίτευξής του δεν επηρεάζεται, παρόλο που μερικές γυναίκες αναφέρουν επώδυνες συσπάσεις της μήτρας κατά τον οργασμό (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Η φάση του οργασμού γίνεται πιο ήπια και υπεραιμία στις πτυχές των χειλέων είναι λιγότερο εμφανής. Κατά τις φάσεις του οργασμού και της λύσης της διέγερσης ο κόλπος της γυναίκας συμπεριφέρεται όπως και το πέος του ηλικιωμένου άνδρα: οι σπασμοί του οργασμού είναι λιγότεροι και μικρότερης έντασης, και η λύση της διέγερσης έρχεται πιο απότομα. Τέλος το στήθος χάνει την ικανότητά του να αυξάνεται σε όγκο, όμως η στύση των θηλών παραμένει (Brackett, Bloch & Aboe, 1994).

Παρά τις δυσχέρειες συνθήκες που συνοδεύουν την σεξουαλική λειτουργία της ηλικιωμένης γυναίκας και την καθιστούν πιο ευάλωτη αναφορικά με την προχωρημένη ηλικία, η διατήρηση της ερωτικής ικανοποίησης μπορεί να επιτευχθεί εάν η ηλικιωμένη γυναίκα γνωρίσει το πρόβλημα της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και επιδιώξει την λύση του.

## 1.2.β Επιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων

Σίγουρα η ενεργητική σεξουαλική ζωή των νέων γυναικών μπορεί να μην ισχύει και για τις ηλικιωμένες, όμως η σωματική αδυναμία δεν θα πρέπει να θεωρείται ως μια απαραίτητη αιτία ακύρωσης της συνουσίας. Κάθε ασθένεια η οποία προκαλεί δυσφορία θα μειώσει την λίμπιντο και αυτό ίσως να είναι αρκετό στην τρίτη ηλικία για να σταματήσει η σεξουαλική επαφή από εκεί και ύστερα.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να αλλοιώσουν την εικόνα του σώματος αφήνοντας ουλές και σημάδια τα οποία κάνουν την ασθενή να αισθάνεται μειονεκτικά και να διστάζει να εκθέσει το σώμα της στον σύντροφό της. Η μαστεκτομή για τον καρκίνο είναι ευρέως αναγνωρισμένη ως έναν ανησυχητικό παράγοντα για την σεξουαλική επαφή. Σύμφωνα με τον Followfield (1986), ο ακρωτηριασμός δεν είναι η αιτία: αυτό που έχει δημιουργήσει το ψυχολογικό τραύμα είναι η εμφάνιση μιας τόσο σοβαρής ασθένειας. Τελικά, το χειρουργείο όπως και κάθε άλλη εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να διαταράξει την στενή σχέση του ζευγαριού τόσο που η συνέχιση της σεξουαλικής ζωής παύει να υφίσταται. Η αρρώστια μπορεί να αλλάξει την «δυναμική» της σχέσης και ο σύζυγος να χάσει τον ρόλο του εραστή και να μετατραπεί σε νοσοκόμο (Kellet, J.M., Ιούνιος, 1991).

Οι ελάχιστες μελέτες που αναφέρονται στα οργανικά αίτια των σεξουαλικών δυσλειτουργιών της ηλικιωμένης γυναίκας, αφορούν γυναίκες με νευρολογικές παθήσεις όπως κακώσεις του νωτιαίου μυελού, πολλαπλή σκλήρυνση, νευροπάθεια από σακχαρώδη διαβήτη. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι βλάβες στον ανώτερο κινητικό νευρώνα προκαλούν αδυναμία ύγρανσης του κόλπου, με διατήρηση όμως όλων των συνοδών φαινομένων της σεξουαλικής διέγερσης. Σε βλάβες στον κατώτερο κινητικό νευρώνα οι μεταβολές στα γεννητικά όργανα διατηρούνται, εκτός της αισθητικότητας βέβαια.

Πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο και στην γυναίκα της αιματικής ροής στον κόλπο και την κλειτορίδα. Ιδιαίτερα η κλειτορίδα φαίνεται ότι έχει δομή και

λειτουργία παρόμοια με τα σπυραγγώδη σώματα του πέους, ενώ η ύγρανση του κόλπου είναι απότοκος αυξημένων αιματικών ροών στον κόλπο. Έτσι εξηγούνται τα υψηλά ποσοστά δυσλειτουργιών σε γυναίκες με αγγειοπάθειες, καρδιακά νοσήματα, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη (προκαλεί τόσο αγγειοπάθειες όσο και νευροπάθειες). Φαίνεται δηλαδή ότι τα ίδια νοσήματα συνδέονται με σεξουαλικές δυσλειτουργίες τόσο σε γυναίκες όσο και σε άνδρες (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Άλλες ασθένειες που επιδρούν στην σεξουαλική συμπεριφορά της γυναίκας εξαιτίας ψυχολογικών και οργανικών παραγόντων και μειώνουν την κινητικότητα των ηλικιωμένων γυναικών είναι εκτός των άλλων: το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το Parkinson, η οστεοαρθρίτιδα και τα εγκεφαλικά (Kellet, J.M., Ιούνιος, 1991).

Τα χρόνια νοσήματα έχουν πολλαπλές επιδράσεις στην ζωή των ηλικιωμένων γυναικών, μια εκ των οποίων είναι και η αίσθηση ότι χάνουν την σεξουαλικότητά τους. Αυτή η αδυναμία εκτός από την ηλικιωμένη γυναίκα επεκτείνεται και στον σύντροφό της μετατρέποντας την συντροφική ερωτική σχέση σε μια σχέση εξάρτησης στην οποία το σεξ δυστυχώς τείνει να εκλείψει.

### **1.2.γ Σεξουαλικές διαταραχές**

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες στην γυναίκα περιλαμβάνουν μείωση ερωτικής επιθυμίας και σεξουαλικής διέγερσης, μείωση ύγρανσης του κόλπου, μείωση της αισθητικότητας της κλειτορίδας και του κόλπου, πόνο κατά την επαφή (δυσπαρευνία) και αδυναμία επίτευξης οργασμού (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Μια από τις πιο συνηθισμένες μορφές σεξουαλικής διαταραχής είναι η αναστολή της σεξουαλικής επιθυμίας που εκδηλώνεται, με την συνεχή και φανερή έλλειψη ενδιαφέροντος για σεξ. Οι διαταραχές του σεξουαλικού ερεθισμού ίσως να οδηγούν σε ανεπαρκή κολπική έκκριση για τις γυναίκες. Η γυναίκα ίσως νιώθει ανεξήγητη καθυστέρηση ή ανικανότητα να

φτάσει σε οργασμό παρά την φυσιολογική σεξουαλική διέγερση. Η επώδυνη συνουσία είναι πιο συνηθισμένο φαινόμενο στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες. Συνήθως προκαλείται από τον σπασμό των μυών που περιβάλλουν το στόμιο του κόλπου και μπορεί να οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες. Μια γυναίκα με τέτοιο πρόβλημα είναι ικανή για σεξουαλική επαφή, που όμως την συνοδεύει σημαντική ταλαιπωρία. Σε ακραίες περιπτώσεις ο μυϊκός σπασμός του στομίου του κόλπου (κολεοσπασμός) είναι τόσο έντονος, που καθιστά αδύνατη την είσοδο του πέους (Herant, Katchadoudian, M.d., 1993).

Δυστυχώς τα δεδομένα είναι ελάχιστα, γεγονός που εξηγείται από δυο βασικούς παράγοντες: την κοινωνική προκατάληψη και τις περιορισμένες θεραπευτικές δυνατότητες.

Οργανικά προβλήματα είναι πιθανότερο να πλήξουν τους ηλικιωμένους άνδρες παρά τις γυναίκες αφού αυτοί παρουσιάζουν σοβαρότερα προβλήματα υγείας και κάνουν μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων που καθιστά πιθανότερη την εμφάνιση σεξουαλικών διαταραχών. Οι σεξουαλικές διαταραχές στις γυναίκες οφείλονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε ψυχολογικά αίτια παρά σε οργανικά.

Οι γυναίκες τοποθετούνται στην θέση ενός απλού οργάνου, ενώ ο άνδρας κρατά για τον εαυτό του τον κυρίαρχο ρόλο στην σεξουαλική επαφή.

Οι γυναίκες από την άλλη επιθυμούν να διεκδικούν όλο και πιο πολύ τον έλεγχο του εαυτού τους αποφεύγοντας την εξάρτηση από ρομαντικά ή σεξουαλικά ερεθίσματα.

Οι γυναίκες που παραμελήθηκαν ή κακοποιήθηκαν από τους άνδρες τους για πολλά χρόνια στο παρελθόν, βρίσκουν τώρα στην προχωρημένη ηλικία, την ευκαιρία να τους το ανταποδώσουν και να τους εκδικηθούν. Καμιά φορά η γυναίκα μπορεί να αρνηθεί να κοιμηθεί με τον σύζυγό της προφασιζόμενη προβλήματα υγείας, πόνους κατά την συνουσία, έλλειψη ερωτικής επιθυμίας ή κάποια άλλη δικαιολογία.

Αν ο σύζυγος συνουσιάζεται μαζί της παρακινούμενος για την εκτόνωση των δικών του σεξουαλικών

αναγκών, με βαρετό και τυπικό τρόπο που καθιστά την συνουσία μονότονη για την γυναίκα, τότε εκείνη μετατρέπεται σ' ένα άψυχο σώμα και εκείνος δεν καταφέρνει να διεγερθεί σεξουαλικά.

Οι γυναίκες εκείνες οι οποίες έζησαν μια δραστήρια και έντονη σεξουαλική ζωή έχουν λιγότερες πιθανότητες από τους άνδρες να υποστούν σεξουαλικές διαταραχές κατά την μέση και κατ' επέκταση στην τρίτη ηλικία. Μόνο μια μικρή μειονότητα (1 στις 10 περιπτώσεις) παρουσιάζει στην περίοδο της εμμηνόπαυσης μείωση της ερωτικής επιθυμίας και απώλεια της σεξουαλικής ανταπόκρισης.

Οι γυναίκες, είναι πιθανόν να υποφέρουν από νοσήματα που αντανακλούν στην σεξουαλική τους διάθεση και απόδοση. Όμως η σεξουαλική ζωή μιας γυναίκας επηρεάζεται από μια πληθώρα παραγόντων όπως τα προβλήματα του συζύγου, οι διακυμάνσεις του γάμου της και των διαπροσωπικών της σχέσεων ή από την έλλειψη ενός ερωτικού συντρόφου της αρεσκείας της (Herant, Katchadoudian, M.d., 1993).

### **1.2.δ Αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών**

Οι δυνατότητες αντιμετώπισης των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στην ηλικιωμένη γυναίκα είναι μηδαμινές και ουσιαστικά εμπειρικές, όπως η χρησιμοποίηση λιπαντικών μέσων σε περιπτώσεις ξηρότητας του κόλπου. Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης μετά την κλιμακτήριο φαίνεται να περιορίζει τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες, αφού από την μια μειώνει την εμφάνιση ατροφικών στην ψυχολογία της γυναίκας (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

Σύμφωνα με τον Kellet, J.M. (1991), η δυσπαρευνία είναι πιθανόν να προκαλείται, όσο αυξάνεται η ηλικία. Η βοήθεια θα πρέπει να περιλαμβάνει μια ευρεία σωματική εξέταση, συμπεριλαμβανομένου της πίεσης του αίματος, της μεταβολής του σφυγμού, των περιφερειακών σφυγμών και του ελέγχου των γεννητικών οργάνων καθώς επίσης και της ψηλάφησης τους.

Πάνω από όλα όμως τονίζει την ανάγκη συμβουλευτικής υποστήριξης της ηλικιωμένης γυναίκας για τις σωματικές αλλαγές της ηλικίας της έτσι ώστε να αισθάνεται άνετα όταν είναι γυμνή, καθώς και το πώς θα προσαρμόσουν ως ζευγάρι την σεξουαλική τους επαφή, έτσι ώστε η συνουσία να μην είναι πια το μοναδικό μέσο της σεξουαλικής τους απελευθέρωσης.

Για την γυναίκα προτείνει την χρήση κολπικών λιπαντικών που μειώνουν τον πόνο αν και πολλές προτιμούν την πιο ριζική αλλαγή που επιφέρουν τα οιστρογόνα τα οποία αντιμετωπίζουν εμμηνοπαυσιακή κολπική ατροφία ή μια συστηματική αναπλήρωση ορμονών με το πλεονέκτημα πρόληψης της οστεοπόρωσης (Kellet, J.M., U.K., 1991).

Πιλοτικές μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι τόσο η *σιλδεναφίλη* όσο και η *φαιντολαμίνη* μπορούν να βελτιώσουν την ξηρότητα του κόλπου, προφανώς αυξάνοντας την αιματική παροχή στον κόλπο και την κλειτορίδα. Οι θεραπευτικές αυτές δυνατότητες εφόσον τεκμηριωθούν, θα συμβάλλουν τα μέγιστα όχι μόνο θεραπευτικά, αλλά και στην έρευνα της φυσιοπαθολογίας των σεξουαλικών διαταραχών στις γυναίκες (Αναστασία Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αθήνα, 1999).

## **2. Παράγοντες που επηρεάζουν την σεξουαλική λειτουργία των ηλικιωμένων**

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την σεξουαλική λειτουργία των ηλικιωμένων είτε αρνητικά είτε θετικά είναι πολυδιάστατοι. Ενδεικτικά τέτοιοι παράγοντες είναι: η έλλειψη συντρόφου, η βιολογική κατάσταση των δύο ερωτικών συντρόφων, η ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκονται, η ποιότητα των σχέσεων, οι πολιτιστικοί παράγοντες, η κοινωνικοοικονομική κατηγορία στην οποία ανήκει ο ηλικιωμένος και τέλος οι θρησκευτικοί και ηθικοί περιορισμοί που μπορεί να δημιουργήσουν κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα.

### **A) Βιολογικοί παράγοντες**

Οι βιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να οφείλονται στις φυσιολογικές αλλαγές της ηλικίας λόγω της επίδρασης των ασθενειών, της φαρμακευτικής αγωγής και ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής (Kellet, J.M., U.K., 1991).

Σημαντικότερες από τις σωματικές διαταραχές είναι: η αρτηριοσκλήρυνση, εκφυλιστικές παθήσεις των αρθρώσεων, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, ο υπερθυρεοειδισμός, η νόσος του Parkinson, η αρθρίτιδα, οι καρδιαγγειακές παθήσεις (στεφανιαία νόσος, μετεγχειρητική των στεφανιαίων αγγείων, θρομβώσεις κάτω άκρων), νευρολογικά νοσήματα, κακώσεις, ατυχήματα, διαταραχές ορμονικού τύπου (π.χ. της υπόφυσης) έχουν την αντανάκλασή τους στην σεξουαλικότητα. Ακόμη και μερικά συμπτώματα ή φόβοι π.χ. πόνος στο στήθος ή φόβος μιας επερχόμενης καρδιακής προσβολής μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην σεξουαλική συμπεριφορά. Ωστόσο άμεσος θάνατος κατά ή μετά την συνουσία είναι σπάνιο φαινόμενο. Σε περίπτωση εγχείρησης προστάτη αν ο όγκος είναι καλοήθης, η εγχείρηση σπάνια θα προκαλέσει ανικανότητα, ενώ οι εγχειρήσεις καρκίνου προκαλούν ανικανότητα κατά 50%-60%. Μερικοί τύποι καρκίνου προκαλούν αναιμία, ανορεξία, μυϊκή απώλεια, νευρολογικές και άλλες διαταραχές ενώ η εγχείρηση

επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση (π.χ. αφαίρεση στήθους). Με άλλα λόγια υπάρχουν φυσιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις των ασθενειών στην σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).

Ένας άλλος βιολογικός παράγοντας είναι οι ορμόνες οι οποίες παρέχουν την απαραίτητη αλλά ανεπαρκή βάση της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Στον άνθρωπο η επίδραση των ορμονών εξαρτάται σημαντικά από ψυχολογικές μεταβλητές. Εάν υπάρχει πτώση της ορμονικής λειτουργίας ίσως να συνδέεται με την μείωση της συχνότητας της σεξουαλικής δραστηριότητας που έρχεται με το γήρας (Herant, Katchadoudian, M.d., 1993).

## **B) Φαρμακευτική αγωγή**

Η κακή υγεία συνήθως συνοδεύεται και με την χορήγηση ορισμένων φαρμάκων όπως αντιυπερτασικά, καρδιοπηκτικά, ενζυματικά – αντιόξινα στομάχου, διουρητικά, αντιφλεγμονώδη, αντιανδρογόνα, αντιεπιληπτικά, υπνωτικά, κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, κυτταροστατικά μπορεί να επηρεάσουν την σεξουαλική ζωή ιδιαίτερα των ανδρών (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).

Μια έρευνα (Lanset, 1988) έδειξε ότι 60% των ηλικιωμένων ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή, οι περισσότεροι από τους οποίους για καρδιαγγειακά προβλήματα και 40% από αυτούς άνω των 80 έπαιρναν διουρητικά, τα οποία συγκεκριμένα είναι πιθανόν να προκαλέσουν αποτυχία ερεθισμού.

Σύμφωνα με τον Morgan (1988) βρέθηκε ότι το 16% των ατόμων άνω των 65 ετών βρίσκονταν σε ανάγκη λήψης αυξανόμενης φαρμακευτικής αγωγής με το πέρασμα της ηλικίας. Το 85% έπαιρνε υπνωτικά και ηρεμιστικά τα οποία παρεμποδίζουν την σεξουαλική κορύφωση στην γυναίκα (Riley & Riley, 1986) και πιθανόν στους άνδρες.



Άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα έχουν διάφορες επιδράσεις στην σεξουαλική λειτουργία. Ωστόσο, τα περισσότερα φάρμακα που δίδονται στους ηλικιωμένους ασθενείς καταστρέφουν την σεξουαλική λειτουργία. Ασθενείς του Parkinson οι οποίοι λαμβάνουν L-dopa εμφανίζουν αύξηση της ερωτικής επιθυμίας (Hyppra et al, 1970) που μπορεί να διαταράξει το γάμο αν το ζευγάρι δεν έχει προειδοποιηθεί για τις παρενέργειες.

Η έμφαση που δίδεται εδώ πάνω στα συνταγογραφημένα φάρμακα δεν πρέπει να μας κάνει να αγνοήσουμε το γεγονός ότι οι πιο συχνές φαρμακολογικές αιτίες της σεξουαλικής αποτυχίας είναι το αλκοόλ και ο καπνός (Kellet, J.M., U.K., 1991).

Εντούτοις, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλοί ηλικιωμένοι είναι υγιείς, ενεργοί και ανεξάρτητοι. Οι βιολογικοί παράγοντες δεν είναι από μόνοι τους αρκετοί για να εξηγήσουν μια πτώση στην σεξουαλική δραστηριότητα και τα αυξανόμενα σεξουαλικά προβλήματα μεταξύ των ηλικιωμένων. Επομένως οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες εξετάζονται ως συμβάλλοντας ρόλος.

### **Γ) Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες**

Στην κοινωνία μας επικρατεί το πρότυπο της νεότητας δηλαδή η ελκυστικότητα είναι συνώνυμο της ομορφιάς και κυρίως της εξωτερικής. Αυτό φαίνεται να έχει γίνει κοινή πεποίθηση και των ηλικιωμένων, με αποτέλεσμα να ντρέπονται να εκφράσουν ότι έχουν σεξουαλικές ορμές, διότι φοβούνται την αντίδραση του περιβάλλοντος και ιδιαίτερα των παιδιών τους (Debora Demeyer, Missouri – Kansas/city, 1998).

Στις περιπτώσεις που ο ηλικιωμένος άνδρας δείχνει φανερό σεξουαλικό ενδιαφέρον αντιμετωπίζει το κοινωνικό στίγμα του «πορνόγερου». Ο φόβος της γελοιοποίησης και αποδοκιμασίας μπορεί να γεμίσει την σεξουαλική επιθυμία με συγκρούσεις. Η κοινωνική πίεση σε συνδυασμό με την σταδιακή βιολογική φθορά είναι πιθανόν να οδηγήσει σε ανικανότητα. Ο ηλικιωμένος επιζητώντας τον σεβασμό από την κοινωνία και θέλοντας να τον διατηρήσει μπορεί να παραιτηθεί

από μια δραστήρια σεξουαλική ζωή, είτε θεληματικά είτε από ανικανότητα (Ρόμπερτ Κάστενμπαουρ, Αθήνα, 1982).

Επίσης στα 2/3 των σημερινών κοινωνιών θεωρείται ακόμα πιο κατακριτέο η έκφραση σεξουαλικότητας από την μεριά των ηλικιωμένων γυναικών. Σύμφωνα με το Winn και Newton (1982) τα 2/3 των κοινωνιών (106 πολιτιστικές ομάδες) αρνήθηκαν την μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας των ανδρών ενώ αντίθετα το 80% των γυναικών δήλωσε μείωση της γυναικείας σεξουαλικής δραστηριότητας. Οι ηλικιωμένες γυναίκες, πιο συγκεκριμένα, θεωρούνται περισσότερο κατακριτέες ως προς την έκφραση της σεξουαλικότητας και ακόμα θεωρούνται από την κοινωνία λιγότερο ελκυστικές (J.M. Kelleet, U.K., 1991). Η γυναίκα βιώνει μια σεξουαλική ανία η οποία τροφοδοτείται από το γεγονός ότι παραβλέπει την ανάγκη διατήρησης σεξουαλικών ενδιαφερόντων όπως στα πρώτα χρόνια του γάμου της: η ευθύνη των παιδιών, οι υποχρεώσεις καριέρας και οι κοινωνικές δραστηριότητες λειτουργούν σε βάρος της σεξουαλικής.

Το πέρασμα των χρόνων συνδέεται με μεγαλύτερη απάθεια και λιγότερη προθυμία στην ανάληψη ρίσκων, με αποτέλεσμα οι άνδρες να κάνουν λιγότερη προσπάθεια να βρουν καινούριες συντρόφους, και τα δύο φύλα εμφανίζονται έτοιμα να δεχτούν την σεξουαλική αποχή (J.M. Kelleet, U.K., 1991).

Η έλλειψη συντρόφου αποτελεί τον σημαντικότερο λόγο σεξουαλικής αποχής στις ηλικιωμένες γυναίκες.

Υπάρχει όμως σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαζευγμένες και τις χήρες. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαζευγμένες έχουν διπλάσιες πιθανότητες από τις χήρες να συνάψουν σεξουαλική σχέση (ποσοστό 82% και 42% αντίστοιχα), αλλά μετά τα 50 η διαφορά αυτή μειώνεται. Παρόλο που το διαζύγιο, όσο και η χηρεία συνεπάγονται την απώλεια του συζύγου, διαφέρουν ποιοτικά ως προς τις συνθήκες που προηγούνται και έπονται το τέλος του γάμου (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993).

Η αυστηρή θρησκευτική ή ηθική ανατροφή μπορεί να δημιουργήσει ψυχολογικό πρόβλημα. Ένα άτομο μπορεί να

γίνει θύμα της άγνοιάς του επειδή θα ντραπεί να συζητήσει τα σεξουαλικά ζητήματα με ένα γιατρό ή έναν σύμβουλο. Πολλές φορές μπορεί να αυτός ο παράγοντας να συντελέσει στον περιορισμό της συχνότητας των σεξουαλικών επαφών ή ακόμα και στην σεξουαλική αποχή (Debora Demeter, Missouri – Kansas/city, 1998).

Αντίθετα στον άνδρα η σεξουαλική πλήξη προέρχεται από τον περιορισμό σε μια σεξουαλική σύντροφο, με αποτέλεσμα να χάνει την αποτελεσματικότητα των σεξουαλικών διεγερτικών του ικανοτήτων, παρά την υπάρχουσα επιθυμία και συνειδητή προσπάθεια (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).

Ενίοτε η σεξουαλική δραστηριότητα εμποδίζεται και διαταράσσεται από ψυχολογικούς παράγοντες, ένας εκ των οποίων είναι και η ηλικία. Το άγχος και η κατάθλιψη από οποιαδήποτε αιτία έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην σεξουαλική επιθυμία και απόδοση.

Επαγγελματικές απογοητεύσεις, η συνταξιοδότηση, οικονομικά προβλήματα, απώλεια γοήτρου, χαμηλή αυτοεκτίμηση και ο αγώνας της καθημερινότητας δημιουργούν φραγμούς στον σεξουαλικό τομέα.

Η απομάκρυνση των παιδιών δίνει στο ηλικιωμένο ζευγάρι την ευκαιρία για μια νέα σεξουαλική προσέγγιση και απελευθέρωση, όμως σε έναν αποτυχημένο γάμο κάτι τέτοιο ίσως να μην αποτελεί χαρμόσυνη προοπτική (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993).

Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι οι γυναίκες διστάζουν να έχουν επαφές με τον σύζυγο που πάσχει από στυτική δυσλειτουργία για να μην θίξουν τον ήδη πληγωμένο εγωισμό του (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999).

Οι γυναίκες, κυρίως είναι ευάλωτες στην απώλεια ενός σταθερού σεξουαλικού συντρόφου ή του συζύγου. Επίσης, προβλήματα υγείας ή άλλοι παράγοντες που επιδρούν στην ερωτική επιθυμία και την ικανότητα του συζύγου μπορεί να καταστρέψουν την σεξουαλική ζωή τη γυναίκας, αφού ελάχιστες μεσήλικες και ηλικιωμένες, συνάπτουν έναν

εξωσυζυγικό δεσμό (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993).

### **3. Επιπτώσεις της σεξουαλικής ζωής των ηλικιωμένων στην σωματική και ψυχική τους υγεία**

Η σεξουαλικότητα είναι σημαντική για πολλά ηλικιωμένα άτομα. Οι υπερήλικες βλέπουν συχνά την σεξουαλικότητα ως έκφραση του πάθους, της αγάπης, του θαυμασμού, της πίστης και ως ανανέωση του ρομαντισμού μέσα στην σχέση. Αποτελεί μια γενική επιβεβαίωση της ζωής, έκφραση χαράς και μιας συνεχόμενης ευκαιρίας για αύξηση των ερωτικών τους εμπειριών. Επιπλέον, η σεξουαλική δραστηριότητα είναι ένας τρόπος για τους ηλικιωμένους να διαπιστώσουν την οργανική τους λειτουργία, να διατηρήσουν μια ισχυρή αίσθηση της ταυτότητάς τους, να καθιερώσουν την αυτοπεποίθησή τους καθώς και να αποτρέψουν την καταθλιπτική διάθεση. Η δημιουργία σεξουαλικών σχέσεων μπορεί να αποτρέψει την μοναξιά και την απομόνωση (The Merck manual of geriatrics, chapter IV).

Η ανάγκη να διατηρήσουν ή ακόμη και να αναζητήσουν μια ερωτική σχέση, τους υποχρεώνει να φροντίζουν το σώμα τους. Οι σύγχρονες μέθοδοι διαιτητικής και σωματικής αγωγής, οι ορμονικές θεραπείες, καθώς και οι δυνατότητες της πλαστικής χειρουργικής συμβάλλουν σε αυτήν την διατήρηση. Ωστόσο όμως η διατήρηση των σεξουαλικών σχέσεων έχει ακόμα πιο ευεργετικά αποτελέσματα επειδή φωτίζει και αναζωογονεί την ψυχική ζωή καθώς εξισορροπεί την σχέση με το άλλο φύλο (Ελληνική Παιδεία Α.Ε., Αθήναι).

*«Μια και μόνο ερωτική επαφή το μήνα μπορεί να ανανεώσει τρεις, τέσσερις ή πέντε δεκαετίες οικειότητας»  
(Ρόμπερτ Κάστενμπάουρ, Αθήνα, 1982, σελ. 83).*

Καθένας από τους δύο κατηγορεί τόσο την αίσθηση ότι είναι επιθυμητός όσο και την ταυτότητα του σεξουαλικά

ζωντανού ατόμου. Η επιβίωση της αισθησιακής επίγνωσης κάνει το άτομο πιο ζωντανό και ελκυστικό σε πολλές διαπροσωπικές σχέσεις, όχι μόνο τις σεξουαλικές. Επιπλέον το βοηθάει να αποφύγει την πλήξη που συνδέεται καμιά φορά με τα γηρατειά (Ρόμπερτ Κάστενμπάουρ, Αθήνα, 1982).

*«Πιο ευτυχισμένα είναι τα ηλικιωμένα ζευγάρια που κάνουν έρωτα τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα» (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999, σελ. 369).*

Έρευνες που παρουσιάστηκαν σε διεθνή συνέδρια δίνουν πληροφορίες για τις επιπτώσεις της σεξουαλικής ζωής στην διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Η ερωτική συνεύρεση είναι το καταλληλότερο αντίδοτο για την κατάθλιψη και τις νευρώσεις. Ολόκληρο το ανθρώπινο σώμα σε αυτή την ηλικία επωφελείται από την ερωτική εμπειρία. Οι αρθρώσεις, το μυϊκό σύστημα, οι αρτηρίες, οι πνεύμονες και το δέρμα. Το σεξ παρεμποδίζει την υπέρταση των γυναικών, διευρύνει τους βρόγχους των ασθματικών και το σπουδαιότερο φτιάχνει την διάθεση του ανθρώπου και, έστω σε αυτή την ηλικία τον χαρακτήρα του. «Οι σεξουαλικά ενεργοί παντρεμένοι άνδρες είναι πιο ευτυχισμένοι στα 60 τους χρόνια παρά στα 20 τους που έκαναν έρωτα ως εργένηδες με την μια και την άλλη γυναίκα» (Ηρα Εμκε – Πουλοπούλου, Αθήνα, 1999, σελ. 370).

Συμπερασματικά, η σεξουαλική ζωή στην τρίτη ηλικία αποτελεί μια «τονωτική ένεση» συντελώντας στην καλή σωματική και ψυχική υγεία, η οποία στα προχωρημένα χρόνια ακολουθεί φθίνουσα πορεία.

#### 4. Διατήρηση της σεξουαλικότητας στους ηλικιωμένους

Πρωταρχική προϋπόθεση για την φροντίδα και την διατήρηση της σεξουαλικότητας στην μέση και κατ' επέκταση στην τρίτη ηλικία, είναι ένα υγιές και σφριγηλό σώμα. Παρόλο που η δραστήρια σεξουαλική ζωή είναι εφικτή ακόμα και όταν υπάρχει κάποια σοβαρή χρόνια πάθηση, σε έναν ασθενή οργανισμό επέρχεται μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Εξίσου σημαντική είναι η φροντίδα και η ανανέωση των προσωπικών μας σχέσεων με τον ερωτικό μας σύντροφο. Παρόλο που οι φυσιολογικοί παράγοντες αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία καθώς ο άνθρωπος γερνάει, τελικά, οι καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας της σεξουαλικής ζωής είναι οι ανθρώπινοι συναισθηματικοί δεσμοί (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993).

Όταν οι γυναίκες στην μέση ηλικία παρουσιάζουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης που οφείλονται στην απότομη μείωση των οιστρογόνων των ωοθηκών, η λογική θεραπεία είναι η αναπλήρωση των ορμονών αυτών. Η ισχύουσα ιατρική αντίληψη θεωρεί ότι η αναπλήρωση των οιστρογόνων είναι πολύτιμη για τις γυναίκες, θα πρέπει να γίνεται με τις μικρότερες δυνατές ποσότητες ορμονών, να διαρκέσει όσο το δυνατόν λιγότερο και να γίνεται υπό ιατρική παρακολούθηση. Τα οιστρογόνα χορηγούνται είτε από το στόμα, υπό μορφή χαπιών, είτε υπό την μορφή τοπικών αλοιφών του κόλπου. Αν κριθεί απαραίτητο, μπορεί να συνοδεύονται και από την χρήση λιπαντικών του κόλπου για να αντιμετωπιστεί έτσι και το πρόβλημα της ξηρότητάς του κατά την συνουσία.

Ο άνδρας δεν έχει ανάγκη από αναπλήρωση ορμονών εκτός αν έχει χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων. Κάτι τέτοιο όμως παρατηρείται σε ελάχιστο ποσοστό ανδρών (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993).

Οι άνθρωποι που θέλουν να παραμείνουν σεξουαλικά ικανοί, θα πρέπει να διατηρούνται σεξουαλικά δραστήριοι. Άνδρες και γυναίκες που παραμένουν σεξουαλικά δραστήριοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να διατηρήσουν την

σεξουαλική τους ευρωστία και το ενδιαφέρον τους για το σεξ μέχρι τα γεράματα. Η συμβουλή αυτή απαιτεί την συνειδητή προσπάθεια των ζευγαριών να αυξήσουν τις ευκαιρίες να κάνουν έρωτα, αρκεί να μην τους ωθεί στην συνουσία απλώς το καθήκον για εκτόνωση των σωματικών αναγκών.

Τα άτομα που εμποδίζονται από πρακτικούς και ηθικούς περιορισμούς στο να δημιουργήσουν εφήμερους δεσμούς μπορούν να καταφύγουν στον αυτοερωτισμό που προσφέρει όχι μόνο ένα μέσο σεξουαλικής διεξόδου, αλλά και μια πηγή ερωτικής ικανοποίησης. Ο αυνανισμός είναι καμιά φορά η απάντηση στο πρόβλημα του σεξουαλικού αδιεξόδου. Υπό το πρίσμα αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως ένας τρόπος διατήρησης της σεξουαλικής ενεργητικότητας, έτσι ώστε όταν το άτομο συνδεθεί με έναν ερωτικό σύντροφο της επιλογής του, να είναι σε φόρμα (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993).

Όπως συμβαίνει και με άλλες οργανικές και ψυχολογικές λειτουργίες, το σεξ απαιτεί και αυτό από το μεταβατικό στάδιο της μέσης ηλικίας κάποιες προσαρμογές. Στις περιπτώσεις των ατόμων που είναι υγιείς και διαθέτουν έναν στοργικό και ταιριαστό σύντροφο δεν είναι δύσκολο να γίνουν οι απαραίτητες ρυθμίσεις. Απαλλαγμένο από την πίεση της απόδοσης, ένα μεσήλικο ή ηλικιωμένο ζευγάρι έχει την δυνατότητα να επιλέξει τον χρόνο, τον τόπο και τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες θα επιτύχει πιο ικανοποιητική συνουσία. Τα άτομα μαθαίνουν να κάνουν σημαντικές παραχωρήσεις ο ένας στον άλλο και να προσαρμόζουν περισσότερο την ερωτική πράξη στις ανάγκες καθενός από τους δυο (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993).

Ένας άλλος τρόπος διατήρησης της σεξουαλικότητας είναι οι εξωσυζυγικές σχέσεις. Οι ερωτικοί σύντροφοι που ζουν μαζί για πολλά χρόνια διαθέτουν αμοιβαία εμπιστοσύνη και αγάπη, ο ένας για τον άλλο. Στα πρώτα χρόνια του γάμου το σεξ είναι ένας τρόπος επίλυσης των διαφορών ανάμεσα στο ζευγάρι. Ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζουν όμως τα ζευγάρια που έχουν παραμείνει μαζί μέχρι την μέση ηλικία είναι η μονοτονία και η πλήξη που επέρχεται από την μακροχρόνια συμβίωση.

Σε μερικούς γάμους η γυναίκα καταντά να θεωρεί το σεξ ως μια προέκταση των συζυγικών της καθηκόντων. Ο σύζυγος με τη σειρά του μπορεί να βλέπει το σεξ σαν ένα τρόπο ικανοποίησης των δικών του αναγκών: εφόσον αυτός πληρώνει τα οικογενειακά έξοδα η γυναίκα οφείλει να ανταποκρίνεται στις σεξουαλικές απαιτήσεις του.

Η είσοδος ενός νέου σεξουαλικού συντρόφου στην έγγαμη ζωή θα προσθέσει ένταση και ενδιαφέρον στην μονότονη ζωή του ζευγαριού. Παραμερίζοντας τους ηθικούς παράγοντες, υπάρχουν πλεονεκτήματα στην σύναψη εξωσυζυγικών σχέσεων, όπως είναι η διάλυση της μονοτονίας, της πλήξης καθώς και η δημιουργία έντονων σεξουαλικών απολαύσεων, που εμπλουτίζουν την ερωτική ζωή του κάθε συντρόφου.

Μια εξωσυζυγική σχέση μπορεί να έχει και μειονεκτήματα. Τα άτομα που θέλουν να διατηρήσουν τον γάμο τους, με την δημιουργία ενός δεσμού είναι σίγουρο πως θα τον θέσουν σε κίνδυνο. Ακόμα, είναι γνωστό πως όταν οι εξωσυζυγικοί σύντροφοι είναι νεότεροι από το μεσήλικο ζευγάρι, το συναισθηματικό δέσιμο γίνεται εντονότερο (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993).

Η επίδραση της προχωρημένης ηλικίας στην σεξουαλικότητα ενός ατόμου δεν διαφέρει από την επίδραση που έχει η ηλικία σε άλλους τομείς της ζωής. Ενώ σε άλλες φυσιολογικές λειτουργίες η γήρανση δεν προσφέρει τίποτα, στον τομέα του σεξ τα πράγματα είναι διαφορετικά. Με το πέρασμα του χρόνου είναι εφικτό να διευρύνουμε την σεξουαλικότητα προς μια πλουσιότερη εμπειρία, η οποία θα αντισταθμίσει τα μειονεκτήματα που προκαλούνται από τις αλλαγές του κύκλου σεξουαλικής απόκρισης. Στην σεξουαλική συνεύρεση των μεσήλικων και ηλικιωμένων ζευγαριών εκλείπει ο φόβος της εγκυμοσύνης που υπάρχει στις νεότερες ηλικίες.

Με το πέρασμα των χρόνων η σεξουαλική υπόληψη του μεσήλικα άνδρα έχει εδραιωθεί και δεν χρειάζεται να αγχώνεται ή να νιώθει μειονεκτικά όταν δεν καταφέρνει να έχει ικανοποιητική στύση.



Η γυναίκα από την μέση ηλικία και έπειτα μπορεί να εγκαταλείψει την επιφυλακτικότητα, την σεμνοτυφία και συναλλαγή που χαρακτηρίζουν την σεξουαλική της συμπεριφορά στα χρόνια της νιότης. Τώρα πια μπορεί να διαλέξει έναν άνδρα για τον εαυτό της και όχι «έναν πατέρα για τα παιδιά της». Είναι ευκαιρία να εγκαταλείψει το παλιό αυτό προσωπείο για μια πιο ανοιχτή και ελεύθερη έκφραση του εαυτού της. Η μεταμόρφωση αυτή θα την βοηθήσει να γίνει μια καλύτερη ερωτική σύντροφος (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993, σελ. 132).

Η ικανότητα των ανδρών και των γυναικών «να διακρίνουν πλέον την προσωπικότητα του συντρόφου τους μέσα από το σώμα του και πέρα από τα γεννητικά του όργανα, τους προσφέρει την δυνατότητα να απολαύσουν περισσότερες από τις φαινομενικά μειωμένες χαρές του έρωτα» (Herant Katchadoudian, M.D. Ιούνιος, 1993, σελ. 132).

Αυτές οι νέες προοπτικές σεξουαλικής ικανοποίησης κατά την μέση ηλικία μπορούν να αποτελέσουν την βάση για μια ικανοποιητική σεξουαλική δραστηριότητα στην τρίτη ηλικία.

## **5. Μερικές σκέψεις για τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σχετικά με το θέμα**

Βασιζόμενοι σε όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει οργανωμένη βιβλιογραφία και εκτενείς έρευνες επί του θέματος. Αυτό εξηγείται από την ύπαρξη πολλών κοινωνικών προκαταλήψεων που ευδοκούν στην χώρα μας σε σχέση με την σεξουαλικότητα και ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία. Οι ξένοι συγγραφείς έχουν επιχειρήσει να προσεγγίσουν ανοιχτά αυτό το θέμα και γι' αυτό το λόγο η μελέτη μας βασίστηκε κυρίως σε ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετικά με το θέμα ήταν ανύπαρκτος στην ελληνική βιβλιογραφία. Συνεπώς επιχειρήσαμε μέσα από έναν συνδυασμό στοιχείων από ξενόγλωσσες πηγές και δικών μας σκέψεων να προσεγγίσουμε το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα.

- Κρίνουμε απαραίτητη την εισαγωγή σεξουαλικής αγωγής στον χώρο του σχολείου, έτσι ώστε να υπάρχει ενημέρωση για τα σεξουαλικά ζητήματα, από την παιδική κιόλας ηλικία.
- Θεωρούμε σημαντικό την εξειδίκευση ενός κοινωνικού λειτουργού στη συμβουλευτική ηλικιωμένων ζευγαριών που τους απασχολούν σεξουαλικά ζητήματα.

Ο σύμβουλος ΚΛ θα πρέπει να είναι σε θέση να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να προσαρμοστούν στις φυσιολογικές αλλαγές (σωματικές – ψυχολογικές) που εμφανίζονται σε αυτήν την προχωρημένη ηλικία. Είναι βασικό να καταφέρει να διαλύσει τους μύθους που επικρατούν όπως είναι: τα άτομα της τρίτης ηλικίας δεν είναι σεξουαλικά επιθυμητά ή ικανά για σεξουαλική επαφή. Ένας βασικός τομέας στον οποίο πρέπει να εμβαθύνει ο ΚΛ είναι οι δεξιότητες επικοινωνίας των δύο συντρόφων έτσι ώστε το ζευγάρι να μπορέσει να μάθει τι δίνει

περισσότερη ευχαρίστηση και ικανοποίηση στον / την σύντροφό του.

Θα πρέπει να καταπολεμηθεί η παραπληροφόρηση που θεωρείται ένας από τους βασικούς παράγοντες συντήρησης της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να βασιστεί στην ψυχοθεραπεία στηριζόμενος στην ψυχαναλυτική θεωρία και την παρατήρηση. Θα πρέπει επίσης να είναι γνώστης της ψυχαναλυτικής ανάπτυξης του ατόμου, της ύπαρξης ψυχικών συγκρούσεων και αμυντικών μηχανισμών καθώς και της ψυχικής δομής έτσι ώστε να μπορέσουν να διευκρινιστούν οι «ιστορικές ρίζες» της δυσκολίας / δυσλειτουργίας που αντιμετωπίζει το ζευγάρι. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι συμπεριφοριστικές (Masters & Johnson), βασισμένες στην συμπεριφοριστική τροποποίηση των σεξουαλικών διαταραχών λαμβάνοντας υπόψη το σεξουαλικό ιστορικό, τις τεχνικές της ιστορικής πράξης και την επικοινωνία ανάμεσα στο ηλικιωμένο ζευγάρι.

Υπάρχουν όμως και οι εκπαιδευτικές τεχνικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο κοινωνικός λειτουργός οι οποίες περιλαμβάνουν: διαλέξεις, ημερίδες, χρήση οπτικοακουστικών υλικών ή συμβουλευτικά κ.ά.

Επίσης κρίνεται ακόμη πιο αναγκαία σήμερα η συνεργασία ανδρολόγων – γυναικολόγων με ψυχοθεραπευτές, ψυχιάτρους και κοινωνικούς λειτουργούς γιατί όπως διαπιστώνει και ο Hermann βρισκόμαστε μόλις στην αρχή της κατανόησης των αλληλοεπιδράσεων μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και σεξουαλικών δυσλειτουργιών ενώ η δυνατότητα ταυτόχρονης φαρμακευτικής παρέμβασης μπορεί να βοηθήσει την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (Riles & Athanasiadis, 1997).

Ο ρόλος των «θεραπευτών» θα πρέπει να είναι τέτοιος ώστε να αποφεύγεται η άσκηση πίεσης στους ηλικιωμένους ασθενείς για να συμβιβαστούν με τα δικά μας ιδανικά. Εξίσου θα πρέπει να αποτρέπουμε τους άλλους απ' το να καταστρέψουν την στενή τους σχέση από παρεμβολές που αγνοούν την σεξουαλικότητα του ασθενή. Οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για τους εαυτούς τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### ΕΡΕΥΝΑ

#### 1. Περίληψη – Σκοπός

Ο σκοπός της εργασίας μας είναι: να διερευνήσουμε την ύπαρξη ή μη ερωτικής επιθυμίας και σεξουαλικής δραστηριότητας των ατόμων της τρίτης ηλικίας της πόλεως των Πατρών, εξετάζοντας το θέμα σε συνάρτηση με τους κοινωνικούς, ιατρικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την σεξουαλική τους δραστηριότητα.

#### 2. Εισαγωγή

Η έναρξη της τρίτης ηλικίας τοποθετείται συνήθως μετά τα 60 χρόνια. Σήμερα το όριο αυτό θεωρείται ότι είναι τα 65 χρόνια, ενώ προβλέπεται να τροποποιηθεί στο μέλλον και να καθοριστεί στα 70.

Ο αριθμός των ατόμων της τρίτης ηλικίας συνεχώς αυξάνεται στις χώρες της Ενωμένης Ευρώπης καθώς και στην Ελλάδα, ενώ αντιστρόφως ανάλογα μειώνονται συνεχώς το ποσοστό των νέων ηλικιών. Τα ηλικιωμένα άτομα όλο και λιγότερο συμμετέχουν στις κοινωνικές διαδικασίες και αυτό οφείλεται στην παραίτησή τους από το δικαίωμά τους στην αγάπη και την τρυφερότητα μέσα από την σεξουαλική λειτουργία.

Λαμβάνοντας υπόψη διάφορες έρευνες της σεξουαλικής δραστηριότητας σε συνάρτηση με την ηλικία έχει διαπιστωθεί πως η μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας εξαρτάται από πολιτισμικούς παράγοντες παρά βιολογικούς. Η επιθυμία του σεξ πολλές φορές μειώνεται, όχι υποχρεωτικά για οργανικούς λόγους. Συνήθως ο ρόλος του σεξ σ' αυτήν την περίοδο της ζωής υποβαθμίζεται εξαιτίας της ανάπτυξης άλλων ενδιαφερόντων και μπορεί να περιοριστεί ή να διακοπεί εξαιτίας άλλων παραγόντων π.χ. ταμπού.

Επιπρόσθετοι παράγοντες περιλαμβάνουν τις σωματικές ασθένειες, την θεραπευτική αγωγή, τις ψυχολογικές αλλαγές της ηλικίας και τους κοινωνικούς παράγοντες που έχουν σχέση με την αυξανόμενη ευπάθεια που χαρακτηρίζει την τρίτη ηλικία.

### **3. Υλικό και μέθοδος**

Ο πληθυσμός της έρευνάς μας είναι τα άτομα τρίτης ηλικίας, άνδρες και γυναίκες μεταξύ 60 ετών και 80 και άνω. Το δείγμα μας αποτελείτο από 50 άτομα, 26 άνδρες (52%) και 24 γυναίκες (48%), κάτοικοι της πόλης των Πατρών.

Το δείγμα μας ήταν τυχαίο. Τα εν λόγω άτομα σύχναζαν στο Κ.Α.Π.Η. της Πάτρας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 1<sup>η</sup> Ιουνίου έως 30 Ιουνίου του 2004.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες διαφοροποιούνταν ανάλογα με το φύλο λόγω των ξεχωριστών βιολογικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών που διακρίνουν τους άνδρες από τις γυναίκες. Κατά την διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου προηγείτο ενημέρωση των ατόμων αυτών για την ανωνυμία του ερωτηματολογίου και τον σκοπό της έρευνάς μας. Το ερωτηματολόγιο δεν συμπληρώθηκε από τους ερωτηθέντες αλλά από τις σπουδάστριες της Κοινωνικής Εργασίας χρησιμοποιώντας ως εργαλείο την έρευνα.

Οι πίνακες που έχουν εξαχθεί από την βάση δεδομένων που δημιουργήθηκε είναι δύο τύπων: οι απλοί πίνακες που περιγράφουν τον αριθμό των απαντήσεων και είναι πίνακες συχνότητων και οι σύνθετοι πίνακες 2 x 2 (τετραγωνικοί) ή X x

X (πολυχωρικοί) που περιγράφουν τον αριθμό των απαντήσεων σε ένα πεδίο δεδομένου κάποιου άλλου πεδίου (π.χ. φύλο και προβλήματα υγείας). Οι απλοί πίνακες συχνότητας καλύπτουν το σύνολο των απαντήσεων και αποτελούνται από τρεις αριθμητικές στήλες:

α) η στήλη του αριθμού των απαντήσεων

β) η στήλη με τα % (δηλαδή ποσοστό επί των 50)

γ) η στήλη με τα αθροισμένα % όπου μπορούν να εξάγονται γενικευμένα συμπεράσματα ή να λαμβάνονται τα δεδομένα υποκατηγορίας σε σχέση με το σύνολο των ερωτηθέντων.

Οι σύνθετοι πίνακες καλύπτουν τα πιο σημαντικά θέματα αλλά και αυτά που είναι δυνατό να παρουσιασθούν χωρίς να κουράσουν ή χωρίς να είναι πολύ δυσνόητα. Όπου ήταν εφικτό οι απαντήσεις των ερωτήσεων στους σύνθετους πίνακες ελέγχθηκαν για την στατιστική τους σημαντικότητα με την δοκιμασία χ-τετράγωνο ( $X^2$ ). Η δοκιμασία αυτή ελέγχει την ανεξαρτησία γραμμών και στηλών σε ένα πίνακα απαντήσεων.

Πιθανότητα  $p < 0,05$  δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαίες αλλά επηρεάζονται από τις στήλες ή τις γραμμές του πίνακα.

Ανάλογα, πιθανότητα μεγαλύτερη της παραπάνω τιμής ( $p > 0,05$ ) σημαίνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι βαθμοί ελευθερίας της δοκιμασίας (B.E.) είναι απλά ένα μαθηματικό μέγεθος το οποίο είναι απαραίτητο να παρουσιάζεται μαζί με την τιμή του  $X^2$  και το  $p$ .

Οι πίνακες συχνότητας έχουν κατά βάση και ένα σχήμα.

Κάποιο πίνακες ή σχήματα μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα σημαντικά αλλά είναι αποτελέσματα της έρευνας και μπορούν να παρουσιασθούν χωρίς ιδιαίτερο σχολιασμό.

Η βάση δεδομένων που είναι έγκυρη είναι το αρχείο του SPSS (.sav) κατά συνέπεια το αρχείο του Excel που αρχικά περάστηκαν τα ερωτηματολόγια δεν ισχύει γιατί μπορεί να έχουν γίνει διορθώσεις.

## **4. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Φύλο	Ανδρας	26	52,0	52,0
	Γυναίκα	24	48,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το δείγμα είναι μοιρασμένο ανάμεσα στα δύο φύλα. Η αναλογία είναι αντίστοιχη με αυτήν του πραγματικού πληθυσμού.

**Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ηλικία	60-69 ετών	18	36,0	36,0
	70-79 ετών	29	58,0	94,0
	άνω των 80 ετών	3	6,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το μεγαλύτερο τμήμα του δείγματος αφορά τις ηλικίες 70-79 ετών. Πολύ μικρό ποσοστό αφορά ηλικίες άνω των 80 ετών.

**Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος/η	25	50,0	50,0
	άγαμος/η	1	2,0	52,0
	διαζευγμένος/η	5	10,0	62,0
	χήρος/α	19	38,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αφορά έγγαμους ή χήρους και χήρες.

**Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Μορφωτικό επίπεδο	αγράμματος/η	5	10,0	10,0
	δημοτικό	25	50,0	60,0
	γυμνάσιο	13	26,0	86,0
	λύκειο	2	4,0	90,0
	ΑΕΙ	3	6,0	96,0
	ΤΕΙ	1	2,0	98,0
	ΤΕΕ	1	2,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αφορά απόφοιτους δημοτικού.



**Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Επάγγελμα	συνταξιούχος	45	90,0	90,0
	τεχνίτης	1	2,0	92,0
	Οικιακά	4	8,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι συνταξιούχοι.

**Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Μηνιαίο εισόδημα	χαμηλό (100-299€)	3	6,0	6,0
	Μέτριο (300-599€)	27	54,0	60,0
	Υψηλό (600-1500€)	20	40,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το μηνιαίο εισόδημα της πλειοψηφίας του δείγματος ανέρχεται στα 300-600€.

**Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάσταση υγείας.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Κατάσταση υγείας	καλή	27	54,0	54,0
	μέτρια	18	36,0	90,0
	κακή	5	10,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος θεωρεί ότι έχει καλή κατάσταση υγείας.

**Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κύρια προβλήματα υγείας.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
προβλήματα υγείας	σακχαρώδης διαβήτης	8	16,0	16,0
	καρδιαγγειακά προβλήματα	6	12,0	28,0
	προστάτης	3	6,0	34,0
	άλλο	24	48,0	82,0
	κανένα	7	14,0	96,0
	Γυναικολογικά προβλήματα	2	4,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Ένα 48% του δείγματος δηλώνει προβλήματα υγείας άλλα από αυτά που αναφέρονται.

**Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την παρουσία πολλαπλών προβλημάτων υγείας.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
πολλαπλά προβλήματα υγείας	Κανένα	7	14,0
	ένα πρόβλημα υγείας	43	86,0
	δύο προβλήματα υγείας	13	26,0
	τρία προβλήματα υγείας	4	8,0

Το 86% του δείγματος δηλώνει ένα κύριο πρόβλημα υγείας. Ένα άλλο ποσοστό 26% δηλώνει δύο κύρια προβλήματα υγείας.

**Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
φαρμακευτική αγωγή	ναι	34	68,0	68,0
	όχι	16	32,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το 68% του δείγματος δηλώνει λήψη φαρμακευτικής αγωγής και το 32% όχι.

**Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης της φαρμακευτικής αγωγής.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
ηλικία έναρξης φαρμ. αγωγής	Χωρίς αγωγή	16	32,0	32,0
	30-45 ετών	1	2,0	34,0
	45-60 ετών	7	14,0	48,0
	60-75 ετών	26	52,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Σχεδόν το μισό ποσοστό του δείγματος δηλώνει έναρξη φαρμακευτικής αγωγής την ηλικία 60-75 ετών.

**Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την παρουσία πόνων στις αρθρώσεις/μύες.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
πόννοι αρθρώσεων-μυών	καθόλου	16	32,0	32,0
	λίγο	13	26,0	58,0
	μέτρια	7	14,0	72,0
	πολύ	12	24,0	96,0
	πάρα πολύ	2	4,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Μόνο το ένα τρίτο του δείγματος (32%) δηλώνουν ότι δεν έχουν αντίστοιχους πόνους.

**Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση προβλημάτων στον ύπνο.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
προβλήματα ύπνου	καθόλου	23	46,0	46,0
	λίγο	13	26,0	72,0
	μέτρια	5	10,0	82,0
	πολύ	7	14,0	96,0
	πάρα πολύ	2	4,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Η πλειοψηφία δεν δηλώνει παρουσία προβλημάτων στον ύπνο.

**Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων εκνευρισμού.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
εκνευρισμός	καθόλου	11	22,0	22,0
	λίγο	20	40,0	62,0
	μέτρια	5	10,0	72,0
	πολύ	13	26,0	98,0
	πάρα πολύ	1	2,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το 40% του δείγματος δηλώνει παρουσία εκνευρισμού.

**Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση άγχους.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Άγχος	καθόλου	14	28,0	28,0
	λίγο	14	28,0	56,0
	μέτρια	10	20,0	76,0
	πολύ	9	18,0	94,0
	πάρα πολύ	3	6,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το ένα τρίτο του δείγματος δηλώνει απουσία άγχους.

**Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μείωση μυϊκής δύναμης.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Μείωση μυϊκής δύναμης	καθόλου	16	32,0	32,0
	λίγο	9	18,0	50,0
	μέτρια	14	28,0	78,0
	πολύ	11	22,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το ένα τρίτο του δείγματος δεν δηλώνει απώλεια μυϊκής δύναμης.

**Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση κατάθλιψης.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Καταθλιπτική διάθεση	καθόλου	23	46,0	46,0
	λίγο	12	24,0	70,0
	μέτρια	9	18,0	88,0
	πολύ	6	12,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Ένα 46% του δείγματος δεν δηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης.

**Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος των ανδρών ανάλογα με την μείωση γενειάδας.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Μείωση γενειάδας	καθόλου	18	36,0	69,2
	λίγο	7	14,0	96,2
	μέτρια	1	2,0	100,0
	Σύνολο	26	52,0	
	Χωρίς απάντηση (γυναίκες)	24	48,0	
Σύνολο	50	100,0		

Σχεδόν το 70% του δείγματος δεν δηλώνει μείωση γενειάδας.

**Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος (των γυναικών) ανάλογα με την εμφάνιση κνησμού στα γεννητικά όργανα.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Κνησμος γεννητικών οργάνων	καθόλου	21	42,0	87,5
	λίγο	3	6,0	100,0
	Σύνολο	24	48,0	
	Χωρίς απάντηση (άνδρες)	26	52,0	
Σύνολο	50	100,0		

Η πλειοψηφία του δείγματος δεν δηλώνει παρουσία κνησμού.

**Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα το εάν συγκατοικούν με άλλους.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συγκατοίκηση	δεν απάντησαν	2	4,0	4,0
	σύζυγο/σύντροφο	23	46,0	50,0
	σύζυγο/σύντροφο και παιδιά	6	12,0	62,0
	μόνο παιδιά	4	8,0	70,0
	μόνος/η	14	28,0	98,0
	με άλλον	1	2,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ότι ζει μαζί με τον/την σύντροφο.

**Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος (των γυναικών) ανάλογα με το εάν έχουν υποβληθεί σε γυναικολογική επέμβαση.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Γυναικολογική επέμβαση	ναι	19	38,0	79,2
	όχι	5	10,0	
	Σύνολο	24	48,0	100,0
	Χωρίς απάντηση (άνδρες)	26	52,0	
Σύνολο	50	100,0		

Το 79% των γυναικών έχουν υποβληθεί σε γυναικολογική επέμβαση.

**Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον χρόνο που επήλθε από την αναχώρηση των παιδιών από το σπίτι.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Αναχώρηση παιδιών από το σπίτι	δεν απάντησαν	14	28,0	28,0
	μήνες-10 χρόνια	13	26,0	54,0
	πριν 11-20 χρόνια	8	16,0	70,0
	πάνω από 20 χρόνια	15	30,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι τα παιδιά τους έχουν αναχωρήσει από το σπίτι πριν από 20 χρόνια.

**Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κοινωνική τους δραστηριότητα.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Κοινωνική δραστηριότητα με σύντροφο	Χωρίς απάντηση	19	38,0
	ταξίδια	27	54,0
	ψυχαγωγία (φαγητό, θέατρο κ.α)	24	48,0
	άλλο	4	8,0
	τίποτε	5	10,0

Το μισό δείγμα δηλώνει ταξίδια και ψυχαγωγικές εξόδους σαν κοινωνική δραστηριότητα.

**Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα την άποψη τους για την σχέση σεξ και θρησκείας.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Σχέση σεξ και θρησκείας	αποφυγή - είναι ανήθικο	2	4,0	4,0
	φυσιολογική λειτουργία	10	20,0	24,0
	άλλο	38	76,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει άλλη απάντηση σχετικά με το ερώτημα αυτό.

**Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις σεξουαλικές επαφές που έχουν.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Σεξουαλικές επαφές	δεν απάντησαν	2	4,0	4,0
	ναι	33	66,0	70,0
	όχι	15	30,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Ένα ποσοστό 66% (οι δύο στους τρεις) δηλώνουν ότι έχουν σεξουαλικές σχέσεις.

**Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα των σεξουαλικών επαφών.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Συχνότητα σεξουαλικών επαφών	δεν απάντησαν	17	34,0	34,0
	σπάνια	8	16,0	50,0
	λίγες φορές	6	12,0	62,0
	συχνά	19	38,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το 38% του δείγματος δηλώνει συχνές σεξουαλικές επαφές.

**Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την έλξη για τον/την σύντροφο.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Έλξη για το σύντροφο	δεν απάντησαν	10	20,0	20,0
	λίγο	8	16,0	36,0
	μέτρια	19	38,0	74,0
	πολύ	13	26,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει μέτρια έλξη για τον/την σύντροφο.

**Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον/την ερωτικό σύντροφο.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ερωτικός σύντροφος	δεν απάντησαν	1	2,0	3,8
	σύζυγος	10	20,0	42,3
	εξωσυζυγική σχέση	9	18,0	76,9
	σύζυγος και εξωσυζυγική σχέση	4	8,0	92,3
	αποχή	2	4,0	100,0
	Σύνολο	26	52,0	
	Χωρίς απάντηση	24	48,0	
Σύνολο	50	100,0		

Αν και μεγάλο ποσοστό του δείγματος δεν απάντησε εντούτοις ένα ποσοστό 20% δηλώνει σχέσεις με τον/την σύζυγο ενώ ένα ποσοστό 26% δηλώνει και εξωσυζυγική σχέση.

**Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον κύριο τρόπο προσέγγισης του συντρόφου.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)
Προσέγγιση συντρόφου	Χωρίς απάντηση	17	34,0
	διάλογος	29	58,0
	χειρονομία	27	54,0
	άλλο	1	2,0
	Ερωτικό βλέμμα	1	2,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει τον διάλογο ως τρόπο προσέγγισης του συντρόφου.

**Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μείωση της σεξουαλικής απόδοσης.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Μείωση ικανότητας/απόδοσης	καθόλου	1	2,0	3,8
	λίγο	9	18,0	38,5
	μέτρια	5	10,0	57,7
	πολύ	11	22,0	100,0
	Σύνολο	26	52,0	
	Χωρίς απάντηση	24	48,0	
Σύνολο		50	100,0	

Μόνο το 2% του δείγματος δηλώνει ελάχιστη απώλεια της σεξουαλικής ικανότητας.

**Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος (των γυναικών) ανάλογα με την ηλικία εμμηνόπαυσης.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ηλικία εμμηνόπαυσης	40-44 ετών	5	10,0	20,8
	45-50 ετών	10	20,0	62,5
	πάνω από 50 ετών	9	18,0	100,0
	Σύνολο	24	48,0	
	Χωρίς απάντηση (άντρες)	26	52,0	
Σύνολο		50	100,0	

Ένα ποσοστό 38% του δείγματος δηλώνει σαν ηλικία εμμηνόπαυσης πάνω από τα 45 έτη.

**Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Μείωση επιθυμίας	καθόλου	15	30,0	30,0
	λίγο	9	18,0	48,0
	μέτρια	10	20,0	68,0
	πολύ	16	32,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το 70% του δείγματος δηλώνει μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας σε κάποιο βαθμό. Ένα 30% δηλώνει μηδενική μείωση της επιθυμίας.

**Πίνακας 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν επισκεφθεί ειδικό σχετικά με πιθανή σεξουαλική δυσλειτουργία.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Επίσκεψη σε ειδικό	ναί	6	12,0	12,0
	όχι	43	86,0	98,0
	δεν απάντησαν	1	2,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	

Το ποσοστό όσων έχουν επισκεφθεί ειδικό αγγίζει το 12%.

**Πίνακας 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρού που επισκέφθηκαν.**

		Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ειδικότητα ιατρού	δεν απάντησαν	43	86,0	86,0
	ψυχολόγος	2	4,0	90,0
	γυναικολόγος	2	4,0	94,0
	ανδρολόγος	3	6,0	100,0
	Σύνολο	50	100,0	



**Πίνακας 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την κατάσταση υγείας.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
Καλή	17	10	27
	65,4%	41,7%	54,0%
Μέτρια	7	11	18
	26,9%	45,8%	36,0%
Κακή	2	3	5
	7,7%	12,5%	10,0%
	26	24	50
	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 2,82$       B.E. = 2       $p > 0,05$

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην υγεία ανδρών και γυναικών.

**Πίνακας 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και το κύριο πρόβλημα υγείας.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
Σακχαρώδης διαβήτης	6	2	8
	23,1%	8,3%	16,0%
Καρδιαγγειακά προβλήματα	2	4	6
	7,7%	16,7%	12,0%
προστάτης	3	0	3
	11,5%	0,0%	6,0%
Άλλο	10	14	24
	38,5%	58,3%	48,0%
Κανένα	5	2	7
	19,2%	8,3%	14,0%
Γυναικολογικά προβλήματα	0	2	2
	0,0%	8,3%	4,0%
	26	24	50
	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 9,55$       B.E. = 5       $p > 0,05$

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο κύριο πρόβλημα υγείας ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες.

**Πίνακας 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση πόνων στις αρθρώσεις.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
Καθόλου	8 30,8%	8 33,3%	16 32,0%
Λίγο	8 30,8%	5 20,8%	13 26,0%
Μέτρια	5 19,2%	2 8,3%	7 14,0%
Πολύ	4 15,4%	8 33,3%	12 24,0%
πάρα πολύ	1 3,8%	1 4,2%	2 4,0%
	26 100,0%	24 100,0%	50 100,0%

$$X^2 = 3,23$$

$$B.E. = 4$$

$$p > 0,05$$

Δεν υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις στην ερώτηση αυτή ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες.

**Πίνακας 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση προβλημάτων ύπνου.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
Καθόλου	15 57,7%	8 33,3%	23 46,0%
Λίγο	5 19,2%	8 33,3%	13 26,0%
Μέτρια	2 7,7%	3 12,5%	5 10,0%
Πολύ	3 11,5%	4 16,7%	7 14,0%
πάρα πολύ	1 3,8%	1 4,2%	2 4,0%
	26 100,0%	24 100,0%	50 100,0%

$$X^2 = 3,09$$

$$B.E. = 4$$

$$p > 0,05$$

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές απαντήσεις για την ερώτηση αυτή ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες.

**Πίνακας 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση εκνευρισμού.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
Καθόλου	9 34,6%	2 8,3%	11 22,0%
Λίγο	9 34,6%	11 45,8%	20 40,0%
Μέτρια	4 15,4%	1 4,2%	5 10,0%
Πολύ	3 11,5%	10 41,7%	13 26,0%
πάρα πολύ	1 3,8%	0 0,0%	1 2,0%
	26 100,0%	24 100,0%	50 100,0%
$\chi^2 = 11,16$	B.E. = 4		$p < 0,05$

Υπάρχουν στατιστικές διαφορές στις απαντήσεις της ερώτησης από τους άνδρες και τις γυναίκες με τις τελευταίες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά εκνευρισμού.

**Πίνακας 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση άγχους.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
Καθόλου	8 30,8%	6 25,0%	14 28,0%
Λίγο	8 30,8%	6 25,0%	14 28,0%
Μέτρια	6 23,1%	4 16,7%	10 20,0%
Πολύ	3 11,5%	6 25,0%	9 18,0%
πάρα πολύ	1 3,8%	2 8,3%	3 6,0%
	26 100,0%	24 100,0%	50 100,0%
$\chi^2 = 2,22$	B.E. = 4		$p > 0,05$

Δεν υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση μειωμένης μυϊκής δύναμης.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
Καθόλου	8	8	16
	30,8%	33,3%	32,0%
Λίγο	5	4	9
	19,2%	16,7%	18,0%
Μέτρια	9	5	14
	34,6%	20,8%	28,0%
Πολύ	4	7	11
	15,4%	29,2%	22,0%
	26	24	50
	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2 = 1,99$	B.E. = 3		$p > 0,05$

Δεν υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
Καθόλου	14	9	23
	53,8%	37,5%	46,0%
Λίγο	7	5	12
	26,9%	20,8%	24,0%
Μέτρια	1	8	9
	3,8%	33,3%	18,0%
Πολύ	4	2	6
	15,4%	8,3%	12,0%
	26	24	50
	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2 = 7,46$	B.E. = 3		$p > 0,05$

Δεν υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 43: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και το άτομο με το οποίο συγκατοικούν.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
δεν απάντησαν	0	2	2
	0,0%	8,3%	4,0%
σύζυγο/σύντροφο	14	9	23
	53,8%	37,5%	46,0%
σύζυγο/σύντροφο και παιδιά	6	0	6
	23,1%	0,0%	12,0%
μόνο παιδιά	1	3	4
	3,8%	12,5%	8,0%
μόνος/η	4	10	14
	15,4%	41,7%	28,0%
με άλλον	1	0	1
	3,8%	0,0%	2,0%
	26	24	50
	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 13,6$

B.E. = 5

$p < 0,05$

Υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή με περισσότερες γυναίκες από ότι άνδρες να μένουν μόνες εξαιτίας χηρείας.

**Πίνακας 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την κύρια κοινή δραστηριότητα με το σύντροφο.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
δεν απάντησαν	2	17	19
	7,7%	70,8%	38,0%
Ταξίδια	18	6	24
	69,2%	25,0%	48,0%
ψυχαγωγία (φαγητό, θέατρο κ.α)	1	1	2
	3,8%	4,2%	4,0%
Άλλο	2	0	2
	7,7%	0,0%	4,0%
Τίποτε	3	0	3
	11,5%	0,0%	6,0%
	26	24	50
	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 22,8$

B.E. = 4

$p < 0,05$

Υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή με τους άνδρες να δηλώνουν σαφώς περισσότερες δραστηριότητες.

**Πίνακας 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την άποψή τους για σεξ-θρησκεία.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
αποφυγή – είναι ανήθικο	1 3,8%	1 4,2%	2 4,0%
φυσιολογική λειτουργία	5 19,2%	5 20,8%	10 20,0%
Άλλο	20 76,9%	18 75,0%	38 76,0%
	26 100,0%	24 100,0%	50 100,0%

$\chi^2 = 0,025$       B.E. = 2       $p > 0,05$

Δεν υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή.

**Πίνακας 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την ύπαρξη σεξουαλικών επαφών.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
δεν απάντησαν	0 0,0%	2 8,3%	2 4,0%
Ναι	23 88,5%	10 41,7%	33 66,0%
Όχι	3 11,5%	12 50,0%	15 30,0%
	26 100,0%	24 100,0%	50 100,0%

$\chi^2 = 12,46$       B.E. = 2       $p < 0,05$

Υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή με τους άνδρες να δηλώνουν σεξουαλικά ενεργοί.

**Πίνακας 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την συχνότητα των σεξουαλικών επαφών.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
δεν απάντησαν	3	14	17
	11,5%	58,3%	34,0%
Σπάνια	5	3	8
	19,2%	12,5%	16,0%
λίγες φορές	5	1	6
	19,2%	4,2%	12,0%
Συχνά	13	6	19
	50,0%	25,0%	38,0%
	26	24	50
	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2=12,08$	B.E.= 3		$p<0,05$

Υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή με τους άνδρες να δηλώνουν μεγαλύτερη συχνότητα σεξουαλικών σχέσεων.

**Πίνακας 48: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την έλξη για το σύντροφό τους.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
δεν απάντησαν	0	10	10
	0,0%	41,7%	20,0%
Λίγο	6	2	8
	23,1%	8,3%	16,0%
Μέτρια	12	7	19
	46,2%	29,2%	38,0%
Πολύ	8	5	13
	30,8%	20,8%	26,0%
	26	24	50
	100,0%	100,0%	100,0%
$\chi^2=13,95$	B.E.= 3		$p<0,05$

Υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή με τους άνδρες να δηλώνουν μείωση της έλξης για την σύντροφο.

**Πίνακας 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τον κύριο τρόπο προσέγγισης του ερωτικού συντρόφου.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
δεν απάντησαν	3 11,5%	14 58,3%	17 34,0%
Διάλογος	11 42,3%	6 25,0%	17 34,0%
Χειρονομία	11 42,3%	4 16,7%	15 30,0%
Άλλο	1 3,8%	0 0,0%	1 2,0%
	26 100,0%	24 100,0%	50 100,0%

$\chi^2 = 12,79$       B.E.=3       $p < 0,05$

Υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή με τους άνδρες να είναι πιο εκδηλωτικοί.

**Πίνακας 50: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση μείωσης σεξουαλικής επιθυμίας.**

	Φύλο		Σύνολο
	Ανδρας	Γυναίκα	
Καθόλου	10 38,5%	5 20,8%	15 30,0%
Λίγο	8 30,8%	1 4,2%	9 18,0%
Μέτρια	3 11,5%	7 29,2%	10 20,0%
Πολύ	5 19,2%	11 45,8%	16 32,0%
	26 100,0%	24 100,0%	50 100,0%

$\chi^2 = 10,89$       B.E.= 3       $p < 0,05$

Υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες για την ερώτηση αυτή με τους άνδρες να είναι περισσότερο ενεργοί.



**Πίνακας 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάσταση της υγείας και την ύπαρξη σεξουαλικών επαφών.**

		Σεξουαλικές επαφές		Σύνολο
		ναι	όχι	
Κατάσταση υγείας	καλή	23 69,7%	2 13,3%	25 52,1%
	μέτρια	9 27,3%	9 60,0%	18 37,5%
	κακή	1 3,0%	4 26,7%	5 10,4%
Σύνολο		33 100,0%	15 100,0%	48 100,0%

$$X^2 = 14,76$$

$$BE = 2$$

$$p < 0,05$$

Υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις ανάμεσα για την ερώτηση αυτή δεδομένου ότι η καλή υγεία συνοδεύεται από μεγαλύτερη συχνότητα σεξουαλικών σχέσεων.

**Πίνακας 52: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη φαρμακευτικής αγωγής και την ύπαρξη σεξουαλικών σχέσεων.**

		Σεξουαλικές επαφές		Σύνολο
		ναι	όχι	
φαρμακευτική αγωγή	ναι	17 51,5%	15 100,0%	32 66,7%
	όχι	16 48,5%	0 0,0%	16 33,3%
Σύνολο		33 100,0%	15 100,0%	48 100,0%

$$X^2 = 10,90$$

$$BE = 1$$

$$p < 0,05$$

Το σύνολο όσων δεν είναι σε φαρμακευτική αγωγή έχουν σεξουαλικές σχέσεις. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την παρουσία κατάθλιψης και ύπαρξης σεξουαλικών σχέσεων.**

		Σεξουαλικές επαφές		Σύνολο
		Ναι	όχι	
Καταθλιπτική διάθεση	καθόλου	19 57,6%	4 26,7%	23 47,9%
	λίγο	8 24,2%	2 13,3%	10 20,8%
	μέτρια	3 9,1%	6 40,0%	9 18,8%
	πολύ	3 9,1%	3 20,0%	6 12,5%
Σύνολο		33 100,0%	15 100,0%	48 100,0%

$$X^2 = 8,88$$

$$BE = 3$$

$$p < 0,05$$

Υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις για την ερώτηση αυτή μιας και η απουσία καταθλιπτικής διάθεσης ευνοεί τις σεξουαλικές επαφές.

**Πίνακας 54: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συγκατοίκηση και την ύπαρξη σεξουαλικών επαφών.**

		Σεξουαλικές επαφές		Σύνολο
		Ναι	όχι	
Συγκατοίκηση	Χωρίς απάντηση	2 6,1%	0 0,0%	2 4,2%
	σύζυγο/σύντροφο	17 51,5%	6 40,0%	23 47,9%
	σύζυγο/σύντροφο και παιδιά	6 18,2%	0 0,0%	6 12,5%
	μόνο παιδιά	1 3,0%	1 6,7%	2 4,2%
	μόνος/η	6 18,2%	8 53,3%	14 29,2%
	με άλλον	1 3,0%	0 0,0%	1 2,1%
	Σύνολο	33 100,0%	15 100,0%	48 100,0%

$$X^2 = 9,07$$

$$BE = 5$$

$$p > 0,05$$

Δεν υπάρχουν στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις για την ερώτηση αυτή.

## 5. Συζήτηση

Η έρευνα έλαβε χώρα στην πόλη των Πατρών και συγκεκριμένα στον χώρο του Κ.Α.Π.Η. όπου ερωτήθηκαν 50 άτομα τρίτης ηλικίας, 26 άνδρες (52%) και 24 γυναίκες (48%). Το 58% του δείγματος ήταν ηλικίας 70-79 ετών και το 36% ήταν άτομα ηλικίας 60-69 ετών. Το 50% του δείγματος ήταν έγγαμοι, το 38% χήροι και το 10% διαζευγμένοι.

Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο το 50% είχε εκπαίδευση δημοτικού, το 26% εκπαίδευση γυμνασίου, το 10% ήταν αναλφάβητοι ενώ το 10% είχε ανώτατη εκπαίδευση και μόνο το 4% είχε εκπαίδευση λυκείου.

Το μηνιαίο εισόδημα του 54% του δείγματος ανέρχεται στα 300-600€ καθώς επίσης και το 54% του δείγματος θεωρεί ότι έχει καλή υγεία, το 36% θεωρεί την κατάσταση της υγείας του μέτρια ενώ μόλις το 10% θεωρεί κακή την κατάσταση της υγείας του.

Το 34% του δείγματος δηλώνει προβλήματα υγείας όπως: σακχαρώδης διαβήτης (16%), καρδιαγγειακά προβλήματα (12%) και προστάτης (6%). Το 48% του δείγματος δηλώνει προβλήματα υγείας άλλα από αυτά που αναφέρονται. Πιο συγκεκριμένα το 86% του δείγματος δηλώνει ένα κύριο πρόβλημα υγείας, ένα 26% δηλώνει δυο κύρια προβλήματα υγείας ενώ μόνο ένα 14% δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα υγείας.

Το 68% του δείγματος δηλώνει λήψη φαρμακευτικής αγωγής και το 52% δηλώνει έναρξη φαρμακευτικής αγωγής στην ηλικία μεταξύ των 60 και 75 χρόνων.

Τα άτομα του δείγματος παρουσιάζουν συμπτώματα όπως πόνους στις αρθρώσεις και στους μύες (32%), εκνευρισμό (40%) με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά.

Στην ερώτηση σχετικά με τις κοινές δραστηριότητες με τον / την σύντροφο, οι άνδρες δηλώνουν περισσότερες κοινές δραστηριότητες με την σύντροφό τους απ' ότι οι γυναίκες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών και γυναικών δήλωσε ότι περιορίζουν την συχνότητα των σεξουαλικών επαφών

εξαιτίας των θρησκευτικών τους πιστεύω. Πιο συγκεκριμένα άνδρες (76,9%) και γυναίκες (75%).

Αξιοσημείωτες είναι οι στατιστικά διαφορετικές απαντήσεις στην ερώτηση για την ύπαρξη σεξουαλικών επαφών με τους άνδρες να δηλώνουν σεξουαλικά ενεργοί σε ποσοστό (88,5%) ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό (41,7%).

Όσον αφορά στην συχνότητα των σεξουαλικών επαφών οι άνδρες δηλώνουν μεγαλύτερη συχνότητα σεξουαλικής δραστηριότητας σε ποσοστό (50%) ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό μόλις (25%). Το αποτέλεσμα αυτό προήλθε από την άρνηση απάντησης στην ερώτηση ενός μεγάλου ποσοστού των γυναικών (58%) εξαιτίας χηρείας και ταμπού.

Μεγάλη ήταν και η διαφορά στατιστικών απαντήσεων στην ερώτηση για το μέγεθος της έλξης προς τον / την σύντροφο με τους άνδρες να δηλώνουν μείωση της έλξης σε ποσοστό (70,6%) ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό (49%).

Οι άνδρες ως προς τον τρόπο προσέγγισης της ερωτικής συντρόφου εμφανίστηκαν πιο εκδηλωτικοί αφού 42,3% δήλωσε ότι χρησιμοποιεί διάλογο και χειρονομίες ενώ το 25% των γυναικών προσεγγίζει τον σύντροφο μέσω διαλόγου αποκλειστικά.

Όσον αφορά στην μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας οι απαντήσεις παρουσιάζουν στατιστική διαφοροποίηση με τις γυναίκες να δηλώνουν σημαντική μείωση σε ποσοστό (45,8%) ενώ αντίστοιχα οι άνδρες (19,2%).

Ως προς την συσχέτιση της κατάστασης υγείας με την ύπαρξη σεξουαλικών επαφών τα αποτελέσματα έδειξαν ότι καλή υγεία συνοδεύεται από μεγαλύτερη συχνότητα σεξουαλικών επαφών σε αντίθεση με την κακή υγεία. Συγκεκριμένα τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 70% του δείγματος έναντι 26,7%.

Το σύνολο των ατόμων που δεν ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή έχουν σεξουαλικές σχέσεις έναντι αυτών που παίρνουν φάρμακα.

Το 60% πάσχει από κατάθλιψη μετρίου και μεγάλου βαθμού με συνέπεια να έχει μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα.

Τέλος, όσον αφορά στις σεξουαλικές δυσλειτουργίες αξιοσημείωτο είναι ότι το 86% δεν έχει επισκεφθεί ποτέ ειδικό για να δώσει λύση στο πρόβλημα.

## 6. Συμπεράσματα

Από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε οδηγηθήκαμε σε ορισμένα συμπεράσματα, τα σημαντικότερα εκ των οποίων είναι τα ακόλουθα:

- Υπάρχουν σεξουαλικές σχέσεις σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ατόμων τρίτης ηλικίας.
- Οι κυριότεροι παράγοντες που εμφανίζονται να επηρεάζουν την συχνότητα των σεξουαλικών επαφών είναι η καλή υγεία και η μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.
- Η απουσία καταθλιπτικής διάθεσης στα άτομα της τρίτης ηλικίας ευνοεί την πραγματοποίηση κοινών δραστηριοτήτων καθώς και την διατήρηση σεξουαλικών επαφών.
- Ο σημαντικότερος ανασταλτικός παράγοντας της ύπαρξης σεξουαλικής ζωής στους άνδρες και ιδιαίτερα στις γυναίκες είναι η χηρεία.
- Οι παλαιότερες γενιές εμφανίζονται να επηρεάζονται σημαντικά από τα θρησκευτικά τους πιστεύω με αποτέλεσμα να οριοθετούν την σεξουαλική τους ζωή. Η ύπαρξη «ταμπού» είναι εμφανής στα άτομα της προχωρημένης ηλικίας.
- Η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει άρνηση σεξουαλικών σχέσεων σε αντίθεση με τους άνδρες που εμφανίζονται σεξουαλικά ενεργοί.
- Οι γυναίκες στην Τρίτη ηλικία παρουσιάζονται πιο διστακτικές και συνεπώς λιγότερο εκδηλωτικές στην λήψη πρωτοβουλίας για την σύναψη σεξουαλικών σχέσεων και όταν αυτό γίνεται, ο τρόπος προσέγγισης είναι περισσότερο θεωρητικός (π.χ. διάλογος) και όχι πρακτικός (π.χ. χειρονομίες, βλέμματα) που φαίνεται να χρησιμοποιεί ένα μεγάλο ποσοστό των ανδρών.
- Λόγω της μακροχρόνιας συμβίωσης και κατ' επέκταση της φθοράς που επέρχεται στην σχέση και στην εμφάνιση ιδιαίτερα των γυναικών, οι άνδρες εμφανίζονται να έλκονται σε μικρότερο βαθμό από την σύντροφό τους με

συνέπεια αρκετοί από αυτούς να δηλώνουν την διατήρηση κάποιας εξωσυζυγικής σχέσης.

- Όσον αφορά στην μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα αφού ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών εμφανίζει αισθητή μείωση της ερωτικής επιθυμίας σε αντίθεση με τους άνδρες. Το συμπέρασμα αυτό θα ,μπορούσε να συσχετιστεί με την παρουσία περισσότερων ηθικών φραγμών και «ταμπού» που συνοδεύουν την γυναικεία σεξουαλικότητα και ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία.

## ***ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ***



# ΕΡΕΥΝΑ : Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ

1. Ηλικία:

60-69

70-79

>80

1.

2.

3.

2. Οικογενειακή κατάσταση:

Α. Έγγαμος/η

1.

Β. Άγαμος/η

2.

Γ. Διαζευγμένος/η

3.

Δ. Χήρος/α

4.

3. Μορφωτικό επίπεδο:

α. Αγράμματος /η

1.

β. Δημοτικό

2.

γ. Γυμνασίου

3.

δ. Λύκειο

4.

ε. Α.Ε.Ι

5.

ζ. Τ.Ε.Ι

6.

η. Τ.Ε.Ε

7.

4. Επάγγελμα: α. Συνταξιούχος  1.

β. Εργάτης  2.

γ. Τεχνίτες  3.

- δ. Ιδιωτικός Υπάλληλος  4.
- ε. Δημόσιος Υπάλληλος  5.
- ζ. Ιδιωτικός Υπάλληλος  6.
- η. Αγρότης  7.
- θ. Επιστήμονας  8.
- ι. Ελεύθερος επαγγελματίας  9.
- κ. Οικιακά  10.

5. Ποιο είναι το εισόδημά σας;

Χαμηλό                      Μέτριο                      Υψηλό  
100-299                      300-599                      600-1500

1.

2.

3.

6. Σε ποια κατάσταση νομίζεις ο,τι  
βρίσκεται η υγεία σου;

Καλή    λίγο καλή    μέτρια    κακή    υπερβολικά κακή  
                                                                                       

1.                      2.                      3.                      4.                      5.

7. Υπάρχει κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα  
υγείας που αντιμετωπίζετε;

A. Σακχαρώδεις διαβήτης  1.

B. Καρδιαγγειακά προβλήματα  2.

Γ. Προστάτης  3.

Δ. Οτιδήποτε άλλο, προσδιορίστε..... 4.

E. Κανένα  5.

8. Ακολουθείται φαρμακευτική αγωγή για όποια/ες  
από τις παραπάνω παθήσεις σας ταλαιπωρούν;

Ναι                      Όχι  
                     

1.

2.

9. Από ποια ηλικία ακολουθείται την συγκεκριμένη  
φαρμακευτική αγωγή;

>30    30-45    45-60    60-75    75>  
                  
1.    2.    3.    4.    5.

( Οι ερωτήσεις 10-16 αναφέρονται στο κατά πόσο, οι  
ερευνώμενοι παρουσιάζουν τα παρακάτω συμπτώματα)

10. Πόνους στις αρθρώσεις και μυϊκοί πόνοι ( χαμηλό  
πόνο στη μέση, στην πλάτη)

Καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ  
                  
1.    2.    3.    4.    5.

11. Προβλήματα ύπνου (αϋπνίες, να σηκώνεται νωρίς  
και να αισθάνεται κουρασμένος, να κοιμάται λίγο, να  
κοιμάται με δυσκολία)

καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ  
                  
1.    2.    3.    4.    5.

12. Εκνευρισμός ( επιθετικότητα, θυμό για  
μικροπράγματα)

καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ  
                  
1.    2.    3.    4.    5.

13. Άγχος ( εσωτερική ένταση, δυσκολία χαλάρωσης)

καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ

1.

2.

3.

4.

5.

14. Κατά πόσο έχει μειωθεί η μυϊκή σας δύναμη;  
(αίσθηση αδυναμίας)

καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ

1.

2.

3.

4.

5.

15. Καταθλιπτική διάθεση (αισθάνεστε λυπημένος,  
έτοιμος να βάλετε τα κλάματα)

Καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ

1.

2.

3.

4.

5.

16. Μείωση στην ανάπτυξη της γενειάδας

Καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ

1.

2.

3.

4.

5.

17. Με ποιο από τα παρακάτω άτομα διαμένετε  
μαζί;

A. Με την σύζυγο/ σύντροφο μόνο  1.

B. Με την σύζυγο/ σύντροφο κ τα παιδιά  2.

- Γ. Με τα παιδιά σας μόνο  3.  
Δ. Μόνος σας  4.  
Ε. Με οποιονδήποτε άλλον  5.

18. Αν τα παιδιά σας δεν διαμένουν μαζί σας, πότε αυτά έφυγαν από το σπίτι;

- Α. Πριν από λίγους μήνες- 10 χρόνια  1.  
Β. Πριν από 11- 20 χρόνια  2.  
Γ. Περισσότερο από 20 χρόνια  3.

19. Ποιες από τις παρακάτω κοινωνικές δραστηριότητες συνηθίζεται να πραγματοποιείτε από κοινού με την σύντροφό σας;

- Α. Πηγαίνετε οι δυό σας κάποιο ταξίδι ή εκδρομή  1.  
Β. Πραγματοποιείτε κάποιες κοινές ψυχαγωγικές εξόδους( καφές, φαγητό, θέατρο, κινηματογράφο)  2.  
Γ. Προσδιορίστε ,οτιδήποτε άλλο ..... 3.  
Δ. Δεν πραγματοποιούμε από κοινού δραστηριότητα  4.

20. Πως επηρεάζουν τα θρησκευτικά σας πιστεύω τη σεξουαλική σας ζωή;

- Α. Αποφεύγω να έχω σεξουαλικές επαφές γιατί είναι κάτι ανήθικο ή απαγορευμένο  1.  
Β. Έχω σεξουαλική ζωή γιατί το σέξ είναι καλό, ευλογία, υγεία, ζωή και κάτι ανθρώπινο  2.  
Γ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε..... 3.

21. Έχετε σεξουαλικές σχέσεις;

Ναι

Όχι

1.

2.

(Αν ναι.)

22. Πόσο συχνά έχετε σεξουαλικές σχέσεις;

Σπάνια    λίγες φορές    συχνά    πολύ συχνά

1.

2.

3.

4.

23. Κατά πόσο νιώθετε έλξη για τον σύντροφο σας;

καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ

1.

2.

3.

4.

5.

24. Με ποιο άτομο διατηρείτε σεξουαλικές σχέσεις;

A. Με τη σύζυγο

B. Με εξωσυζυγική σχέση

Γ. Με τη σύζυγο κ με εξωσυζυγική

Δ. Σεξουαλική αποχή

1.

2.

3.

4.

25. Πως προσεγγίζετε ερωτικά την σύντροφο;

A. Με διάλογο και συζήτηση

B. Με κάποια χειρονομία ( χάδι, άγγιγμα, φιλί)

γ. Με κάποιο ερωτικό βλέμμα

Δ. Με εξαναγκαστικό τρόπο

E. Με τίποτα από τα παραπάνω

1.

2.

3.

4.

5.

( Οι ερωτήσεις 26-27 αναφέρονται στο κατά πόσο παρουσιάζονται τα παρακάτω συμπτώματα)

26.Μείωση της ικανότητας / συχνότητα της σεξουαλικής απόδοσης.

Καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	2.	3.	4.	5.

27.Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας (λίμπιντο).

Καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	2.	3.	4.	5.

28.Έχετε επισκεφθεί κάποιον ειδικό;

Ναι	Όχι
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	2.

29.( Αν ναι) ποιόν ειδικό έχετε επισκεφθεί;

A. Σύμβουλος γάμου	<input type="checkbox"/>	1.
B. Ψυχολόγο	<input type="checkbox"/>	2.
Γ. Γυναικολόγο	<input type="checkbox"/>	3.
Δ. Ανδρολόγο	<input type="checkbox"/>	4.

# ΕΡΕΥΝΑ: Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

1. Ηλικία:

60-69

70-79

>80

1.

2.

3.

2. Οικογενειακή κατάσταση:

α. έγγαμη

1.

β. Άγαμη

2.

γ. Διαζευγμένη

3.

δ. Χήρα

4.

3. Μορφωτικό επίπεδο:

α. Αγράμματη

1.

β. Δημοτικό

2.

γ. Γυμνάσιο

3.

δ. Λύκειο

4.

ε. ΑΕΙ

5.

ζ. ΤΕΙ

6.

η. ΤΕΕ

7.

4. Επάγγελμα:

α. Συνταξιούχος

1.

β. εργάτρια

2.

γ. Τεχνίτες

3.

δ. Ιδιωτικός Υπάλληλος

4.

ε. Δημόσιος Υπάλληλος

5.

ζ. Στρατιωτικός

6.

η. Αγρότισσα

7.

θ. Επιστήμονας

8.

ι. Ελεύθερος επαγγ.

9.



κ. Οικιακά

10.

5. Ποιο είναι το εισόδημά σας;

Χαμηλό Μέτριο Υψηλό

100-299 300-599 600-1500

1.

2.

3.

6. Σε ποια κατάσταση νομίζεις ο,τι βρίσκεται η υγεία σου;

Καλή λίγο καλή μέτρια κακή υπερβολικά κακή

1.

2.

3.

4.

5.

7. Υπάρχει κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα που αντιμετωπίζεται;

A. Σακχαρώδεις διαβήτης  1.

B. Καρδιαγγειακά προβλήματα  2.

Γ. Γυναικολογικά προβλήματα  3.

( ωθήκες, σάλπιγγες, ινομυώματα, καρκίνος τραχήλου, κ.α)

δ. Οτιδήποτε άλλο, προσδιορίστε.....  4.

E. κανένα  5.

8. Ακολουθείτε φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση οποίας/ες από τις παραπάνω παθήσεις σας ταλαιπωρούν;

Ναι

  
1.

Όχι

  
2.

9. Από ποια ηλικία ακολουθείται τη συγκεκριμένη  
φαρμακευτική αγωγή;

>30

1.

30-45

2.

45-60

3.

60-75

4.

75>

5.

( Οι ερωτήσεις από 10-16 αναφέρονται, στο κατά  
πόσο οι ερευνόμενοι παρουσιάζουν τα παρακάτω  
συμπτώματα)

10. Πόνους στις αρθρώσεις και μυϊκοί πόνοι ( χαμηλό  
πόνο στη μέση, στην πλάτη).

Καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

1.

2.

3.

4.

5.

11. Προβλήματα ύπνου (αϋπνίες, να σηκώνεστε  
νωρίς και να νιώθετε κουρασμένοι, να κοιμάστε λίγο,  
δυσκολία στο να κοιμηθείτε)

Καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

1.

2.

3.

4.

5.

12. Εκνευρισμός ( επιθετικότητα, θυμό για  
μικροπράγματα)

Καθόλου λίγο μέτρια πολύ πάρα πολύ

1.       2.       3.       4.       5.

13. Άγχος ( εσωτερική ένταση, δυσκολία χαλάρωσης)

Καθόλου      λίγο      μέτρια      πολύ      πάρα πολύ  
                                               

1.            2.            3.            4.            5.

14. Πόσο έχει μειωθεί η μυϊκή σας δύναμη; ( Αίσθηση αδυναμίας)

Καθόλου      λίγο      μέτρια      πολύ      πάρα πολύ

                                                 
1.            2.            3.            4.            5.

15. Καταθλιπτική διάθεση.

Καθόλου      λίγο      μέτρια      πολύ      πάρα πολύ  
                                               

1.            2.            3.            4.            5.

16. Κνησμός στα γεννητικά όργανα (φαγούρα)

Καθόλου      λίγο      μέτρια      πολύ      πάρα πολύ  
                                               

1.            2.            3.            4.            5.

17. Έχετε υποστεί κάποια γυναικολογική επέμβαση;  
(ινομύωμα, ωοθήκες, σάλπιγγες, καρκίνος τραχήλου  
κ.λ.π.)

Ναι            Όχι  
              
1.            2.

18. Με ποιο από τα παρακάτω άτομα διαμένετε μαζί;

- A. Με τον σύζυγο/ σύντροφο μόνο  1.  
B. Με τον σύζυγο/ σύντροφο και παιδιά  2.  
Γ. Με τα παιδιά σας μόνο  3.  
Δ. Μόνοι σας  4.  
E. Με οποιονδήποτε άλλον  5.

19. Αν τα παιδιά σας δεν διαμένουν μαζί σας, πότε αυτά έφυγαν από το σπίτι;

- A. Πριν από λίγους μήνες-10 χρόνια  1.  
B. Πριν από 11-20 χρόνια  2.  
Γ. Περισσότερο από 20 χρόνια  3.

20. Ποιες από τις παρακάτω κοινωνικές δραστηριότητες συνηθίζετε να πραγματοποιείτε από κοινού με τον σύντροφό σας;

- A. Πηγαίνετε οι δυό σας κάποιο ταξίδι/ εκδρομή  1.  
B. Πραγματοποιείτε κάποιες κοινές ψυχαγωγικές εξόδους ( καφέ, φαγητό, θέατρο, κινηματογράφο)  2.  
Γ. Προσδιορίστε οτιδήποτε άλλο..... 3.  
Δ. Δεν πραγματοποιείτε από κοινού δραστηριότητες  4.

21. Πως επηρεάζουν τα θρησκευτικά σας πιστεύω τη σεξουαλική σας ζωή;

- A. Αποφεύγω να έχω σεξουαλικές επαφές γιατί είναι κάτι ανήθικο ή απαγορευμένο  1.  
B. Έχω σεξουαλική ζωή γιατί το σεξ είναι καλό, ευλογία, υγεία, ζωή  2.  
Γ. Κάτι άλλο, προσδιορίστε..... 3.

22. Έχετε σεξουαλικές σχέσεις;

Ναι Όχι

1.

2.

23. Πόσο συχνά έχετε σεξουαλικές σχέσεις;  
 Σπάνια    λίγες φορές    συχνά    πολύ συχνά

1.

2.

3.

4.

24. Έλξη για τον σύντροφό σας.

Καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ

1.

2.

3.

4.

5.

25. Πως προσεγγίζετε ερωτικά το σύντροφό σας;

A. Με διάλογο και συζήτηση  1.

B. Με κάποια χειρονομία (άγγιγμα, χάδι, φιλή)  2.

Γ. Με κάποιο ερωτικό βλέμμα  3.

Δ. Με εξαναγκαστικό τρόπο  4.

E. Τίποτα από τα παραπάνω . . . . .  5.

26. Σε ποια ηλικία είχατε εμμηνόπαυση;

40-44

45-50

&gt;50

1.

2.

3.

27. Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας

Καθόλου    λίγο    μέτρια    πολύ    πάρα πολύ

1.

2.

3.

4.

5.

28. Έχετε επισκεφθεί κάποιον ειδικό;

Ναι

Όχι

1.

2.

29. Ποιόν ειδικό έχετε επισκεφθεί;

- α. Σύμβουλος γάμου  1.  
β. Ψυχολόγο  2.  
γ. Γυναικολόγο  3.  
δ. Ανδρολόγο  4.

## ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΘΥΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.

Μούγιαν Α., Β. Κουρμπάνης, Κ. Λώλης, Α. Μεταλλινός, Κ. Ασημακόπουλος.

### Εισαγωγή

Τα δυσθυμικά συμπτώματα έχουν βρεθεί αυξημένα σε ηλικιωμένα άτομα (Hamilton, Moyes).

Πολλοί παράγοντες οδηγούν σ' αυτή την αυξημένη ψυχοπαθολογία, όπως η συνταξιοδότηση, ο μειωμένος κοινωνικός ρόλος, η απώλεια αγαπητών προσώπων, οι μειωμένες κοινωνικές δυνατότητες.

Εκτός από τους πύθ πάνω παράγοντες, έχουν αναφερθεί σαν εκλυτική αφορμή ψυχοπαθολογίας για τα άτομα της 3ης ηλικίας, τα συχνά σωματικά προβλήματα σε ποσοστό, πάνω από 50% των ηλικιωμένων (Savan).

Προσβεβητων αρχόμενες και επιδεινούμενες ψυχολογικές μεταβολές συνοδεύουν το πέρασμα των χρόνων, για παράδειγμα η επιβράδυνση της σκέψης, η επιδείνωση της πρόσφατης μνήμης, η αυξημένη ανασφάλεια και επιφυλακτικότητα, η μείωση του ενθουσιασμού, οι μεταβολές στις συνήθειες του ύπνου. Είναι στοιχεία που παρατηρούνται σε άλλοτε άλλο βαθμό γενικά στους υπερήλικες και έτσι δημιουργείται στο γιατρό το πρόβλημα του πού τελειώνει το φυσιολογικό γήρας, για να αρχίσει η ψυχική νόσος.

Μεταξύ των δραστηριοτήτων που επηρεάζονται στους ηλικιωμένους αναφέρεται η σεξουαλική συμπεριφορά.

Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί η σεξουαλική συμπεριφορά στους ηλικιωμένους και να συσχετισθεί με την παρουσία δυσθυμικής συμπτωματολογίας.

### Μέθοδος

Υλικό: 62 άτομα (39 άνδρες και 23 γυναίκες) μέσης ηλικίας 70, 75 ετών, συμμετείχαν σ' αυτή την μελέτη. Αυτά τα άτομα συχναζαν σε Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων στην Ν. Ιωνία και του Υμηττό. Όλοι ζούσαν στην Αθήνα, παρ' ότι 34 είχαν γεννηθεί εκτός ελληνικής επικράτειας, κυρίως στη Μ. Ασία. 41 ήταν παντρεμένοι, 17 ήταν χήροι, 3 ήταν ανύπαντροι και 1 ήταν διαζευγμένος. 46 άτομα είχαν παιδιά.

Μετρήσεις: Όλα τα άτομα συμπλήρωσαν:

1) Το SAD του Foulds (States of Anxiety and Depression). Αποτελείται από 14 θέσεις, 7 από τις οποίες μετρούν άγχος και 7 κατάθλιψη. Η βαθμολογία γίνεται από 0 για απουσία του συμπτώματος και από 1 μέχρι 3 για παρουσία.

2) Τους Δείκτες Σεξουαλικής Συμπεριφοράς κατά την διάρκεια όλης της ζωής, των Pfeiffer και Davis. Μετρά σεξουαλικά αισθήματα, ικανοποίηση από τις σεξουαλικές σχέσεις και συχνότητα των σεξουαλικών σχέσεων σε νεώτερη ηλικία και κατά το παρόν, ελάττωση και διακοπή της σεξουαλικής δραστηριότητας, μαζί με τις αιτίες για την διακοπή της σεξουαλικής δραστηριότητας.

Οι απαντήσεις βαθμολογήθηκαν όπως φαίνεται παρακάτω: Γιά σεξουαλικά αισθήματα και ικανοποίηση από τις σεξουαλικές σχέσεις 0 αντιστοιχεί σε καθόλου, 1 ελαφρά, 2 ισχυρά και 3 πολύ ισχυρά. Γιά συχνότητα σεξουαλικών σχέσεων το 0 αντιστοιχεί σε καθόλου, το 1 σε μία φορά το μήνα, 2 σε μία φορά την εβδομάδα, 3 σε τρεις φορές την εβδομάδα και 4 αντιστοιχεί σε συχνότερα.

### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα φαίνονται στους πίνακες 1 μέχρι 3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

	ηλικία	άγχος	κατάθλιψη
A (39)	$\bar{x}$ 71,87	3,15	2,28
	SD 8,26	4,05	3,42
Γ (23)	$\bar{x}$ 68,86	2,65	1,35
	SD 9,44	3,15	1,72
σύνολο (62)	$\bar{x}$ 70,75	2,96	1,93
	SD 8,76	3,73	2,93

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

	A (39)	Γ (23)
σε νεώτερη ηλικία σεξουαλικά αισθήματα κατά το παρόν	2,35±0,71 *	1,75±1,08
σε νεώτερη ηλικία ικανοποίηση από σεξ. σχέσεις κατά το παρόν	2,48±0,55 **	1,82±1,11
σε νεώτερη ηλικία συχνότητα σεξουαλικών σχέσεων κατά το παρόν	3,02±0,81	2,69±1,43
	1,07±1,03	0,65±0,93

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ηλικία διακοπής των σεξουαλικών σχέσεων	άνδρες	γυναίκες
	65,83±10,78	57,27± 7,59
αιτίες διακοπής	άνδρες	γυναίκες
θάνατος του/της συζύγου	11,8%	38,4%
μουφή στον/στην σύζυγο	11,8%	30,8%
μουφή στον εαυτό του/της	76,4%	30,8%

Ο πίνακας 1 δείχνει τις ηλικίες των ανδρών και των γυναικών που συμμετείχαν σ' αυτή την μελέτη, καθώς επίσης και την βαθμολογία τους για τό άγχος και την κατάθλιψη. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.



Ο πίνακας 2 δείχνει την βαθμολογία των ατόμων για τα σεξουαλικά αισθήματα, την ικανοποίηση από τις σεξουαλικές σχέσεις και την συχνότητα των σεξουαλικών σχέσεων. φαίνεται ότι για όλους αυτούς τους παράγοντες, οι γυναίκες είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες από τους άνδρες.

Ο πίνακας 3 δείχνει την ηλικία κατά την οποία διεκόπησαν οι σεξουαλικές σχέσεις, καθώς και τις αιτίες για την διακοπή. Πιο αναλυτικά αυτές είχαν ως εξής:

Για τους άνδρες: Αδυναμία σεξουαλικής απόδοσης 41%, ασθένεια του ιδίου 35%, ασθένεια της συζύγου 6%, μειωμένο ενδιαφέρον της συζύγου 6%.

Για τις γυναίκες: Μειωμένο ενδιαφέρον του συζύγου 31%, μειωμένο ενδιαφέρον της ίδιας 15%, ασθένεια της ίδιας 15%.

Επιπλέον, μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα στους άνδρες αναφέρθηκε στην ηλικία των 62 ετών, εκτός από 5 περιπτώσεις που δεν ανέφεραν καμμία μείωση, ενώ στις γυναίκες αναφέρθηκε στην ηλικία των 48,5 ετών, εκτός από μία γυναίκα.

21 άνδρες (54%) και 8 γυναίκες (35%) ανέφεραν συνεχιζόμενη σεξουαλική δραστηριότητα.

Δέν υπήρχε διαφορά στην σεξουαλική δραστηριότητα μεταξύ των 14 ανδρών και 9 γυναικών που βαθμολογήθηκαν πάνω από το 5 στην κλίμακα SAD, σε σύγκριση με τους 13 άνδρες και 9 γυναίκες που είχαν μηδενική βαθμολογία για άγχος και κατάθλιψη.

Συμπερασματικά α) οι ηλικιωμένοι άνδρες που μελετήθηκαν είχαν ισχυρότερα σεξουαλικά αισθήματα τόσο κατά την νεότητα όσο και κατά τον παρόντα χρόνο από τις γυναίκες.

β) η ηλικία κατά την οποία αναφέρθηκε η ελάττωση της σεξουαλικής δραστηριότητας ήταν κατά μέσον όρο 62 έτη για τους άνδρες και 48 ετη για τις γυναίκες.

γ) περίπου 46% των ανδρών σταμάτησαν κάθε σεξουαλική δραστηριότητα στην ηλικία των 66 ετών, ενώ περίπου 65% των γυναικών σταμάτησαν κάθε σεξουαλική δραστηριότητα στην ηλικία των 57 ετών.

δ) στην μελέτη μας δέν βρέθηκε καμμία συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας δυσθυμικών συμπτωμάτων και της σεξουαλικής δραστηριότητας.

### Συζήτηση

Η σεξουαλική συμπεριφορά των ηλικιωμένων αναφέρεται να παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις από άτομο σε άτομο (Snyder). Έχει αποδειχθεί ότι πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς που αναφέρουν ανεπαρκή σεξουαλικά αισθήματα και μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, είχαν ανάλογα προβλήματα και κατά την νεανική τους ζωή (Fede, White).

Στον ρόλο στην αυτοεκτίμηση και την εικόνα εαυτού που παίζει η συνέχιση της σεξουαλικής δραστηριότητας του ηλικιωμένου, έχει σημαντική θέση το κατά πόσον οι ίδιοι παράγοντες έπαιζαν ρόλο σε νεώτερη ηλικία (McCartney).

Το οριακό από πλευράς στατιστικής σημαντικότητας ορισμένων αποτελεσμάτων μας (σεξουαλικά αισθήματα σε νεώτερη ηλι-

κία και σεξουαλική ικανοποίηση στο παρόν) είναι αναμενόμενο, δεδομένων των διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται στις μελέτες άλλων ερευνητών.

Έτσι, αντίθετα με τα αποτελέσματά μας, άλλες έρευνες δεν απέδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων (Weizman, Palmore). Όμως με τα αποτελέσματά μας συμφωνούν άλλες έρευνες που αναφέρουν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά ανδρών με σεξουαλική ικανοποίηση σε σχέση με τις γυναίκες (Walfisch). Ακόμη, πάντα σε συμφωνία με τα αποτελέσματά μας, αναφέρονται συχνότερες σεξουαλικές σχέσεις των ανδρών (74%) σε σχέση με τις γυναίκες (56%). (Diokno).

### Βιβλιογραφία

1. Diokno AC, Brown MB, Herzog AR. Sexual function in the elderly. *Arch. Intern. Med.*, 150 (1) 197-200, 1990.
2. Fede T. Sexual problems in elderly women. *Clinical experiences. Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 9(4) 252-3, 1982.
3. Hamilton M. Problems of depression in the elderly. *Psychiatry in the 80's*. 1, 1, 1-2, 1983.
4. McCartney JR, Izeman H, Rogers D, Cohen N. Sexuality and the institutionalized elderly. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 35(4) 331-3, 1987.
5. Moyes I. Psychiatric disorders in old age. *Psychiatry in practice*. 2, 15, 13-18, 1983.
6. Palmore E, Kivett V. Change in life satisfaction: a longitudinal study of persons aged 46-70. *J. Gerontol.* 32(3) 311-6, 1977.
7. Samyi HA. Foreword on Symposium on clinical geriatric Medicine. *The Med. Clin. of N. Am.* 67, 2, 261-2, 1983.
8. Snyder EE, Spreitzer E. Attitudes of the aged toward non-traditional sexual behavior. *Arch. Sex. Behav.*, 5(3) 249-54, 1976.
9. Walfisch S, Maoz B, Antonovski H. Sexual satisfaction among middle-aged couples: correlation with frequency of intercourse and health status. *Maturitas*, 6(3) 285-96, 1984.
10. Weizman R, Hart J. Sexual behavior in healthy married elderly men. *Arch. Sex. Behav.*, 16(1) 39-44, 1987.
11. White CB. Sexual interest, attitudes, knowledge, and sexual history in relation to sexual behavior in the institutionalized aged. *Arch. Sex. Behav.*, 11(1) 11-21, 1982.

## Το σεξ στην τρίτη ηλικία

Το ποσοστό των ηλικιωμένων ανθρώπων στις ανεπτυγμένες χώρες αυξάνεται συνεχώς, ενώ αντιστρόφως ανάλογα μειώνονται συνεχώς τα ποσοστά των νέων ηλικιών. Παράλληλα, παρατηρείται μια θεαματική αύξηση του χρόνου ζωής των ανθρώπων. Ίσως αυτά τα φαινόμενα αποτελούν την αιτία μιας χωρίς προηγούμενο θεοποίησης της νεανικότητας, δηλαδή με κάθε θυσία νεανική εμφάνιση και νεανικοί τρόποι, γιατί μόνο σ' αυτόν που είναι ή φαίνεται νέος αναγνωρίζεται το δικαίωμα να απολαμβάνει τη ζωή!... Δεν είναι τυχαίο ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι μετά από κάποια ηλικία διακινδυνεύουν την υγεία τους υποβάλλοντας τον εαυτό τους σε χειρουργικές επεμβάσεις για να φανούν λίγο νεότεροι. Η τρίτη ηλικία αντιμετωπίζεται σαν μια μη φυσιολογική εξέλιξη που πρέπει να αποφεύγεται με κάθε θυσία και κάθε κόστος. Στο πλαίσιο αυτό αφαιρούνται από την τρίτη ηλικία δυνατότητες για δραστηριότητες και δημιουργία. Αυτή η λογική οδηγεί στην άποψη ότι η μόνη φυσιολογική δραστηριότητα για έναν ηλικιωμένο άνθρωπο είναι να μένει μέσα στο γηροκομείο, απομονωμένος από τους δικούς του και χωρίς καμία δυνατότητα για κοινωνικότητα. Η ίδια λογική μπορεί να αντιμετωπίζει σαν γραφικό φαινόμενο (αν όχι κάτι χειρότερο...) και κάθε άλλη δραστηριότητα της τρίτης ηλικίας, και ιδιαίτερα το σεξ. Αλλά ο ηλικιωμένος άνθρωπος δεν χρειάζεται να παραιτηθεί από καμία δραστηριότητά του. Αυτό που ίσως χρειάζεται είναι να καταφέρνει να προσαρμόζει τον τρόπο που λειτουργεί στις ιδιαιτερότητες, τις ανάγκες και τις απαιτήσεις της νέας φάσης της ζωής του.

Στην τρίτη ηλικία η επιθυμία για σεξ πολλές φορές μειώνεται, όχι υποχρεωτικά για οργανικούς λόγους. Συνήθως ο ρόλος του σεξ σ' αυτή την περίοδο της ζωής υποβαθμίζεται εξαιτίας της ανάπτυξης άλλων ενδιαφερόντων. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις η επιθυμία παραμένει ακμαία, αλλά η συχνότητα των επαφών ελαττώνεται, χωρίς όμως να υπολείπεται η πληρότητα που νοιώθει ο άντρας. Η ποιότητα της στύσης και η ένταση του οργασμού μειώνονται, ο άντρας όμως διατηρεί τη δυνατότητα να κάνει σεξ μέχρι τα γεράματά του. Εννοείται βέβαια ότι και ο ρυθμός των επαφών αραιώνει σημαντικά και περιορίζεται συνήθως σε μια έως δύο επαφές το μήνα. Το σεξ όμως είναι σαν τις ξένες γλώσσες: όταν δεν τις χρησιμοποιούμε τις ξεχνάμε...

Οι άντρες της τρίτης ηλικίας συχνά διεκδικούν το σεξ και ζητούν πολλές φορές τη βοήθεια ειδικού. Εκφράζουν όμως το παράπονο ότι οι γυναίκες τους δε συμμερίζονται τις ερωτικές τους ανησυχίες. Η πλειονότητα των Ελληνίδων των 60 χρόνων παραμένει παραδοσιακά αρνητική και απορριπτική για το σεξ, λόγω της ανάπτυξης άλλων ενδιαφερόντων, αλλά και λόγω των αλλαγών που συμβαίνουν στα γεννητικά τους όργανα μετά την εμμηνόπαυση, που κάνουν το σεξ από αδιάφορο μέχρι ενοχλητικό (ξηρότητα του κόλπου, χαλάρωση ή συρρίκνωση του κόλπου, μικρές απώλειες ούρων κ.λπ.).

Οι συχνότερες διαταραχές που μπορούν να παρουσιαστούν στη σεξουαλική ζωή ενός ηλικιωμένου ζευγαριού, είναι προβλήματα που έχουν σχέση με τη στύση. Ακολουθούν σε σειρά συχνότητας οι διάφορες διαταραχές της εκσπερμάτισης και η ελάττωση της ερωτικής επιθυμίας. Η αιτιολογία αυτών των προβλημάτων είναι συχνότερα μεικτή, υπάρχει δηλαδή ταυτόχρονη συμμετοχή οργανικού και ψυχολογικού αιτίου.

Υπάρχουν δυνατότητες φαρμακευτικής βοήθειας στον άντρα της τρίτης ηλικίας. Εναλλακτικές λύσεις σε ορισμένες περιπτώσεις είναι η παπαβερινοθεραπεία και η τοποθέτηση πεικών προθέσεων.

Γιώργος Βυνάκος

Κλινικός Ψυχολόγος - Σεξοθεραπευτής  
Δ/ντής του Τμήματος Σεξοθεραπείας  
του Ελληνικού Σεξολογικού Ινστιτούτου

## Το σεξ στην τρίτη ηλικία. Πολυτέλεια των καιρών ή επιτακτική ανάγκη;

Ο αριθμός των ατόμων της τρίτης ηλικίας συνεχώς αυξάνεται στις χώρες της Ενωμένης Ευρώπης, οι δε ηλικιωμένοι όλο και λιγότερο συμμετέχουν στις κοινωνικές διαδικασίες. Ένας σημαντικός παράγοντας αυτής της περιθωριοποίησης είναι και η παραίτησή τους από το δικαίωμά τους στην αγάπη και την τρυφερότητα μέσα από τη σεξουαλική λειτουργία.

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι η νεότερη γενιά είναι πολύ συχνά αρνητική και επικριτική στην έκφραση της σεξουαλικότητας της τρίτης ηλικίας.

Μελετήσαμε τα προβλήματα στο σεξ που αντιμετώπιζαν 150 άντρες ηλικίας από 60 έως και 79 ετών. Οι άντρες προέρχονταν από όλα τα κοινωνικά στρώματα και κυρίως από τη μέση και ανώτερη αστική τάξη. Από τους άντρες αυτούς, το **64%** προερχόταν από το νομό Αττικής και το **36%** από την υπόλοιπη Ελλάδα.

Όπως προκύπτει από τους πίνακες που ακολουθούν, το ποσοστό συμμόρφωσης στο διαγνωστικό κύκλο ήταν πολύ υψηλό, της τάξης του **85%**.

Οι περισσότεροι άντρες (**59,3%**) προσήλθαν για πρόβλημα στη στύση. Η δεύτερη αιτία προσέλευσης ήταν ένα μικτό πρόβλημα στη στύση σε συνδυασμό με πρόωρη εκοπερμάτιση (**34,7%**). Άρα εκείνο που απασχολεί περισσότερο τους άντρες στην τρίτη ηλικία είναι η διαταραχή της στύσης.

Όσον αφορά την αιτιολογία των προβλημάτων, στο μεγαλύτερο ποσοστό των αντρών (**43%**) συνυπήρχε μικτή αιτιολογία, οργανική και ψυχογενής. Ακολουθούσε η ψυχογενής αιτιολογία (**31%**) και μετά η αμιγής οργανική αιτιολογία σε ποσοστό **26%**. Τα ποσοστά αυτά διαφέρουν από τα αντίστοιχα της διεθνούς βιβλιογραφίας, που εντοπίζουν κυρίως οργανικής αιτιολογίας προβλήματα στους άντρες της τρίτης ηλικίας.

Η ερμηνεία του φαινομένου θα πρέπει να έχει σχέση με την αρνητική θέση της συζύγου για το σεξ και την επίσης αρνητική και συχνά επικριτική θέση της νεότερης γενιάς στη σεξουαλικότητα της τρίτης ηλικίας.

Τα συχνότερα οργανικά αίτια σεξουαλικής δυσλειτουργίας φαίνεται ότι είναι η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης. Ακολουθούν τα καρδιαγγειακά και τα ορμονικά προβλήματα.

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι το **68%** των αντρών εξέφραζε δυσφορία για το πρόβλημά του και μόνο το **32%** αντιμετώπιζε θετικά τη δυσλειτουργία του.

Όσον αφορά τέλος τον τρόπο που η ερωτική σύντροφος των αντρών αντιμετώπιζε το πρόβλημά τους μόνο οι μισές γυναίκες τηρούσαν θετική στάση και οι υπόλοιπες παθητική (**27,1%**) ή και τελείως αρνητική (**23,2%**).

Από τη μελέτη αυτή προκύπτει ότι οι άντρες της τρίτης ηλικίας συχνά διεκδικούν το σεξ και ζητούν πολλές φορές και τη βοήθεια του ειδικού. Εκφράζουν όμως το παράπονο ότι οι γυναίκες τους δεν συμμερίζονται τις ερωτικές τους ανησυχίες. Η ελληνίδα των 60 χρόνων παραμένει παραδοσιακά αρνητική και απορριπτική για το σεξ.

Στα άτομα της τρίτης ηλικίας θα θέλαμε να προτείνουμε να συνεχίσουν να διεκδικούν την αγάπη, την τρυφερότητα και το σεξ.

**Ζήσης Παπαθανασίου**

Επίκουρος Καθηγητής Γυναικολογίας - Ανδρολόγος  
Πρόεδρος του Ελληνικού Σεξολογικού Ινστιτούτου

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΙΚΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (ΣΥΝΟΛΟ 56 ΑΝΔΡΕΣ)**

	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
• Στυτική δυσλειτουργία	24	42,86
• Στυτική δυσλειτουργία και πρόωρη εκσπερμάτιση	30	53,57
• Στυτική δυσλειτουργία και όψιμη εκσπερμάτιση	2	3,57
Σύνολο:	56	100

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (ΣΥΝΟΛΟ 128 ΑΝΔΡΕΣ)****ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟ**

	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
• Θετική	41	32
• Αρνητική	87	68
Σύνολο:	128	100

**ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ**

	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
• Με τη σύζυγο	45	35,2
• Με εξωσυζυγική	32	25
• Με σύζυγο και εξωσυζυγική	8	6,3
• Σεξουαλική αποχή	43	33,5

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΕΠΑΦΩΝ ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ**

	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
• Αραιές	31	68,9
• Συχνές	14	31,1

**ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΩΤΙΚΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ**

	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
• Παθητική	35	27,1
• Ενεργητική	63	49,7
• Αρνητική	30	23,2
Σύνολο:	128	100

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Θετική	62	48,4
Αρνητική	66	51,6
Σύνολο:	128	100

## ΓΝΩΡΙΖΕΙ Η ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΡΑ;

	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Δεν γνωρίζει	69	53,9
Γνωρίζει	59	46,1
Σύνολο:	128	100

## ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αριθμός ανδρών που προσήλθαν	150	
Αριθμός ανδρών που ολοκλήρωσε το διαγνωστικό κύκλο	128	85%
Αριθμός ανδρών που δεν ολοκλήρωσε το διαγνωστικό κύκλο ή ζήτησε πρακτική βοήθεια	22	15%

Σχόλιο: Υψηλό ποσοστό ανδρών ολοκλήρωσε το διαγνωστικό κύκλο. Το ποσοστό αυτό είναι ανάλογο του αντίστοιχου για μικρότερες ηλικίες ανδρών. Άρα στην τρίτη ηλικία παρατηρείται εξ ίσου σημαντικό κίνητρο εκ μέρους των ανδρών για αντιμετώπιση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

## ΚΥΡΙΑ ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
• Στυτική δυσλειτουργία	89	59,3
• Πρόωρη εκσπερμάτιση	4	2,7
• Στυτική δυσλειτουργία και πρόωρη εκσπερμάτιση	52	34,7
• Στυτική δυσλειτουργία και όψιμη εκσπερμάτιση	5	3,3
Σύνολο περιπτώσεων:	150	100

Σχόλιο: Το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών προσήλθε για πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας. Ανεξάρτητα από την κύρια αιτία προσέλευση, 59 άνδρες (ποσοστό 39,3%), ανέφεραν ελάττωση της ερωτικής επιθυμίας.

## **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΟΥΣ 128 ΑΝΔΡΕΣ ΠΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΝ ΤΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

	ΑΡΙΘΜΟΣ		%	
Αμιγής οργανική αιτιολογία	32		26	
Μικτή αιτιολογία (οργανική και ψυχογενής)		56		43
Αμιγής ψυχολογικής αιτιολογίας	40		31	
Σύνολο περιπτώσεων:	128		100	

Σχόλιο: Το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών παρουσίαζε προβλήματα μικτής αιτιολογίας, δηλαδή τόσο οργανικής, όσο και ψυχογενούς.

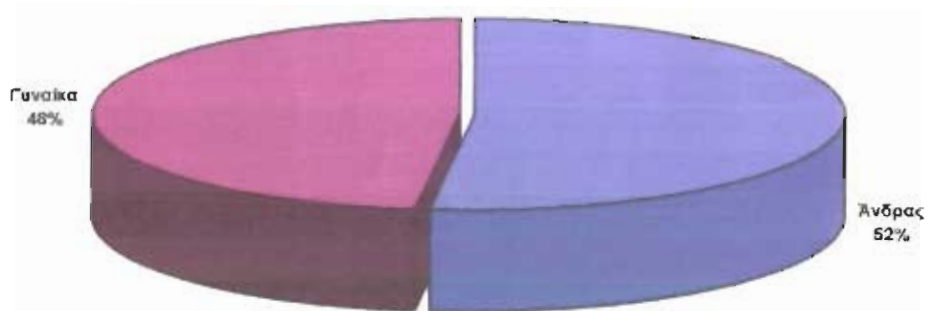
## **ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ 128 ΑΝΔΡΩΝ**

1. Υπέρταση	40
2. Σ. Διαβήτης	24
3. Ορμονική διαταραχή	12
4. Καρδιαγγειακά προβλήματα	22
5. Αγγειακά προβλήματα στυτικής δυσλειτουργίας	6

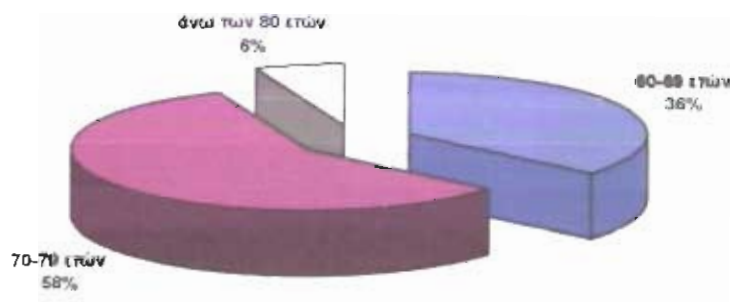
## **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΜΙΓΟΥΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ (σύνολο 40 άνδρες)**

	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
• Στυτική δυσλειτουργία	17	42,5
• Πρόωρη εκσπερμάτιση	4	10
• Πρόωρη εκσπερμάτιση και στυτική δυσλειτουργία	18	45
• Όψιμη εκσπερμάτιση και στυτική δυσλειτουργία	1	2,5
Σύνολο:	40	100

Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο

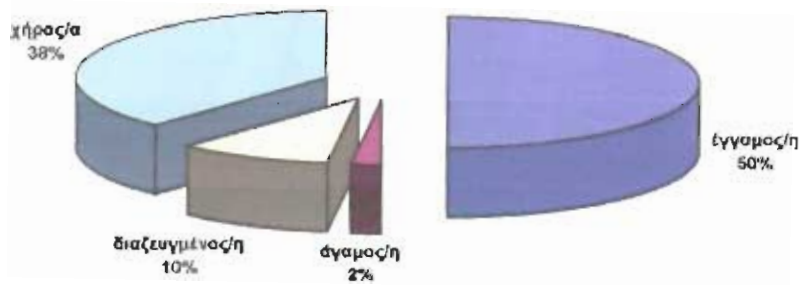


Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία

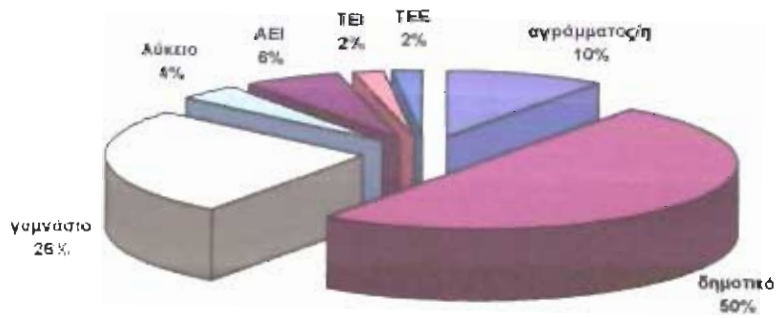




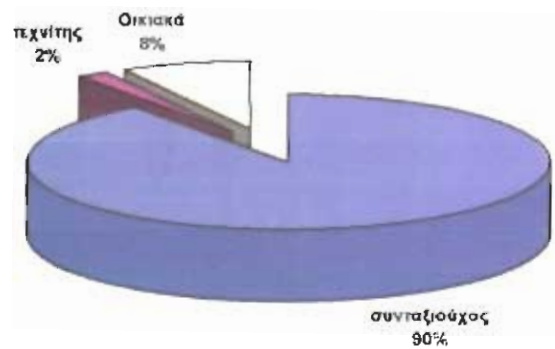
Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.



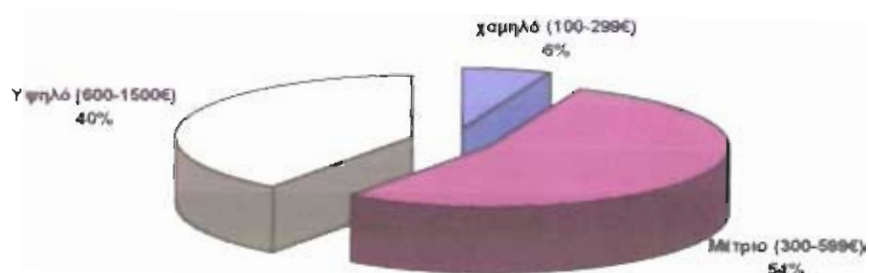
Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.



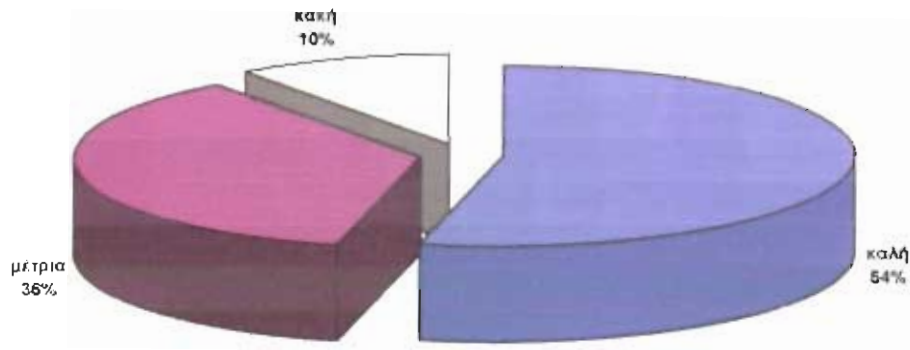
Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα.



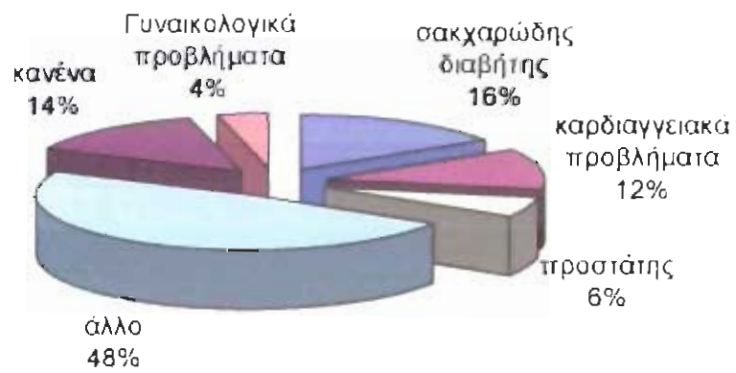
Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα.



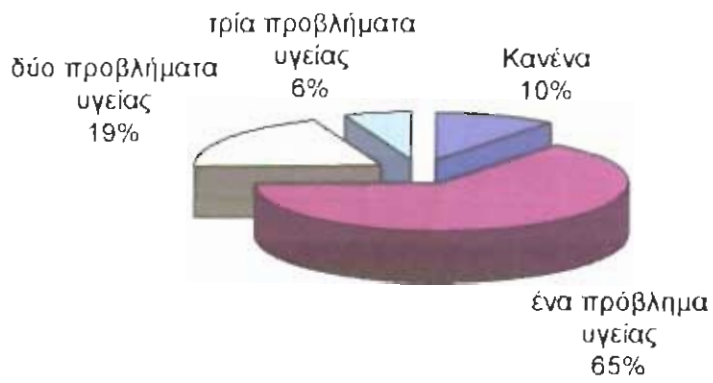
Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την γενική κατάσταση της υγείας τους.



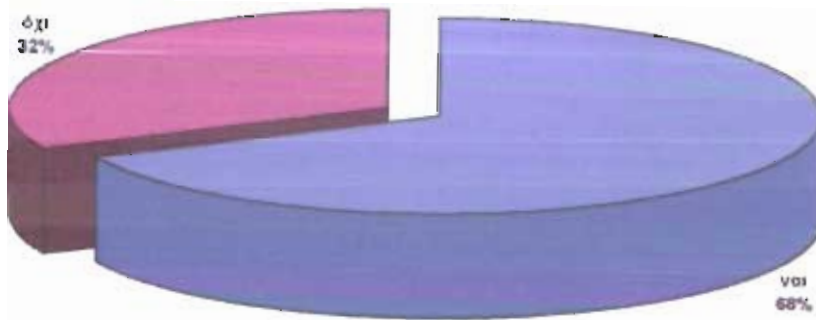
Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κύρια προβλήματα υγείας



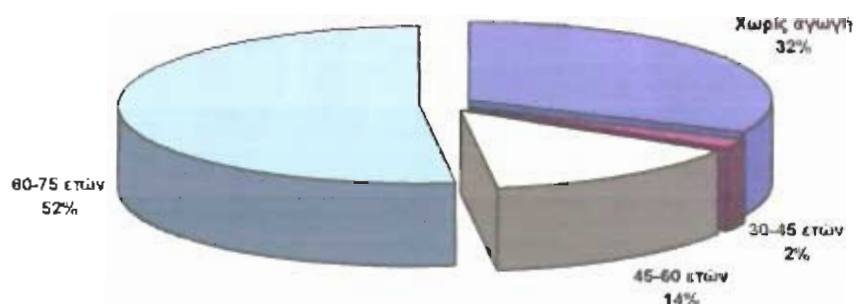
**Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα προβλήματα υγείας που έχουν**



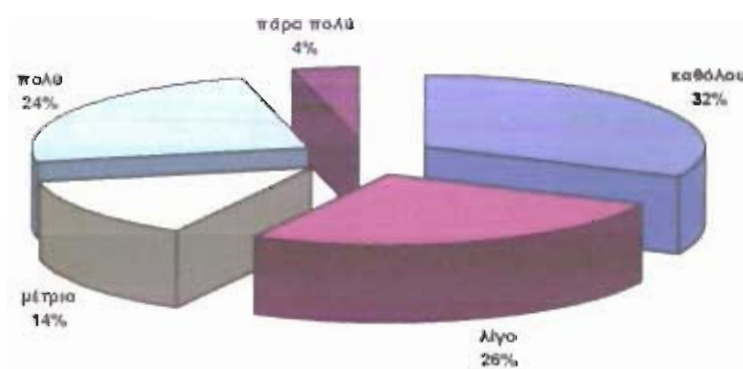
**Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την λήψη ή όχι φαρμακευτικής αγωγής.**



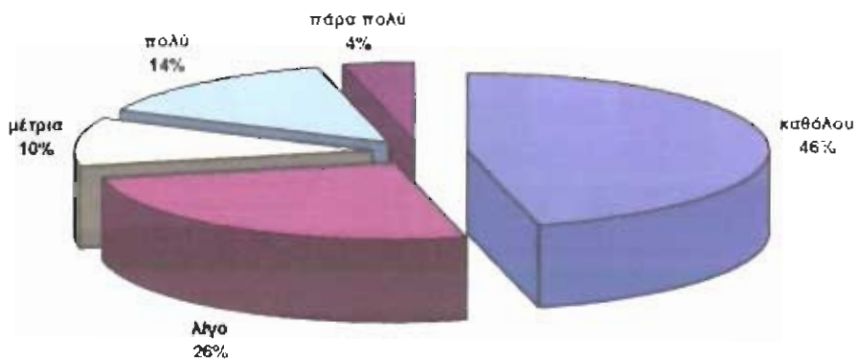
Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης της φαρμακευτικής αγωγής.



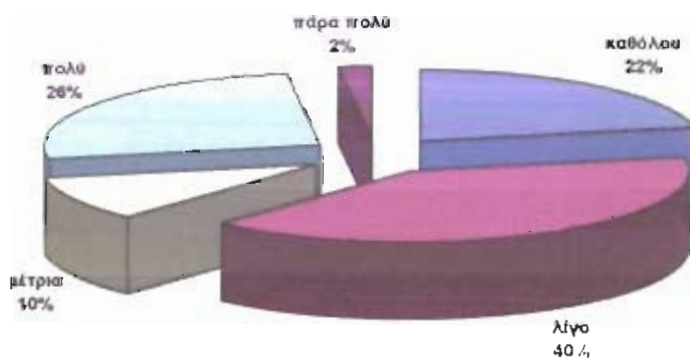
Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση αρθρικών και μυϊκών πόνων.



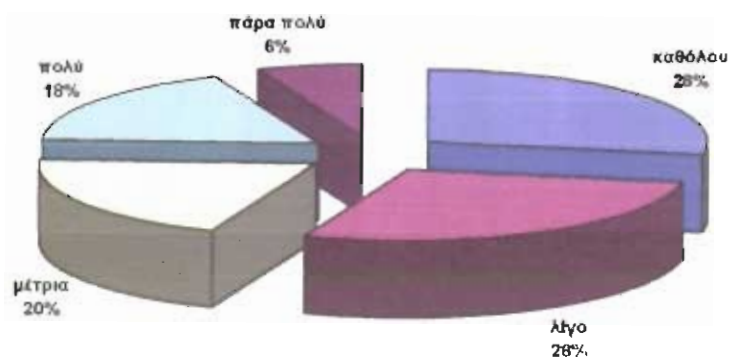
Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη προβλημάτων στον ύπνο.



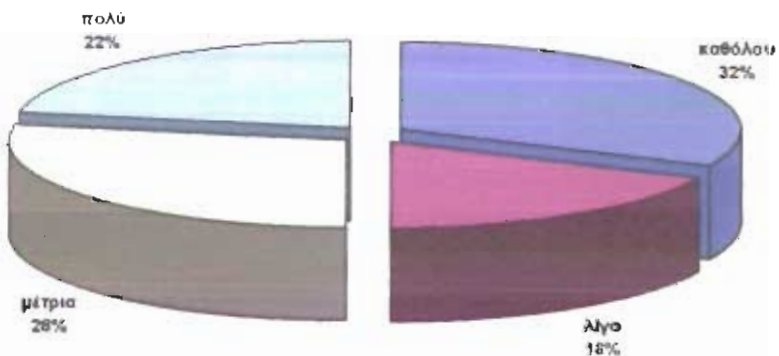
Σχήμα 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση προβλημάτων διάθεσης (εκνευρισμός κ.λ.π.)



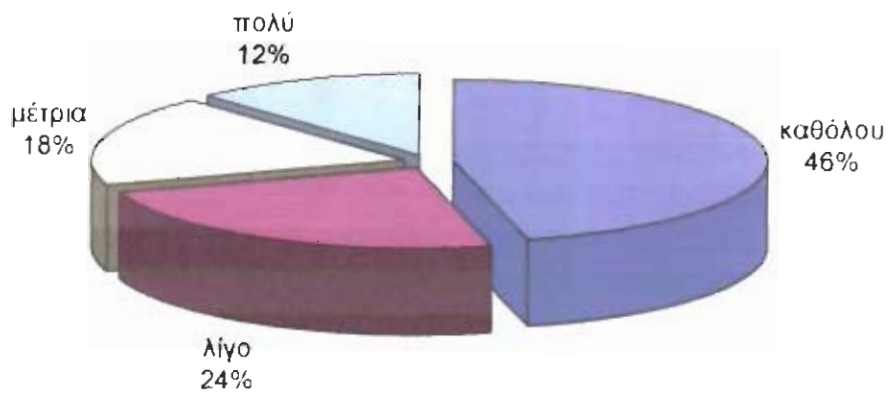
Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση άγχους.



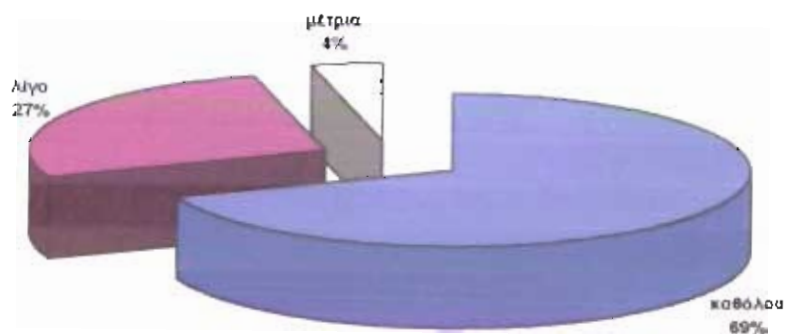
Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση μυϊκής αδυναμίας.



Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης.

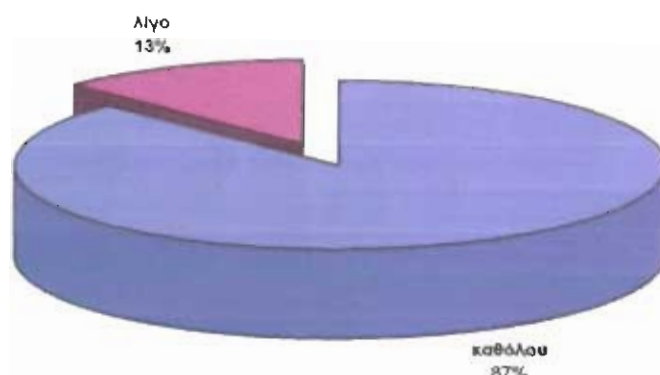


Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την μείωση στην ανάπτυξη της γενειάδας (μόνο άνδρες).

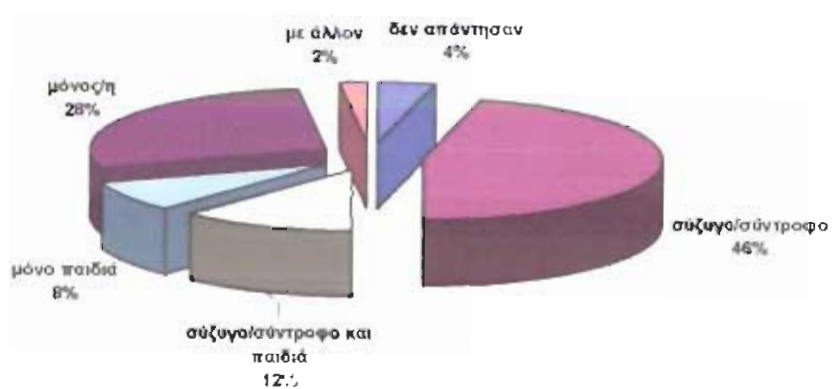




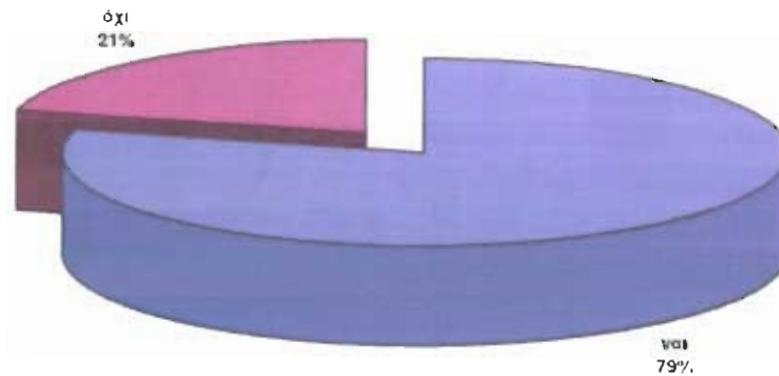
Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη κνησμού στα γεννητικά όργανα (μόνο γυναίκες).



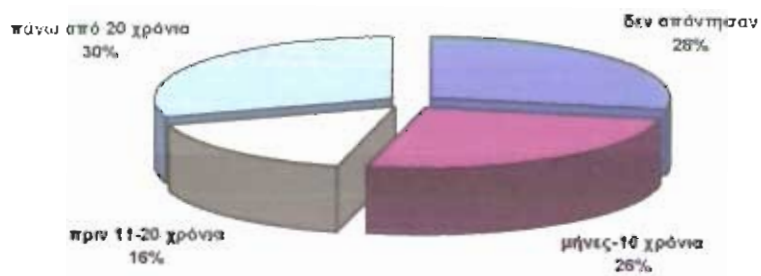
Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το άτομο με το οποίο συγκατοικούν.



Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν υποστεί γυναικολογική επέμβαση (μόνο γυναίκες).



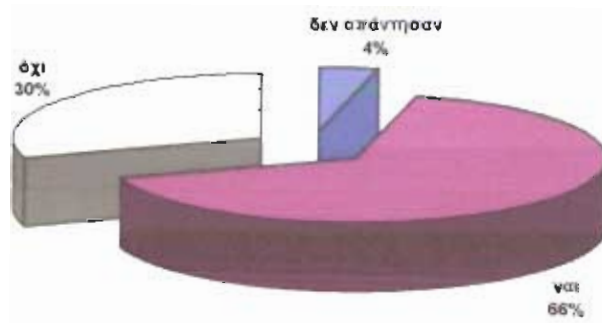
Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το χρόνο αναχώρησης των παιδιών από το πατρικό σπίτι.



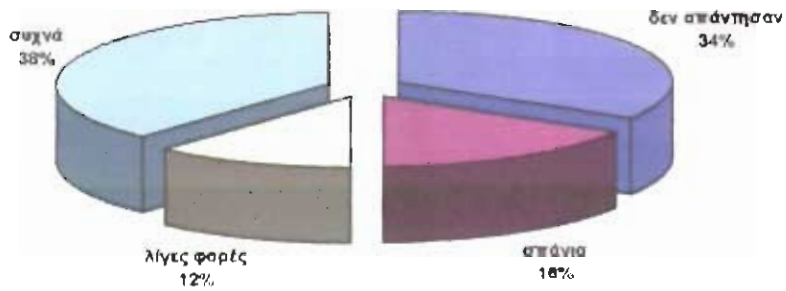
Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την είδραση της θρησκείας στη σεξουαλική τους δραστηριότητα.



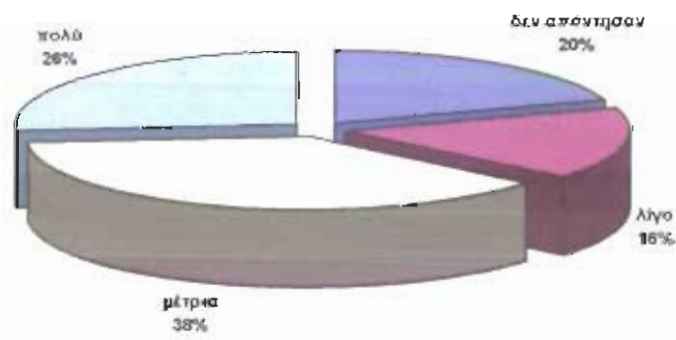
Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη σεξουαλικής δραστηριότητας.



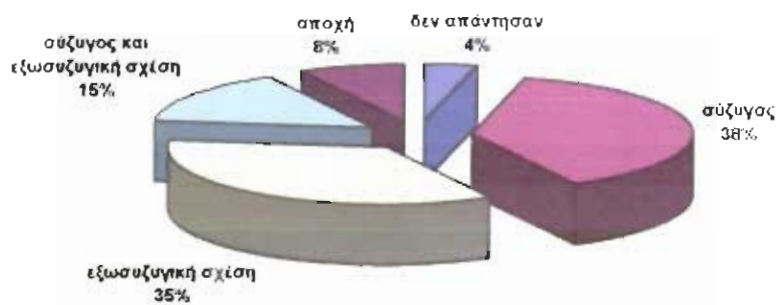
Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών.



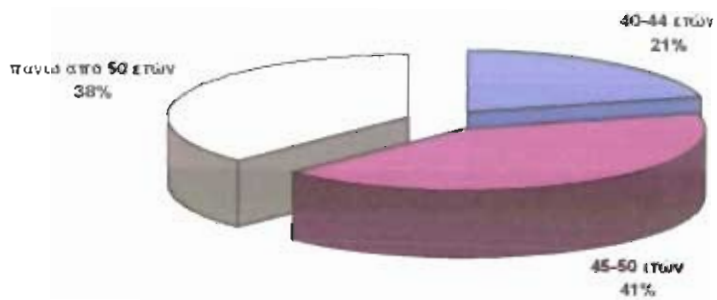
Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την έλξη για τον σύντροφό τους.



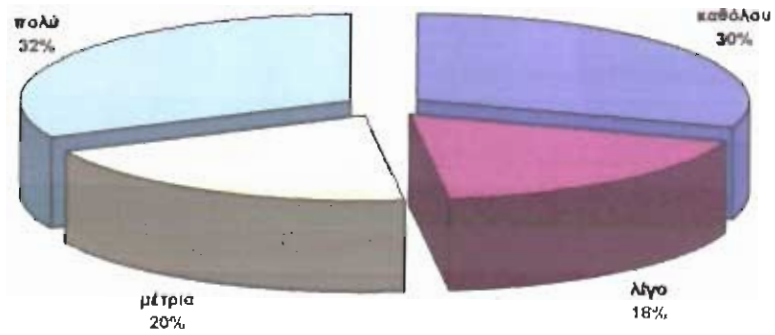
Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ταυτότητα του ερωτικού συντρόφου (μόνο άνδρες).



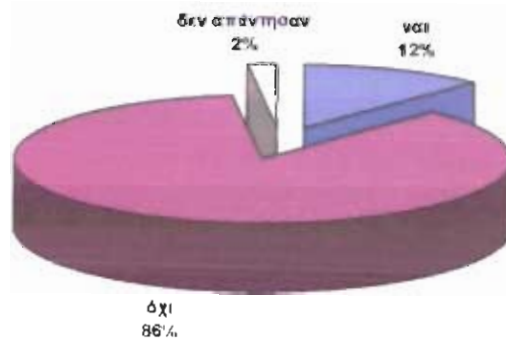
Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία εμμηνόπαυσης (μόνο γυναίκες).



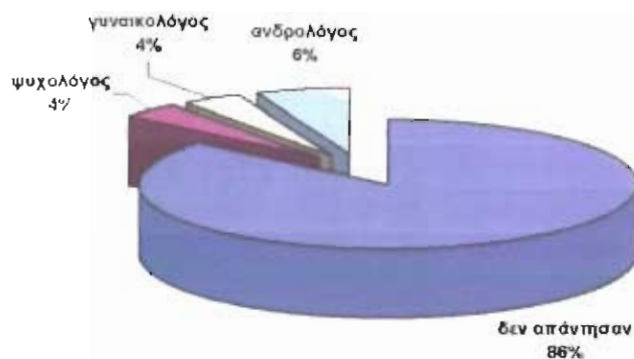
Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση μείωσης ερωτικής επιθυμίας.



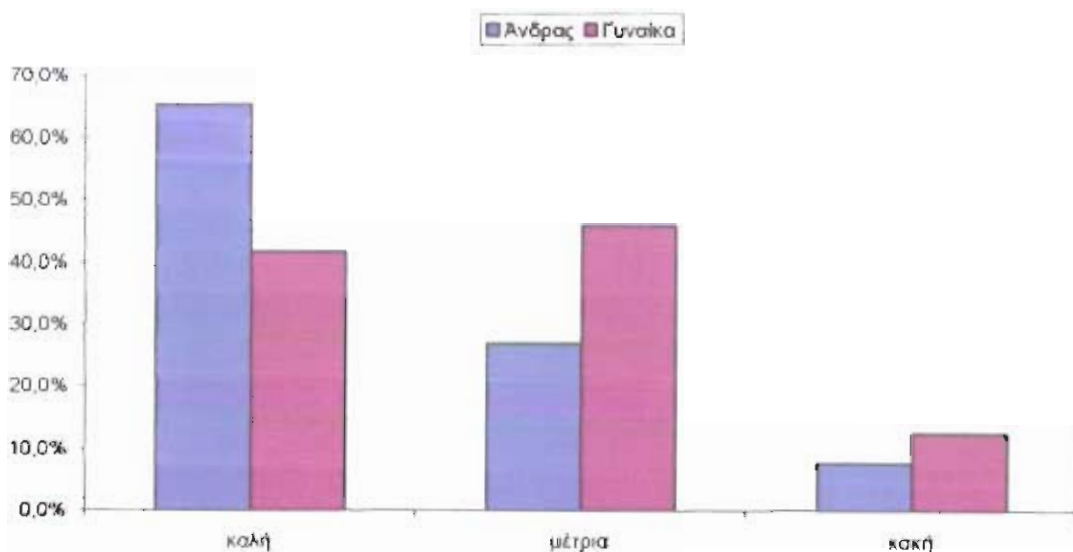
Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν επισκέφθηκαν ειδικό για τα προβλήματά τους.



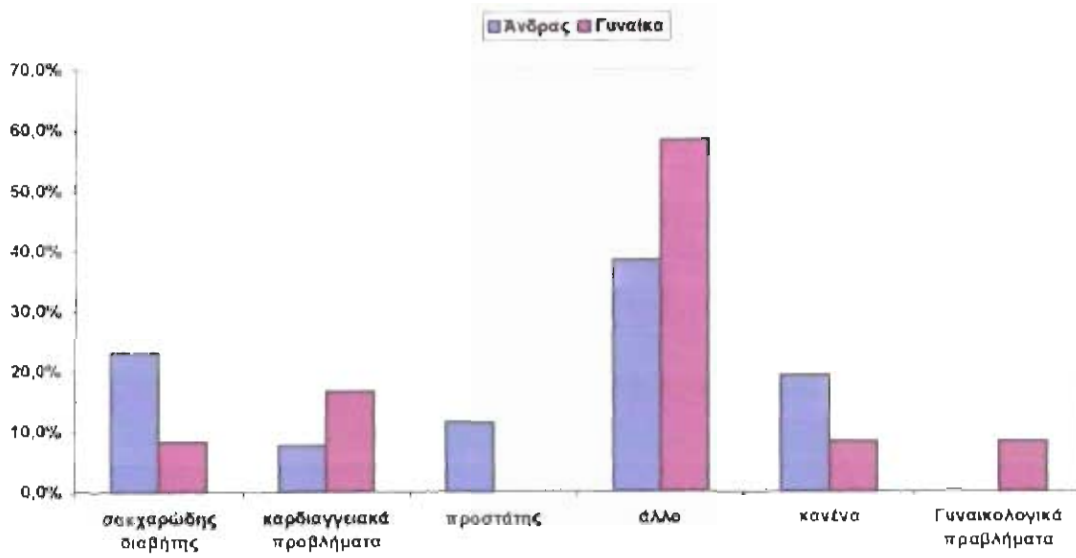
Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρού που επισκέφθηκαν



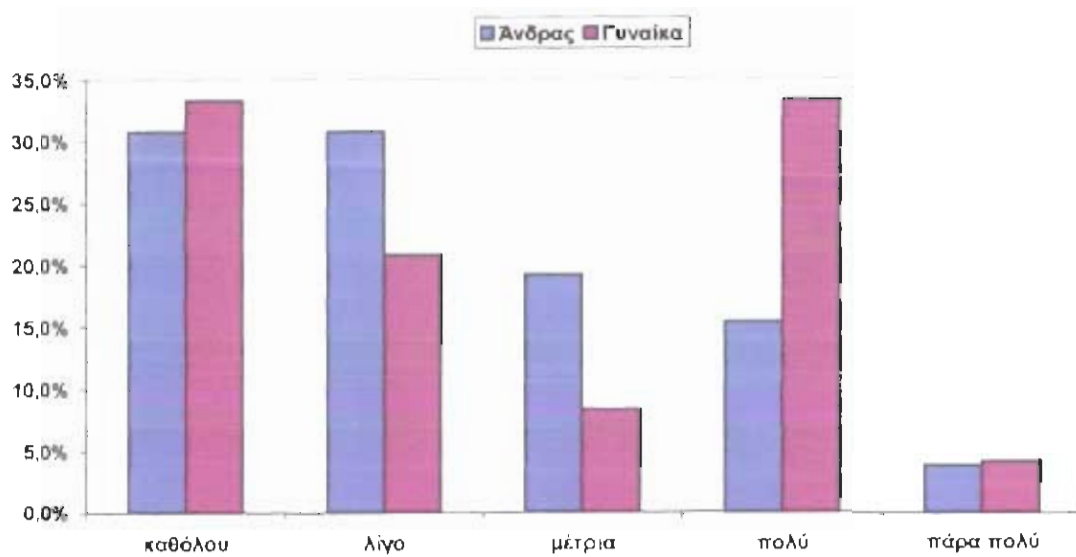
Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τη γενική κατάσταση της υγείας τους.



Σχήμα 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και το κύριο πρόβλημα υγείας.

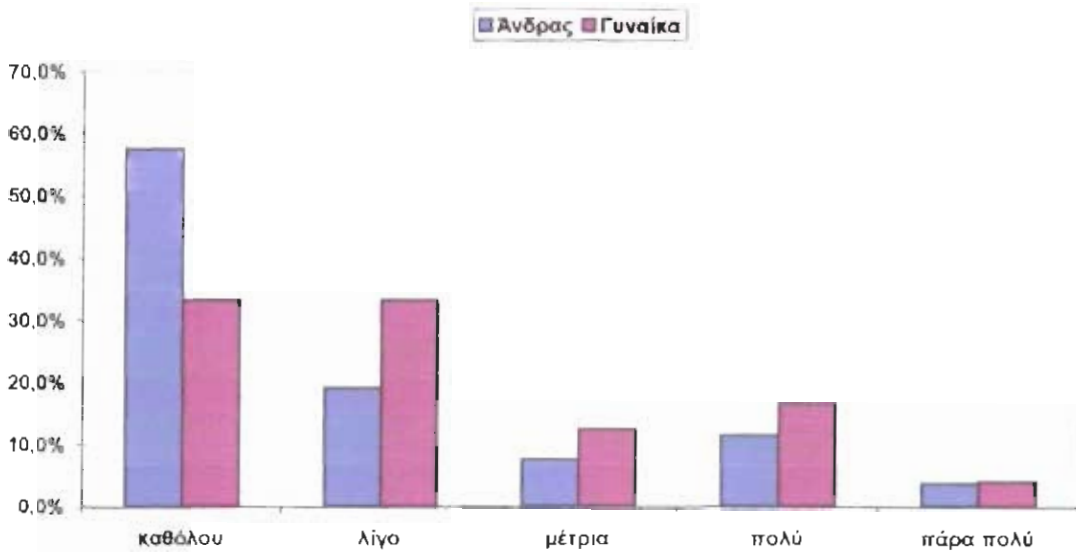


Σχήμα 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση πόνων στις αρθρώσεις.

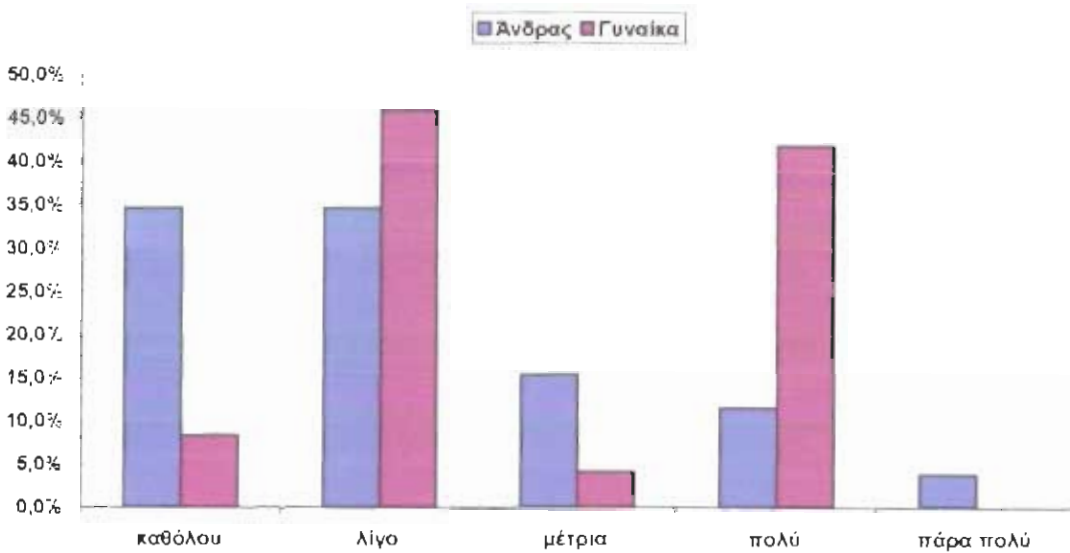




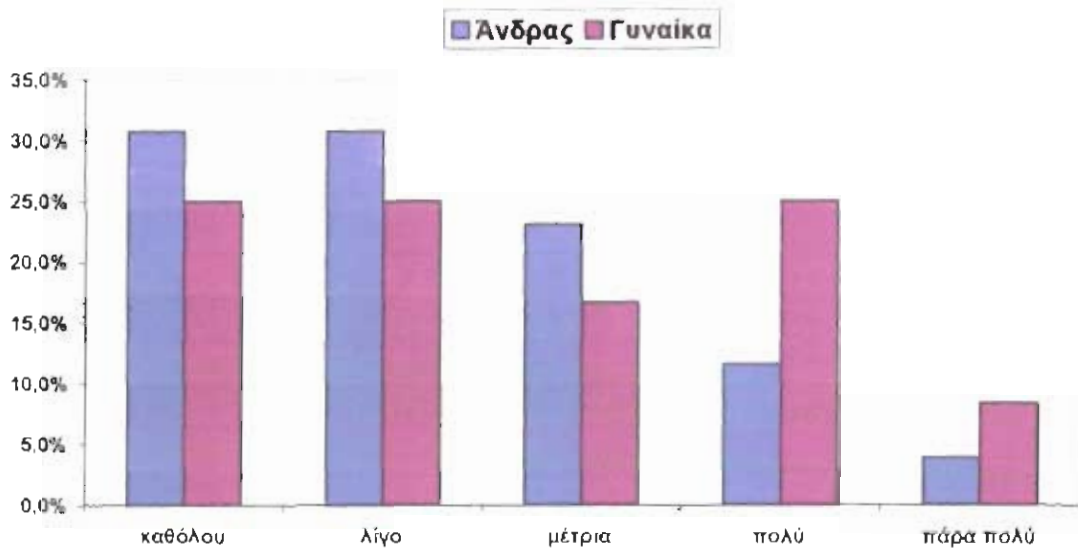
Σχήμα 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση προβλημάτων ύπνου.



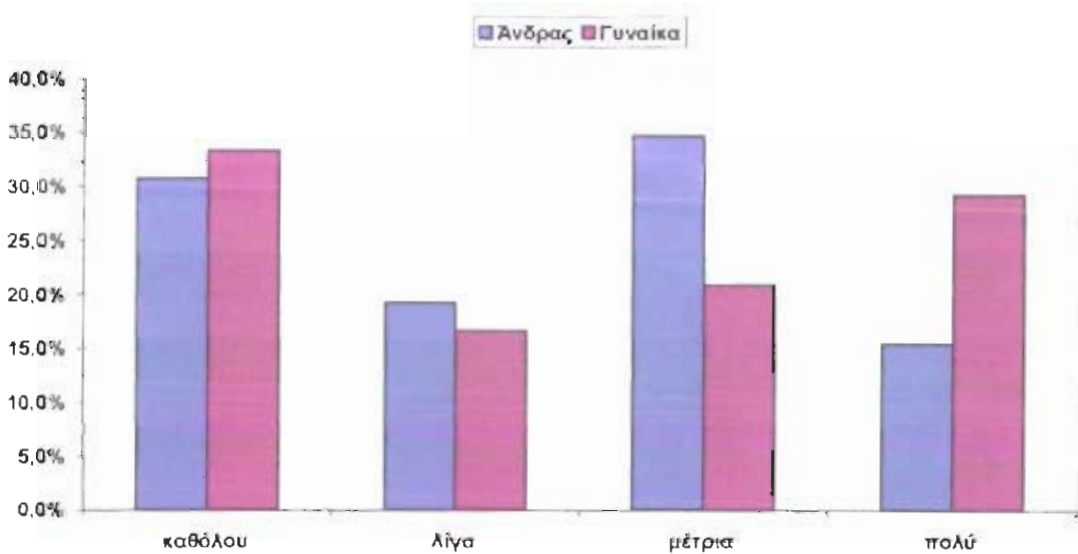
Σχήμα 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση εκνευρισμού.



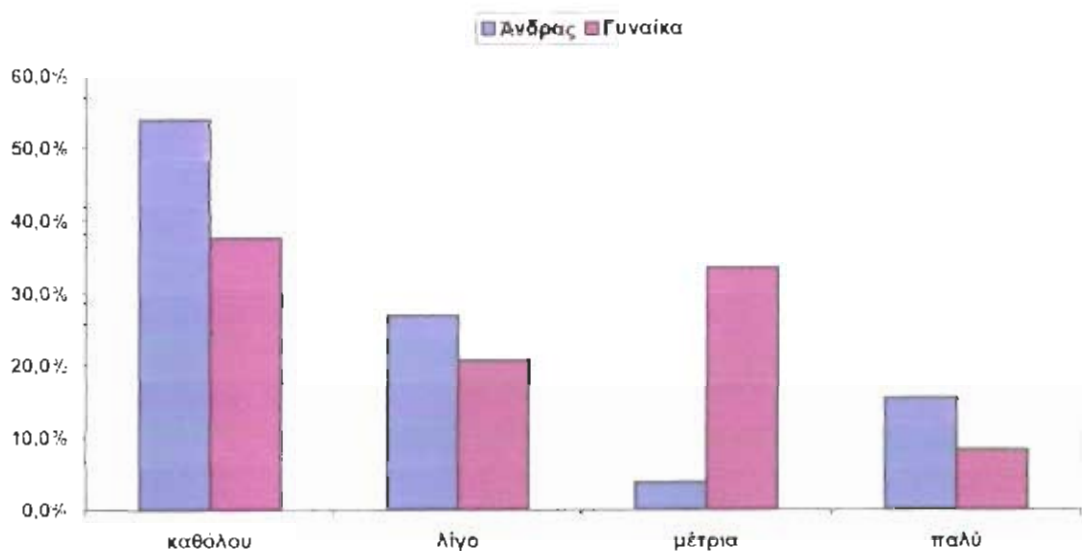
Σχήμα 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση άγχους.



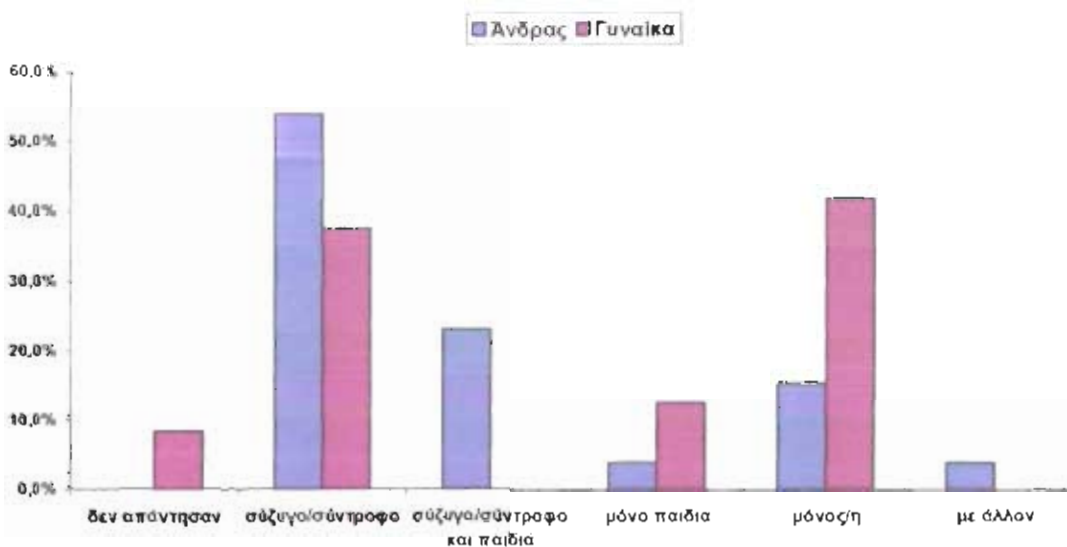
Σχήμα 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση μειωμένης μυϊκής δύναμης.



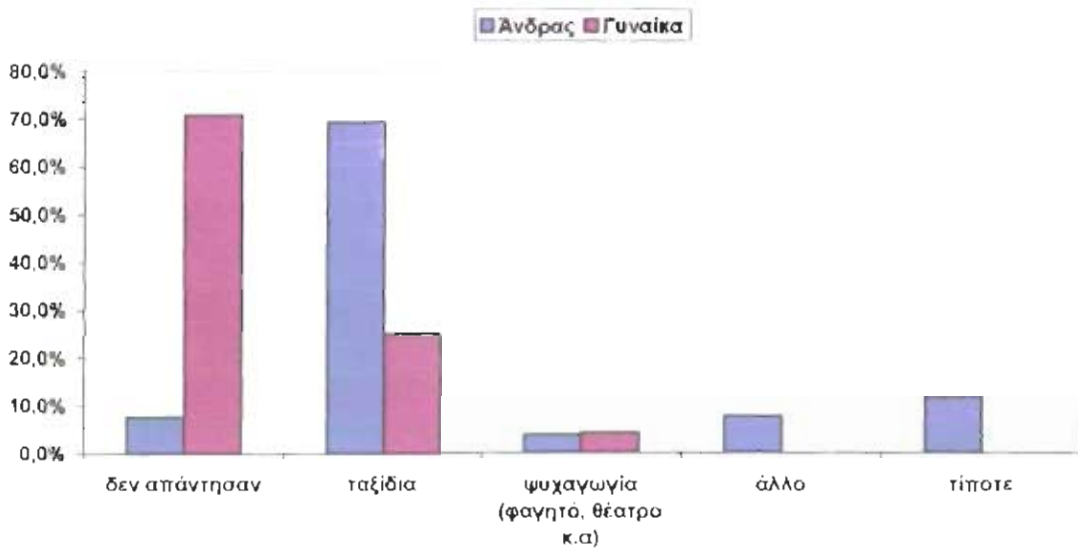
**Σχήμα 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης.**



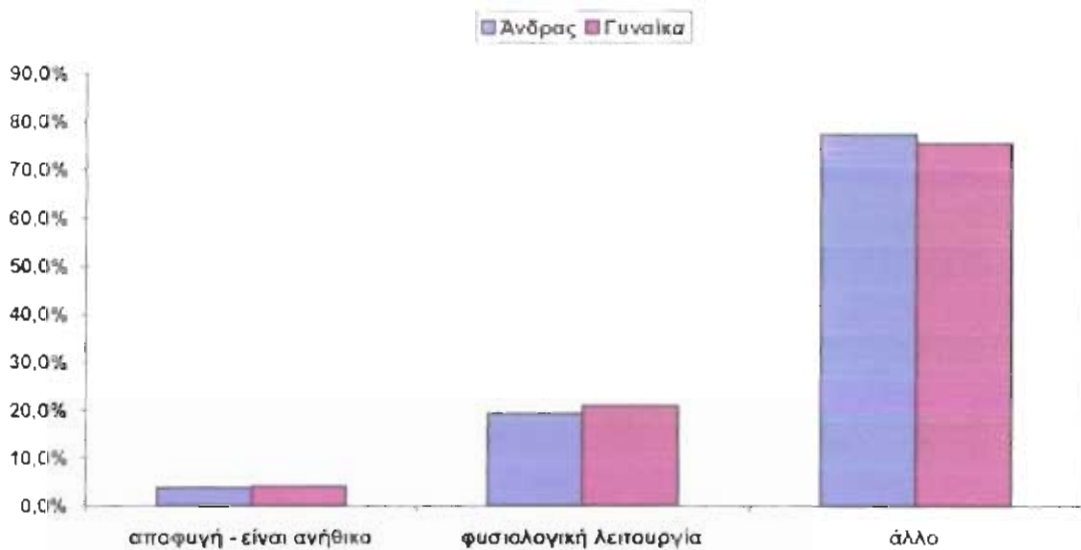
**Σχήμα 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και το άτομο με το οποίο συγκατοικούν.**



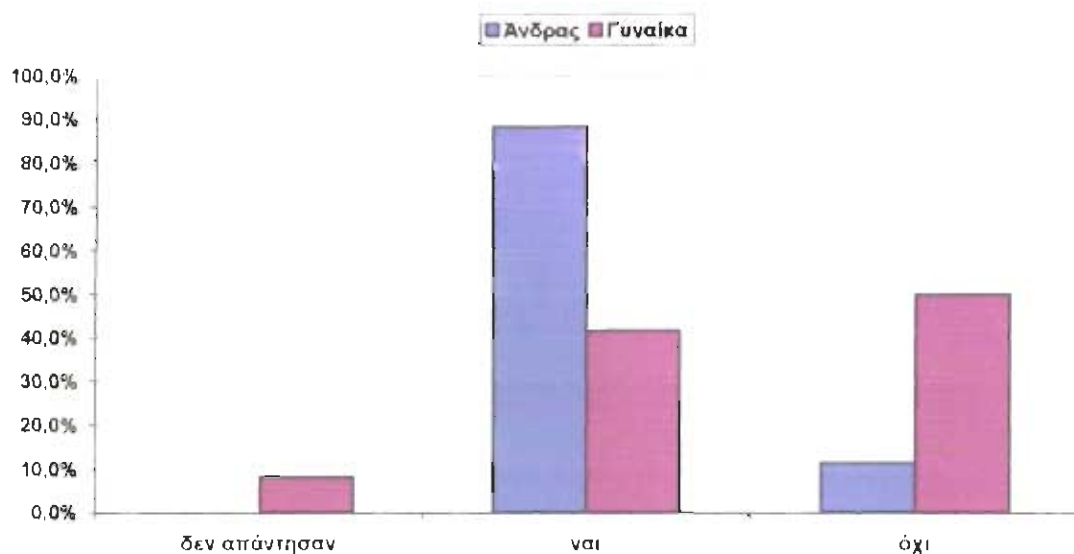
**Σχήμα 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την κύρια κοινή δραστηριότητα με το σύντροφο.**



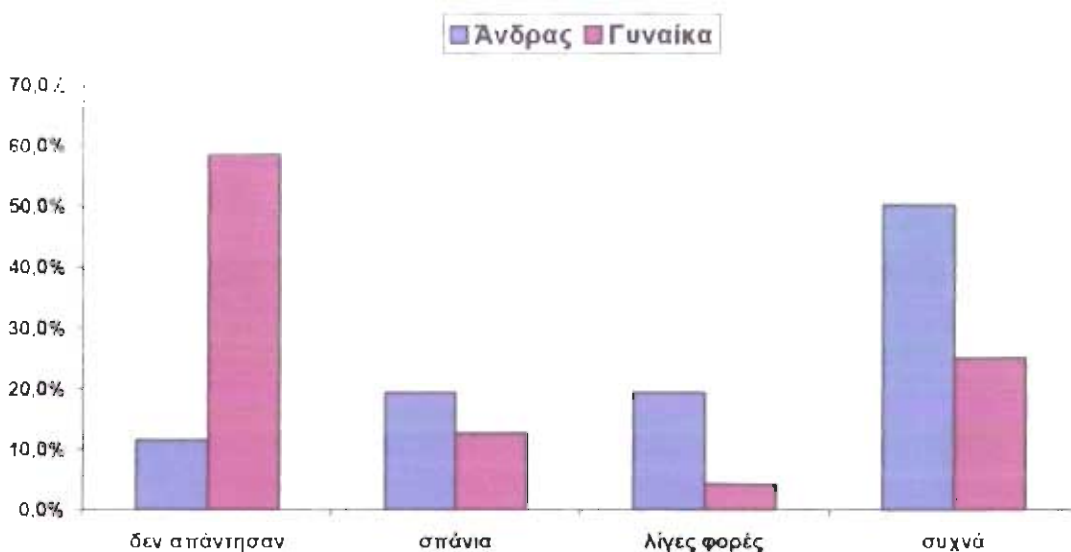
**Σχήμα 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την αποψη τους για σεξ-θρησκεία.**



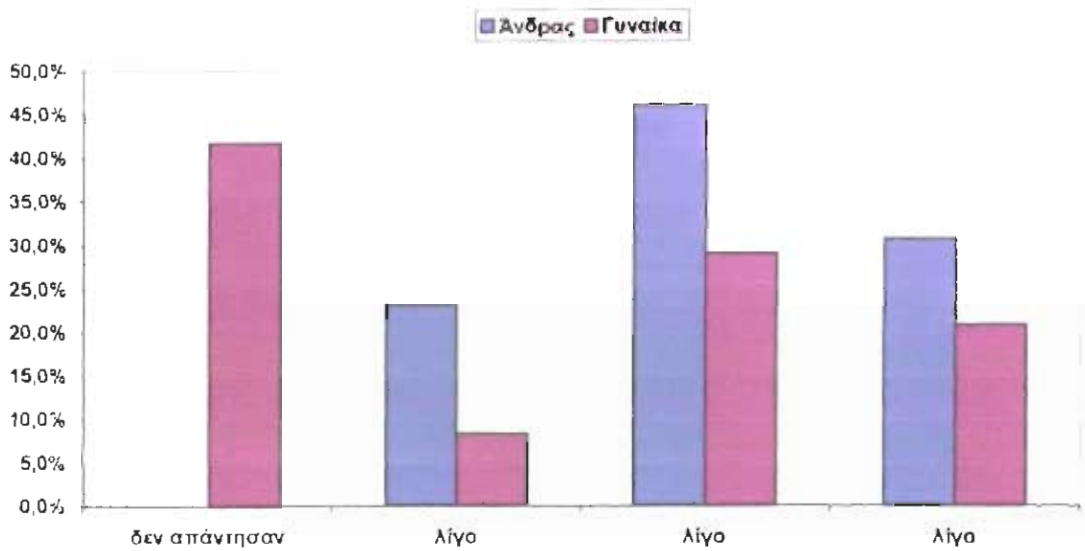
Σχήμα 43: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την ύπαρξη σεξουαλικών επαφών.



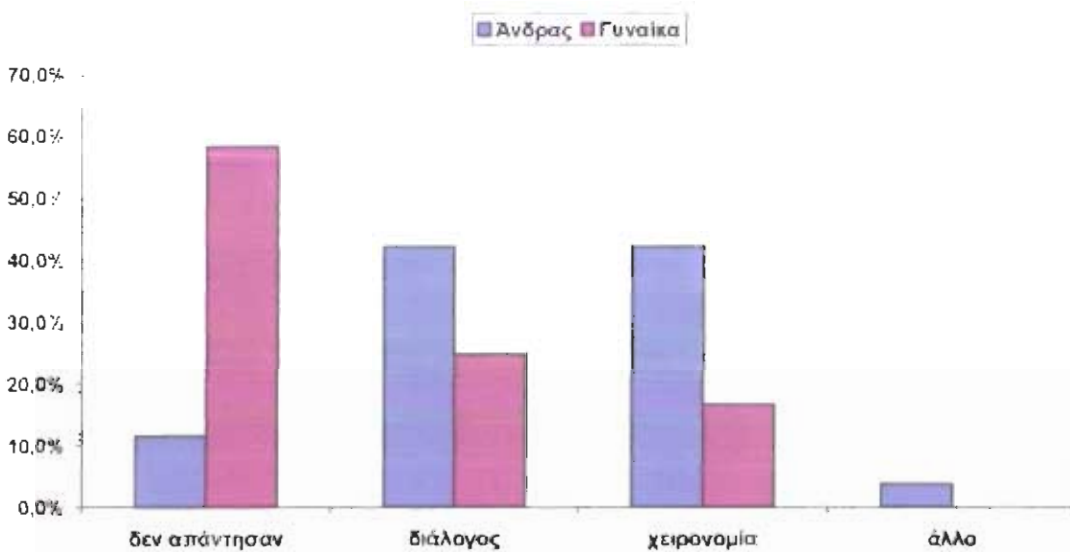
Σχήμα 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την συχνότητα των επαφών.



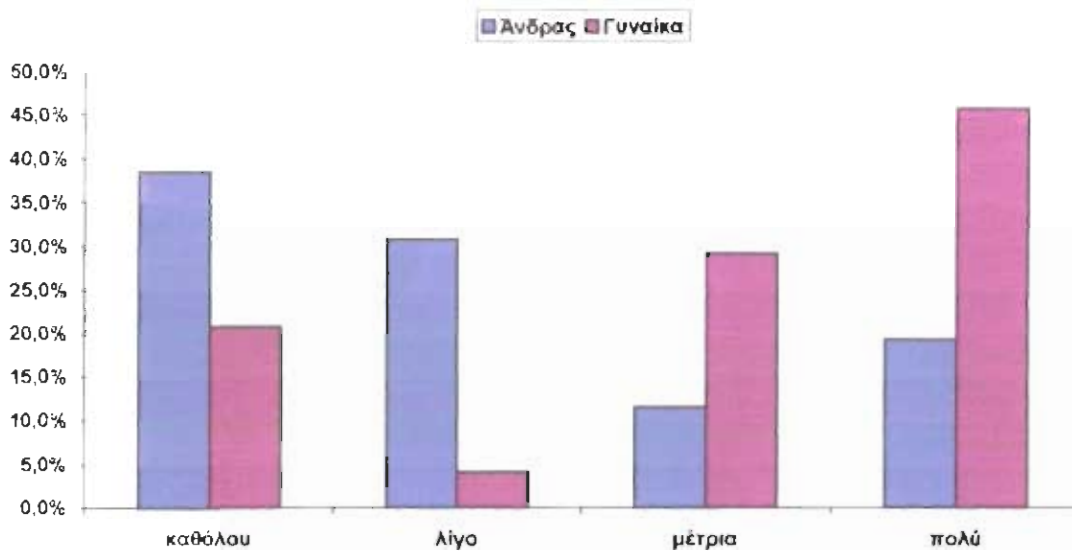
Σχήμα 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την έλξη για τον σύντροφό τους.



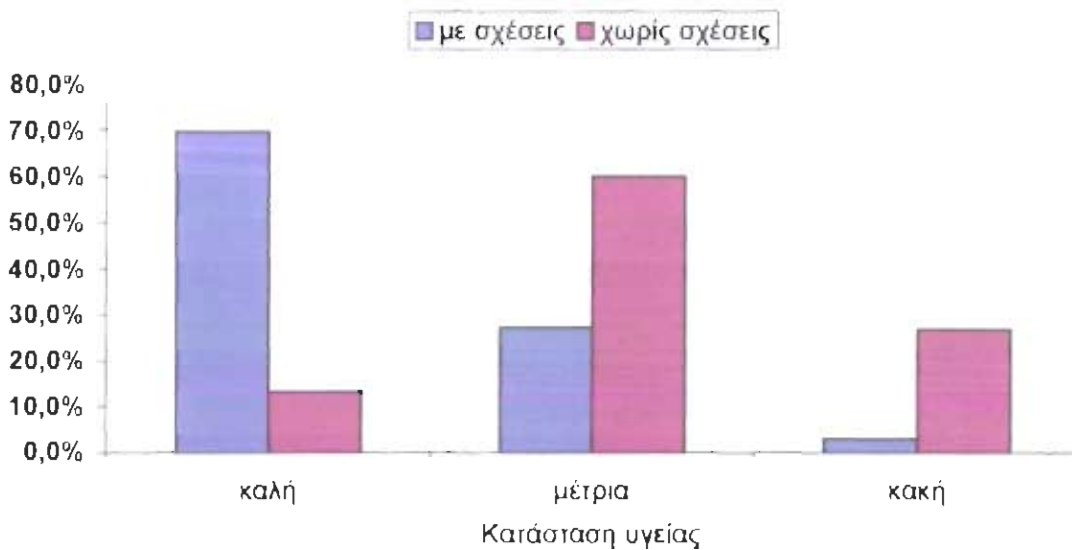
Σχήμα 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τον κύριο τρόπο προσέγγισης του ερωτικού συντρόφου.



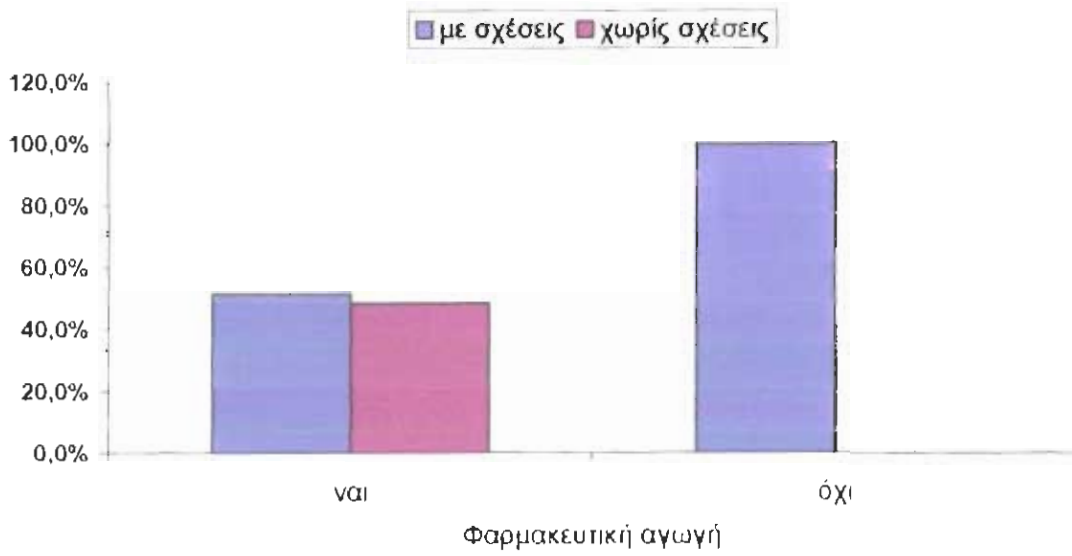
Σχήμα 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και την εμφάνιση μείωσης σεξουαλικής επιθυμίας.



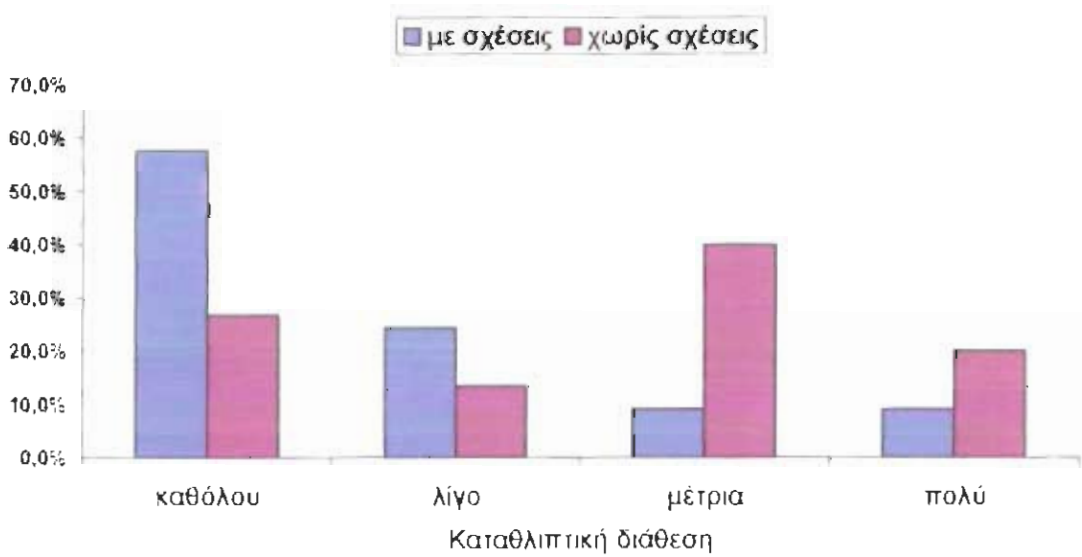
Σχήμα 48: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάσταση υγείας και την ύπαρξη σεξουαλικών σχέσεων



Σχήμα 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την φαρμακευτική αγωγή και την ύπαρξη σεξουαλικών σχέσεων

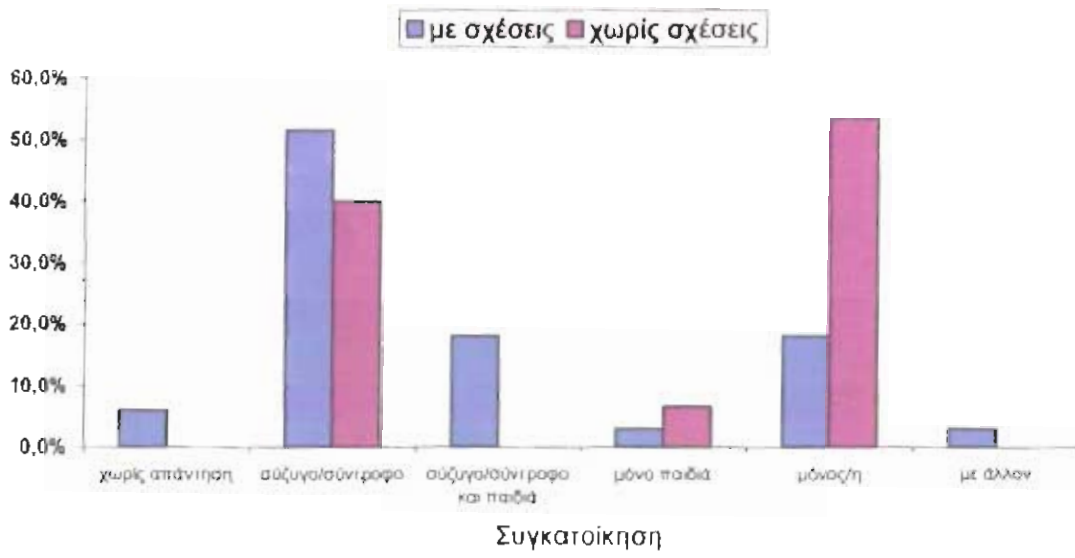


Σχήμα 50 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την καταθλιπτική διάθεση και τις σεξουαλικές σχέσεις.



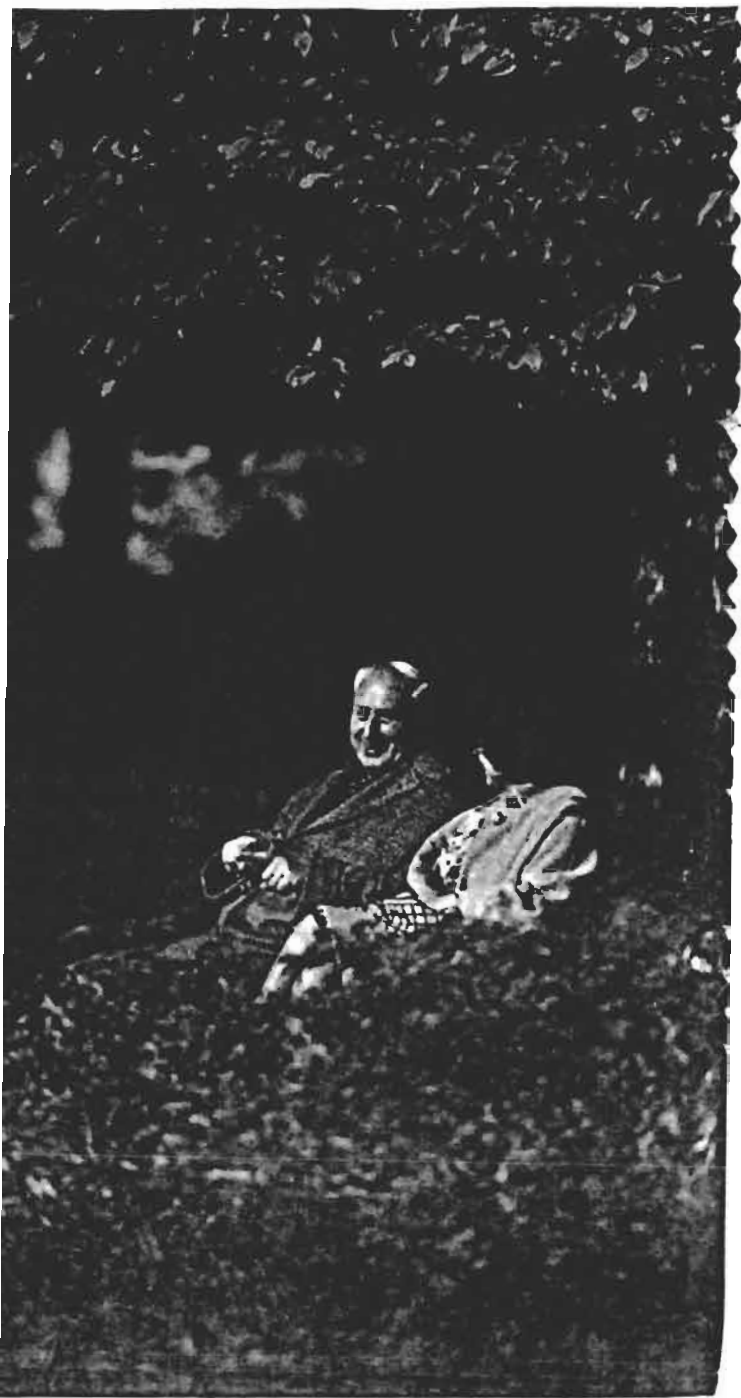


Σχήμα 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συγκατοίκηση και τις σεξουαλικές σχέσεις.









## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνική**

- Αβεντισιάν – Παγοροπούλου Άννα, «Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας», Αθήνα, 1993
- Βαϊδάκης Νίκος, «Διαφυλικές σχέσεις», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995
- Βαϊδάκης Νίκος, Πρακτικά Σεμινάρια, «Σεξουαλική Αγωγή και Υγεία», εκδ. Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα, 1992
- Βασιλείου Ιωάννης, «Χαρούμενη Δύση», εκδ. Βιβλιοπωλείο της Εστίας, Αθήνα, 1981
- Δοντάς Αναστάσιος Σ., «Η Τρίτη ηλικία, προβλήματα και δυνατότητες», Αθήνα, 1981
- Εμκε – Πουλοπούλου Ήρα, «Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες, παρελθόν, παρόν & μέλλον», εκδ. Έλλην., Αθήνα, 1999
- Ζαγούρα Σταυρούλα, Σημειώσεις σε: «Κοινωνική εργασία σε ιδρύματα», Πάτρα, 1975
- Κοσμόπουλος Αλέξανδρος, «Στοιχεία Εξελικτικής Ψυχολογίας», Πάτρα, 1976
- Κωσταρίδου - Ευκλείδη Αναστασία, «Θέματα γηροψυχιατρικής και γεροντολογίας», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
- Μάνος Νίκος, «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997
- Ματθαίος Γιοσεφέτ, Πρακτικά σεμινάρια, «Σεξουαλική αγωγή και υγεία», εκδ. Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, Αθήνα, 1989
- Παπαδόπουλος Νίκος, «Λεξικό της Ψυχολογίας», Αθήνα, 1994
- Παπανικολάου Νίκος, «Γυναικολογία», εκδ. Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα, 1994
- Παπανικολάου Νίκος, «Γυναικολογική Γηριατρική», εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1993
- Παπασπυρόπουλος Σπυρίδων Ανδρ., «Ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας», Αθήνα, 1991
- Παρασκευόπουλος Ιωάννης Ν., «Εξελικτική Ψυχολογία», Τόμος 1, Αθήνα, 1980

- «Σεξουαλική Αγωγή για όλες τις ηλικίες», εκδ. ελληνική παιδεία Α.Ε., Αθήνα
- Τσούκας Ανδρέας, «Γεροντολογία και Γηριατρική», Βιβλιοπωλείο Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1960
- Χανιώτης Φραγκίσκος Ιωάννης, «Εγχειρίδιο Γηριατρικής», εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1998

### **Ξενόγλωσση μεταφρασμένη**

- Anatrella Tony, «Το ξεχασμένο σεξ», εκδ. Λύχνος, 1992
- Beauvoir Simone de, «Το δεύτερο φύλο», εκδ. Γλάρου, Αθήνα, 1979
- Chassequet Janine-Smiyer, «Γυναικεία σεξουαλικότητα», εκδ. Νεφέλη, Αθήνα, 1991
- Cookley & Wagstaff, «Φυσιοθεραπεία και ασθενείς τρίτης ηλικίας», εκδ. Έλλην, Επιμέλεια: Γεώργιος Καραχάλιος, 1997
- Goldstein Martin & Will McBrid, «Σεξουαλικό Λεξικό», εκδ. Νέα Σύνορα, Αθήνα, 1979
- Καστενμπάουρ Ρόμπερτ, «Ο κύκλος της ζωής: Η Τρίτη ηλικία», εκδ. Ψυχογιός, μετάφραση: Ελένη Τζελέπογλου, Αθήνα, 1982
- Katchadoudian M.D. Herant, «Στα πενήντα: εξετάζοντας τα προβλήματα της μέσης ηλικίας», εκδ. Κάτοπτρου, Ιούνιος, 1993
- Κουπ Τζην, «Εμμηνόπαυση: Μια κρίσιμη περίοδος για κάθε γυναίκα», εκδ. Αθανάσιος Ψυχογιός, Αθήνα, 1985
- Lowen Alexander, «Αγάπη και Οργασμός», εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 1979
- Maerner Muldolf, «Σεξουαλικότητα και θηλυκότητα», εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1980
- Sigmund Freud, «Τρία δοκίμια για την σεξουαλικότητα», εκδ. Επίκαιρος

## **Ξενόγλωσση**

- Default Christine, Sayad Werner Barbara & Strong Bryan, «Core concepts in human sexuality», Mayfield Publishing Company, California, 1996).
- Wenar Charles, «Developmental Psychopathology from infancy through adolescence», Publishing Company McGraw Hill, United States of America, 1994

## **Ξένη αρθρογραφία**

- Kellet J.M., «Sexual and Marital Therapy», article: «Sexuality of the elderly», vol.6, No 2, U.K., 1991
- Masters H. William, MD and Johnson, E. Virginia, «Journal of the American Geriatrics Society» article: «Sex and the aging process», Volume XXX, Number 9, U.S.A. 1981
- Meyer John K., «Training and accreditation for the treatment of sexual disorders», American journal Psychiatry, 1976

## **Internet**

- Senior-site.com
- [www.mediconsult.com/senior](http://www.mediconsult.com/senior)
- [www.agepage.com/sex.htm](http://www.agepage.com/sex.htm)
- [www.wellweb.com/impotent/chris/sexual.htm](http://www.wellweb.com/impotent/chris/sexual.htm)
- [www.umkc.edu/sites/hsw/age/inder.htm](http://www.umkc.edu/sites/hsw/age/inder.htm)

