

Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

25/05/2005

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΜΟΥΡΤΖΙΝΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ
ΤΖΙΜΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΝΘΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ

ΓΙΑΝΝΙΚΑΚΗΣ ΗΛΙΑΣ Ph. D
Καθηγητής Ψυχολογίας

Πτυχιακή που υποβλήθηκε στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής
Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτερου Τεχνολογικού
Εκπαιδευτικού Ιδρύματος, για την λήψη πτυχίου στην Κοινωνική
Εργασία

Πάτρα 2005



Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας :

Ηλίας Δ. Γιαννικάκης
Καθηγητής Ψυχολογίας
του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Γιώργος Κολοκυθάς
Εργαστηριακός Συνεργάτης
του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Βασιλική Παπαργυρίου
Εργαστηριακή Συνεργάτης
του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν άμεσα ή έμμεσα για την συγγραφή και την εκπόνηση αυτής της μελέτης
Ιδιαίτερα :

Τον καθηγητή μας , Κο Γιαννικάκη Ηλία για όλες τις πολύτιμες συμβουλές , κατευθύνσεις και οδηγίες που μας παρείχε .

Την καθηγήτρια μας Κα Δημητρίου για τις κατευθύνσεις που μας παρείχε όπου αφορούσαν κυρίως την διεξαγωγή της Κοινωνικής Έρευνας .

Επίσης θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους κοινωνικούς λειτουργούς των Κ.Α.Π.Η. και των Γηροκομείων που επισκεφτήκαμε με σκοπό να διεξάγουμε την έρευνα μας με θέμα « Η απώλεια συζύγου στην Τρίτη ηλικία . » Τους ευχαριστούμε διότι μας επέτρεψαν την είσοδο , μας υποδέχτηκαν ένθερμα και με κατανόηση και συνέβαλαν έτσι στην ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας .

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στα άτομα που συμμετείχαν ενεργά και αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας μας . Τους ευχαριστούμε για το χρόνο που μας διέθεσαν για την κατάθεση των εμπειριών και των συναισθημάτων τους . Χωρίς αυτούς δεν θα ήταν εφικτή η διεξαγωγή και η περάτωση της έρευνας .

Τέλος ευχαριστούμε τους γονείς μας για την ηθική συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη που μας προσέφεραν .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της παρούσης μελέτης είναι η απώλεια του συντρόφου κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας.

Η τρίτη ηλικία αποκτά στις μέρες μας όλο και περισσότερο ενδιαφέρον λόγω των νέων δημογραφικών δεδομένων αφού η ομάδα αυτή των ατόμων αυξάνεται συνεχώς. Η κατηγορία αυτή των ανθρώπων αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα είτε κοινωνικά, είτε οικονομικά, είτε ψυχολογικά και σωματικά. Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους γέροντες χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από γενικεύσεις. Αυτό γίνεται με βάση την διαδεδομένη γνώμη ότι γηρατειά σημαίνει μοναξιά, απομόνωση, ανάγκη για προστασία και βοήθεια και έκπτωση νοητικών ικανοτήτων. Η κοινωνία θέτει στο περιθώριο το γηρασμένο άτομο και σφραγίζει την παρακμή του με εντελώς λανθασμένο τρόπο. Είναι απαραίτητο λοιπόν να υπάρχει κοινωνική πρόνοια της τρίτης ηλικίας χωρίς να στηρίζεται σε άτομες και επιβλαβείς γενικεύσεις.

Ο θάνατος ως γεγονός οριστικό περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία του αποχωρισμού από την πλευρά των ατόμων που πενθούν. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την μακροχρόνια συμβίωση με έναν άνθρωπο έχει ως αποτέλεσμα μια έντονη αντίδραση στην προσωπικότητα και στον τρόπο που αντιλαμβάνεται ο πενθών τη ζωή του.

Όταν θρηνούμε την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου είναι απαραίτητο να αποδεχόμαστε και να εκφράζουμε τα συναισθήματα που γεννήθηκαν από την απώλεια, πόσο μάλλον όταν έχουμε περάσει το κατώφλι της τρίτης ηλικίας.

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνηθούν τα συναισθήματα των ηλικιωμένων από την απώλεια του συντρόφου και να επισημανθούν οι αλλαγές στην προσωπικότητα αλλά και στην καθημερινότητα τους.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο με συνέντευξη όχι μόνο για τους πρακτικούς λόγους που θα αναφερθούν αργότερα αλλά και για να υπάρξει μια περαιτέρω συζήτηση με τους ηλικιωμένους έτσι ώστε να κατανοηθούν τα συναισθήματα τους και ο τρόπος που βλέπουν τη ζωή πιο σφαιρικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Αναγνώριση	
Περίληψη	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ.....	5
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	6
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ	10
1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	10
<i>Ενότητα Α</i>	21
<i>Το Γήρας</i>	21
1 Το γήρας.....	21
2 Δημογραφική Γήρανση.....	24
3 Αίτια Γήρατος	25
4 Ορισμός ηλικιωμένου	27
5 Χαρακτηριστικά της 3ης ηλικίας.....	28
<i>Ενότητα Β</i>	34
<i>Κοινωνική Ζωή και Ενδιαφέροντα των Ηλικιωμένων</i>	34
1 Κοινωνικές σχέσεις και συμμετοχή ηλικιωμένων.....	34
2 Ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων	37
3 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων	38
<i>Ενότητα Γ</i>	39
<i>Κλειστή και ανοιχτή περίθαλψη ηλικιωμένων</i>	39
1 Κλειστή ιδρυματική περίθαλψη.....	40
2 Η ζωή στο ίδρυμα.....	46
3 Επιπτώσεις από την είσοδο σε γηροκομείο	48
4 Κ.Α.Π.Η.	49
<i>Ενότητα Δ</i>	54
<i>Το πένθος</i>	54
1 Απόψεις ψυχιατρικής και ψυχολογίας περί πένθους... 54	
2 Το πένθος στην τρίτη ηλικία.....	57
3 Επιπτώσεις του αποχωρισμού σε αυτούς που πενθούν 59	

4 Συμπτώματα του πένθους	60
5 Στάδια - φάσεις του πένθους.....	64
6 Συστήματα θανάτου	68
7 Θλίψη.....	72
8 Παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη.	74
<i>Ενότητα Ε</i>	76
<i>Πένθιμη περίοδος</i>	76
1. Πένθιμη περίοδος.....	76
2 Μηχανισμοί άμυνας που αναπτύσσει ο πένθων κατά την πένθιμη περίοδο	79
<i>Ενότητα Στ</i>	81
<i>Στήριξη Πενθούντων</i>	81
1 Στήριξη πένθουντων.....	81
2 Βοήθεια ειδικών	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.....	89
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΩΝ.....	89
1 ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	89
2 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	90
3 ΔΕΙΓΜΑ	91
4 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	92
5 ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	93
6 ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	94
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	94
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.....	114
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	114
1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	114
2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	120
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	123

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι ο θάνατος και το πένθος είναι καταστάσεις που συναντάμε στη ζωή μας. Αφορούν όλες τις ηλικίες μια και ο θάνατος μπορεί να προέλθει από διάφορες αιτίες και να πλήξει τη ζωή από τη γέννηση μέχρι το γήρας. Ο θάνατος ως γεγονός οριστικό περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία του αποχωρισμού από την πλευρά των ατόμων που πενθούν το αγαπημένο τους πρόσωπο που έφυγε.

Η μελέτη αυτή επικεντρώνεται στην τρίτη ηλικία και συγκεκριμένα σε μια κατηγορία ανθρώπων σ' αυτούς δηλαδή που έχουν χάσει τον σύντροφό τους μετά την είσοδό τους στα 65 έτη.

Η τρίτη ηλικία αποκτά στις μέρες μας όλο και μεγαλύτερη σημασία λόγω των νέων δημογραφικών δεδομένων. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού σημαίνει ότι το πλήθος των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία αυξάνεται σημαντικά. Η ομάδα αυτή αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα κοινωνικά, ψυχολογικά, σωματικά, οικονομικά προβλήματα.

Οι ηλικιωμένοι έχουν προσφέρει πολλά στην κοινωνία μας και είναι ένα πολύ σεβαστό κομμάτι αυτής. Οι κοινωνικές, ανθρωπιστικές επιστήμες και ο κρατικός μηχανισμός πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη έμφαση στους ηλικιωμένους χήρους διότι σ' αυτή την περίοδο της ζωής τους έχουν μεγαλύτερες ανάγκες σε όλους τους τομείς.

Έχει διαπιστωθεί ότι πολλοί λίγοι επιστήμονες των κοινωνικών σπουδών έχουν ασχοληθεί με τα άτομα που έχουν χάσει τον σύντροφό τους κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Επίσης ελάχιστη βιβλιογραφία υπάρχει που να αφορά σ' αυτό το θέμα.

Τέλος μια πιο στενή σχέση με τους ηλικιωμένους είναι ωφέλιμη και επικοινωνιακή για όλους διότι μελλοντικά θα βρεθούμε αντιμέτωποι με το γεγονός των γηρατειών και ίσως της απώλειας του συντρόφου.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η απώλεια συζύγου στη τρίτη ηλικία είναι ένα πρόβλημα που απασχολεί μέρος του πληθυσμού μας. Ο αιφνίδιος ή αναμενόμενος θάνατος ενός εκ των δύο συζύγων βιώνεται διαφορετικά κάτω από το πρίσμα της τρίτης ηλικίας. Ο αποχωρισμός του συντρόφου έχει άλλη αξία για το άτομο όταν μαζί με αυτόν έχει να αντιμετωπίσει και το σύνολο των ψυχολογικών, γνωστικών, βιολογικών και κοινωνικών αλλαγών που συνοδεύουν το πέρασμα στην τρίτη ηλικία. Παρόλα αυτά όμως ελάχιστη βιβλιογραφία και έρευνες έχουν γίνει γι' αυτό το θέμα. Έτσι σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί το πώς βιώνουν οι ηλικιωμένοι το πένθος που επέρχεται από την απώλεια του συντρόφου τους.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η επαφή με το θάνατο είναι μια επώδυνη εμπειρία που θέτει ερωτήματα για την ίδια τη ζωή και το νόημά της και ταυτοχρόνως αναγκάζει τους ανθρώπους σε μια ανασκόπηση της δικής τους ζωής υπό το πρίσμα του παρελθόντος και του μέλλοντος. Αυτό βοηθά στο να βλέπουν τα όριά τους και ενδεχομένως να γίνονται πιο πλούσιοι σε εμπειρία και σοφία.

Η μακρόχρονη συμβίωση με έναν άνθρωπο έχει συχνά ως αποτέλεσμα μια έντονη αντίδραση στην προσωπικότητα αλλά και στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βλέπει και αντιλαμβάνεται τη ζωή του. Όταν μάλιστα ο άνθρωπος με τον οποίο συμβιώνει είναι ο σύντροφός του, τότε μιλάμε για την ανάπτυξη μεγάλης συναισθηματικής αλληλεπίδρασης για μια κοινή και μακρά πορεία ζωής.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν τα συναισθήματα των ηλικιωμένων από την απώλεια του συντρόφου. Να επισημανθούν οι αλλαγές στην καθημερινότητά τους αλλά και στον χαρακτήρα τους. Να διαπιστωθεί εάν έχουν ξεπεράσει την απώλεια του συζύγου τους. Να καταγραφούν οι απόψεις τους σχετικά με το θάνατο και τα σχέδιά τους για τη ζωή.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

④ Πενθών: εννοείται το άτομο εκείνο το οποίο θρηνεί για την απώλεια ενός προσφιλούς προσώπου του και εκδηλώνει τη θλίψη του με το πένθος (Φάρος Φ 1981).

Θλίψη: είναι το συναίσθημα που βιώνουν όλοι οι πενθούντες. Είναι η διεργασία μέσα από την οποία το άτομο εκφράζει τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές κοινωνικές και σωματικές αντιδράσεις (Κωσταριδίου 1999).

② Θάνατος: ορίζεται ως διακοπή της λειτουργίας του οργανισμού του ανθρώπου ως βιολογικού όντος. Δια του θανάτου αποκόπτεται η φυσική ζωή του ανθρώπου, νεκρώνεται βιολογικά το σώμα του και με την πάροδο του χρόνου αποσυντίθεται (Π.Λ. Μπριτάννικα 1984).

Γηρατειά: είναι το τελευταίο στάδιο της ανθρώπινης ζωής, που θεωρείται ότι αρχίζει από την ηλικία των 65 περίπου ετών και χαρακτηρίζεται από μια βαθμιαία εξασθένηση του οργανισμού. Μετά την ηλικία των 65 ετών γίνονται περισσότερο φανερά τα πρώτα συμπτώματα γεράσματος που συμπίπτουν συνήθως με την εποχή της συνταξιοδότησης. Αυτά τα συμπτώματα έχουν ποικίλες μορφές και είναι κυρίως οργανικά, κοινωνικά και ψυχολογικά (Παγκόσμια εγκυκλοπαίδεια 2000).

Μηχανισμοί Αμυνας: είναι ασυνείδητες διαδικασίες τις οποίες το εγώ του κάθε ατόμου χρησιμοποιεί ανάλογα με τις περιστάσεις, προκειμένου να αντεπεξέλθει στις εξωτερικές και εσωτερικές πιέσεις. Το άτομο σαν ψυχοβιολογική ενότητα επιδιώκει την ηδονή την ευχαρίστηση, την ικανοποίηση την απόλαυση. Όταν όμως αυτή δεν είναι δυνατό να ικανοποιηθεί τότε το άτομο προσαρμόζεται στην πραγματικότητα και στις απαιτήσεις της και αν αυτή η προσαρμογή δεν μπορεί να συμβεί

συνειδητά, τότε κινητοποιούνται οι μηχανισμοί άμυνας οι οποίοι βοηθούν το άτομο συνειδητά να ξεπεράσει τις συγκρούσεις που προκύπτουν ανάμεσα στις μη αποδεκτές μορφές συμπεριφοράς του (Αντωνοπούλου 1999).

Κ.Α.Π.Η.: Αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες (Πουλοπούλου 1999).

Κλειστό ίδρυμα: είναι ο τόπος κατοικίας ενός μεγάλου αριθμού ατόμων της ίδιας κατάστασης που ξεκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία για μια σημαντική χρονική περίοδο ζουν μαζί υπό συνθήκες περιορισμένης και με τυπικές μορφές οργανωμένης διαβίωσης (Goffman 1994).

Συστήματα θανάτου ορίζονται τρόποι με τους οποίους το άτομο βιώνει το θάνατο, τη θλίψη και το πένθος (Kastenbaum 1972).

Η πένθιμη περίοδος αρχίζει με την αναγγελία του θανάτου του προσώπου που χάθηκε. Η πένθιμη περίοδος τελειώνει όταν το άτομο που πενθεί πει ένα πραγματικό αντίο στο άτομο που χάθηκε. Ο θλιμμένος ποτέ δεν ελευθερώνεται ολοκληρωτικά από τη θύμηση του νεκρού και γι' αυτό το πένθος δεν μπορεί να τελειώσει ολοκληρωτικά (Φάρος 1987).

③ Πένθος: Μια κατάσταση στενοχώριας ως αντίδραση σε μια σημαντική απώλεια συνήθως ενός αγαπημένου προσώπου (Παιδαγωγική, ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια λεξικό).

Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους, σε τοπικό, επίπεδο που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες (Πουλοπούλου 1999).

① Το γήρας θεωρείται απότοκος των χρονικά εξαρτημένων μεταβολών στα ζώντα συστήματα. Είναι κατάσταση που δημιουργείται

στον οργανισμό παρά την ύπαρξη μεταβολικών μηχανισμών που συμβάλλουν στην επιδιόρθωση των βλαβών και τη συντήρηση του οργανισμού (Δοντά 1981).

Δημογραφική γήρανση ορίζεται η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων σε ένα πληθυσμό, εθνικό, περιφερειακό, τοπικό (Ευκλείδη 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Μια από τις καλύτερες μελέτες για το πένθος έγινε από ένα Λονδρέζο ψυχίατρο το διδάκτορα Colin Parkes. Ο δρ. Parkes εξέτασε είκοσι δύο χήρες. Τουλάχιστον πέντε φορές μέσα σε δεκατρείς μήνες αφότου πέθαναν οι σύζυγοί τους και διέκρινε τις εξής φάσεις:

α) Αδράνεια και δυσπιστία. Πολλές γυναίκες είχαν σταθεί ανίκανες να αποδεχθούν τις προειδοποιήσεις για τον επικείμενο θάνατο των συζύγων τους. Όταν οι σύζυγοί τους τελικά πέθαναν, η πιο συνηθισμένη αντίδραση ήταν μια βαθιά νωθρότητα, μολονότι μερικές φορές προηγείτο έντονη ανησυχία. Στις πρώτες φάσεις της θλίψης τους οι γυναίκες συχνά έκλαιγαν, αλλά ορισμένες φορές θύμωναν ακόμη και χαιρόντουσαν.

β) Πανικός και ανησυχία. Κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα του πένθους αλλά και αργότερα κρίσεις πανικού είναι συνηθισμένες. Ένωθαν εύθραυστες και απελπισμένες. Περίοδοι θλίψεως εναλλάσσονταν με διαστήματα αδράνειας ή ανησυχίας για τις τρέχουσες υποχρεώσεις. Οι χήρες προσπάθησαν να απομακρύνουν τον πόνο ή την αίσθηση της απώλειας και όταν αυτά επανέρχονταν, τους προκαλούσαν συντριβή.

γ) Μαρασμός και πνευματική απορρόφηση. Όταν έπαυε η κατάσταση της αδράνειας, άρχιζαν εξάρσεις έντονου μαρασμού για το πρόσωπο που χάθηκε. Οι χήρες απορροφήθηκαν σε σκέψεις για τον χαμένο τους άντρα, επέμεναν να κοιτάζουν επίμονα γύρω τους μέρη και πράγματα που σχετίζονται μ' αυτόν. Μερικές φορές ευχάριστες

αναμνήσεις από το παρελθόν έρχονταν στη μνήμη τους. Συχνά «έβλεπαν», «άκουγαν» ή «αισθάνονταν» τους συζύγους τους πλάι τους.

δ) Κλάμα, ευερεθιστικότητα και θυμός. Το κλάμα είναι ένα τόσο αναμενόμενο χαρακτηριστικό του πένθους που είναι πιθανόν να θεωρείται ως δεδομένο. Λιγότερο γνωστά χαρακτηριστικά της θλίψης είναι η ευερεθιστικότητα και ο θυμός. Μερικές φορές ο θυμός απευθυνόταν στο νεκρό σύζυγο. Καθώς ο καιρός περνούσε ο παράλογος θυμός υποχωρούσε.

ε) Ενοχή και αυτοκατηγορία. Τα αισθήματα της ενοχής και της αυτοκατηγορίας είναι συνηθισμένα κατά τη διάρκεια του πένθους. Οι γυναίκες χαρακτηριστικά ανέφεραν «Σκέπτομαι τι θα μπορούσα να είχα κάνει... Αναρωτιέμαι αν έπραξα σωστά». Αυτοκατηγορία μπορεί να υπάρξει για επουσιώδη θέματα.

στ) Υπερκινητικότητα και υπερδραστηριότητα. Άλλες χαρακτηριστικές αντιδράσεις σε κατάσταση πένθους είναι η συνεχής κίνηση και η υπερδραστηριότητα. Οι χήρες μιλούσαν για αισθήματα «έξαιψης» ή «εσωτερικής αναταραχής». Σε καιρό αναστάτωσης οι γυναίκες ήταν πιθανόν να φουντώσουν από στιγμή σε στιγμή ή να αρχίσουν να γεμίζουν τη ζωή τους με δραστηριότητες.

ζ) Η οδύνη που προκαλεί η απώλεια δεν είναι συνεχής και υποχωρεί κάπου – κάπου σε αυτές τις στιγμές, οι θλιμμένοι μπορεί να νιώθουν σχετική ηρεμία, ακόμη και μετά από έντονες εξάρσεις θλίψεως. Σε κάποιο βαθμό, οι πενθούντες θα μπορούσα να θέσουν υπό έλεγχο τον πόνο, αποφεύγοντας ανθρώπους και μέρη που συνδέονται με τον αγαπημένο τους νεκρό, δείχνοντας δυσπιστία σε ότι συνέβη, προσπαθώντας να αποσπάσουν τον ίδιο τους τον εαυτό.

η) Διακύμανση του πένθους. Η οδύνη που προκαλεί η απώλεια δεν είναι συνεχής και υποχωρεί κάπου – κάπου σ' αυτές τις στιγμές, οι θλιμμένοι μπορεί να νιώθουν σχετική ηρεμία, ακόμη και μετά από

έντονες εξάρσεις θλίψεως. Σε κάποιο βαθμό, οι πενθούντες θα μπορούσαν να θέσουν υπό έλεγχο το πόνο, αποφεύγοντας ανθρώπους και μέρη που συνδέονται με τον αγαπημένο τους νεκρό, δείχνοντας δυσπιστία σε ότι συνέβη, προσπαθώντας να αποσπάσουν τον ίδιο τους τον εαυτό.

θ) ταύτιση με τον αποθανόντα. Μετά την απώλεια αρκετοί άνθρωποι ταυτίζονται με τον αποθανόντα περισσότερο απ' ότι όταν ζούσε. Λιγότερο συχνά οι άνθρωποι μπορεί να εκδηλώσουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που είχε ο νεκρός κατά τη διάρκεια της τελευταίας του αρρώστιας. Όνειρα με τον νεκρό σύζυγο έβλεπαν οι μισές τουλάχιστον χήρες. Ήταν ζωντανά και ρεαλιστικά και συχνά τελείωναν με τις ονειρευόμενες να ξυπνούν: με έκπληξη και με απογοήτευση να διαπιστώνουν ότι τελικά ο σύζυγος δεν ήταν παρών.

ι) Σωματικά και άλλα προβλήματα. Κατά την οδυνηρή περίοδο της θλίψεως, οι άνθρωποι δεν δίνουν αρκετή προσοχή σε λιγότερο επιτακτικά θέματα όπως ο ύπνος και το φαγητό. Πολλές δεν μπορούσαν να κοιμηθούν, ξυπνήσουν την νύχτα ή πολύ νωρίς. Κάποιες έτρωγαν ανεπαρκώς και έχανα βάρος το πρώτο δίμηνο. Μερικές έχαναν ακόμη και το μητρικό ενδιαφέρον για τα παιδιά τους, απομάκρυναν φίλους και συγγενείς και κλείνονταν στο σπίτι.

κ) Ανάκαμψη από τη θλίψη. Ευτυχώς πολλοί άνθρωποι ξεπερνούν μια απώλεια. Ο καιρός που απαιτείται για να καταλαγιάσει η θλίψη ποικίλλει και δεν υποχωρεί ακόμη και μετά από ένα χρόνο. Από κάποια άποψη η θλίψη δεν υποχωρεί ποτέ και μερικές χήρες που ζουν χρονίως σε κατάσταση πένθους ίσως πουν ότι «ποτέ δεν το ξεπερνά». Το πρόσωπο που πενθεί περνά κατά διαστήματα περιόδους θλίψης σε μικρή κλίμακα. Εντούτοις καθώς ο χρόνος περνά, η θλίψη εμφανίζεται αραιότερα και λιγότερο έντονη απ' ότι πριν, ενώ τα ενδιαφέροντα και οι διαθέσεις που έχουν χαθεί μετά τον θάνατο επιστρέφουν σταδιακά.

Όταν θρηνούμε την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή μιας χαμένης ευκαιρίας, είναι απαραίτητο να αποδεχόμαστε και να εκφράζουμε τα συναισθήματα που γεννήθηκαν από την απώλεια. Θα πρέπει να είμαστε ικανοί να συζητήσουμε για τη σημασία που είχε για μας το πρόσωπο που χάσαμε για τα πράγματα που κάναμε μαζί του ή μαζί της και να είμαστε ικανοί να κλάψουμε χωρίς ντροπή (Marks 1991).

Σε μια ανακοίνωσή τους οι Bernard Schoenberg, Arthur C. Carr, David Peretz, Austin H. Kutsher and Daniel J. Cherico αναφέρουν τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης σχετικής έρευνας. Η έρευνα αυτή έγινε από μια ομάδα που την αποτελούσαν κληρικοί, γιατροί, κοινωνιολόγοι και χήροι και χήρες. Με τη συνεργασία του οργανισμού Parents Without Partners (Γονείς χωρίς Συντρόφους) ερωτήθηκαν 300 χήροι και χήρες στις ΗΠΑ. Από αυτούς τα 42% απάντησαν.

Από την έρευνα αυτή προέκυψαν τα εξής:

Οι θλιμμένοι πιστεύουν ότι τα συμπτώματα του πένθους εμφανίζονται πριν από το θάνατο, πάντοτε ή συχνά.

Σχεδόν 90% των θλιμμένων δήλωσαν ότι ονειρεύονται το νεκρό τουλάχιστον μερικές φορές, 39% ανέφεραν ότι ονειρεύονται το νεκρό, πάντοτε ή πολύ συχνά. 51% των θλιμμένων είχαν παραισθήσεις της παρουσίας του νεκρού και 22% είπαν ότι δεν τους συνέβη αυτό ποτέ.

Οι μισοί από τους θλιμμένους δήλωσαν ότι δεν είχαν ποτέ σκέψεις και συναισθήματα οργής για το νεκρό, 19% παραδέχθηκαν ότι είχαν συναισθήματα ενοχής πάντοτε ή συχνά.

Το ένα τρίτο ανέφερε ότι είχαν συμπτώματα ανάλογα με τα συμπτώματα του νεκρού. Σεξουαλικά συμπτώματα (μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, ανικανότητα και πιο έντονη τάση για αυνανισμό) αναφέρθηκαν πολύ σπάνια, π.χ. 32% περιμένουν ανικανότητα και 58% μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας.

Σύμφωνα με το 69% των θλιμμένων συναισθήματα ενοχής είναι λιγότερο πιθανό να υπάρξουν, αν υπήρξε ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων μεταξύ του ετοιμοθάνατου και του υποψήφιου θλιμμένου (Φάρος Φ 1981).

Μια άλλη σχετική έρευνα βρήκε ότι 79% των θλιμμένων έχουν δυσκολίες με τον ύπνο. Αργούν να κοιμηθούν και σηκώνονται νωρίς. 49% εξακολουθούν να έχουν αυτές τις δυσκολίες 13 μήνες ύστερα από το θάνατο. Μερικοί υποφέρουν από αϋπνία. 42% χάνουν βάρος τον πρώτο μήνα και 52% ανέφεραν ένα ιστορικό απώλειας βάρους το 13^ο μήνα.

Οι Stricherz και Cunningham (1981 - 1982) διερεύνησαν τις ανησυχίες που είχαν για το θάνατο τρεις ομάδες ατόμων: Μαθητές Λυκείου, ενήλικες περίπου 40 ετών και ηλικιωμένοι. Οι κύριες ανησυχίες των εφήβων ήταν μήπως χάσουν κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο, η οριστικότητα του θανάτου και ο θάνατος ως τιμωρία. Για τους μεσήλικες, ο κύριος φόβος ήταν ο επώδυνος και πρόωρος θάνατος μέσα από ασθένεια, ενώ για τους ηλικιωμένους ήταν η διαδικασία του θανάτου (αρρώστια, νοσοκομείο, μοναξιά) και όχι ο θάνατος αυτός καθαυτός. Ο φόβος δηλαδή των ηλικιωμένων είναι η κατάσταση της ανημπορίας και της εξάρτησης, η μακριά πορεία της σωματικής και νοητικής έκπτωσης. Αυτό που θέλουν είναι να μην γίνουν «βάρος» στους δικούς τους (Κωσταρίδου 1999).

Ο Parkes παρουσιάζει σε μια δημοσίευσή του το 1975 τα συμπεράσματα μιας έρευνας που διεξάχθηκε από το Professor Gerald Caplan's Laboratory of Community Psychiatry at Harvard medical School.

Η έρευνα αυτή διαπίστωσε ότι η φυσική υγεία και η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των χήρων και των χηρών είχαν επηρεασθεί από το πένθος τους.

Σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου που την αποτελούσαν έγγαμοι άνδρες και γυναίκες, οι χήροι και οι χήρες που αποτέλεσαν το αντικείμενο

της έρευνας είχαν τρεις φορές περισσότερες εισαγωγές σε νοσοκομείο κατά την διάρκεια του πρώτου χρόνου του πένθους των και έμειναν πολύ περισσότερο χρόνο άρρωστοι στο κρεβάτι, από τα μέλη της ομάδας ελέγχου.

Ένα τρίτο απ' αυτούς επισκέφτηκε έναν αντιπρόσωπο των ανθρωπιστικών επαγγελμάτων για ψυχολογικά προβλήματα και παρόμοια ποσοστά είχαν προβλήματα με τον ύπνο, την όρεξη, την κατάχρηση του καπνίσματος, του ποτού και των ηρεμιστικών και σε όλα αυτά διέφεραν από την ομάδα ελέγχου.

Οι χήροι ιδιαίτερα ανέφεραν πολύ πιο έντονα σωματικά συμπτώματα από την ομάδα ελέγχου και συγκεκριμένα εφίδρωση, τρεμούλιασμα και ζαλάδες. Υπήρξε επίσης ένδειξη ότι οι θλιμμένοι που ήταν το αντικείμενο της έρευνας παραπονέθηκαν περισσότερο από την ομάδα ελέγχου για ανησυχία, δυσκολία να θυμούνται πράγματα και να παίρνουν αποφάσεις, για τη ζωή πως είναι ένα βάρος και για συναισθήματα μοναξιάς.

Οι ερευνητές αναζήτησαν τους παράγοντες εκείνους που φαίνεται να συντείνουν στην κακή ή την καλή εξέλιξη της διαδικασίας του πένθους και κατέληξαν στα ακόλουθα συμπεράσματα.

Κακή εξέλιξη είχε η διαδικασία του πένθους ένα χρόνο μετά το θάνατο γι αυτούς που αναζητούσαν επίμονα το νεκρό και έλεγαν ότι επιθυμούσαν το θάνατο. Επίσης η οργή και η ενοχή ήταν πολύ συνηθισμένα σ' αυτούς που είχαν την κακή εξέλιξη.

Ο τρόπος επικοινωνίας με τον ετοιμοθάνατο ή η παρουσία ή απουσία του θλιμμένου τη στιγμή του θανάτου, δεν ήταν τόσο σημαντικός παράγοντας για την κακή ή καλή εξέλιξη της διαδικασίας του πένθους, αλλά ο χρόνος που είχε ο θλιμμένος για να προπαρασκευαστεί για το επερχόμενο πένθος.

Όχι μόνο η διάρκεια της αρρώστιας αλλά και η διάρκεια της επιθανάτιας διαδικασίας, αποδείχτηκε παράγοντας καθοριστικός της κακής ή καλής εξελίξεως της διαδικασίας του πένθους.

Για ακριβέστερη μελέτη αυτών των τελευταίων δύο παραγόντων οι ερευνητές σχημάτισαν δύο υποομάδες, την ομάδα της Μακράς προπαρασκευής και την ομάδα της Σύντομης προπαρασκευής.

Δεκατρείς μήνες μετά το θάνατο, μόνο 13% εκείνων που ανήκαν στην ομάδα της Σύντομης προπαρασκευής ανέφεραν καλή έκβαση της διαδικασίας του πένθους, ενώ το ανάλογο ποσοστό της ομάδας Μακράς προπαρασκευής ήταν 60 και 65%.

Μετά από 2 μέχρι 4 χρόνια μόνο ένας από τους 24 χήρους και χήρες της ομάδας Σύντομης προπαρασκευής είχε ξαναπαντρευτεί, ενώ από τους 41 χήρους και χήρες της ομάδας Μακράς προπαρασκευής είχαν ξαναπαντρευτεί 11.

72% των μελών της ομάδας Σύντομης προπαρασκευής είχαν δυσκολίες, στη δουλειά τους και 81% είχαν οικονομικές δυσκολίες ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά της ομάδας Μακράς προπαρασκευής ήταν 34% και 29%.

Τα δύο τρίτα των μελών της ομάδας Σύντομης προπαρασκευής αντέδρασαν στο πένθος με άρνηση να πιστέψουν το γεγονός του θανάτου.

Η διαδικασία του πένθους πήρε εντελώς διαφορετική πορεία για τα μέλη της ομάδας Σύντομης προπαρασκευής σε αντίθεση με εκείνους που μπόρεσαν να προβλέψουν τον θάνατο.

Τα μέλη της ομάδας Σύντομης προπαρασκευής υπέστησαν μεγαλύτερη συναισθηματική διαταραχή και κατέχονταν από περισσότερο άγχος, και τα δύο τρίτα εξέφρασαν συναισθήματα ενοχής και αυτοκατακρίσεως. Ένα τρίτο είπαν ότι δεν τους ενδιέφερε αν πέθαιναν την άλλη μέρα και ένα ανάλογο ποσοστό εξέφρασαν συναισθήματα

μνησικακίας για το νεκρό με εκφράσεις σαν την ακόλουθη: «πως μπόρεσε να με αφήσει!». Τέτοιες αντιδράσεις ήταν σπάνιες στα μέλη της ομάδας Μακράς προπαρασκευής.

Η γενική εικόνα που παρουσίασαν τα μέλη της ομάδας Σύντομης προπαρασκευής ήταν έντονος συγκλονισμός, που τον διαδέχτηκε γρήγορα σοβαρό άγχος αποχωρισμού και συγκεχυμένα συναισθήματα οργής και ενοχής παρόμοια με εκείνα που συχνά σχετίζονται με παθολογικές αντιδράσεις στο πένθος.

Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η παρατήρηση ότι τα μέλη της ομάδας της Σύντομης προπαρασκευής δεν επισκέπτονταν τον τάφο. Η επίσκεψη του τάφου δεν είναι, όπως συχνά πιστεύεται, σημάδι θλίψης, αλλά δείχνει την προσπάθεια του θλιμμένου να συμβιβαστεί με την πραγματικότητα της απώλειας και διαδηλώνει την αποδοχή του γεγονότος ότι το χαμένο άτομο είναι νεκρό και θαμμένο.

Όταν ο θάνατος είναι απροσδόκητος, ο θλιμμένος εκδιώκεται απότομα από το γνωστό του κόσμο σε έναν κόσμο ξένο, χωρίς σκοπό και χωρίς νόημα. Συνήθειες που έχουν επικρατήσει για πολλά χρόνια, όλες οι «εμείς» σκέψεις και δραστηριότητες οδηγούν τώρα σε μια οδυνηρή σειρά τυφλών αδιέξοδων δρόμων.

Όταν όμως ο θάνατος έρχεται βαθμιαία, τότε η διαπίστωση του θανάτου γίνεται βαθμιαία και η αποδοχή είναι ευκολότερη και λιγότερο οδυνηρή (Φάρος Φ 1981).

Η μελέτη των Madison Και Walker (1967) απεικονίζει το ρόλο που παίζουν οι φίλοι και συγγενείς στην εξέλιξη του πένθους. Οι δύο ερευνητές μελέτησαν δύο ομάδες χήρων, από είκοσι χήρες η κάθε ομάδα. Οι ομάδες αυτές δεν ήταν παράταιρες στις συνήθειες κοινωνιολογικές μεταβλητές. Η μία ομάδα επιλέχθηκε με βάση τη σχετικά καλή κατάσταση υγείας μετά από ένα χρόνο πένθους. Η άλλη ομάδα επιλέχθηκε για τη μη ικανοποιητική κατάσταση υγείας της. Οι

συνεντεύξεις επιβεβαίωσαν ότι η κατάσταση υγείας είναι ένας καλός δείκτης για τον τρόπο που καταφέρνει το άτομο να τα βγάλει πέρα με τα συναισθηματικά προβλήματα του πένθους.

Στη διάρκεια μακρών συνεντεύξεων, ο συνεντευκτής ζήτησε να μάθει ποιος συμπαραστάθηκε στη χήρα στη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών της χηρείας και κατά πόσο η συμπαράσταση αυτή υπήρξε βοηθητική, μη βοηθητική ή ουδέτερη. Επίσης, οι ερωτήσεις είχαν επικεντρωθεί στο να διερευνήσουν κατά πόσο η χήρα είχε δυσκολίες να εκφράσει τα συναισθήματά της σε καθένα από τα άτομα που ανέφερε, αν την ενθάρρυναν να μιλήσει πολύ για το παρελθόν, αν ήταν πρόθυμοι να επιστήσουν την προσοχή της στα προβλήματα του παρόντος και του μέλλοντος και κατά πόσο της πρόσφεραν πρακτική βοήθεια. Εφόσον ο σκοπός της μελέτης ήταν να εντοπιστεί ο τρόπος με τον οποίο οι ίδιες οι χήρες θυμούνταν την επαφή τους με τους άλλους, δεν έγινε αντιπαράθεση της περιγραφής τους με εκείνη των ατόμων με τα οποία είχαν επαφή.

Όταν έγινε σύγκριση των απαντήσεων των δύο ομάδων, εμφανίσθηκαν οι εξής διαφορές: Πρώτον, οι χήρες των οποίων η κατάσταση μετά από ένα χρόνο δεν ήταν θετική ανέφεραν ότι ελάχιστα είχαν ενθαρρυνθεί να εκφράσουν το θρήνο και το θυμό τους ή να μιλήσουν για το νεκρό σύζυγο και το παρελθόν. Αντίθετα, εξέφρασαν το παράπονο ότι οι άνθρωποι δεν τις διευκόλυναν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, επιμένοντας ότι πρέπει να δείξουν μεγαλύτερο αυτοέλεγχο και να ξαναφτιάξουν τη ζωή τους, αφού δεν είναι οι μόνες που υποφέρουν, και γι αυτό θα έπρεπε να ατενίζουν το μέλλον αντί να εμμένουν στο παρελθόν χωρίς αποτέλεσμα. Αντίθετα, οι χήρες με σχετικά καλή εξέλιξη ανέφεραν ότι τα άτομα με τα οποία βρίσκονταν σε επαφή τις διευκόλυναν να κλάψουν και να εκφράσουν την ένταση των συναισθημάτων τους. Περιέγραψαν την ανακούφιση που αισθάνθηκαν

όταν μπόρεσαν να μιλήσουν ελεύθερα και σε μάκρος για το παρελθόν με το σύζυγό τους αλλά και τις συνθήκες του θανάτου του (Μπόλμπυ 1995).

Η στάση των φίλων και συγγενών ανάγκασαν τη χήρα να καταπιέσει ή να αποφύγει να εκφράσει το θρήνο, με συνέπεια την παθολογική του εξέλιξη. Υπάρχει όμως η πιθανότητα ότι η χήρα απέδωσε στους φίλους και συγγενείς την ευθύνη για το δικό της φόβο να εκφράσει τα συναισθήματά της και θεώρησε αυτούς υπεύθυνους για τη δική της ανικανότητα. Μπορεί όμως να συνυπήρχαν και οι δύο διαδικασίες.

Τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων και η χρήση του ελεύθερου χρόνου τους, αποτέλεσαν σε πολλές χώρες και στην Ελλάδα ένα από τα αντικείμενα της έρευνας.

Οι έρευνες αυτές δείχνουν ότι: α) το επίπεδο της συμμετοχής του γενικού πληθυσμού και ακόμα περισσότερο του ηλικιωμένου πληθυσμού στις κοσμικές δραστηριότητες είναι χαμηλό. β) Ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων ανδρών είναι 6,5 ώρες έναντι 5 ωρών των γυναικών. γ) Οι γυναίκες διαθέτουν τον ελεύθερο χρόνο τους στην οικογένεια. Ακόμα και στις πιο προχωρημένες ηλικίες αρέσκονται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. δ) Αντίθετα οι άνδρες αναζητούν περισσότερο τη συντροφιά, αφού τον ελεύθερο χρόνο τους τον περνούν εκτός σπιτιού αποδεικνύεται και από το βαθμό συμμετοχής τους στα Κ.Α.Π.Η. όπου εγγεγραμμένοι άνδρες είναι περισσότεροι από τις γυναίκες. Οι άνδρες στο μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσαν πως τον ελεύθερο χρόνο τους τον περνούν στο καφενείο, ενώ πρώτη θέση ανάμεσα στις προτιμήσεις τους κατέχουν οι περίπατοι και οι εκδρομές. ε) Οι περισσότεροι πολιτικοί συνταξιούχοι περνούν τον ελεύθερο χρόνο παρακολουθώντας τηλεόραση. στ) Όταν η έρευνα αφορά πληθυσμό με σχετικά υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, παρατηρείται ένα ποσοστό όχι ασήμαντο που διαθέτει τον ελεύθερο χρόνο του στο διάβασμα. ζ) Πολλοί ηλικιωμένοι θέλουν αλλά δεν μπορούν για οικονομικούς λόγους και για λόγους υγείας

να κάνουν ταξίδια και διακοπές. Στις αγροτικές περιοχές περισσότεροι νέοι ηλικιωμένοι και υπερήλικες αποτελούν μέλη συλλόγων, σχεδόν αποκλειστικά άνδρες. η) Στις αγροτικές περιοχές ελάχιστοι έχουν πάει σε θέατρο, κινηματογράφο. Οι άνδρες πηγαίνουν κυρίως στο καφενείο και οι γυναίκες συγκεντρώνονται στο σπίτι η μία της άλλης (Γκιζέλης 1980).

Ενότητα Α

Το Γήρας

1 Το γήρας

Παρά το ότι αναγνωρίζεται ένας ηλικιωμένος σε σχέση με τα άτομα νεότερης ή μέσης ενήλικης ζωής είναι συχνά δύσκολο να δώσει κάποιος ένα επιστημονικό ορισμό της γήρανσης και του γήρατος. Και αυτό διότι η γήρανση συνδέεται με σειρά μεταβολών στα άτομα οι οποίες είναι συνάρτηση της παρέλευσης του χρόνου και οι οποίες εκδηλώνονται τόσο σε βιολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο εμφάνισης, συμπεριφοράς, εμπειρίας και κοινωνικών ρόλων (Κωσταρίδου 1999).

Το γήρας εξαρτάται από το χρόνο, η χρονολογική ηλικία ενός οργανισμού θεωρείται ένας από τους ισχυρούς δείκτες του γήρατος. Οι οργανισμοί όμως γηράσκουν με διαφορετικούς ρυθμούς και η ηλικία από μόνη της δεν αρκεί για να προσδιορίσουμε το γήρας (Δοντά 1981).

Το γήρας είναι μέρος μιας συνέχειας η οποία αρχίζει από τη σύλληψη του ανθρώπου και τελειώνει με το θάνατό του. Σε αυτή τη συνέχεια διακρίνονται διάφορες φάσεις όπως της αναπτύξεως, της εφηβείας και της ωρίμανσης. Το γήρας τοποθετείται στη φάση κατά την οποία συμβαίνουν διάφορες μεταβολές. Οι μεταβολές αυτές συγκριτικά με εκείνες των άλλων φάσεων είναι χαρακτηριστικά εκπτώτικες στη φύση τους σχετίζονται θετικά με το χρόνο και δε διακρίνονται από οξεία σημεία μεταφοράς (Πλάτη 2000).

Ο γεροντικός πληθυσμός θεωρείται συνήθως ότι απαρτίζεται από όλα εν γένει τα άτομα τα οποία υπερέβησαν το εξηκοστό πέμπτο έτος της ηλικίας τους (Συμπόσιο με θέμα προβλήματα γεροντικής ηλικίας 1975).

Γηρατειά είναι το τελευταίο στάδιο της ανθρώπινης ζωής που θεωρείται ότι αρχίζει από την ηλικία των 65 ετών και χαρακτηρίζεται από μια βαθμιαία εξασθένηση του οργανισμού. Μετά την ηλικία των 65 ετών γίνονται περισσότερο φανερά τα πρώτα συμπτώματα γεράσματος που

→ Διαφ

συμπίπτουν συνήθως με την εποχή της συνταξιοδότησης. Αυτά τα συμπτώματα έχουν ποικίλες μορφές και είναι κυρίως οργανικά, κοινωνικά και ψυχολογικά (Παγκόσμια Εγκυκλοπαίδεια 2000).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) τα γηρατειά χαρακτηρίζονται από την προοδευτική έκπτωση των λειτουργιών του ατόμου και την ανάγκη προσαρμογής στους περιορισμούς που συνεπάγονται.

Ο Έρικσον μιλώντας για τα 8 στάδια της ζωής του ανθρώπου (βρεφική ηλικία, 3 στάδια παιδικής ηλικίας, εφηβεία, νεανική ηλικία, ώριμη ηλικία, γηρατειά) φτάνει στο τελευταίο στάδιο το οποίο ονομάζει στάδιο της καταξίωσης ή της απόγνωσης που μπορεί να χαρακτηρίζεται από ενσωμάτωση ή απόγνωση. Το οριοθετεί χρονικά από το 65 έτος της ηλικίας του εκάστοτε ατόμου (Πουλόπουλου 1999).

Το γήρας διακρίνεται σε πρωτογενές και δευτερογενές (Busse 1969). Το πρωτογενές γήρας αναφέρεται στις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης. Οι λειτουργίες αυτές είναι γενετικά προγραμματισμένες και ακολουθούν τη γενετικά προσδιορισμένη πορεία ανάπτυξη από τη γέννηση μέχρι το θάνατο. Αυτό σημαίνει ότι οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν παρά την ύπαρξη καλής υγείας και παρά την έλλειψη ασθενειών. Σύμφωνα με τον Lemme 1995, το πρωτογενές γήρας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- α. Είναι μία πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
- β. Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη επισυμβεί.
- γ. Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν την λειτουργικότητα του ατόμου.
- δ. Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.

- ε. Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.
- στ. Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- ζ. Είναι καθολικό (εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους).
- η. Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δεν μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.
- θ. Αρχίζει μετά τη σωματική αναπαραγωγική ωριμότητα.
- ι. Καταλήγει στο θάνατο (Lemme 1995).

Το δευτερογενές γήρας αναφέρεται σε μεταβολές που είναι παθολογικές και απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (φυσικές, κοινωνικές, ιστορικές, οικονομικές, με έναν όρο: πολιτισμικές) ή ίδια η συμπεριφορά του ατόμου (συνήθειες που έχει αποκτήσει και οι οποίες μπορεί να βοηθούν στη διατήρηση της καλής κατάστασης του οργανισμού ή να την επιβαρύνουν), αλλά και η προσωπικότητα και η αυτό-εικόνα του ατόμου καθώς και οι ασθένειες. Για παράδειγμα, η έλλειψη σωστής διατροφής, η υπερβολική έκθεση στις υπεριώδης ακτίνες του ήλιου κ.ά. είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόωμη εμφάνιση του γήρατος και στη μορφή που θα πάρει αυτό. Το δευτερογενές γήρας, με άλλα λόγια, δεν είναι υποχρεωτικό ή καθολικό για τους ανθρώπους, αν και τείνει να συνυπάρχει με το πρωτογενές και το επιβαρύνει (Butter, 1988).

Η διάκριση του πρωτογενούς από το δευτερογενές γήρας έχει ως συνέπεια ότι πλέον για να κατανοήσουμε τη λειτουργία της γήρανσης λαμβάνουμε υπόψη την πολυπλοκότητα των παραγόντων που την επηρεάζουν, τόσο βιολογικών όσο και προσωπικών και πολιτισμικών (Ευκλείδη).

2 Δημογραφική Γήρανση

«Δημογραφική γήρανση ή γήρανση του πληθυσμού είναι η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό» (Πουλοπούλου Η. 1999 σελ. 63).

Ως δημογραφική γήρανση εννοούμε την αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων σε ένα πληθυσμό, εθνικό, περιφερειακό, τοπικό, τομεακό. Η γήρανση του πληθυσμού μπορεί να οφείλεται στη μείωση των νέων και σ' αυτή την περίπτωση πρόκειται για γήρανση από τη βάση ή μπορεί να οφείλεται σε μεγαλύτερη αναλογική αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων, οπότε πρόκειται για γήρανση από την κορυφή. Το φαινόμενο αυτό της δημογραφικής γήρανσης άρχισε να αναδύεται στις περισσότερο ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες ήδη από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα (Paillat 1995).

Οι σημαντικότεροι λόγοι που συντέλεσαν και συνεχίζουν να επηρεάζουν την έκρηξη αυτής της δημογραφικής γήρανσης είναι:

1. Η μείωση της γονιμότητας. Η μείωση των γεννήσεων σε όλες σχεδόν τις χώρες είναι μεγάλη. Το ίδιο ισχύει και για την Ελλάδα.
2. Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης δηλαδή οικισμού, διατροφής, υγιεινής, η τεχνολογική εξέλιξη και η ανάπτυξη της ιατρικής. Επακόλουθο αυτών είναι η αύξηση του μέσου όρου ζωής και η μεγάλη μείωση της θνησιμότητας.
3. Τέλος άλλος ένας παράγοντας που παίζει ρόλο στην γήρανση ενός πληθυσμού είναι η μετανάστευση εργατικού δυναμικού κάνει μια χώρα πιο γηρασμένη αφού στερείται μέρος του νεανικού της πληθυσμού. Η Ελλάδα γνώρισε μεγάλη εξωτερική μετανάστευση που της

στέρησε σημαντικό αριθμό νέων ανθρώπων (Τριανταφύλλου – Μεσθεναίου 1993).

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999) η δημογραφική γήρανση είναι μια διαδικασία σε εξέλιξη που θα συνεχιστεί στον 21^ο αιώνα. Ο πληθυσμός ιδιαίτερα των χωρών τις οποίες συνηθίζουμε να ονομάζουμε αναπτυγμένες γηράσκει. Λιγοστεύουν τα άτομα νεότερων ηλικιών και περισσεύουν τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών ιδιαίτερα αυτά που ανήκουν στην τρίτη ηλικία.

Η αύξηση είναι εμφανής στις ονομαζόμενες αναπτυγμένες χώρες στις οποίες περιλαμβάνεται και η Ελλάδα. Η ανάγκη συσσώρευσης αξιόπιστης γνώσης προς απάντηση βασικών ερωτημάτων σχετικών με την προσδοκώμενη κατά μέσο όρο ζωή και μακροβιότητα όπως και προς επίλυση πρακτικών προβλημάτων σχετικών με την υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων είναι περισσότερο από επιτακτική (Κωσταρίδου 1999).

3 Αίτια Γήρατος

Ως προς τα αίτια του γήρατος υπάρχουν διάφορες θεωρίες από τις οποίες θα αναφερθούν μερικές:

1. Θεωρία της κακής διατροφής του ανθυγιεινού περιβάλλοντος

Πολλοί βιολόγοι υποστηρίζουν ότι η κακή διατροφή είναι η αιτία διαφόρων νόσων κυρίως της αρτηριοσκλήρωσης ή σκληροθηρωμάτωσης,

η οποία είναι η πιο συχνά κατά το γήρας. Υποστηρίζουν οι τα αίτια της αρτηριοσκλήρωσης δεν είναι τα λίπη όπως όλοι νομίζουν αλλά τα σάκχαρα και κυρίως τα εκλεπτυσμένα άμυλα της βιομηχανικής διατροφής του σημερινού ανθρώπου.

Πολλοί πιστεύουν ότι και το περιβάλλον παίζει μεγάλο ρόλο για την εμφάνιση του γήρατος καθώς και το είδος της ζωής. Στατιστικά έχει αποδειχτεί ότι αυτοί που ασχολούνται με ελεύθερα επαγγέλματα έχουν μέσο όρο ζωής 73 χρόνια, οι έμποροι 69, οι εργάτες 64, ενώ όσοι δουλεύουν στα ορυχεία 59. Επίσης και οι εκτεθειμένοι σε αναθυμιάσεις, θόρυβο, ταχύ ρυθμό ζωής, ακατάλληλα ωράρια και όρους εργασίας υφίστανται τις συνέπειες (Κωσταρίδου Ευκλείδη Α. 1999).

2. Θεωρία της αυτοδηλητηριάσεως του ζώντος κυττάρου και οργανισμού

Σύμφωνα με αυτή το γήρας οφείλεται σε εκφυλιστικές επεξεργασίες λόγω της μακροχρόνιας δηλητηρίασης του οργανισμού από διάφορες επιβλαβείς ουσίες (ενδοτοξίνες κ.ά.) οι οποίες δημιουργούνται κατά την ανταλλαγή της ύλης και οι οποίες είτε αποβάλλονται πλημμελώς ή δεν μετατρέπονται σε άλλες ωφέλιμες για τον οργανισμό ενώσεις (Πουλοπούλου Η. 1999).

3. Θεωρία κληρονομικότητας

Πολλοί πιστεύουν ότι το γήρας επηρεάζεται από την κληρονομικότητα δηλαδή όσο περισσότερο βεβαρημένο είναι το ιστορικό των γονέων και γενικά των προγόνων τόσο νωρίτερα εμφανίζεται το γήρας. Κατά την θεωρία αυτή η ευπάθεια κληροδοτείται στους απογόνους σαν χρόνια και λανθάνουσα νοσηρή κατάσταση, η οποία με την επίδραση άλλων εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων αναζωπυρώνεται

προκαλώντας εκφυλιστικές επεξεργασίες στα διάφορα όργανα γνωστές κατά τα γηρατειά (Χρυσάνθη Δ. Πλατή 2000).

4. Κατά τον Metchni Koff το γήρας είναι αποτέλεσμα χρόνιας και βραδείας δηλητηριάσεως του οργανισμού η οποία προκαλείται από διάφορες ενδοτοξίνες οι οποίες παράγονται εν τω παχύ έντερο και οι οποίες δεν καταστρέφονται και αποβάλλονται. Κατά τη διάρκεια της αποβολής τους προκαλείται δηλητηρίαση των ιστών και εκφύλιση διάφορων οργάνων (Τσούκας Α. 1970).

4 Ορισμός ηλικιωμένου

Τα γηρατειά αρχίζουν από τη γέννηση και από βιοϊατρική άποψη ακόμη νωρίτερα και είναι μια διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Υπάρχουν μεγάλες αλλαγές ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Το άτομο που χωρίζει τη μέση ηλικία από τα γηρατειά δεν είναι ξεκάθαρο (Πουλοπούλου Η. 1999).

Δεν έχει δοθεί απάντηση στη βασική ερώτηση από πότε αρχίζει η γεροντική ηλικία. Οι επιστήμονες χρησιμοποιούν ως όριο τα 60, 65, 70, 75, 80 ή 85. Ο Erikson ορίζει το όριο αυτό σήμερα στα 65. Παλαιότερα ήταν τα 60 και συζητείται για τα επόμενα έτη να είναι τα 70. Στις περισσότερες δημογραφικές μελέτες ως ηλικιωμένοι ορίζονται οι 65 ετών και άνω. Ο Ιταλός φιλόσοφος N. Bobbio στο έργο του De Senectute γράφει «Βιολογικά ορίζω την αρχή των γηρατειών μου στο 80» (Κωσταρίδου 1999).

Υπάρχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά σ' αυτούς τους ανθρώπους ανεξαρτήτως φυλής ή φύλου που αφορούν τις φάσεις της ζωής τους: νήπιο, παιδί, έφηβος, μεσήλικας, ηλικιωμένος. Το γήρας είναι μία έννοια χρονολογική με έναρξη συμβατική, καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές (Πουλοπούλου. 1999).

5 Χαρακτηριστικά της 3ης ηλικίας

Γενικά χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας

Η ενήλικη ζωή του ανθρώπου ορίζεται ως το διάστημα από το πέρας της εφηβείας (18 – 20 ετών) μέχρι το θάνατο. Η περίοδος αυτή διακρίνεται σε δύο κύριες υποπεριόδους: την καθαρά ενήλικη (20 – 65) και το γήρας (άνω των 65 ετών μέχρι το θάνατο). Ωστόσο και η περίοδος του γήρατος που συχνά ονομάζεται τρίτη ηλικία υποδιαιρείται πλέον σε 2 περιόδους: την τρίτη ηλικία που περιλαμβάνει τα άτομα από 65 – 80 χρόνων και την τέταρτη ηλικία που εκτείνεται μετά τα 80 χρόνια. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας τα αποκαλούμε ηλικιωμένους και τα άτομα της τέταρτης ηλικίας πολύ ηλικιωμένους ή υπερήλικες (Linden Berger και Baltes 1997).

Τα κριτήρια που θέτουμε για το πότε κάθε άτομο εισέρχεται στην τρίτη ηλικία στην πραγματικότητα διαφέρουν για τον καθένα αφού η ηλικία είναι ο μόνος παράγοντας που καθορίζει το γήρας. Υπάρχει δηλαδή διαφορά ανάμεσα στο χρονολογικό και το βιολογικό γήρας. Για να χαρακτηρίσουμε ένα πληθυσμό ότι ανήκει στην τρίτη ηλικία πρέπει να παραδεχτούμε σαν όριο το έτος που συνήθως συνταξιοδοτούνται οι περισσότεροι άνθρωποι γύρω στα 65 έτη (Πουλοπούλου 1999)

Η τρίτη ηλικία είναι δυνατό να διαιρεθεί σε 4 στάδια που αντιστοιχούν στις 4 δεκαετίες μεταξύ 60 και 70 ετών. Το πώς οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν στο καθένα από τα στάδια αυτά είναι μια ατομική υπόθεση καθώς πολλά εξαρτώνται από τις αλλαγές και τα γεγονότα ζωής που βιώνουν: βιοσωματικές αλλαγές. Το 85% των ενηλίκων άνω των 65 ετών υποφέρουν από μια τουλάχιστον χρόνια ασθένεια όπως ρευματισμοί και αρθριτικά. Νοητικές αλλαγές. Η τρίτη ηλικία συνήθως συνδέεται με μια έκπτωση της νοητικής ικανότητας (Nicholas Tucker 1997).

Βιολογικές αλλαγές και νοσήματα ηλικιωμένων

Η γεροντική ηλικία χαρακτηρίζεται από διαταραχές της υγείας, έκπτωση και μείωση της ενεργητικότητας των ικανοτήτων (Χανιώτη 1992). Ο άνθρωπος με το πέρασμα του χρόνου υφίσταται μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του που αφορούν τη σύσταση, τη μορφολογία των κυττάρων και των ιστών (Πουλοπούλου 1999).

Οι κυριότερες αλλαγές και διαταραχές της υγείας επισημαίνονται και είναι οι εξής:

- 1) Κυτταρικές αλλαγές
- 2) Αλλαγές στο εξωκυττάριο υγρό και τους διαλύτες
- 3) Μεταβολές και ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος (υψηλή πίεση, νόσος των στεφανιαίων, αρρυθμία, αρτηριοσκλήρυνση, διαβήτη, καρδιεμβολή
- 4) Μεταβολές στο εκκριντικό σύστημα
- 5) Αλλαγές στην ομοιόσταση
- 6) Αλλαγές στο δέρμα και τον υποδόριο ιστό

- 7) Αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα
- 8) Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα
- 9) Αλλαγές στο αναπνευστικό σύστημα
- 10) Μεταβολές στο σύστημα της αναπαραγωγής
- 11) Μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα
- 12) Αλλαγές στο κεντρικό νευρικό σύστημα
- 13) Αλλοιώσεις του ενδοκρινικού συστήματος
- 14) Αλλοιώσεις και παθήσεις των αισθητηρίων οργάνων
(Πουλοπούλου 1999, Δόντος Α. 1981, Κωσταρίδου 1999, Χανιώτη 1992, Παπανικολάου 1993).

Σύμφωνα με τον Turk C. Charles (1996) οι πέντε συχνότερες χρόνιες ασθένειες στους ηλικιωμένους άνω των 65 ανά φύλο και το βαθμό συχνότητας είναι οι εξής: Για τους άνδρες βλάβες ακοής, καρδιοπάθειες, αρθρίτιδες, υπέρταση, νόσοι της ουρήθρας ενώ για τις γυναίκες αρθρίτιδες, υπέρταση, βλάβες ακοής, καρδιοπάθειες και ορθοπεδικά προβλήματα.

Οι υπερήλικες αντιμετωπίζουν κατά βάση παθήσεις ανάλογες με αυτές των ατόμων της μέσης ηλικίας. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι οι λειτουργικές τους δραστηριότητες παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές ότι υποφέρουν ταυτόχρονα από πολλά προβλήματα υγείας και ότι έχουν ανάγκη μακρύτερης διάρκειας χρόνου νοσηλείας (Δαρδαβέσης 1988).

Σύμφωνα με τον Rossman (1983) τα πλέον χαρακτηριστικά προβλήματα υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας που εμφανίζονται είτε μεμονωμένα είτε περισσότερα του ενός είναι τα εξής:

- 1) Διαταραχές των ομοιοστατικών ρυθμιστικών μηχανισμών
- 2) Κακώσεις λόγω πτώσεων

- 3) Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα και αγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια
- 4) Ακράτεια ούρων
- 5) Ιατρογενή προβλήματα (Κωσταρίδου 1999)

Οι κυριότερες ψυχολογικές αλλαγές στην τρίτη ηλικία

Η μοναξιά

Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν πως η μοναξιά είναι αυτή που προσβάλλει περισσότερο τους ηλικιωμένους. Στην Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική οι έρευνες έδειξαν ότι η μοναξιά είναι πρόβλημα που αντιμετωπίζεται από το 24% των ηλικιωμένων γυναικών και το 12% των ανδρών. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι χήροι με επικράτηση τις γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς στη μοναξιά. Η μοναξιά καθιστά το άτομο επιρρεπές προς τη νόσο και η νόσος το οδηγεί προς τη μοναξιά (Πουλοπούλου 1999).

Η μοναξιά είναι συχνότερο φαινόμενο σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε ιδρύματα, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές, σε πολυθόρυβες πόλεις όπου επικρατούν το απρόσωπο και η αδιαφορία (Πουλοπούλου 1999).

Η παραίτηση από την ενεργό επαγγελματική ζωή δημιουργεί πολλά ψυχολογικά προβλήματα στους ηλικιωμένους. Λιγότευουν οι επαφές με τους φίλους, οι επικοινωνίες με τους γνωστούς, οι συναναστροφές και υπάρχει ένα αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης. Οπωσδήποτε υπάρχουν και αναπόφευκτες μεταβολές στη νόηση και τη λογική, στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά. Αναγκαστικά σιγά – σιγά οι μόνες επαφές που έχουν οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας είναι με τους οικείους τους. Έτσι οι σχέσεις τους είναι πιο οξυμένες από το

παρελθόν και δημιουργούνται προστριβές. Πολλές φορές κυριαρχούνται από κατάθλιψη και ταραζονται εύκολα για ασήμαντα πράγματα, πιστεύουν πως οι δικοί τους δεν τους αγαπούν αρκετά και γίνονται ευέξαπτοι, επιθετικοί, ισχυρογνώμονες με συγκινησιακή αστάθεια (Παγκόσμια Εγκυκλοπαίδεια, 2000).

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μία από τις συνηθισμένες εκφράσεις συναισθηματικής απελπισίας. Τα βασικά συμπτώματα είναι παρόμοια σε όλη την ενήλικη ζωή. Στα γηρατειά δύσκολα μπορούμε να πούμε πως σταματούσε η σωματική κατάπτωση και που αρχίζει η κατάθλιψη.

Μερικές ενδείξεις κατάθλιψης είναι η μειωμένη όρεξη και η δυσκολία του να κοιμηθεί καλά τη νύχτα. Υπάρχουν κι άλλες ενδείξεις κατάθλιψης. Το άτομο μιλάει λιγότερο και σε πιο αργό ρυθμό, σαν να σκέφτεται πιο αργά. Κυριεύεται από ένα αίσθημα απαισιοδοξίας και η ζωή του φαίνεται χωρίς νόημα.

Αναφέρει κατά καιρούς, ότι αισθάνεται μέσα του ένα κενό, ότι είναι ένα άτομο άχρηστο, χωρίς αξία. Το μέλλον δεν έχει να φέρει τίποτα, το παρελθόν δεν είναι πηγή ανακούφισης το παρόν είναι αφόρητο. Το καταθλιπτικό άτομο στρέφεται συνήθως ενάντια στον εαυτό του, καμιά φορά ξεσπάει το θυμό του στους άλλους. Σε μια τέτοια κατάσταση υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για τη ζωή του ατόμου. Η κατάθλιψη μπορεί να παρερμηνευτεί σαν ένδειξη γεροντικής άνοιας που θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση και λαθεμένη αντιμετώπιση.

Το διαταραγμένο άτομο μπορεί να εμφανισθεί κι άλλα συμπτώματα, είτε σε συνδυασμό, είτε σε εναλλαγή με την κατάθλιψη όπως ταραχή, σύγχυση, παράνοια, μανία.

Αντιμετώπιση της απελπισίας: Τίποτα δεν μπορεί να εγγυηθεί ότι ένα άτομο θα περάσει μέσα από τους κινδύνους και τις προκλήσεις μιας μακροχρόνιας ζωής χωρίς να νιώσει απελπισία. Η απώλεια, ο πόνος, τα

ανθρώπινα λάθη, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ζωής. Παρόλα αυτά από εμάς εξαρτάται να περιορίσουμε το βάθος και την έκταση του πόνου και να βοηθήσουμε ο ένας τον άλλον όταν τα αποθέματα εξαντλούνται παροδικά.

Στα γηρατειά η απελπισία είναι περισσότερο έντονη γιατί τα έμμεσα προβλήματα υπενθυμίζουν παλαιότερες δυσκολίες. Το ηλικιωμένο άτομο κατατρέχεται από αναμνήσεις οδυνηρών γεγονότων και παλιών σχέσεων. Η ανικανότητα να αντεπεξέλθει σε άμεσα προβλήματα μεγαλώνει, ενώ ταυτόχρονα τα αποθέματα που θα βοηθήσουν στο ξεπέρασμα των άμεσων προβλημάτων περιορίζονται λιγότεροι φίλοι, μικρότερος φυσικός και οικονομικός έλεγχος πάνω στο περιβάλλον κλπ.

Μπορούμε να βοηθήσουμε ένα τέτοιο άνθρωπο ενθαρρύνοντάς τον να χρησιμοποιήσει όλη την ενεργητικότητα και τις ικανότητες που εξακολουθεί να διαθέτει. Να τον ακούσουμε προσεκτικά καθώς περιγράφει και τους φόβους του. Αυτό θα τον βοηθήσει να συνειδητοποιήσει ότι τα προβλήματα του παρελθόντος δεν είναι ανάγκη να τον βαραίνουν μέχρι σήμερα (Κωσταρίδου 1999 – Πουλοπούλου Η. 1999 - Χανιώτη 1992 – Τζημουράκας 1987).

Φόβος του θανάτου

Χωρίς να είναι γενικό φαινόμενο σε προχωρημένη ηλικία κάποιοι φοβούνται τον θάνατο έστω και αν η υγεία τους είναι καλή. Αυτό παρουσιάζεται πιο συχνά σε νευρωτικούς και ασταθείς χαρακτήρες. Η μοναξιά μεγαλώνει το φόβο του θανάτου και γι' αυτό θα πρέπει οι ηλικιωμένοι να συνεχίζουν τις επαφές με τους φίλους τους και να βρίσκουν ενδιαφέροντα (Χανιώτη 1992).

Σχετικά με την προειδοποίηση ενός ηλικιωμένου για επικείμενο θάνατο κάποιοι ψυχολόγοι δεν συμφωνούν πράγμα δύσκολο εξάλλου αφού το κάθε άτομο είναι διαφορετικό. Σήμερα πάντως πολλοί υποστηρίζουν ότι είναι καλό να προειδοποιούνται ανοιχτά οι άνθρωποι για τον υποκείμενο θάνατό τους (Φάρος 1981).

Ενότητα Β

Κοινωνική Ζωή και Ενδιαφέροντα των Ηλικιωμένων

1 Κοινωνικές σχέσεις και συμμετοχή ηλικιωμένων

Η ύπαρξη κοινωνικών σχέσεων έχει σημασία για την ψυχολογική και σωματική ευεξία του ανθρώπου. Στους ηλικιωμένους οι κοινωνικές σχέσεις περιορίζονται σημαντικά. Οι Kahn και Antonucci (1980) υποστηρίζουν ότι κάθε άτομο εντάσσεται σε ένα κοινωνικό δίκτυο. Κοινωνικό δίκτυο είναι ένα σύνολο ατόμων που διαθέτουν μια χαλαρή σχέση θεσμού με ένα κεντρικό άτομο. Το κοινωνικό δίκτυο περιλαμβάνει τόσο τους συγγενείς όσο και τους φίλους και γείτονες (Troll 1986).

Η κοινωνική αλληλεπίδραση μειώνεται στην προχωρημένη ηλικία είτε γιατί οι ηλικιωμένοι αποσύρονται προοδευτικά από την κοινωνία είτε γιατί μειώνονται οι ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις είτε γιατί οι άνθρωποι γίνονται πιο επιλεκτικοί στις σχέσεις τους. Ωστόσο παρά τις μειωμένες επαφές οι ηλικιωμένοι αισθάνονται τη συναισθηματική εγγύτητα εξίσου με τους νέους (Κωσταρίδου 1999).

Οι γυναίκες έχουν πιο ευρύ κοινωνικό δίκτυο, που περιλαμβάνει περισσότερα μέλη της οικογένειας, ενώ οι άντρες στηρίζονται περισσότερο στους φίλους (Lemme 1995).

Το πένθος και η συνταξιοδότηση μειώνουν τις επαφές των ηλικιωμένων. Εκείνοι που ανήκουν στις υψηλότερες εισοδηματικές τάξεις έχουν καλύτερη εκπαίδευση είναι λιγότερο ευάλωτοι στην απομόνωση και στην μοναξιά. Η μοναξιά είναι ένα από τα πιο δραματικά προβλήματα των ηλικιωμένων ιδιαίτερα εκείνων που έχασαν τον σύντροφό τους (Πουλοπούλου Η. 1999).

«Τα ηλικιωμένα άτομα που διατηρούν ενεργές σχέσεις με τους άλλους κατά τα τελευταία χρόνια της ζωής τους ζουν συνήθως περισσότερο από εκείνους που έχουν κακές κοινωνικές σχέσεις (Tucker 1999 σελ. 42).

Διαπιστώνεται ότι όλο και μεγαλύτερες ομάδες ηλικιωμένων περνούν στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής. Η τρίτη ηλικία βρίσκεται αντιμέτωπη με σοβαρά οικονομικά προβλήματα, αυξημένες ανάγκες περίθαλψης με φαινόμενα βιαιότητας ή παραγκωνισμού από την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο (Πουλοπούλου Η. 1999).

Κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων

Κοινωνική συμμετοχή σημαίνει να παραμείνει ο ηλικιωμένος στο φυσικό του περιβάλλον δηλαδή στο σπίτι του και στη γειτονιά του. Άλλο στοιχείο κοινωνικής συμμετοχής είναι η επικοινωνία με τους άλλους και η αποφυγή της απομόνωσης, η ενεργός συμμετοχή στη ζωή της κοινότητας. Τρεις παράγοντες είναι ιδιαίτερα θετικοί για την κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων: ένα κάποιο μορφωτικό επίπεδο, δημιουργική εργασία στη φάση της παραγωγικής ηλικίας, σχετική οικονομική άνεση. Ομάδες πληθυσμού που διαθέτουν στο ελάχιστο αυτούς τους τρεις παράγοντες είναι οι συνταξιούχοι ανειδίκευτοι εργάτες και οι πολύ ηλικιωμένες γυναίκες (Ποϊζου 1987).

Οι ευκαιρίες να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι κοινωνικά ενταγμένοι όταν συνταξιοδοτηθούν εξαρτώνται από τα αγαθά που συσσωρεύουν τις προηγούμενες ηλικίες. Τα άτομα που κατείχαν μία προνομιούχο θέση στο σύστημα της παραγωγής όταν συνταξιοδοτηθούν έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τον ελεύθερο χρόνο τους για ψυχαγωγία, ταξίδια κτλ. ενώ για εκείνους που ανήκουν στις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις, με την κατώτατη σύνταξη ως μοναδικό εισόδημα η συνταξιοδότηση συχνά έχει την έννοια του κοινωνικού θανάτου (Πουλοπούλου Η. 1999).

Συχνά για τη σύγχρονη κοινωνία ο ηλικιωμένος είναι ένα βάρος στο οποίο φέρεται πατερναλιστικά, συγκαταβατικά. Απελευθερωμένος από τα εργασιακά ωράρια ο «νέος ηλικιωμένος» ή ο πρόωρος συνταξιούχος μπορεί να έχει κάποια δραστηριότητα που να τον απορροφά αρκετές ώρες της ημέρας. Οι ηλικιωμένοι συνταξιούχοι διαθέτουν περισσότερο χρόνο για την οικογένεια, τον / την σύζυγο, τα παιδιά, τους συγγενείς και φίλους. Η χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου αν γίνει με τρόπο ικανοποιητικό καταλήγει σε ανία και απογοήτευση, ιδιαίτερα στις μέρες η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου αποτελεί συχνά πρόβλημα διότι η συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και τα χόμπι δεν είναι πολύ αναπτυγμένα. Οι ηλικιωμένοι Έλληνες συμμετέχουν κυρίως σε οικογενειακές ή κοινωνικο - θρησκευτικές εκδηλώσεις (Μπαλούδρος 1993).

Η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων επηρεάζει αρνητικά την υγεία, αλλά και η κακή υγεία επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις. Το δεύτερο γίνεται διότι η κακή υγεία περιορίζει την ενέργεια του ατόμου και αυξάνει την καταθλιπτική διάθεση. Παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας και των προβλημάτων υγείας μειώνονται οι ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση και δημιουργία νέων φίλων (Κωσταρίδου 1999).

2 Ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων

«Για την προσέγγιση του θέματος «ελεύθερος χρόνος» και ψυχαγωγία των ηλικιωμένων είναι ανάγκη να ληφθούν υπόψη οι πόροι που επιτρέπουν ή που δεν επιτρέπουν ένα ελάχιστο όριο διαβίωσης, η κατοικία, η υγεία που εν μέρει καθορίζεται από τη φύση, φύλο, τη θέση στην κοινωνία, τον τόπο κατοικίας όπως σε αστικές, ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές» (Πουλοπούλου Η 1999 σελ. 311).

Ως προς την ψυχαγωγία οι ηλικιωμένοι που δεν βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα, συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και σε δραστηριότητες διαφόρων σωματείων ή οργανώσεων. Ένα μεγάλο όμως μέρος των υπερήλικων δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Στις περιπτώσεις αυτές τα Κ.Α.Π.Η. παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας ανεβάζοντας θεατρικά έργα παρουσιάζοντας μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές (Κωσταρίδου – Ευκλείδη 1999).

Σύμφωνα με τον Τεπέρογλου (1978) ο ελεύθερος χρόνος αυξάνεται με τη συνταξιοδότηση του εργαζόμενου. Έχει αποτελέσει αντικείμενο μελετών και ερευνών που καταλήγουν σε μερικές κοινές διαπιστώσεις: α) τα άτομα τα οποία ασκούν μια δημιουργική απασχόληση που τους δίνει ικανοποίηση σε προσωπικό επίπεδο έχουν λιγότερα προβλήματα με τον ελεύθερο χρόνο όταν συνταξιοδοτηθούν. β) Μερικοί συνταξιούχοι βρίσκουν δύσκολη την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους με ικανοποιητικό τρόπο, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ανία και απογοήτευση. Άλλοι βρίσκουν την ευκαιρία να χαρούν όσα δεν είχαν το

χρόνο να πραγματοποιήσουν στα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους. Εκτιμούν την απελευθέρωσή τους από το πιεστικό ωράριο, την ένταση του ανταγωνισμού και τη μονοτονία της καθημερινής ρουτίνας, που τους καθήλωναν στη δουλειά και στο σπίτι. Εφοδιασμένοι με την πολύχρονη πείρα και γνώση είναι σε θέση να εκμεταλλευτούν το χρόνο τους καλύτερα από τότε που ήταν νέοι. Σύμφωνα με τον Καστενμάουμ (1982) πολλοί ηλικιωμένοι σήμερα κατορθώνουν να φροντίζουν την οικογένειά τους κάτω από αντίξοες συνθήκες, να ανοίγουν νέους δρόμους, να ιδρύσουν επιχειρήσεις, να προσφέρουν ενέργεια και ιδέες που βοηθούν τη διαμόρφωση του παρόντος και του μέλλοντος π.χ. νέοι τρόποι αλληλοβοήθειας, δημιουργία ομάδων πίεσης που απευθύνονται στις αρχές και σε επιχειρήσεις για καλύτερες υπηρεσίες, βοήθεια σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους κτλ. Τα επιτεύγματά τους πραγματικά αξίζουν τον αυτοσεβασμό και το σεβασμό όλων.

3 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων σύμφωνα με την Πουλοπούλου Η. (1999) είναι τα εξής: α) Η μοναξιά: η απώλεια στενών συγγενών όπως αδελφών, εξαδέλφων, και κυρίως του ή της συζύγου δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα στενεύει και ο κύκλος των φίλων και των γνωστών. Η μοναξιά μεγαλώνει καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου. β) Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Συνήθως οι υπερήλικες έχουν αρκετά μικρότερες συντάξεις σε σύγκριση με τους νεότερους συνταξιούχους του ίδιου κλάδου, λόγω ρυθμίσεων που έχουν γίνει με προγενέστερα συνταξιοδοτικά καθεστάτα. γ) Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες. δ) Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης

που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων. ε) Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας. στ) Η έλλειψη κοινωνικοιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου. ζ) Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους.

Η υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται σήμερα δεν είναι ομοιόμορφη, ούτε από απόψεως είδους, ούτε από απόψεως ποιότητας, ούτε από απόψεως έκτασης των παροχών (Συμπόσιο με θέμα προβλήματα γεροντικής ηλικίας).

Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των υπερήλικων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών τους από τα ασφαλιστικά ταμεία επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους όσο και το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον (Δαρδαβέσης 1992).

Οι υπερήλικες και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση (Δαρδαβέσης 1988).

Σύμφωνα με την Κωσταρίδου (1999) τα άτομα τρίτης ηλικίας αντιμετωπίζουν προβλήματα κατοικίας ή περιβάλλοντος διότι η διαμόρφωση των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση αναγκάζει τους υπερήλικες να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και να λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους.

Ενότητα Γ

Κλειστή και ανοιχτή περίθαλψη ηλικιωμένων

1 Κλειστή ιδρυματική περίθαλψη

Η προστασία των γερόντων δεν είναι μόνο μια πανάρχαια και πανανθρώπινη προσπάθεια αλλά ταυτόχρονα και ένα βαθύ και πηγαίο ένστικτο το οποίο απαντάται σε όλα τα έμψυχα ζώντα (Τσούκα Α. 1960).

Οι πρόγονοί μας θεωρούσαν τον σεβασμό προς τους γέροντες όχι απλώς ως ηθικό χρέος αλλά ως την κυριότερη απόδειξη του ευγενούς και του καλού ανθρώπου. Υπάρχουν όμως και κάποιες εξαιρέσεις όπως αυτή των Εσκιμώων που τους ηλικιωμένους αντί να τους προσέχουν τους εγκατέλειπαν ή τους σκότωναν όταν πλέον δεν ήταν ικανοί να φροντίσουν τον εαυτό τους. Στους Μαλαισιούς επικρατούσε η συνήθεια να θάβουν ζωντανούς τους ηλικιωμένους επειδή ήτανε ανίκανοι να εργάζονται. Αντίθετα όμως σε άλλους μη πρωτόγονους λαούς οι ηλικιωμένοι απολάμβαναν εξαιρετικές τιμές ως αρχηγοί φυλών. Στους Κινέζους ο σεβασμός και η τυφλή υπακοή προς τους ηλικιωμένους θεωρούνταν θρησκευτικό καθήκον (Τσούκα Α. 1960).

Οι αναφορές που έχουμε για άσκηση κοινωνικής πρόνοιας σε άτομα γεροντικής ηλικίας κατά την αρχαιότητα είναι ελάχιστες. Στις αρχαίες κοινωνίες δεν υπήρχε κάποια οργανωμένη μορφή προστασίας για τους ηλικιωμένους. Στο αξιόλογο και καλά οργανωμένο σύστημα κοινωνικής προστασίας της Αθηναϊκής Πολιτείας αναφέρονται μόνο κάποιες συντάξεις στους Ηλικιωμένους (Πανούτσου). Από την πρωτοβυζαντινή εποχή τα ιδρύματα αποτελούσαν την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για όσους δεν ήταν αυτάρκεις στην κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών (Σταθόπουλου 1999).

Κλειστό ίδρυμα είναι ο τόπος κατοικίας ενός μεγάλου αριθμού ατόμων της ίδιας κατάστασης που ξεκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία για μια σημαντική χρονική περίοδο ζουν μαζί υπό συνθήκες περιορισμένης και με τυπικές μορφές οργανωμένης διαβίωσης (Goff man E. 1994).

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης είναι η έσχατη και αναπόφευκτη λύση όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του ηλικιωμένου ή όταν αποκλειστεί εντελώς η περίθαλψή του στο σπίτι και για τους μοναχικούς οικονομικά αδύνατους υπερήλικες (Πουλοπούλου 1999).

Η ιδρυματική προστασία θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις επιβεβλημένη και αποτελεί λύση στο κοινωνικό πρόβλημα που δημιουργείται από το αδιέξοδο, στο οποίο περιέχονται οι οικονομικά αδύνατοι και οι στερούμενοι οικογενειακής υποστήριξης υπερήλικες (Word 1984). Τα ιδρύματα μακροχρόνιας παραμονής ηλικιωμένων στην Ελλάδα δεν περιλαμβάνουν σχεδόν αποκλειστικά τα γηροκομεία. Πολύ λιγότερα είναι τα θεραπευτήρια για χρονίως πάσχοντες. Επιπλέον ορισμένες κλίνες Κρατικών Γενικών Νοσοκομείων ή Σανατορίων ειδικότερα στην Επαρχία χρησιμοποιούνται από ηλικιωμένα άτομα με κινητικές δυσχέρειες. Και οι δύο τύποι ιδρυμάτων ανήκουν στη Κλειστή Ιδρυματική Περίθαλψη δηλαδή παρέχουν μόνιμη στέγη, τροφή, εξυπηρέτηση και ποικίλου βαθμού ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Δόντα 1987).

Στο εξωτερικό υπάρχουν διάφορα είδη ιδρυμάτων για ηλικιωμένους ανάλογα με τα προβλήματά τους:

α) Διαβίωση σε ειδικά διαμερίσματα που νοικιάζουν από το κράτος ή τους οργανισμούς Τοπικής αυτοδιοίκησης.

β) Διαβίωση σε οίκους ευγηρίας – γηροκομεία.

γ) Ημινοσηλευτικά ιδρύματα π.χ. αναρρωτήρια, νοσοκομεία χρονίως πασχόντων, γηριατρικά νοσοκομεία κτλ (Πουλοπούλου . 1999).

Υπολογίζεται ότι υπάρχουν συνολικά στην Ελλάδα 125 ιδρύματα κλειστής περίθαλψης με σύνολο 6.000 κρεβατιών. Σύμφωνα με σχετική μελέτη (Walker et al. 1999) η προσφορά ιδρυματικών θέσεων στην Ελλάδα είναι 0,5 για 100 άτομα άνω των 65 ετών και είναι η χαμηλότερη από όλες

τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) Τα γηροκομεία στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα και β) τα άσυλα τα οποία δέχονται κατάκοιτους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (Σταθόπουλου 1999).

Σημαντική είναι η δράση και η προσφορά των ιδρυμάτων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η λειτουργία τους στηρίζεται σε δωρεές, κληροδοτήματα και την εκμετάλλευση της περιουσίας τους. Το καλύτερο ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι το Γηροκομείο Αθηνών δυναμικότητας 800 κλινών όπου διαθέτει και νοσοκομείο 144 κλινών. Το Γηροκομείο Πειραιώς με ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη διεύθυνση και προσωπικό προσφέρει επίσης πολύ ικανοποιητικές υπηρεσίες. Οι κρατικοί οίκοι ευγηρίας απαιτούν να είναι οι ηλικιωμένοι αυτοεξυπηρετούμενοι όταν εισέρχονται και αυτό αποκλείει ένα μεγάλο μέρος εξαρτημένων ηλικιωμένων. Η ανεπάρκεια των θέσεων είχαν ως συνέπεια την έντονη και αυξανόμενη παρουσία του ιδιωτικού τομέα ιδρυματικής περίθαλψης (Πουλοπούλου Η. 1999).

Αιτίες εισόδου σε ίδρυμα:

Κοινωνικο – οικονομικές είναι οι αιτίες εισόδου σε ίδρυμα. Σημαντικό ρόλο παίζει η οικονομική κατάσταση, η απώλεια της αυτονομίας που απαιτεί φροντίδα και οικονομικοί λόγοι. Συγκεκριμένα: α) αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων που δεν έχουν συγγενείς ή συγγενείς που δεν είναι σε θέση να τον φροντίζουν. β) Οικογενειακές δυσχέρειες π.χ. ο πλησιέστερος συγγενής και μόνος συγκάτοικος είναι άρρωστος. Υπάρχουν οικογένειες που δεν είναι διαθέσιμες ή δεν επιθυμούν να παρέχουν περίθαλψη σε ασθενείς ηλικιωμένους. γ) Μοναξιά ιδιαίτερα πρόσφατη χηρεία. δ) Κατάσταση υγείας: οι άρρωστοι, ανάπηροι ή ευάλωτοι ηλικιωμένοι. ε) Οικονομικές

δυσχέρειες, φτώχεια που δεν επιτρέπουν την αυτόνομη διαβίωση σε ιδιωτικές κατοικίες. στ) Η έλλειψη υπηρεσιών κατ' οίκον. ζ) Ο εγωκεντρισμός του σύγχρονου ανθρώπου. Ορισμένα άτομα της οικογένειας προβάλουν σαν δικαιολογία ότι δεν αντέχουν να βλέπουν την κατάρρευση του ηλικιωμένου συγγενή μέσα στο σπίτι τους (Πουλοπούλου Η. 1999).

Το σύστημα της βιομηχανικής κοινωνίας απαιτεί παραγωγικούς και μόνο ανθρώπους με ικανότητα συμμετοχής στον εργασιακό χώρο. Γι αυτό στις βιομηχανικές η παραδοσιακή μορφή της εκτεταμένης οικογένειας αρχίζει να χάνεται.

Η Τρίτη ηλικία δεν αποτελεί πια εκείνη την ηλικία που κατείχε την εξουσία στην οικογένεια και την κοινωνική ζωή. Παράγοντες όπως η μετανάστευση ή υπογεννητικότητα, η άνοδος του βιοτικού μας επιπέδου οδήγησαν στη νέα μορφή της οικογένειας. Δηλαδή στην πυρηνική οικογένεια η οποία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη των δύο συζύγων και των παιδιών. Άλλοι λόγοι που δεν βοηθούν την παρουσία του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια είναι:

α) Η στενότητα του χώρου της κατοικίας στα μικρά διαμερίσματα των πολυκατοικιών που κάνουν δυσκολότερη την συμβίωση πολλών ατόμων.

β) Η είσοδος της γυναίκας στον εργασιακό χώρο. Στην εργαζόμενη μητέρα δεν περισσεύει πολύς χρόνος για να περιποιηθεί τον ηλικιωμένο γονέα. Για όλους αυτούς τους λόγους τα άτομα της τρίτης ηλικίας στις αστικές ιδιαίτερα κοινωνίες περισσότερο από τις αγροτικές, περιθωριοποιούνται (Αμηρά 1986).

Η ιδρυματική προστασία θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις επιβεβλημένη και αποτελεί λύση στο κοινωνικό πρόβλημα που δημιουργείται από το αδιέξοδο, στο οποίο περιέχονται οι οικονομικά

αδύνατοι και οι στερούμενοι οικογενειακής υποστήριξης υπερήλικες (Κωσταρίδου 1999).

Σύμφωνα με τον Howell (1970) οι κυριότερες αιτίες εισόδου σε ένα ίδρυμα είναι οι εξής:

- 1) Οικογενειακές δυσχέρειες. Θεωρούνται το συνηθέστερο πρόβλημα και αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία αναπτύσσονται οι λοιπές οικονομικές δυσκολίες.
- 2) Σωματικές αναπηρίες που διαταράσσουν την ομαλή οικογενειακή ζωή.
- 3) Μοναξιά.
- 4) Νευροψυχικές διαταραχές.
- 5) Οικονομικές δυσχέρειες (Αναστασίου Σ. Δόντα 1981).

Οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές που διαπιστώνονται κυρίως τα τελευταία 30 χρόνια παγκοσμίως, έχουν σαν αποτέλεσμα, την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων επί του συνόλου του πληθυσμού, την επιμήκυνση του προσδοκώμενου μέσου όρου ζωής, τις περιορισμένες δυνατότητες της αστικής πυρηνικής οικογένειας να φροντίζει σε διαρκή βάση τα ηλικιωμένα άτομα. Απόρροια των λόγων που προαναφέρθηκαν είναι σημαντικές αιτίες εισαγωγής των ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής ιδρυματικής περιθαλψης (Σταθόπουλου 1999).

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κλειστής περιθαλψης προστασίας ηλικιωμένων:

Τα ιδρύματα για ηλικιωμένους παρουσιάζουν ορισμένα πλεονεκτήματα όπως π.χ. ασφάλεια και παροχή ορισμένων υπηρεσιών αλλά και πολλά μειονεκτήματα όπως περιορισμούς στην ανεξαρτησία,

κανονισμοί που περιορίζουν τις ατομικές ελευθερίες, αλλαγή στις συνήθειες και στον τρόπο ζωής, περιορισμένος χώρος για τα έπιπλα και τα προσωπικά αντικείμενα. Ο ιδρυματισμός επιφέρει κάθετη πτώση στη σωματική και πνευματική υγεία των ηλικιωμένων. Για αυτό ένας σημαντικός αριθμός κλινών γηροκομείου καλύπτονται από κατοίκους ή ημικατόικους ή άτομα με γεροντική άνοια που ήταν αυτοεξυπηρετούμενοι κατά την είσοδό τους στο ίδρυμα. Η συγκατοίκηση ασθενών με άνοια που συχνά διατηρούν ικανοποιητική κινητικότητα με ασθενείς που έχουν πνευματική διαύγεια αλλά δεν μπορούν να μετακινηθούν χειροτερεύει την κατάσταση των δεύτερων. Το προσωπικό τις περισσότερες φορές είναι ανεπαρκές και κουρασμένο και έχει να αντιμετωπίσει πολλές δύσκολες καταστάσεις. Οι στεγαστικές και διαιτητικές συνθήκες των ηλικιωμένων δεν χαρακτηρίζονται ικανοποιητικές. Κακή διαρρύθμιση των χώρων, χώροι υγιεινής περιορισμένοι. Η έλλειψη απασχόλησης και κινησιοθεραπείας έχει αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Η ψυχαγωγία περιορίζεται στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο αλλά μερικοί τρόφιμοι δεν μπορούν να εκμεταλλευτούν αυτά τα μέσα ψυχαγωγίας λόγω ελαττωμένης όρασης και ακοής (Πουλοπούλου 1999).

Πολλά άτομα τρίτης ηλικίας κατά την είσοδό τους στο γηροκομείο δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στις καινούριες συνθήκες διαβίωσης και καταβάλλονται από έντονη ψυχολογική αναστάτωση και επίσης νιώθουν άγχος, τρόμο και αισθήματα εγκατάλειψης (Κωσταρίδου 1999).

Παρά τα μειονεκτήματά της η ιδρυματική περίθαλψη είναι ακόμα απαραίτητη για άτομα που δεν έχουν παιδιά ή συγγενείς για κείνους που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να έχουν την φροντίδα της οικογένειας ή για ανήμπορους ηλικιωμένους (Πουλοπούλου 1999).

Άτομα με σοβαρές αναπηρίες, ή ασθένειες όπως π.χ. ημιπληγικά, κατάκοιτοι που δεν μπορούσαν να αυτοεξυπηρετηθούν και δεν είχαν ούτε

το κατάλληλο οικογενειακό υπόβαθρο να τους στηρίξει και να τους φροντίσει, βρήκαν την περίθαλψη και τη στήριξη στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης όπου τους παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στέγη και τροφή. Πρέπει επίσης να τονισθεί ότι το κόστος της διατηρήσεως στο σπίτι ατόμων με κινητική αναπηρία είναι πολύ μικρότερο από το κόστος της ιδρυματικής περιθάλψεως (Δόντα 1981).

Τα γηροκομεία παρέχουν σημαντική αρωγή στα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω του ότι πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Η ιδρυματική φροντίδα αυτή καθ' αυτή δεν είναι απορριπτέα. Το ίδρυμα πρέπει να θεωρείται όπως και είναι ένας απαραίτητος κρίκος στην αλυσίδα προγραμμάτων τα οποία είναι αναγκαία για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Αρκεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ίδρυμα να είναι του κατάλληλου επιπέδου (Σταθόπουλου 1999).

2 Η ζωή στο ίδρυμα

Οι ηλικιωμένοι σε ένα ίδρυμα έχουν πολλές φορές κοινά ενδιαφέροντα και σίγουρα κοινή κατάληξη και κοινή στέγη έτσι συχνά δημιουργούν στενές σχέσεις μεταξύ τους. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν οι οικογενειακές επισκέψεις αραιώνουν ή σταματούν, οι σχέσεις των ηλικιωμένων μεταξύ τους και με το προσωπικό αναπτύσσονται περισσότερο. Παρόλα αυτά πολλοί ηλικιωμένοι μετά από μακρά περίοδο ιδρυματοποίησης, νιώθουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και άνοια. Αυτό συμβαίνει συνήθως στην περίπτωση μεγάλων οίκων ευγηρίας οι οποίοι δεν βοηθούν καθόλου στην προσαρμογή του ηλικιωμένου (Δαρδαβέσης 1988).

Το ίδρυμα κλειστής περιθαλψης αποτελεί την τελευταία βαθμίδα της κλίμακας των μέτρων προστασίας των υπερήλικων και θεωρείται ως η έσχατη και η αναπόφευκτη λύση όταν δεν υπάρχει οικογενειακό περιβάλλον. Η ένταξη του υπερήλικα στο ίδρυμα αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που στηρίζεται στην αρχή ότι το άτομο πρέπει να προσαρμοστεί στο ίδρυμα και όχι το ίδρυμα προς το άτομο (Κωσταριδου 1999).

Ο ηλικιωμένος κατά τη μετακίνησή του στο ίδρυμα μπορεί να πάρει μαζί του αγαπημένα αντικείμενα που του δίνουν ένα αίσθημα συνέχειας και ταυτότητας. Ενώ το προσωπικό πρέπει να αποφεύγει τις υπερβολικές εκδηλώσεις οικειότητας γιατί μπορεί να επιτείνουν την απόγνωση του νεοφερμένου που βιώνει κρίση ταυτότητας. Στα κλειστά ιδρύματα το άτομο βρίσκεται συνεχώς εκτεθειμένο στον ίδιο πάντα χώρο, στην ίδια εξουσία για όλες του τις εκδηλώσεις. Κάθε ατομική δράση επιτελείται ομαδικά έτσι χώρος ατομικής δραστηριότητας δεν υπάρχει (Goff man 1994).

Οι άνθρωποι που ζουν σε ιδρύματα έχουν χειρότερη υγεία και μικρότερη προσδοκώμενη ζωή από εκείνους που ζουν στην κοινότητα. Η πνευματική επιδείνωση είναι κοινό χαρακτηριστικό. Είναι κατανοητό γιατί το άτομο θεωρεί την είσοδό του στο γηροκομείο σαν τραγωδία. Οι γυναίκες νοιώθουν το ψυχολογικό σοκ ιδιαίτερα έντονα γιατί είναι πιο συνδεδεμένες με τα σπίτια τους σε σχέση με τους άνδρες. Εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και πολλές φορές κλείνονται στον εαυτό τους. Ωστόσο μερικές φορές η είσοδος ηλικιωμένου σε ίδρυμα τον κάνει να αισθάνεται λιγότερο αποκομμένος, δημιουργεί φιλίες και παραμελεί τον εαυτό του λιγότερο από πριν. Άλλοι θεωρούν ότι είναι ασφαλείς, δηλώνουν ευχαριστημένοι και εκφράζουν ευγνωμοσύνη. Αρκετοί όμως είναι και αυτοί που αισθάνονται δυστυχισμένοι στη μοναξιά τους και φοβισμένοι για το μέλλον (Πουλοπούλου 1999).

3 Επιπτώσεις από την είσοδο σε γηροκομείο

Τα γηροκομεία προκαλούν έντονη περιθωριοποίηση. Το κόστος του ιδρυματισμού για τον υγιή ηλικιωμένο είναι τριπλό: α) οικονομικό γιατί απαιτούν προσωπικό εξειδικευμένο και κατάλληλο και ειδικά προσαρμοσμένους χώρους που αυξάνουν τη μηνιαία δαπάνη που καταβάλλει ο τρόφιμος. β) ψυχολογικό και γ) κοινωνικό. Είναι υποχρεωμένοι να εγκαταλείψουν τις συνήθειες που είχαν και τις δραστηριότητες που ασκούσαν στο παρελθόν και να απομονωθούν, να αποξενωθούν από τους δεσμούς που διατηρούσαν στην προηγούμενη κοινωνική τους ζωή. Συχνά με την επιβάρυνση της κατάστασης κάθε μακροχρόνια πάσχοντος ηλικιωμένου ατόμου οι επισκέψεις των συγγενών ελαττώνονται (Πουλοπούλου 1999).

Το ηλικιωμένο άτομο κατά την περίοδο που προηγείται της εισαγωγής στο ίδρυμα χαρακτηρίζεται από έντονη ψυχολογική αναστάτωση. Νοιώθει άγχος, τρόμο και αισθήματα εγκατάλειψης. Οι νεοφερμένοι αισθάνονται ότι το ίδρυμα περιμένει ελάχιστα απ' αυτούς και ότι τους προσφέρει λίγα περιθώρια προσωπικής ικανοποίησης και κοινωνικής αποδοχής. Ορισμένοι υπερήλικες προτιμούν να αφήσουν τις ευθύνες στους άλλους νιώθοντας με τον τρόπο αυτό ασφάλεια, ψυχική ηρεμία και εύκολα προσαρμογή στην ομαδική ζωή. Τα άτομα αυτά είχαν συνήθως παλαιότερες εμπειρίες διαβίωσης σε ιδρυματικό περιβάλλον και γνωρίζουν τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης. Ενώ όσοι είχαν βιώσει μια έντονη ιδιωτική ζωή λόγω ιδιοσυγκρασίας και έλλειψη εμπειριών δυσκολεύονται στις νέες συνθήκες διαβίωσης (Κωσταρίδου 1999).

Οι τρόφιμοι έχουν ένα ενιαίο κοινωνικό περιβάλλον και το άτομο δεν κινείται μεταξύ κοινωνικών περιβαλλόντων όπως συμβαίνει με όλους

εμάς που ζούμε ελεύθεροι στην κοινωνία. Αυτό όμως έχει τα εξής επακόλουθα: Στα κλειστά ιδρύματα το άτομο βρίσκεται συνεχώς εκτεθειμένο στον ίδιο πάντα χώρο, στην ίδια εξουσία για όλες του τις εκδηλώσεις. Κάθε ατομική δράση επιτελείται ομαδικά, χώρος ατομικής δραστηριότητας δεν υπάρχει. Ακολουθείται συγκεκριμένο ωράριο και πρόγραμμα (Goffman 1994).

Η ανίατη κατάσταση ενός ηλικιωμένου ανθρώπου ιδιαίτερα η άνοια γίνεται αφορμή σοβαρής διαταραχής του οικογενειακού περιβάλλοντος και αιτία απασχόλησης μελών της οικογένειας ιδιαίτερα της κόρης ή της νύφης για την περιποίησή του. Το οικονομικό πρόβλημα που αναφέρθηκε για τους ηλικιωμένους αφορά και την οικογένεια. Μερικοί συγγενείς επισκέπτονται συχνά τους ηλικιωμένους στο γηροκομείο. Οι σχέσεις της οικογένειας του ηλικιωμένου και της ομάδας περίθαλψης του ιδρύματος μπορεί να έχει διάφορες μορφές όπως συνεργασία, αδιαφορία, αρνητική διεκδικητική στάση με αποτέλεσμα μερικές επισκέψεις συγγενών να δημιουργούν μια κατάσταση που δεν είναι ενδεδειγμένη για την ενσωμάτωση του ηλικιωμένου στο ιδρυματικό περιβάλλον. Τα μέλη της οικογένειας έχουν συναισθήματα ανασφάλειας ή ενοχής. Μπορεί να κάνουν παρατηρήσεις σχετικά με την έλλειψη φυσιοθεραπείας, την καθαριότητα, την ένδυση, την ποιότητα τροφής, την έλλειψη θεραπευτικού αποτελέσματος (Πουλοπούλου. 1999).

4 Κ.Α.Π.Η.

Προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα. Ο όμιλος εθελοντών ξεκίνησε το πρωτοποριακό πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων με το όνομα Γωνιά του «παππού και της γιαγιάς». Από τα

μέσα της δεκαετίας του 1960 το Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας (Ι.Κ.Ε.) ξεκίνησε στα Ανω Πετράλωνα ένα πρόγραμμα Αστικής Κοινοτικής Ανάπτυξης. Στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος λειτούργησε η Λέσχη Γερόντων. Σκοποί της λέσχης ήταν η παροχή υπηρεσιών σε ηλικιωμένα μοναχικά άτομα. Στη λέσχη έβρισκαν ψυχαγωγία δημιουργική απασχόληση, φαγητό το μεσημέρι και δωρεάν ιατροφαρμακευτική φροντίδα από τους ιατρούς της περιοχής (Σταθόπουλου 1999).

Από το 1979 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ίδρυσε τα Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων. Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν 8 Κ.Α.Π.Η. με φορείς εθελοντικές οργανώσεις τον ΕΕΣ και τη ΧΕΝ. Τα ΚΑΠΗ θεσμοθετήθηκαν το 1980 και το 1989 η αρμοδιότητα διοίκησης και λειτουργίας τους περιήλθε στη τοπική αυτοδιοίκηση. Διοικούνται από 7μελές διοικητικό Συμβούλιο του οποίου πρόεδρος είναι ο Δήμαρχος ή ο αντιδήμαρχος (Αμηρά 1986).

Σαν παροχή εξωϊδρυματικής προστασίας και ως μια μορφή υπηρεσιών προς την κοινότητα δημιουργήθηκε ο θεσμός των ΚΑΠΗ στη χώρα μας (Κωσταρίδου – Ευκλείδη 1999).

Τα ΚΑΠΗ αποβλέπουν κυρίως στην ενίσχυση των ηλικιωμένων στα πλαίσια της κοινότητας και τους υποστηρίζουν ως ενεργά και ανεξάρτητα μέλη της κοινωνίας μέσω της παροχής κοινωνικών ιατρικών και ψυχαγωγικών υπηρεσιών (Τριανταφύλλου 1993).

Οι προϋποθέσεις για την εγγραφή μέλους είναι: α) να έχει ηλικία άνω των 60 ετών, β) να είναι κάτοικος της περιοχής, γ) να πληρώνει συνδρομή πεντακοσίων δραχμών περίπου το εξάμηνο. Με πρόταση του κοινωνικού λειτουργού ένα 10% των μελών μπορεί να είναι κάτω των 60 ετών για κοινωνικούς λόγους (Σταθόπουλου 1999).

Τα ΚΑΠΗ αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Ο

θεσμός των ΚΑΠΗ αποτελεί ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους ή σαν μέλη της οικογένειας. Η ίδρυση και λειτουργία των κέντρων αυτών αποτελεί το πρώτο θετικό βήμα στον τομέα της κοινωνικής αντιμετώπισης των ηλικιωμένων από την κοινωνία και το κράτος (Πουλοπούλου 1999).

Στόχοι – σκοποί των ΚΑΠΗ

Σύμφωνα με τον οργανισμό των ΚΑΠΗ σκοποί είναι η πρόληψη βιολογικών ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Ο παραδοσιακός στόχος παροχής βοήθειας παραχωρεί τη θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου που οδηγεί στην ένταξη στην κοινότητα (Πουλοπούλου Η. 1999).

Τα ΚΑΠΗ είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών (όπως φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα) και κοινωνικών υπηρεσιών από κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι έχουν και την ευθύνη για το συντονισμό όλου του προγράμματος. Τα προγράμματα σε κάθε ΚΑΠΗ αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα (Σταθόπουλου 1999).

Τα ΚΑΠΗ στοχεύουν στο να προσπαθούν να προσφέρουν συγκεκριμένες υπηρεσίες (ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη, περιορισμένη ημερήσια φροντίδα) (Τριανταφύλλου – Μεθenaίου 1993).

Ως προς την ψυχαγωγία, οι υπερήλικες που δεν βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα. Ένα μεγάλο μέρος

όμως των υπερηλίκων δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Στις περιπτώσεις αυτές τα ΚΑΠΗ παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας, ανεβάζοντας θεατρικά έργα, παρουσιάζοντας μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές (Κωσταρίδου 1999).

Τα ΚΑΠΗ στοχεύουν στο να προσφέρουν δημιουργική απασχόληση, κοινωνική φροντίδα και συμβουλευτικές υπηρεσίες από τους κοινωνικούς λειτουργούς (Δοντά 1981).

Πιο αναλυτικά οι στόχοι λειτουργίας του ΚΑΠΗ είναι οι εξής:

- α) Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- β) Τα ΚΑΠΗ προσφέρουν ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Η ιατρική φροντίδα είναι κυρίως προληπτική.
- γ) Παρέχεται φυσιοθεραπεία και εργοθεραπεία με σκοπό οι ηλικιωμένοι να αποκτήσουν ενδιαφέροντα μέσω δημιουργικής απασχόλησης.
- δ) Τα ΚΑΠΗ στοχεύουν στο να παρέχουν στους ηλικιωμένους δυνατότητες ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου, καλλιέργειας ενδιαφερόντων, συμμετοχή στη ζωή της κοινότητας.
- ε) Παρέχουν επίσης βοήθεια στο σπίτι για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.
- στ) Ενεργοποίηση: Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε συνεργασία με τους εργοθεραπευτές διακρίνουν τις ικανότητες των ηλικιωμένων τα μικρά ταλέντα τους και υποκινεί κάθε δυνατότητα δημιουργίας ομάδων αυτενέργειας που συγκροτούνται ανάλογα με τα ενδιαφέροντά τους.

- ζ) Αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών. Ο προστατευόμενος χώρος του ΚΑΠΗ και το ευαισθητοποιημένο ειδικευμένο προσωπικό με διάφορους τρόπους επιτυγχάνουν την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών.
- η) Ευαισθητοποίηση. Τα ΚΑΠΗ κάνουν μια προσπάθεια να ευαισθητοποιήσουν τη γειτονιά για τις ανάγκες των ηλικιωμένων και να ενθαρρύνουν τις νεότερες γενεές να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε διάφορες δραστηριότητες φέρνοντας έτσι πιο κοντά τις διάφορες γενεές.
- θ) Αξιοποίηση δυνατοτήτων μέσω των ΚΑΠΗ. Υπάρχουν μέλη με διάφορες ειδικότητες όπως π.χ. γιατροί, γεωπόνοι κτλ. Πολλοί από αυτούς έχουν τη διάθεση να κάνουν κάποιες ομιλίες γεγονός που έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί ενεργοποιεί τους ίδιους σαν άτομα, δημιουργεί τάσεις συναγωνισμού, διαφυλάσσει κάποιες ξεχασμένες γνώσεις και εμπειρίες που τείνουν να εξαφανιστούν (Δ. Σέλμερης 1988, Πουλοπούλου Η. 1999, Κωσταρίδου 1999, Αμηνά 1988, Σταθόπουλου 1999, Τριανταφύλλου 1993).

Ενότητα Δ

Το πένθος

1 Απόψεις ψυχιατρικής και ψυχολογίας περί πένθους

Ο όρος πένθος στη Δύση σημαίνει κυρίως μια εσωτερική διεργασία, ενώ στη χώρα μας σημαίνει συνήθως τα εξωτερικά μέσα με τα οποία αυτή η διεργασία εξωτερικεύεται, δηλαδή τη μαύρη περιβολή κτλ. (Φάρος 1981).

Στη Δύση έχει πολιτιστικά αποθαρρυνθεί η έκφραση του πένθους και γι αυτό ως επί το πλείστον η διαδικασία του πένθους είναι εσωτερική και παθολογική (Κωσταρίδου 1999).

Οι δυτικοί ειδικοί όταν αναφέρονται στο πένθος αναφέρονται συνήθως σε αυτή την εσωτερική και ως επί το πλείστον παθολογική διεργασία, γιατί οι παρατηρήσεις τους βασίζονται στη σχετική κοινωνική πραγματικότητα της Δύσης και ιδιαίτερα της Βρετανίας και των ΗΠΑ (Φάρος 1981.).

Οι θανατολογικές μελέτες στη Δύση βασίζονται και προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την κλινική πραγματικότητα του μη εξωτερικευμένου πένθους. Ένας δυτικός ειδικός δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει καθόλου την επιστημονική του πείρα σε ένα χωριό της Ελλάδας γιατί δεν θα χρειαζόταν. Οι δυτικοί ειδικοί έχοντας διαπιστώσει ότι η μη εξωτερίκευση της διεργασίας του πένθους έχει δημιουργήσει σοβαρή παθολογία, αφενός προσπαθούν να βοηθήσουν τους πελάτες τους να εξωτερικεύσουν το πένθος, αφετέρου προσπαθούν να επιδράσουν στη δημιουργία ενός υγιέστερου ψυχολογικά κοινωνικού κλίματος, που θα επιτρέψει και θα ενθαρρύνει την εξωτερίκευση του πένθους (Φάρος 1981).

Στον τόπο μας αντίθετα το κοινωνικό κλίμα κινείται προς την αντίθετη κατεύθυνση προσπαθώντας όχι μόνο να αποθαρρύνει, αλλά και να αποκλείσει την εξωτερίκευση του πένθους. Με αυτές τις προϋποθέσεις η ανάπτυξη στη χώρα μας θανατολογικού ενδιαφέροντος που θα εκινείτο

στο επίπεδο των σύγχρονων διαπιστώσεων, θα φαινόταν σαν μια προσπάθεια οπισθοδρομική και ανασταλτική της επιδιωκόμενης «προόδου» (Μπόλμπυ 1995).

Οι απόψεις του Freud για το πένθος:

Ο Freud μελέτησε την κατάσταση πένθους, για να κατανοήσει πληρέστερα την καταθλιπτική ασθένεια, η οποία ονομάζεται μελαγχολία και αποτελεί την παθολογική αντίδραση στην απώλεια. Επισημάνε ότι τα ψυχικά χαρακτηριστικά που διακρίνουν τη μελαγχολία είναι οι χωρίς οίκτο αυτοκατηγορίες, οι οποίες οδηγούν στην προσμονή τιμωρίας. Υπέθεσε ότι τα παράπονα του μελαγχολικού ατόμου συνειδητά απευθύνονται προς το άτομο που χάθηκε και με το οποίο ο ασθενής είχε ταυτιστεί. Τα άλλα χαρακτηριστικά της μελαγχολίας παρουσιάζονται και στο άτομο που πενθεί φυσιολογικά. Οι δύο καταστάσεις έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά:

- α) μια εξαιρετικά οδυνηρή αθυμία
- β) απώλεια κάθε ενδιαφέροντος για τον εξωτερικό κόσμο
- γ) απώλεια της ικανότητας για επένδυση σε καινούργιο αντικείμενο αγάπης
- δ) απομάκρυνση από κάθε δραστηριότητα που δεν συνδέεται με αυτό που χάθηκε.

Ο Freud ανέφερε ότι αποδεχόμαστε αυτή την κατάσταση ως «φυσιολογική» και όχι ως ασθένεια, μόνο επειδή γνωρίζουμε πολύ καλά τις αιτίες που την προκάλεσαν, καθώς και το γεγονός ότι τελικά θα ξεπεραστεί. Θεώρησε ότι η διεργασία του πένθους συνίσταται στο ότι 1. η πραγματικότητα συνεχώς επιβεβαιώνει ότι το αγαπημένο πρόσωπο δεν υπάρχει πια και 2. τη σταδιακή απόσυρση συναισθήματος από το

αγαπημένο πρόσωπο καταλήγει, ύστερα από αρκετό καιρό και προσπάθεια, στην ανάκτηση της ικανότητας για ενδιαφέρον προς τον εξωτερικό κόσμο και στη δημιουργία καινούριων σχέσεων. Ο Freud σχετίζει την ένταση του πόνου και το χρόνο που απαιτείται για να ολοκληρωθούν οι διεργασίες του πένθους με την απροθυμία του ατόμου να αποεπενδύσει συναισθηματικά από το συγκεκριμένο αντικείμενο αγάπης που χάθηκε. Είναι σημαντικό ότι ο Freud αναφέρεται στην «εργασία του πένθους» για να δείξει ότι απαιτείται μεγάλη νοητική και ψυχική ενέργεια και προσπάθεια για να ολοκληρωθεί (Σαλτζμπέργκερ 1995).

Οι απόψεις του Abraham για το πένθος

Η υπόθεση του Freud ότι το μελαγχολικό άτομο ενσωματώνει το πρόσωπο που χάθηκε, επιβεβαιώθηκε μέσα από τη δουλειά του Karl Abraham. Ο τελευταίος επισήμανε ότι αυτή η διαδικασία συντελείται επίσης και από τα άτομα στα οποία η διαδικασία του πένθους γίνεται φυσιολογικά. Έτσι η διαδικασία του πένθους περιέχει μέσα της το παρηγορητικό στοιχείο: «Το αντικείμενο αγάπης μου δεν χάθηκε, γιατί τώρα το κουβαλάω μέσα μου και δεν θα το χάσω ποτέ». Ο Abraham θεωρούσε ότι το άτομο που πενθεί φυσιολογικά κατορθώνει να εξωτερικεύσει το χαμένο πρόσωπο μέσα από το πνεύμα αγάπης, ενώ το μελαγχολικό άτομο δεν μπορεί να το κατορθώσει, λόγω της επιθετικότητας που τρέφει προς το χαμένο πρόσωπο. Η επιτυχής έκβαση της διεργασίας του πένθους, η οποία κοινώς θεωρείται ότι είναι η διάλυση της παλιάς σχέσης και η αποστασιοποίηση από αυτή, θεωρείται από τον Abraham ότι εξαρτάται από το τελείως αντίθετο: δηλαδή, από την σταθερή εγκαθίδρυση στον εσωτερικό κόσμο της εξωτερικής πραγματικότητας που χάθηκε (Σαλτζμπέργκερ 1995).

2 Το πένθος στην τρίτη ηλικία

Ο θάνατος και το πένθος φέρνουν αντιμέτωπο τον πενθούντα με πολλές και δύσκολες καταστάσεις τις οποίες θα πρέπει να αντιμετωπίσει με επιτυχία για να επιβιώσει (Φάρος Φ. 1981).

Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να προκύψει κατά τη διάρκεια της απώλειας ψυχικός κλονισμός λόγω κατάθλιψης. Κυρίως κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί κατά την τρίτη ηλικία μετά το θάνατο του / της συντρόφου (Σαλτζμπέργκερ 1993).

Όσο περισσότερο ένα ζευγάρι γερνά τόσο πλησιάζει πιο πολύ στιγμή που ο θάνατος θα πάρει τον ένα από τους δύο. Εάν πεθάνει πρώτα η γυναίκα οι σύζυγοι αισθάνονται πιο χαμένοι. Μερικοί βυθίζονται στις αναμνήσεις άλλοι τις αποφεύγουν για να μην υποφέρουν τόσο πολύ. Εάν ο σύζυγος πεθάνει πρώτα η γυναίκα εάν έχει ζήσει αρμονικά το ζευγάρι, αισθάνεται ένα δυνατό κλονισμό ένα συναίσθημα εγκατάλειψης και δυσκολία να συνεχίσει τη ζωή της (Χουρδάκη 1981).

2 [Ο δεσμός του ηλικιωμένου με τον / την σύζυγο που χάθηκε είναι συνήθως υπερβολικά στενός, με μεγάλη εξάρτηση της ταυτότητας και της εικόνας του εαυτού του από τη συνεχή παρουσία του συντρόφου. Μετά το πένθος οι χήροι δεν βρίσκανε ούτε άνθρωπο ούτε άλλο ενδιαφέρον που θα μπορούσε να τους αποσπάσει από το θρήνο τους. Βρίσκουν συνήθως κάποια πηγή αυτομομφής και επικρίνουν αυστηρά τους εαυτούς τους επειδή απέτυχαν να γίνουν καλύτεροι σύζυγοι. Το πένθος στα άτομα αυτά έχει το στοιχείο της αυτοτιμωρίας και έτσι ο θρήνος γίνεται καθήκον προς τον αποθανόντα (Μπόλμπυ 1995).]

Το πένθος των χήρων και των χηρών είθισται να επηρεάζει τη φυσική υγεία και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους. Αισθάνονται

δυσκολία στο να παίρνουν αποφάσεις για τη ζωή τους και βιώνουν έντονα συναισθήματα μοναξιάς (Φάρος 1981).

Ένα από τα σημαντικότερα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι η μοναξιά που είναι κυρίως απόρροια της απώλειας των συντρόφων τους (Πουλοπούλου 1999).

Πέρα από τα συναισθηματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που έχουν χάσει τον σύντροφό τους το πιο άμεσο πρόβλημα είναι εκείνο των ρόλων. Ο χήρος ή χήρα παύει να θεωρεί πηγή βοήθειας την οικογένεια του / της συζύγου και αναπτύσσει την αυτοπεποίθησή του / της παρά τη μοναξιά και ένταση που συνεπάγεται αυτό. Η ικανότητα του χήρου / χήρας να ανταποκριθεί σε αυτούς τους καινούριους ρόλους και τις ευθύνες εξαρτάται σε ένα βαθμό από την προσωπικότητα και τις προηγούμενες εμπειρίες καθώς και τις απαιτήσεις και τη στήριξη που έχει από το οικογενειακό περιβάλλον (Μπόλμπυ 1995).

Ο θάνατος του / της συζύγου είναι συνήθως ένα πολύ αγχώσιμο γεγονός κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας³ [Οι άνδρες δείχνουν να επηρεάζονται συνήθως περισσότερο απ' ό,τι οι γυναίκες, πιθανώς γιατί έχουν λιγότερους φίλους. Οι έντονες αντιδράσεις του πένθους είναι δυνατό να κρατήσουν μέχρι δυο χρόνια. Τέτοιου είδους αντιδράσεις είναι συνήθως λιγότερο πιθανό να εμφανισθούν όταν ο θάνατος είναι αναμενόμενος. Οι πολύ ηλικιωμένοι άνθρωποι που περιβάλλονται ολοένα και περισσότερο από τους θανάτους των συνομηλίκων τους αισθάνονται μοναξιά και κατάθλιψη εάν και ενδέχεται να νιώθουν κάποια ικανοποίηση και ταυτόχρονα ενοχή που ζουν οι ίδιοι (Tucker 1999).]

↓ [Η απώλεια του συντρόφου είναι μία από τις πιο οδυνηρές περιπτώσεις της απώλειας. Δεν είναι μόνο το γεγονός πως το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει τη μοναξιά και πολλές καινούριες απαιτήσεις. Όλα τα σχέδια και οι στόχοι που είχαν από κοινού θα πρέπει να αλλάξουν ή να εγκαταλειφθούν. Το άτομο γνωρίζει τον εαυτό του σε

συνάρτηση με τον σύντροφό του και όχι με έναν άμεσο τρόπο. Σχεδόν όλο το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον γνώριζε τον πενθούντα σαν μέλος του ζευγαριού παρά σαν μεμονωμένο άτομο. Έτσι είθισται να συμβαίνει με όλες τις απώλειες, δεν ξέρουμε ποιοι είμαστε. Τα άτομα που έχουν χάσει τους συντρόφους τους πρέπει να συνεχίσουν να επιβιώνουν παρόλο που η αίσθηση της χαμένης ταυτότητας είναι τρομακτική (Χουρδάκη 1981).

3 Επιπτώσεις του αποχωρισμού σε αυτούς που πενθούν

Με την απώλεια λόγω θανάτου το άτομο χάνει δύο κυρίως πράγματα. Πρώτον την πηγή μιας μοναδικής ικανοποίησης των ψυχικών αναγκών, το νόημα της ζωής και τους πόρους από τους οποίους αντλούσε δύναμη. Ο θάνατος αγαπημένου προσώπου διαταράσσει το σχήμα που είχε διαμορφώσει το άτομο για τη ζωή του και το οποίο περιλάμβανε το αγαπημένο πρόσωπο τις προσδοκίες από τη ζωή κ.ά. Δεύτερον το άτομο χάνει τη φυσική παρουσία του άλλου (Rando 1995).

Σύμφωνα με τη Rando (1995) η βαθιά θλίψη και η οδύνη είναι το κυριότερο συναίσθημα που βιώνουν οι πενθούντες.

Ο Lindemann (1944) μελέτησε τις επιπτώσεις της δυνατής θλίψης και αναφέρθηκε στα τρία καθήκοντα της θλίψης: α) το σπάσιμο του δεσμού με το νεκρό, β) την ^{εμφύσηση}ανάπτυξη στο περιβάλλον και γ) τη δημιουργία νέων σχέσεων.

Σύμφωνα με τον Πιντέρη (1982) όταν ένας άνθρωπος μας εγκαταλείψει έχουμε να αντιμετωπίσουμε μια από τις δυσκολότερες ανθρώπινες καταστάσεις.

Για έναν άνθρωπο το να χάσει ένα κοντινό του πρόσωπο αποτελεί το μεγαλύτερο χτύπημα (Σαλτζμπέργκερ 1993). Τα άτομα που πενθούν κατά τη διάρκεια του πένθους βιώνουν μια σειρά ψυχολογικών

αντιδράσεων (οδύνη, λύπη, αίσθημα ότι είναι ευάλωτος, απελπισία, κατάθλιψη, μοναξιά, εγκατάλειψη) συμπεριφορικών αντιδράσεων (ξεσπά, θλίψη, αλλαγή στον τρόπο ζωής, αναζήτηση νεκρού ατόμου) κοινωνικών αντιδράσεων (ανία, εξάρτηση από άλλους, έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους ανθρώπους) και σωματικών αντιδράσεων (ανορεξία, κόπωση, διαταραχή ύπνου) (Κωσταρίδου 1999).

Τα πιο έντονα συναισθήματα που δημιουργεί η απώλεια είναι ο φόβος εγκατάλειψης, η επιθυμία για το χαμένο πρόσωπο και ο θυμός για το ότι αυτό δεν μπορεί να βρεθεί. Τα συναισθήματα αυτά συνδέονται αφενός με την επιτακτική ανάγκη να βρεθεί το χαμένο πρόσωπο και αφετέρου μια τάση απόδοσης μομφής σε όποιον κατά τη γνώμη του προκάλεσε την απώλεια (Μπόλμπυ 1995).

Τα άτομα που πενθούν βιώνουν μια κατάσταση κρίσης που μπορεί να εξελιχθεί σε επικίνδυνη για τη σωματική και ψυχική τους υγεία (Παπαδάτου 1986).

Το πένθος ωθεί τους πενθούντες να αλλάξουν ή να διαμορφώσουν τους ρόλους τους έτσι ώστε να αναπληρωθεί το κενό που πιθανό να έχει δημιουργήσει (Φάρος Φ 1981).

Σύμφωνα με τον Lindemann (1944) η απώλεια προκαλεί:

1. Κρίσιμη κατάσταση
2. Διαμόρφωση νέων ρόλων
3. Αλλαγή τρόπου ζωής του πενθούντα (Smith 1982).

4 Συμπτώματα του πένθους

Η απώλεια παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα μερικά από τα οποία είναι ομαλά ενώ τα άλλα είναι ένδειξη παθολογίας. Η παρουσία

των πρώτων δεν θα πρέπει να δημιουργεί καμία ανησυχία αντίθετα θα προέκυπτε ανησυχητικό εάν εκδηλωνόταν απουσία αυτών των συμπτωμάτων (Φάρος Φ. 1981).

Σύμφωνα με τον Lindemann (1944) υπάρχουν πέντε κατηγορίες ομαλών συμπτωμάτων: α) σωματική δυσφορία, β) απασχόληση με την σκέψη του αποθανόντος, γ) ενοχή, δ) επιθετικότητα, ε) απώλεια.

Σύμφωνα με τον Bowlby 1951 τα συμπτώματα που εμφανίζονται στους πενθούντες είναι τα εξής:

1. Προσπάθεια επαναφοράς του προσώπου που έφυγε
2. Αποδιοργάνωση και απελπισία
3. Επανασυγκρότηση (Σημειώσεις από το μάθημα ΚΕΑ της Λιλύς Βαριδάκη).

Κατά τον Freud τα χαρακτηριστικά που βιώνει ο πενθών είναι:

- α) μια εξαιρετικά οδυνηρή αθυμία
- β) απώλεια ενδιαφέροντος για τον εξωτερικό κόσμο
- γ) απώλεια της ικανότητας για επένδυση σε καινούριο αντικείμενο αγάπης
- δ) απομάκρυνση από κάθε δραστηριότητα που δεν συνδέεται με αυτό που χάθηκε (Σαλιτζμπέργκερ 1993).

Σύμφωνα με την Rando (1995) ο πενθών μπορεί να βιώσει μια σειρά ψυχολογικών, συμπεριφορικών, κοινωνικών και σωματικών αντιδράσεων εξαιτίας της απώλειας.

Ψυχολογικές αντιδράσεις: Συναισθήματα: πόνου, αποχωρισμού, λύπη, οδύνη, αγωνία, άγχος, πανικό, φόβο, λαχτάρα – επιθυμία για το νεκρό, αδυναμία, ανημπορία, μοναξιά.

Συμπεριφορικές αντιδράσεις: αναζήτηση του νεκρού ατόμου, υπερβολική διέγερση, κοινωνική απόσυρση, απώλεια των τρόπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης, κλάμα – δάκρυα, ξέσπασμα θλίψης.

Κοινωνικές αντιδράσεις: έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους ανθρώπους, ανία, μείωση κινήτρων, εκδηλώσεις θυμού ή ενοχλήσης προς τους άλλους, ζήλια για τους άλλους που δεν έχουν ζήσει εμπειρία απώλειας.

Σωματικές αντιδράσεις: ανορεξία, διαταραχή ύπνου, αίσθημα κενού βάρους, απώλεια μαλλιών (Κωσταρίδου 1999).

Υπάρχουν όμως και συμπτώματα πένθους που είναι ένδειξη παθολογίας και είναι τα εξής όπως τα περιέγραψε ο Lindemann (Φάρος, 1981).

α) Καθυστερημένη αντίδραση. Η πιο έντονη και συχνή παθολογική αντίδραση είναι η καθυστέρηση ή αναβολή του πένθους. Αν το τραγικό γεγονός συμβεί σε περίοδο κατά την οποία το άτομο αντιμετωπίζει πολύ σοβαρά ζητήματα ή πρέπει να υποστηρίξει το ηθικό των άλλων τότε είναι δυνατόν να αντιδράσει πολύ λίγο ή καθόλου επί εβδομάδες ή και μήνες (Σημειώσεις από το μάθημα ΚΕΑ της Λιλύ Βαριδάκη).

β) Παραμορφωμένες – διαστρεβλωμένες αντιδράσεις. Οι καθυστερημένες αντιδράσεις μετά από ένα χρονικό διάστημα κατά την διάρκεια του οποίου δεν υπάρχουν εκδηλώσεις δυσφορίας αλλά παρατηρούνται αλλαγές στην συμπεριφορά του ατόμου σαν τις ακόλουθες:

- 1) Υπερδραστικότητα χωρίς το συναίσθημα της απώλειας.
- 2) Απόκτηση συμπτωμάτων που ανήκουν στην αρρώστια από την οποία πέθανε ο νεκρός.
- 3) Παρουσία μιας φυσικής αρρώστιας ή μιας ομάδας ψυχοσωματικών καταστάσεων, κυρίως ελκωτικής κολίτις, ρευματικής αρθρίτιδας και άσθματος .
- 4) Αλλαγές στις σχέσεις με φίλους και συγγενείς. Το άτομο που παρουσιάζει αυτό το σύμπτωμα είναι ευαίσθητο, δεν θέλει να το ενοχλήσει κανείς, αποφεύγει τις προηγούμενες κοινωνικές του

δραστηριότητες, φοβάται ότι θα προκαλέσει τους φίλους του με την αδιαφορία του και τις επικρίσεις του και ακολουθεί διαρκώς αυξανόμενη κοινωνική απομόνωση.

- 5) Έξαλλη εχθρότητα εναντίον ορισμένων προσώπων. Ο γιατρός π.χ. κατηγορείται με πάθος για αμέλεια και για κάποιο σκοτεινό σχέδιο που προκάλεσε το θάνατο.
- 6) Πολλοί θλιμμένοι που αισθάνονται τέτοια εχθρικά συναισθήματα ενοχλούνται πολύ απ' αυτό και προσπαθούν να τα κρύψουν σαν αποτέλεσμα όμως αυτής της προσπάθειας εμφανίζουν την εικόνα μιας πέτρινης επισημότητας που θυμίζει σχιζοφρένεια.
- 7) Σχετικά με το προηγούμενο είναι το σύμπτωμα της διακοπής όλων των καθιερωμένων τρόπων κοινωνικής επαφής. Το άτομο που παρουσιάζει αυτό το σύμπτωμα δεν κάνει καμιά από τις συνηθισμένες του καθημερινές ασχολίες, δεν αναλαμβάνει καμιά πρωτοβουλία. Συνεργάζεται όμως με άλλους, όταν εκείνοι του το ζήτησαν.
- 8) Πολλές από τις δραστηριότητες του θλιμμένου βλάπτουν την κοινωνική και οικονομική του κατάσταση. Τα άτομα που παρουσιάζουν αυτό το σύμπτωμα παγιδεύονται εύκολα σε άστοχες οικονομικές υποθέσεις, χαρίζουν γενναιόδωρα τα υπάρχοντά τους, απομακρύνουν τους φίλους τους και αυτά τα μέλη της οικογένειάς τους και καταλήγουν χωρίς φίλους, χωρίς οικογένεια, χωρίς επάγγελμα, χωρίς χρήματα.
- 9) Με όλα αυτά η αντίδραση του πένθους παίρνει τελικά τη μορφή της αγχώδους καταθλίψεως με ένταση, ταραχή, αϋπνία, συναισθήματα αναξιότητας, αυτοκατάκριση, ανάγκη για αυτοτιμωρία (Φάρος. 1981)..

Οι Parkes και Weiss διέκριναν τρεις κύριους τύπους παθολογικής θλίψης: είναι α) η χωρίς προοπτικές θλίψη, β) η συγκρουσιακή θλίψη και γ) η χρόνια θλίψη (Κωσταρίδου 1999).

Η Parhal (1975 – 1983) περιέγραψε επίσης τρία γενικά πρότυπα παθολογικής θλίψης: α) την απύσχα, την καθυστερημένη ή ανασταλμένη θλίψη, β) τη διαστρεβλωμένη και γ) τη χρόνια θλίψη (Κωσταρίδου 1999).

5 Στάδια - φάσεις του πένθους

Είναι γνωστό ότι από την αρχή του πένθους και σε όλη τη διάρκεια της πένθιμης περιόδου ο πενθών περνά από μία διαδικασία η οποία περιλαμβάνει αρκετά στάδια και φάσεις. Η Ross (1979) περιγράφει τα στάδια και τις αντιδράσεις των ατόμων, τα οποία έρχονται αντιμέτωπα με το θάνατο ενός αγαπημένου. Το πρώτο στάδιο του πένθους, όπως αναφέρει η συγγραφέας είναι η κατάπληξη. Εξαιτίας αυτού του συναισθήματος κάποιος που πενθεί δεν πνίγεται από την απώλεια του αγαπημένου του προσώπου αμέσως μετά το θάνατο, αφού δεν έχει πεισθεί για το χαμό. Στη συνέχεια ο πενθών καταλαμβάνεται από νάρκη και καημό. Ακολουθούν σωματικά συμπτώματα και μεγάλη συναισθηματική ένταση. Τα άτομα που πενθούν αισθάνονται μια μόνιμη κόπωση και ανησυχία στον ύπνο τους (Ross 1979).

Ο Lemme (1995) διακρίνει τρεις φάσεις από τις οποίες περνάει ο πενθών. Η πρώτη είναι η φάση της αποφυγής. Ο άνθρωπος αισθάνεται ένα σοκ και δυσκολεύεται ή αρνείται να το πιστέψει. Αισθάνεται αποπροσανατολισμένος και με έντονο εσωτερικό κενό. Μερικοί αισθάνονται ότι όλα αυτά συμβαίνουν σε κάποιον άλλο και πως οι ίδιοι

είναι απλοί μάρτυρες των γεγονότων. Άλλοι αντιθέτως ξεσπούν συναισθηματικά (Rando 1995).

Η επόμενη φάση αρχίζει περίπου 3 εβδομάδες μετά το θάνατο και διαρκεί περίπου ένα χρόνο. Αυτή είναι η φάση της συνειδητοποίησης της απώλειας και της αντιμετώπισης. Στο διάστημα αυτό το άτομο πρέπει να φροντίσει τα κληρονομικά και τις διοικητικές και άλλες διαδικασίες που ακολουθούν το θάνατο ενός ανθρώπου. Το άτομο που πενθεί αισθάνεται όλο και περισσότερο τη βεβαιότητα του θανάτου και θυμώνει και κατά του νεκρού και κατά του Θεού που επέτρεψε να γίνει κάτι τέτοιο και κατά των άλλων που φαίνονται ευτυχισμένοι. Αισθάνεται παράλληλα ενοχή, νοσταλγία και μοναξιά. Η σκέψη του γυρίζει συνεχώς γύρω από τον νεκρό και αισθάνεται την παρουσία του έντονη. Μπορεί ακόμη να έχει και ψευδαισθήσεις, στις οποίες βλέπει και ακούει το νεκρό (Κωσταρίδου 1999).

Η τρίτη φάση είναι αυτή της ανάκαμψης. Ο ύπνος και η όρεξη επανέρχονται στο κανονικό τους επίπεδο και το άτομο αρχίζει να βλέπει προς το μέλλον. Το πένθος δεν έχει λήξει τελείως, αλλά το άτομο έχει πλέον προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα. Η μνήμη του νεκρού παραμένει ζωντανή και μπορεί να έρχεται στο νου του ανθρώπου σε τελείως απρόσμενες στιγμές, χωρίς όμως τον αρχικό πόνο. Στη φάση αυτή αρχίζουν να υποχωρούν τα συμπτώματα της έντονης θλίψης και αρχίζει η κοινωνική και συναισθηματική επάνοδος στην καθημερινή ζωή. Η προσαρμογή σε αυτή τη φάση δεν είναι τίποτε άλλο από την αποδοχή του γεγονότος του θανάτου ως κάτι αναπόφευκτο στη ζωή (Κωσταρίδου 1999).

Κατά τον Rando (1995) υπάρχουν έξι διεργασίες μέσα από τις οποίες πρέπει να περάσει κάποιος για να ολοκληρώσει με επιτυχία τα καθήκοντα του πένθους. Αυτές είναι:

- α) Η αναγνώριση της απώλειας.
- β) Η αντίδραση στο χωρισμό.

γ) Η ανάμνηση του νεκρού και της σχέσης.

δ) Το σπάσιμο των δεσμών με το νεκρό άτομο και τον κοινό τους κόσμο.

ε) Η επαναπροσαρμογή στη νέα πραγματικότητα χωρίς να ξεχνιέται ο παλιός κόσμος.

στ) Η επένδυση της συναισθηματικής ενέργειας σε νέα πλαίσια.

Ο Bowlby (1961) αναγνωρίζει τέσσερις φάσεις της πένθιμης περιόδου.

α) Φάση μουδιάσματος από τον πόνο, η οποία συνήθως διαρκεί λίγες ώρες μέχρι μια εβδομάδα και μπορεί ωστόσο να διακοπεί από ξεσπάσματα εξαιρετικά έντονης κατάθλιψης και θυμού.

β) Φάση έντονης λαχτάρας και επιθυμίας ανεύρεσης του χαμένου προσώπου, διάρκειας μερικών μηνών και συχνά ετών.

γ) Φάση αποδιοργάνωσης και απόγνωσης.

δ) Φάση μεγαλύτερου ή μικρότερου βαθμού αναδιοργάνωσης (Μπολμπ 1995).

Ο David Fulconer διακρίνει τέσσερα στάδια:

Το άμεσο στάδιο που κρατάει για μερικές ώρες μετά το θάνατο και περιλαμβάνει τις εξής αντιδράσεις. Τη στωική, τη ζάλη, την κατάρρευση, τα δάκρυα. Το αμέσως επόμενο στάδιο περιλαμβάνει τη συγκατάβαση, την έξαρση, τη διαμαρτυρία, την απομόνωση και τη συντριβή. Το μεταβατικό στάδιο, που αρχίζει μετά την κηδεία και διαρκεί μέχρι την επάνοδο του θλιμμένου στην κανονική ζωή, περιλαμβάνει την μεταποιητική, την εξαναγκαστική και την προκλητική προσοχής αντίδραση. Το τελικό στάδιο της ανακατατάξεως της συμπεριφοράς χαρακτηρίζεται σαν προβλητικό, συμμετοχικό, μνήμη – φαντασία και απώθηση – απομόνωση (Φάρος 1981).

Ο Yorick Spiegel κάνει λόγο για τα ακόλουθα τέσσερα στάδια: Το στάδιο του συγκλονισμού, το στάδιο της συγκρατήσεως, το στάδιο της ψυχολογικής οπισθοδρομώσεως και το στάδιο της προσαρμογής. Το στάδιο της καταπλήξεως κρατάει μερικές ώρες, το στάδιο της συγκρατήσεως τελειώνει με την κηδεία, το στάδιο της ψυχολογικής οπισθοδρομώσεως κρατάει τέσσερις ως δέκα εβδομάδες. Τέλος το στάδιο της προσαρμογής τελειώνει στην περίοδο μεταξύ έξι μηνών και ενός χρόνου μετά το θάνατο (Φάρος 1981).

Ο Lindemann (1944) επισημαίνει τα εξής τρία στάδια του πένθους.

1. Σοκ, δυσπιστία και άρνηση να πιστέψει ο πενθών ότι συνέβη η απώλεια.
2. Οξεία θλίψη που χαρακτηρίζεται από αποδοχή της απώλειας. Έλλειψη ενδιαφερόντων, αισθήματα μοναξιάς, διαταραχές ύπνου και φαγητού, έντονη ενασχόληση με τον αποθανόντα.
3. Επίλυση του πένθους με επαναφορά στις καθημερινές δραστηριότητες και σταδιακή μείωση της συνεχούς σκέψης του αποθανόντα.

Ο Bowlby διακρίνει τρεις φάσεις της διαδικασίας του πένθους:

1. Προσπάθεια επαναφοράς του προσώπου που έφυγε.
2. Αποδιοργάνωση και απελπισία.
3. Επανασυγκρότηση (Σημειώσεις από το μάθημα ΚΕΑ της Λιλώς Βαριδάκη).

6 Συστήματα θανάτου

Ο θάνατος και το πένθος είναι κάτι που όλοι συναντούμε σε κάποια φάση της ζωής μας. Αφορά όχι μόνο τους ηλικιωμένους αλλά όλες τις ηλικίες, μια και ο θάνατος μπορεί να προέλθει από διάφορες αιτίες και να πλήξει τη ζωή από τη γέννηση μέχρι το γήρας. Η επαφή με το θάνατο είναι μια επώδυνη εμπειρία που θέτει ερωτήματα για την ίδια τη ζωή και το νόημά της (Κωσταρίδου 1999). Υπάρχουν διάφοροι τρόποι να βλέπει κανείς το θάνατο. Ο θάνατος μπορεί να αποτελεί την αρχή της αιώνιας ζωής ή την τιμωρία των αμαρτιών μας, τη λύτρωση ή το φυσιολογικό τέλος της πορείας της ζωής. Οι στάσεις αυτές επηρεάζονται από τις θρησκευτικές ή άλλες πεποιθήσεις του ατόμου αλλά και από τη στάση του ευρύτερου κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου στο οποίο ζει (Κωσταρίδου 1999).

Οι Kastenbaum και Aisenberg (1972) όρισαν τέσσερις βασικούς τρόπους με τους οποίους βιώνουμε το θάνατο, τη θλίψη και το πένθος. Αυτοί οι βασικοί τρόποι ονομάζονται συστήματα θανάτου και μπορούν να συνυπάρχουν μέσα στην ίδια κοινωνία, παρόλο που ανάλογα με το πολιτισμικό υπόβαθρό μας κάποια συστήματα είναι πιο κυρίαρχα έναντι των άλλων.

Ένα σύστημα θανάτου περιλαμβάνει γνωστικά, θυμικά και συμπεριφορικά στοιχεία, δηλαδή μας διδάσκει τι να σκεφτόμαστε για το θάνατο, πώς να αισθανόμαστε για αυτόν και τι να κάνουμε ως προς αυτόν. Το σύστημα θανάτου είναι το άθροισμα των προσώπων, τόπων, ιδεών, παραδόσεων, πράξεων, συναισθημάτων και τυπικών λεκτικών

προτάσεων που μας έρχονται στο νου ή λέγονται σε μία τέτοια περίπτωση (Morgan, 1995).

Υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που διαμορφώνουν ένα σύστημα θανάτου.

1. Η έκθεση στο θάνατο δηλαδή η προσωπική εμπειρία που έχουμε για το θάνατο ενός σημαντικού προσώπου, δικού μας ή του περίγυρού μας. Οι στάσεις και τα συναισθήματά μας συχνά αλλάζουν όταν ζήσουμε από κοντά το θάνατο και τις τελετουργίες της ταφής και του πένθους που τον συνοδεύουν.
2. Το προσδοκώμενο όριο ζωής. Καθώς το όριο ζωής μεγαλώνει, μειώνονται συνεχώς οι πιθανότητες να εκτεθούμε σε μικρή ηλικία στο θάνατο.
3. ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος πάνω στις δυνάμεις της φύσης. Όσο περισσότερο πιστεύουμε στις δυνάμεις μας για τον έλεγχο της φύσης, τόσο λιγότερο μαθαίνουμε να αποδεχόμαστε το θάνατο.
4. Η αντίληψη του τι σημαίνει να είσαι άνθρωπος. Σε μια ατομοκεντρική κοινωνία, η στάση απέναντι στο θάνατο είναι διαφορετική από ότι σε μια συλλογική κοινωνία ή ομάδα όπου το άτομο δεν έχει την ίδια βαρύτητα ως μοναδικό και αυτόνομο πρόσωπο (Kastenbaum 1972).

Ο γάλλος φιλόσοφος Agnes (1981), στηριζόμενος σε αναλύσεις των αντιλήψεων και πρακτικών που συνοδεύουν το θάνατο στην ιστορία του πολιτισμού, διέκρινε τέσσερα συστήματα θανάτου.

1. Ο ήμερος θάνατος. Ο ήμερος θάνατος αντανακλά την άποψη ότι είναι φυσικό οι άνθρωποι πεθαίνουν. Το σύστημα αυτό κυριαρχούσε μέχρι τον Μεσαίωνα και αντανακλά την εξοικείωση προς την ιδέα του θανάτου.

Αυτή η εξοικείωση με το θάνατο ήταν συνέπεια των συχνών θανάτων στους ανθρώπους λόγω ασθενειών, πολέμων και άλλων φυσικών καταστροφών. Ένα τέτοιο σύστημα θανάτου κάνει τους ανθρώπους να εκτιμούν την αξία της ζωής και ταυτοχρόνως να αισθάνονται πιο υπεύθυνοι σε αυτό που κάνουν διότι σύντομα θα φύγουν από αυτήν. Παράλληλα επειδή οι θάνατοι είναι ανεξέλεγκτοι από τον άνθρωπο επαφίενται στα χέρια του θεού (Κωσταρίδου 1999).

2. Ο θάνατος του εαυτού. Κατά τον Aries (1981) στην περίοδο μεταξύ του 12^{ου} και 15^{ου} αιώνα, ο άνθρωπος άρχισε να αποκτά συνείδηση του εαυτού του. Αυτό επηρέασε και τις αντιλήψεις περί θανάτου, που έγινε πλέον ο θάνατος ενός προσώπου. Το πρόσωπο αυτό είναι υπεύθυνο για τον εαυτό του και κρίνεται για τις πράξεις του μετά θάνατο, πράγμα που σημαίνει ότι ο θάνατος δεν είναι πλέον μια αιώνια ανάπαυση (όπως στον ήμερο θάνατο), μια και το άτομο μπορεί να πάει είτε στον παράδεισο είτε στην κόλαση (Κωσταρίδου 1999).

Η επιβίωση του προσώπου μετά το θάνατο, ανεξαρτήτως από το διαχωρισμό της ψυχής από το σώμα διασφαλίζεται με την αθανασία της ψυχής. Η αθανασία της ψυχής είναι κυρίαρχο θέμα σε αυτό το σύστημα θανάτου. Η ιδέα της αθανασίας οδηγεί ταυτοχρόνως στην προσπάθεια να παραμείνει η μνήμη του νεκρού ζωντανή και μετά το θάνατο μεταξύ των ανθρώπων (Κωσταρίδου 1999)

3. Ο θάνατος του άλλου. Αυτό το σύστημα κυριάρχησε κατά τον 19^ο αιώνα. Ο φόβος αλλά και η περιέργεια για το θάνατο μεταφέρθηκαν από το θάνατο του εαυτού στο θάνατο του άλλου. Ο άλλος μπορεί να είναι ένα δικό μας

πρόσωπο ή κάποιος ξένος. Ο θάνατος θεωρείται ως η τελευταία πράξη μιας σχέσης η οποία θα συνεχιστεί με την επανένωση του ζεύγους στον ουρανό. Ο θρήνος με άλλα λόγια, δεν είναι για το νεκρό αλλά για αυτόν που ζει και πονά για το θάνατο του άλλου, μέχρι που να «ξανασυναντηθούν». Αυτό το σύστημα θανάτου ισχύει εν μέρει και στην εποχή μας, όπως φαίνεται από τις ψυχολογικές επιπτώσεις του πένθους στους πενθούντες (Κωσταρίδου 1999).

4. Ο δικός μας θάνατος. Το σύστημα αυτό αρχίζει να αναδύεται στην εποχή μας και είναι απόρροια της ιατρικής προόδου και της μακροβιότητας. Η μακροβιότητα δημιουργεί μια νέα κατάσταση, με νέες ασθένειες και εμπειρίες που οδηγεί σε αναθεώρηση των προηγούμενων συστημάτων θανάτου. Έτσι οι άνθρωποι αρνούνται να δεχτούν το θάνατο ως κάτι φυσικό και εξετάζουν σοβαρά το θέμα της ευθανασίας όταν η ποιότητα ζωής του ατόμου είναι κακή και μη αναστρέψιμη. Οι άνθρωποι αποστασιοποιούνται επίσης από τις τελετουργίες της ταφής και μειώνεται η συμβολή της ευρύτερης οικογένειας ή κοινωνικού περιγύρου στο πένθος των άλλων. Μετά τη μέση ηλικία αυξάνει η ευαισθησία μας σε παράγοντες που ενδεχομένως θα απειλήσουν την υγεία και τη ζωή μας ανεξάρτητα από το τι κάνουν οι άλλοι για τη δική τους ζωή. Ο θάνατος με άλλα λόγια αντιμετωπίζεται ως προσωπικό ζήτημα και όχι ως μία κοινή μοίρα που απαιτεί κοινή αντιμετώπιση (Κωσταρίδου 1999).

Οι άνθρωποι σήμερα αντιμετωπίζουν συχνά το θάνατο με άγχος, λύπη, θυμό ή και καρτερία. Μερικές φορές ο θάνατος μπορεί να θεωρείται

και λύτρωση για το άτομο που πεθαίνει. Άλλοι άνθρωποι αμύνονται και αρνούνται ότι πονούν για το θάνατο του δικού τους ή ότι φοβούνται το θάνατο, ενώ άλλοι συζητούν και φαίνονται να αποδέχονται την ιδέα του θανάτου. ωστόσο ο θάνατος δεν γίνεται αντιληπτός το ίδιο από όλους τους ανθρώπους ή τις ηλικίες (Ross 1979).

7 Θλίψη

«Το πένθος αφορά την εμπειρία της απώλειας ενός δικού σου ανθρώπου από θάνατο» (Rando 1995).

Η βαθιά θλίψη, η οδύνη, είναι το συναίσθημα που βιώνουν όλοι οι πενθούντες. Είναι η διεργασία μέσα από την οποία το άτομο εκφράζει τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, κοινωνικές και σωματικές αντιδράσεις στην αντίληψη της απώλειας. Αυτός ο ορισμός της θλίψης, με βάση όσα αναφέραμε για την απώλεια, συνεπάγεται ότι η θλίψη βιώνεται ή εκδηλώνεται σε τέσσερα επίπεδα (ψυχολογικό, συμπεριφορικό, κοινωνικό και σωματικό), ότι είναι μια συνεχής πορεία που περιλαμβάνει πολλές αλλαγές στο χρόνο, ότι είναι μια φυσική, αναμενόμενη αντίδραση, και ότι είναι μια αντίδραση σε κάθε τύπο απώλειας και στο θάνατο (Κωσταρίδου 1999).

Ο Lidemann (1944) μελέτησε τις επιπτώσεις της βαριάς θλίψης και οδύνης από ψυχοσωματική άποψη και αναφέρθηκε σε τρία καθήκοντα της θλίψης: το σπάσιμο του δεσμού με τον / την νεκρό / ή, την αναπροσαρμογή στο περιβάλλον στο οποίο δεν υπάρχει πλέον ο νεκρός και τη δημιουργία νέων σχέσεων. Η διάρκεια του πένθους κατά τον Lidemann είναι συνάρτηση της επιτυχίας με την οποία ανταποκρίνεται το άτομο στα καθήκοντα του πένθους. Άνθρωποι που επιζητούν να

αποφύγουν τη βαθιά οδύνη που συνδέεται με την απώλεια του αγαπημένου προσώπου δημιουργώντας εμπόδια στην εκπλήρωση των καθηκόντων του πένθους (Rando 1995).

Ο Lidemann διέκρινε πέντε χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν παθολογική αντίδραση στη θλίψη: α) σωματική κατάπτωση, β) συνεχή ενασχόληση με τη μορφή του νεκρού, γ) ενοχή, δ) επιθετικές αντιδράσεις και ε) απώλεια συμπεριφορών κοινωνικής επαφής. Πιο σπάνια μπορεί να εκδηλωθούν στη συμπεριφορά του ατόμου και χαρακτηριστικά που αποτελούσαν συμπτώματα της ασθένειας του νεκρού. Είναι σημαντικό όμως ότι με σχετικά απλή και σύντομη παρέμβαση οι στρεβλώσεις του κανονικού πένθους μπορούν να περάσουν. Δείκτες στρεβλωμένης θλίψης είναι οι παρακάτω:

- Υπερδραστηριότητα χωρίς αίσθηση απώλειας.
- Εμφάνιση συμπτωμάτων που ανήκουν στην ασθένεια του νεκρού.
- Ψυχοσωματική ασθένεια.
- Εμφανής μεταβολή στις σχέσεις με φιλικά πρόσωπα και συγγενείς.
- Μανιακή επιθετικότητα προς ορισμένα πρόσωπα.
- Μια άκαμπτη και τυπική στάση, με σχιζοφρενικής μορφής συναίσθημα και επικοινωνία.
- Μια διαρκή απώλεια τρόπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης.
- Πράξεις που βλάπτουν την κοινωνική και οικονομική ύπαρξη του ίδιου.
- Διεγερτική κατάθλιψη (Κωσταρίδου 1999).

Οι Parkers και Weiss διέκριναν τρεις κυρίους τύπους παθολογικής θλίψης που συνδέονται με την αποτυχία του ατόμου να αναρρώσει από το

πένθος είναι: α) οι χωρίς προοπτικές θλίψη, β) οι συγκρουσιακή θλίψη και η γ) χρόνια θλίψη (Rando 1995).

Ο Raphall (1975, 1983) περιέγραψε τρία γενικά πρότυπα παθολογικής θλίψης α) την απύουσα, την καθυστερημένη ή ανασταλμένη θλίψη, β) τη διαστρεβλωμένη θλίψη και γ) τη χρόνια θλίψη (Κωσταρίδου 1999).

8 Παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη

Όπως αναφέρει ο Rando (1995) το πένθος και η θλίψη του εκάστοτε ανθρώπου βιώνονται διαφορετικά σε συγκεκριμένα κοινωνικο - πολιτισμικά πλαίσια και επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη κατατάσσονται σε ψυχολογικούς και αφορούν: 1) τα χαρακτηριστικά της ίδιας της απώλειας. 2) Τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πενθεί και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του θανάτου (Rando 1995). Σε κοινωνικούς όπου αφορούν τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιγύρου ειδικότερα: 1) το κοινωνικό, υποστηρικτικό σύστημα του ατόμου που πενθεί και η αναγνώριση και αποδοχή που προσφέρουν τα μέλη του κοινωνικού περιγύρου σε αυτό. 2) Το κοινωνικό υπόβαθρο του ατόμου. 3) Το μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο του ατόμου, 4) οι μεταθανάτιες τελετές και 5) ο χρόνος που παρήλθε από το θάνατο (Κωσταρίδου 1999).

Τέλος οι φυσιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη είναι: 1) τα φάρμακα που λαμβάνει το άτομο που πενθεί, 2) η διατροφή, 3) η ξεκούραση και ο ύπνος, 4) η σωματική άσκηση, 5) η φυσική του υγεία (Κωσταρίδου 1999).

Σύμφωνα με τη Ross (1988) ο τρόπος έκφρασης του πένθους εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:

- 1) Από το είδος του θανάτου
- 2) Από την προϋπάρχουσα σχέση του πενθούντος με το νεκρό
- 3) Από τον τρόπο πληροφόρησης του θανάτου
- 4) Από τις προϋπάρχουσες εμπειρίες που έχει το άτομο
- 5) Από την ηλικία του πενθούντος
- 6) Από το πόσο είναι δυνατόν να περάσει ο πενθών από τις διαδικασίες βαθμιαίας απόσυρσης των συναισθημάτων
- 7) Από το αν ο πενθών θα εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του
- 8) Από τη συμπαράσταση του πενθούντος από το οικογενειακό, κοινωνικό και φιλικό του περιβάλλον.

Υπάρχουν ορισμένες αιτίες ανασταλτικές στην έκφραση και εξέλιξη του πένθους όπως:

- 1) Αντίσταση στην έκφραση συναισθημάτων που προέρχεται από έναν υποσυνείδητο κυρίως φόβο για τις συνέπειες.
- 2) Η μη ανάπτυξη της ικανότητας του πένθους. Αυτό συμβαίνει συνήθως στα παιδιά, που πολλές φορές φαίνονται να αντιδρούν με αδιαφορία στην αναγγελία ενός θανάτου.
- 3) Ένα παλαιότερο αξεδιάλυτο πένθος.
- 4) Ορισμένες εξωτερικές περιστάσεις, όπως ο πόλεμος ή μια μεγάλη καταστροφή.
- 5) Οι αμφιβολίες για την πραγματικότητα του θανάτου π.χ. αγνοούμενων.
- 6) Συγκρουόμενα συναισθήματα προς το νεκρό.

- 7) Κοινωνικοί και θρησκευτικοί κανόνες που θεωρούν την αυτοσυγκράτηση και την ήρεμη αντιμετώπιση σαν παραδειγματική συμπεριφορά (Φάρος 1981).

Ενότητα Ε

Πένθιμη περίοδος

1.Πένθιμη περίοδος

Σύμφωνα με τον Freud το πένθος είναι αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (Σαλτζμπέργκερ 1993).Ο θάνατος και το πένθος είναι κάτι που όλοι συναντούμε σε κάποια στιγμή της ζωής. Η επαφή με το θάνατο είναι μια επώδυνη εμπειρία. Το πένθος αφορά την εμπειρία της απώλειας ενός δικού σου ανθρώπου (Κωσταρίδου 1999).

Σύμφωνα με τον Πιντέρη (1982) η απώλεια είναι μια από τις πιο τραυματικές εμπειρίες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος. Είναι η πιο οδυνηρή γιατί το γεγονός του θανάτου είναι οριστικό, η κατάσταση πάγια αφού το άτομο που χάθηκε είναι αδύνατο να γυρίσει ξανά.

Με τη λέξη πένθος δεν εννοείται βέβαια μόνο η θλίψη και ο πόνος που νιώθει ο πενθών αλλά και τα μέσα – έθιμα που χρησιμεύουν για την εξωτερική των συναισθημάτων αυτών (Φάρος . 1981).

Έτσι λοιπόν τα μέσα αυτά σε συνάρτηση με την εσωτερική κατάσταση που βιώνουν οι πενθούντες συνιστούν μια περίοδο που

ενδόψυχα του ατόμου και εξωτερικά δείχνουν ότι το άτομο πενθεί (Φάρος . 1981).

Η πένθιμη περίοδος αρχίζει με την αναγγελία του θανάτου του προσώπου που χάθηκε. Στη συνέχεια οι πενθούντες καλούνται να περάσουν μέσα από μια διαδικασία που θα λαμβάνουν χώρα διάφορα συναισθήματα και αντιδράσεις (Φάρος 1981).

Η πορεία του πένθους μπορεί να διαφοροποιηθεί και να έχει πιο έντονα ή λιγότερο έντονα χαρακτηριστικά ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ατόμου, τα χαρακτηριστικά του νεκρού, του θανάτου, ανάλογα με το βαθμό εγγύτητας που έχουμε προς το νεκρό άτομο και το αν ο θάνατος έρχεται ξαφνικά ή απρόσμενα (Κωσταρίδου 1999).

Σύμφωνα με τη Smith (1982) όταν ο θλιμμένος καταφέρει να δημιουργήσει νέες σχέσεις και έχοντας συμβιβαστεί με την απώλεια και την απουσία του νεκρού επέρχεται το τέλος του πένθους.

Σύμφωνα με το Φάρο (1981) ο νεκρός δεν μπορεί εύκολα να ξεπεραστεί από τη θύμηση του πενθύνοντα για αυτό και το πένθος μπορεί να μειωθεί η έντασή του αλλά δεν μπορεί ποτέ να τελειώσει οριστικά.

Το πένθος στα 2 είδη θανάτου

Ο θάνατος δεν είναι πάντα ξαφνικός ούτε επέρχεται χωρίς προηγούμενη ασθένεια. Υπάρχουν σαφώς βέβαια και περιπτώσεις όπου ο θάνατος επέρχεται αιφνίδια σε κάποια χρονική στιγμή χωρίς να αναμένεται από το περιβάλλον του θανόντα (Ross 1979).

Έτσι λοιπόν διακρίνονται δύο είδη θανάτου ο αναμενόμενος και ο απροσδόκητος.

1. Αναμενόμενος θάνατος

Ο θάνατος που δεν είναι ξαφνικός και επέρχεται συνήθως μετά από προηγούμενη ασθένεια, είθισται να αποκαλείται αναμενόμενος θάνατος (Κωσταρίδου 1999).

Σύμφωνα με τον Φάρο (1981) στο περιβάλλον του ετοιμοθάνατου κατά την περίοδο της αναμονής δημιουργείται διεργασία που αποκαλείται προπαρασκευαστικό ή προβλεπτικό πένθος.

Το προπαρασκευαστικό πένθος έχει το προνόμιο να δίνει την ευκαιρία τόσο στον ετοιμοθάνατο όσο και στο περιβάλλον του να αποτελειώσουν τις συναισθηματικές τους υποθέσεις. Ο ετοιμοθάνατος μπορεί να προσφέρει πολλά στους συγγενείς του βοηθώντας τους να αντιμετωπίσουν το θάνατό του. Μπορεί να μοιραστεί με τα μέλη της οικογένειάς του τις σκέψεις και τα συναισθήματά του (Φάρος 1981).

Ο ετοιμοθάνατος συχνά αποσύρεται από τον εαυτό του, μιλάει λιγότερο, αρνείται την παρουσία των άλλων και κοιμάται περισσότερο. Περνάει σε μια διαδικασία ανασκόπησης όλης της ζωής του. Οι συγγενείς πρέπει να καταλαβαίνουν ότι αυτό είναι κάτι φυσικό και αναγκαίο και δεν εκφράζει απόρριψη (Κωσταρίδου 1999).

Μερικές φορές το προπαρασκευαστικό πένθος μετατρέπεται σε πραγματικό και αναπτύσσεται το σύνδρομο «του καρδοκούντος κορακιού» όπως το αποκάλεσε ο Glen W. Davidson. Το σύνδρομο «του καρδοκούντος κορακιού» είναι σημάδι επιτυχίας αυτής της προσπάθειας γιατί δείχνει ότι οι θλιμμένοι έχουν αρχίσει τη διαδικασία της αποδοχής της απώλειας. Ταυτόχρονα όμως είναι σημάδι αποτυχίας γιατί οι θλιμμένοι αποδέχτηκαν την απώλεια έτσι που να μην μπορούν πια να συνεχίσουν τη σχέση με το αγαπημένο τους πρόσωπο (Φάρος . 1981).

2. Απροσδόκητος θάνατος

Ο Spand (1914) παρατηρεί ότι το ξαφνικό και απροσδόκητο πένθος μπορεί να γίνει αιτία παθολογικής θλίψης. Ο Volkan (1970) μελέτησε 23 ψυχικά ασθενείς με παθολογική θλίψη και διαπίστωσε πως όλοι είχαν υποστεί ξαφνικό θάνατο (Φάρος 1981).

Μπορούν να αναπτυχθούν σοβαρές δυσκολίες, συμπτώματα και συνέπειες στους πενθούντες εάν δεν έχει προϋπάξει προπαρασκευαστικό πένθος (Παπαδάτου 1986).

Ο απροσδόκητος θάνατος ενός ατόμου εντείνει τον πόνο και τη θλίψη εκείνων που πενθούν, είναι πολύ δύσκολη η αντιμετώπισή του και είναι μια σημαντική αιτία ανάπτυξης της παθολογικής θλίψης (Φάρος 1981)

2 Μηχανισμοί άμυνας που αναπτύσσει ο πενθων κατα την πενθιμη περιοδο

Οι μηχανισμοί άμυνας είναι ασυνείδητες διαδικασίες τις οποίες το εγώ του κάθε ατόμου χρησιμοποιεί ανάλογα με τις περιστάσεις, προκειμένου να αντεπεξέλθει στις εξωτερικές και εσωτερικές πιέσεις. Το άτομο σαν ψυχοβιολογική ενότητα επιδιώκει την ηδονή, την ευχαρίστηση, την ικανοποίηση, την απόλαυση. Όταν όμως αυτή δεν είναι δυνατό να ικανοποιηθεί τότε το άτομο προσαρμόζεται στην πραγματικότητα και στις απαιτήσεις της και αν αυτή η προσαρμογή δεν μπορεί να συμβεί συνειδητά, τότε κινητοποιούνται οι μηχανισμοί άμυνας οι οποίοι βοηθούν το άτομο συνειδητά να ξεπεράσει τις συγκρούσεις που προκύπτουν ανάμεσα στις μη αποδεκτές μορφές συμπεριφοράς του (Αντωνοπούλου Ρ. 1999).

Σύμφωνα με τον Φρόιντ (1978) αμυντικοί μηχανισμοί είναι οι τρόποι και τα μέσα με τα οποία το εγώ απομακρύνει τη δυσαρέσκεια και το άγχος και ελέγχει την παρορμητική συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τις ενορμητικές τάσεις.

Ο πένθών για να ξεπεράσει τον πόνο της θλίψης, αναπτύσσει αμυντικούς μηχανισμούς. Μερικοί απ' αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς είναι οι εξής:

- α) Υπνομανία
- β) Ψυχολογική, ψυχοσωματική και οργανική ασθένεια
- γ) Πολυλογία
- δ) Απάθεια
- ε) Ταύτιση
- στ) φαντασίωση
- ζ) Ψυχολογική οπισθοδρόμηση

Όσον αφορά τον τελευταίο αμυντικό μηχανισμό είναι μια αντίδραση που ζωντανεύει τους παλιούς μηχανισμούς που το νήπιο χρησιμοποιούσε για να αντιμετωπίσει την αμφιταλάντευσή του και τα αρνητικά του συναισθήματα για τη μητέρα. Έτσι δημιουργούνται συναισθήματα εχθρότητας προς τον νεκρό, γιατί ο θάνατός του ερμηνεύεται σαν εγκατάλειψη. Το άτομο που πενθεί αναπτύσσοντας τους παραπάνω αμυντικούς μηχανισμούς, προστατεύει το εγώ του από μια κατάρρευση ψυχολογική και σωματική (Φάρος 1981).

Το άτομο που πενθεί νιώθει την ανάγκη για συνέχιση της επαφής με τον νεκρό. Πολλές φορές χρησιμοποιεί το μοιρολόγι που παίρνει τη μορφή διαλόγου, επισκέπτεται τον τάφο όπου κάνει υπεράνθρωπες προσπάθειες, για να τον περιποιηθεί και να τον φροντίσει, και διοργανώνει τελετές όπου έτσι αισθάνεται έντονα την παρουσία του νεκρού (Μπόλμπυ 1995).

Σύμφωνα με τη Smith (1982) οι πενθούντες συχνά αισθάνονται ότι η δεδομένη πραγματικότητα έχει καταρρεύσει, ένα χάος έχει επικρατήσει πια στη μονότονη ζωή τους και τίποτα τώρα δεν έχει νόημα γι' αυτούς. Αισθάνονται ανήμποροι να αντιμετωπίσουν την κρίσιμη αυτή

κατάσταση, παρόλα όμως αυτά βοηθούμενοι από τον ίδιο τους τον εαυτό και τους ανθρώπους που τους περιβάλλουν θα ξεπεράσουν τα δυσάρεστα αυτά συναισθήματα.

Ενότητα Στ

Στήριξη Πενθόντων

1 Στήριξη πενθόντων

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που εξομαλύνουν τη διαδικασία του πένθους είναι το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα του πενθόντα και η αποδοχή του από μέλη του κοινωνικού περιγύρου σε αυτό (Κωσταρίδη 1999).

Για την ομαλή έκβαση της διεργασίας του πένθους απαραίτητη είναι η στήριξη και η βοήθεια του πενθόντος από κάποια πρόσωπα (Smith 1982).

Οι πενθούντες έχουν έντονη την ανάγκη της φυσικής παρουσίας άλλων ανθρώπων που θα συμμετάσχουν στη θλίψη τους. Όταν δεν υπάρχει κάποιος να τους παρηγορήσει και να τους βοηθήσει να σηκώσουν το βάρος του η κατάσταση γίνεται τρομακτική. Οι πενθούντες αισθάνονται έντονη την ανάγκη της φροντίδας των άλλων. Θέλουν κάποιος να τους κρατήσει το χέρι (Φάρος 1981).

Όταν ο πενθών εισπράξει την κατανόηση και την συμπαράσταση, υπάρχουν πιθανότητες να εκφράσει τα συναισθήματα που ξεχειλίζουν μέσα του. Τη λαχτάρα για επιστροφή του χαμένου προσώπου, την οργή του για εγκατάλειψη, τις ενοχές του, τη βαθιά και οδυνηρή θλίψη του (Μπόλμπυ 1995).

Οι φυσικοί συμπαραστάτες του πενθούντα είναι εκείνοι που έχουν μια στενή σχέση μαζί του όπως π.χ. συγγενείς και φίλοι του θλιμμένου (Φάρος. 1981).

Ο ρόλος των συμπαραστατών θα πρέπει να είναι συντροφικός και υποστηρικτικός. Θα πρέπει να είναι πρόθυμοι να εξερευνήσουν μέσα από τις συζητήσεις που θα διεξαχθούν με τον θλιμμένο όλες τις επιθυμίες, τις ελπίδες, τις συγκεχυμένες εξωπραγματικές πιθανότητες που εξακολουθεί να πιστεύει καθώς επίσης τις μομφές και τις απογοητεύσεις που τον βασανίζουν (Μπόλμπυ 1995).

Οι πενθούντες βιώνουν μεγάλη ικανοποίηση και δύναμη για να συνεχίσουν όταν έχουν υποστήριξη από συγγενείς και φίλους (Smith 1982).

Οι συμπαραστάτες πρέπει να ενθαρρύνουν τον θλιμμένο να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του (Κανακάκης 1989).

Σύμφωνα με τη Smith (1982) οι άνθρωποι που στηρίζουν τον πενθούντα πρέπει:

- α) Να του προσφέρουν ανθρώπινη άνεση
- β) Να τον ενθαρρύνουν στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων της απώλειας
- γ) Να δημιουργούν τις κατάλληλες συνθήκες ώστε να προαχθεί η διαδικασία του θρήνου.

2 Βοήθεια ειδικών

Θεωρείται σκόπιμη και σημαντική η αρωγή του πένθους από επαγγελματίες του πένθους για την ανακάλυψη υποσυνείδητων συναισθημάτων γεγονός που βοηθάει στην ομαλή εξέλιξη της διεργασίας του πένθους (Πέσον 1982). Η παρέμβαση των ειδικευμένων σε θέματα πένθους είναι πολύ σημαντική. Είναι οι κατάλληλοι για να ανιχνεύσουν και να θεραπεύσουν τα παθολογικά συμπτώματα που μπορεί να αναπτυχθούν (Φάρος . 1981).

Οι ανακατατάξεις των ρόλων, η συναισθηματική αποδιοργάνωση των ατόμων, η δημιουργία νέας ταυτότητας απαιτούν παρέμβαση από ειδικά καταρτισμένους σε θέματα πένθους (Μπολμπ 1995).

Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Σύμφωνα με τη Rando (1984) παραθέτονται οι παρεμβατικές στρατηγικές του κοινωνικού λειτουργού στο πένθος.

- i. Δημιουργία θετικής σχέσης και αξιολόγηση του πένθους με σκοπό τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων για τη συγκεκριμένη περίπτωση.
- ii. Προσέγγιση του πένθους, κάνοντας ο Κ. Λ. αισθητή την παρουσία του με συγκεκριμένους και πρακτικούς τρόπους παροχής βοήθειας.
- iii. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να είναι δίπλα στο θλιμμένο όχι μόνο με την παρουσία του αλλά και με την υποστήριξή του.

- iv. Θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να επιτρέπει στον πενθούντα να θρηνήσει για την απώλεια.
- v. Δεν θα πρέπει να ενθαρρύνεται ο πενθών να παραμένει απομονωμένος για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- vi. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να προσπαθεί ώστε να βοηθήσει στη διατήρηση ενός οικογενειακού συστήματος στήριξης για τον πενθούντα.
- vii. Πριν από κάθε παρεμβατικό σχεδιασμό πρέπει να αξιολογηθεί η θλίψη καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν.
- viii. Θεωρείται αναγκαίο να εξετάζονται και να αξιολογούνται ποιες φάσεις του πένθους είναι ημιτελείς.
- ix. Ενθάρρυνση ως προς την λεκτικοποίηση των συναισθημάτων που βιώνει ο πενθών.
- x. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να παρέχει βοήθεια στον πενθούντα να επισημάνει, να αναγνωρίσει και να επιλύσει δευτερογενείς απώλειες και εκκρεμότητες που έχει αφήσει στη ζωή του.
- xi. Ο Κ. Λ. θα πρέπει να εξετάζει εάν ο πενθών ακολουθεί την κατάλληλη ιατρική και φαρμακευτική θεραπεία για τα συμπτώματά του.
- xii. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να υποστηρίζει τον πενθούντα να αντιμετωπίσει τη διαδικασία του πένθους και να επεξεργαστεί την έννοια της απώλειας.
- xiii. Η επανασύνδεση σε μια καινούρια ζωή θα πρέπει να υποστηρίζεται.
- xiv. Θα πρέπει να αναγνωρίζεται ότι οι τελετουργικές εκδηλώσεις έχουν θεραπευτικό χαρακτήρα.

[Σύμφωνα με την Λαγού - Παπαδοπούλου (1991) η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού θα πρέπει να αφορά τις εξής παραμέτρους:

- xv. Αξιολόγηση της κρίσης: Έγκειται στη συλλογή καταστάσεων αιτιών και γεγονότων που συντέλεσαν στην κρίση.
- xvi. Υποστηρικτική παρέμβαση στο παρόν. Επιδιώκεται να δοθεί στήριξη και ενθάρρυνση για έκφραση συναισθημάτων ανησυχιών και προβληματισμών.
- xvii. Προγραμματισμός και προσαρμογή στο μέλλον. Παρέχεται αρωγή στην οικογένεια να αναγνωρίσει τις ικανότητες που διαθέτει ώστε να αντιμετωπίσει το πένθος.
- xviii. Τη μείωση του άγχους.
- xix. Στην κινητοποίηση του οικογενειακού συστήματος έτσι ώστε να ενεργοποιηθούν οι δυνάμεις που διαθέτουν ώστε να βοηθήσουν και να στηρίξουν τον πενθούντα.
- xx. Στην βοήθεια της οικογένειας να βρει μια νέα ισορροπία που θα συμβάλλει στην ικανοποιητική λειτουργία της.

Σύμφωνα με τη Smith (1982) ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αποβλέπει στο να μοιραστεί την λύπη του πενθούντος και να βρει καινούριους τρόπους ικανοποιητικών σχέσεων.

Κατά τη Ross (1979) ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να δώσει χρόνο στο θλιμμένο να ξεπεράσει το σοκ που έχει υποστεί. Μπορεί επίσης να παράσχει σημαντική βοήθεια σε πρακτικά θέματα.

Σύμφωνα με το Φάρο (1981) η κοινωνική εργασία προσανατολίζεται κυρίως προς την κατεύθυνση της συμπαράστασης του ατόμου. Επίσης αναζητεί τα ψυχοδυναμικά των δυσκολιών του ατόμου.

Στην Ελλάδα η ενασχόληση των κοινωνικών λειτουργών με άτομα που αντιμετωπίζουν το πένθος γίνεται περιορισμένα. Κυρίως ο κοινωνικός λειτουργός του νοσοκομείου αναλαμβάνει περιπτώσεις πενθούντων που χρήζουν βοήθειας. Κρίνεται επίσης απαραίτητο ο κοινωνικός λειτουργός να έχει θεμελιώσει μια σχέση με τους θλιμμένους πριν επέλθει ο θάνατος (Φάρος 1981).

Προϋποθέσεις για την ομαλή περάτωση και εξέλιξη του πένθους

[Σύμφωνα με τη Rando (1986) το άτομο που πενθεί είναι απαραίτητο για την ομαλή επίλυση του πένθους να προβεί στις εξής γνωστικές και ενδοψυχικές διεργασίες:

1. Συναισθηματική αποπένδυση
2. Δημιουργία μιας νέας σχέσης με τον αποθανόντα
3. Δημιουργία μιας νέας ταυτότητας]

- 1) Η συναισθηματική αποπένδυση είναι μια πολύ σημαντική ενδοψυχική διεργασία που πρέπει να ολοκληρωθεί για να μπορεί ο θλιμμένος να ξεπεράσει την απώλεια και να διατηρήσει τη συναισθηματική του ενέργεια ώστε να την μεταδώσει σε μεταγενέστερες σχέσεις που θα δημιουργήσει.
- 2) Η ζωή του πενθούντα επανασυγκροτείται μετά την απουσία του νεκρού, απότοκο αυτού είναι να δημιουργήσει ο πενθών μια καινούρια σχέση βασισμένη σε μνήμες και αναμνήσεις.
- 3) Εάν το άτομο που χάθηκε ήταν ένα πολύ σημαντικό μέρος στη ζωή του πενθούντα τότε ο θάνατος αναπόφευκτα θα

αλλάξει και την ταυτότητα του πενθούντος (Σημειώσεις από το μάθημα ΚΕΑ επιμέλεια Πιλύ Βαριδάκη).

Σύμφωνα με την Ross (1988) οι πενθούντες θα πρέπει να ζουν έντονα τη θλίψη και τον πόνο τους, να περνούν από τη δοκιμασία της κηδείας ώστε να μπορέσουν να συνειδητοποιήσουν την απώλεια και να νιώσουν στη συμπαράσταση όλων όσων παραστέκονται στην οδύνη τους.

Κατά τον Φάρο (1981) για να πετύχει ο θλιμμένος την ομαλή εξέλιξη της διαδικασίας του πένθους απαιτούνται τα εξής:

- α) έκφραση της θλίψης
- β) οργάνωση, χρειάζεται να διευκρινίσει τη σχέση του με τον αποβιώσαντα έτσι ώστε να εκτιμήσει την απώλεια
- γ) αποδοχή της πραγματικότητας, όπου αποτελεί μια αναπότρεπτη αναγκαιότητα ώστε να εξαλειφθεί η άρνηση του πενθούντα για το γεγονός του θανάτου
- δ) η απόφαση του θλιμμένου για επιβίωση
- ε) έκφραση μη αποδεκτών και αρνητικών συναισθημάτων
- στ) αξιολόγηση της απώλειας. Το κατά πόσο δηλαδή μπορεί ή όχι να αντικατασταθεί το άτομο που απεβίωσε
- ζ) ενσωμάτωση του νεκρού στη ζωή του πενθούντα
- η) ευκαιρία για νέο προσανατολισμό στη ζωή του θλιμμένου

Σύμφωνα με τον Lindemann (1944) προκειμένου να εξελιχθεί ομαλά το πένθος ο πενθών θα πρέπει να κατορθώσει τα εξής:

- α) να αποδεχτεί τον πόνο της απώλειας
- β) να επανεξετάσει και να αναθεωρήσει τη σχέση του με το νεκρό
- γ) να εκφράσει την λύπη του για την απώλεια
- δ) να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα ενοχής και να βρει γύρω του πρόσωπα που θα του χρησιμεύσουν σαν στηρίγματα.]

Ο χειρισμός των αντιδράσεων οδύνης στον πενθούντα προϋποθέτει ανακούφιση από τη θλίψη αλλά και αποδοχή της απώλειας, αναθεώρηση των σχέσεων με τον αποβιώσαντα, ενημερότητα για τις μεταβολές στη δική του συμπεριφορά, αναγνώριση της συναισθηματικής έντασης του πόνου και της οδύνης, αλλά και διαμόρφωση μιας αποδεκτής διατύπωσης των σχέσεων με τον νεκρό στο μέλλον (Κωσταρίδου 1999).

III. ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Είδος και σκοπός της έρευνας .

Η μελέτη που διεξήχθη απεφάνθη και επιλέχθηκε να είναι διερευνητική . Στόχος της Κοινωνικής Έρευνας αποτέλεσε η διαπίστωση των στάσεων που υιοθετούν οι ηλικιωμένοι εξαιτίας της απώλειας του ενός συντρόφου και η διερεύνηση των συνεπειών που προκαλούνται ως απότοκο του θανάτου του συζύγου τους .

Οι επιμέρους σκοποί της μελέτης ήταν οι κάτωθι :

- ✓ Να διερευνηθούν τα συναισθήματα που προξενήθηκαν στους ηλικιωμένους αμέσως μετά το θάνατο του συντρόφου τους .
- ✓ Να επισημανθούν οι αλλαγές που επέρχονται στη ζωή τους .
- ✓ Να καταγραφούν τα συναισθήματα που βιώνουν στην καθημερινότητα τους .
- ✓ Να διαπιστωθεί εάν έχουν αποδεχτεί το θάνατο του συζύγου τους .
- ✓ Να διερευνηθεί εάν έχουν ξεπεράσει την απώλεια του συζύγου τους .
- ✓ Να αποσαφηνιστεί και να συγκριθεί το κατά πόσο οι τρόφιμοι των Γηροκομείων σε συνάρτηση με τους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα είναι επηρεασμένοι από το γεγονός του θανάτου του συντρόφου τους και πως το βιώνουν οι μεν τρόφιμοι

και οι δε ηλικιωμένοι οι οποίοι είναι σαφές ότι έχουν μια ευρύτερη κοινωνική ζωή .

2.Υποθέσεις – Ερωτήματα .

Τα πιο καίρια και βασικά ερωτήματα τα οποία πραγματεύεται και γύρω από τα οποία κινείται όλη η ερευνητική μελέτη είναι τα ακόλουθα:

- Ποια συναισθήματα διακατείχαν τους ηλικιωμένους μόλις απεβίωσε ο/η σύζυγός τους
- Πως θα χαρακτήριζαν τη ζωή τους μετά το θάνατο του συντρόφου τους
- Τι συναισθήματά τους διέπουν τώρα για τον αποθανόντα σύζυγο τους
- Εάν θεωρούν ότι ο πόνος του θανάτου ξεπερνιέται
- Ποια είναι η στάση τους απέναντι στον επικείμενο θάνατο τους
- Εάν η άποψη σύμφωνα με την οποία η ζωή δεν σταματά μετά το θάνατο τους βρίσκει σύμφωνους
- Ποια είναι τα ενδιαφέροντα τους και τι τους δίνει χαρά στη ζωή τους
- Πως χαρακτηρίζουν και αξιολογούν τη ζωή τους
- Εάν έχουν όνειρα απραγματοποίητα και ευελπιστούν οι ίδιοι για το μέλλον τους

3. Δείγμα .

Τα άτομα με τα οποία ήρθαμε σε επαφή , συνδιαλεχθήκαμε , ερωτήσαμε και μελετήσαμε είναι 65 ετών και άνω , άτομα που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία και ο σύντροφος τους έχει απεβιώσει .Στην διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας λοιπόν πήραν μέρος συνολικά 100 άτομα με τα παραπάνω αναφερθέντα χαρακτηριστικά .

Για την περάτωση της έρευνας αποτανθήκαμε στο Κ.Α.Π.Η. της Πάτρας όπου ερωτήσαμε 15 άτομα , στο 2^ο Κ.Α.Π.Η. της Λαρίσης όπου ερωτήσαμε 20 άτομα και στο Κ.Α.Π.Η. των Μελισσίων Αττικής όπου ερωτήσαμε 15 άτομα .Επίσης ερωτήθηκαν 28 άτομα που διαμένουν στο Γηροκομείο Λάρισας , δέκα άτομα που διαμένουν στο Γηροκομείο Αθηνών και 12 άτομα που είναι τρόφιμοι στο Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων στο Δήμο Μελισσίων Αττικής . Εξ αυτών τα 50 άτομα με τα οποία συνδιαλεχθήκαμε στους χώρους των Κ.Α.Π.Η. τα 17 ήταν γυναίκες και τα 33 άνδρες . Τα υπόλοιπα 50 άτομα που βρίσκονταν και διέμεναν στα Γηροκομεία όπου επισκεφθήκαμε τα 23 ήταν άνδρες και τα 27 αφορούσαν γυναικείο πληθυσμό .

Απεφάνθη να εμπλακούν στην ερευνητική διαδικασία άτομα τρίτης ηλικίας που διαμένουν είτε σε Ιδρύματα Κλειστής Ιδρυματικής Περίθαλψης (Γηροκομεία) είτε ηλικιωμένοι που είναι ενταγμένοι και δρώντα μέλη στην κοινωνία .Καταλήξαμε σε αυτή την επιλογή με απώτερο σκοπό να διαπιστωθεί πως βιώνουν το θάνατο του συντρόφου τους τα άτομα που είναι έγκλειστα στα Γηροκομεία και τα άτομα που ζουν στην κοινότητα και να αναδυθούν με τον τρόπο αυτό προβλήματα που προκύπτουν τόσο

από τη διαμονή των τροφίμων ηλικιωμένων των Ιδρυμάτων όσο και από τη ζωή των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα .

4. Εργαλείο έρευνας .

Εργαλείο συλλογής στοιχείων : Συνέντευξη μέσω ερωτηματολογίου

Η επιλογή του εργαλείου έρευνας διενεργήθηκε κατόπιν συνεννόησης . Απεφάνθη και να διεξαχθεί η έρευνα μέσω ερωτηματολογίου συνέντευξης καθώς ελήφθησαν οι εξής παράγοντες υπόψιν .

Τα άτομα που αφορούσε η μελέτη ήταν άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω . Θεωρήθηκε ότι πολλά από τα άτομα αυτά θα αντιμετώπιζαν ποικίλα προβλήματα είτε υγείας , είτε οράσεως . είτε ακόμη και αναλφαβητισμού . Προς αποφυγήν ταλαιπωρίας και πρακτικών δυσκολιών των ερωτηθέντων χρησιμοποιήσαμε σαν εργαλείο επικοινωνίας την συνέντευξη μέσω ερωτηματολογίου.

Η διαδικασία της ερευνας ήταν ιδιαίτερα χρονοβόρα καθώς η εκάστοτε συνέντευξη στο εκάστοτε άτομο διηρκούσε περίπου 20 λεπτά με μισή ώρα . Οφείλουμε να ομολογήσουμε πως τις περισσότερες φορές αισθανθήκαμε άβολα καθώς οι ηλικιωμένοι στην αναπόληση και ανάμνηση του συντρόφου τους φορτίζονταν ιδιαίτερα συγκινούνταν και έκλαιγαν . Δεν ήταν εφικτό σε ένα τέτοιο λεπτό θέμα να αρκούμασταν μόνο στην απάντηση των ερωτηθέντων στις ερωτήσεις που τους θέταμε . Συζητούσαμε μαζί τους , τους προετοιμάζαμε για το θέμα που ήταν υπό διερεύνηση , τους ρωτούσαμε για το εάν ήθελαν να συμμετέχουν στην

συνέντευξη. Οι ίδιοι μας μιλούσαν από την πλευρά τους διεξοδικά για τους συζύγους τους και βέβαια τους αφουγκραζόμασταν προσεκτικά .

Το κάθε ένα ερωτηματολόγιο πάνω στο οποίο βασίστηκε η ροή της συνέντευξης περιελάμβανε 29 ερωτήσεις . Αποτελούνταν από το γενικό μέρος όπου απαρτίζονταν από τις πρώτες έξι δημογραφικές ερωτήσεις και από το ειδικό μέρος όπου αποτελούνταν από τις υπόλοιπες 23 . Εκ των οποίων οι 8,9,10,11,13,15,15^α είναι ερωτήσεις γνώσεων και οι 7,12 έως και την 29 είναι ερωτήσεις στάσεων που αφορούν δηλαδή τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των ερωτηθέντων πάνω σε κάποια ζητήματα που είναι ασφαλώς εναρμονισμένα με το υπό διερεύνηση θέμα .

5. Πλαίσιο έρευνας .

Στην διερευνητική μελέτη που διεξήχθη συμπεριλήφθησαν άτομα τρίτης ηλικίας δηλαδή άτομα από 65 ετών και άνω που έχουν χάσει το συντροφό τους εκ των οποίων τα 50 εξ αυτών συχνάζουν και είναι μέλη των Κ.Α.Π.Η. της Λαρίσας της Πάτρας και των Μελισσίων Αττικής και τα υπόλοιπα 50 άτομα διαμένουν στα Γηροκομεία Λαρίσης , Αθηνών και στο Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων των Μελισσίων Αττικής .Επιλέξαμε την Αθήνα λόγω του ότι είναι το μεγαλύτερο αστικό κέντρο, την Πάτρα λόγω του ότι είναι μια ανεπτυγμένη βιομηχανική περιοχή και τη Λάρισα για το λόγο ότι είναι μεν ένα μεγάλο αστικό κέντρο αλλά είναι κατεξοχήν μια αγροτική περιοχή. Για την διεξαγωγή και περάτωση της ερευνητικής διαδικασίας πραγματοποιήθηκε επίσκεψη των πλαισίων όπου διενεργήθηκε συνέντευξη με άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις και είχαν την δυνατότητα συμμετοχής στην κοινωνική έρευνα .

6. Τρόπος ανάλυσης πληροφοριών

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με ποσοστιαίες αναλογίες σχετικά με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων.

Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων κατασκευάστηκαν πίνακες υπολογισμών όπου δίνονταν αριθμητικά και ποσοστιαία οι απαντήσεις των ερωτηθέντων .

Για την γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων της έρευνας υλοποιήθηκαν ιστογράμματα και διαγράμματα .

Η όλη επεξεργασία και ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή με στόχο την ακριβή ανάλυση των δεδομένων .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

οπως φαίνεται απο την ερευνηση B

Ερ. 1 ΦΥΛΟ

		Α.Α. ΚΑΠΗ		Α.Α. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	άνδρας	33	66%	23	46%
B	γυναίκα	17	34%	27	54%
ΣΥΝΟΛΟ		50	100%	50	100%

οπως φαίνεται απο την ερευνηση B

Ο πίνακας 1 δείχνει το φύλο των ερωτηθέντων. Το 64% των ερωτηθέντων του ΚΑΠΗ είναι άνδρες ενώ το 36% είναι γυναίκες. Το 46% των ερωτηθέντων του γηροκομείου είναι άνδρες ενώ το 54% είναι γυναίκες

Ερ. 2 ΗΛΙΚΙΑ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	65-70	3	9%	2	12%	0	0%	1	4%
B	70-75	9	27%	5	29%	7	30%	7	26%
Γ	75-80	13	39%	7	41%	9	39%	11	41%
Δ	80 και άνω	8	24%	3	18%	7	30%	8	30%
ΣΥΝΟΛΟ		33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Στον πίνακα 2 φαίνεται η ηλικία των ερωτηθέντων. Το 9% των ανδρών του ΚΑΠΗ είναι 65-70 ετών, το 27% είναι 70-75 ετών, το 39% είναι 75-80 ετών, το 24% είναι 80 και άνω. Το 12% των γυναικών του ΚΑΠΗ είναι 65-70 ετών, το 29% είναι 70-75 ετών, το 41% είναι 75-80 ετών ενώ το 18% είναι άνω των 80 ετών. Κανείς από τους άνδρες του γηροκομείου δεν ανήκει στην ηλικία των 65-70 ετών, το 30% ανήκει στην ηλικία των 70-75, το 39% στην ηλικία των 75-80 και το 30% στην ηλικία των 80 και άνω. Το 4% των γυναικών του γηροκομείου είναι 65-70 ετών, το 26% 70-75 ετών, το 41% 75-80 ετών και το 30% 80 ετών και άνω

Ερ. 3

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	αναλφάβητος	4	12%	4	24%	2	9%	5	19%
B	κάποιες τάξεις του δημοτικού	6	18%	5	29%	4	17%	12	44%
Γ	απόφοιτος δημοτικού	14	42%	4	24%	11	48%	9	33%
Δ	απόφοιτος γυμνασίου	6	18%	3	18%	5	22%	1	4%
Ε	απόφοιτος λυκείου	3	9%	1	6%	1	4%	0	0%
ΣΤ	ΑΕΙ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Ο πίνακας φανερώνει το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Το 12% των ανδρών του ΚΑΠΗ είναι αναλφάβητοι, το 18% έχουν τελειώσει κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 42% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 18% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, το 9% είναι απόφοιτοι λυκείου ενώ κανείς τους δεν είναι απόφοιτος ΑΕΙ. Το 12% των γυναικών του ΚΑΠΗ είναι αναλφάβητες, το 41% έχουν τελειώσει κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 24% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 18% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, το 6% είναι απόφοιτοι λυκείου καμιά τους δεν είναι απόφοιτος ΑΕΙ. Το 9% των ανδρών του γηροκομείου είναι αναλφάβητοι, το 17% έχουν τελειώσει κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 48% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 22% γυμνασίου, το 4% λυκείου ενώ κανείς δεν είναι απόφοιτος ΑΕΙ. Το 15% των γυναικών του γηροκομείου είναι αναλφάβητοι, το 44% έχουν τελειώσει κάποιες τάξεις του δημοτικού, το 37% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 4% γυμνασίου ενώ καμιά τους δεν είναι απόφοιτος λυκείου ή ΑΕΙ.

Ερ. 4

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	100-150 ευρώ	0	0%	0	0%	4	17%	2	7%
B	150-200 ευρώ	3	9%	5	29%	6	26%	7	26%
Γ	200-300 ευρώ	8	24%	3	18%	10	43%	13	48%
Δ	300-500 ευρώ	17	52%	5	29%	2	9%	5	19%
Ε	500 ευρώ και άνω	5	15%	4	24%	1	4%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Στον πίνακα 4 διακρίνεται το μηνιαίο εισόδημα των ερωτηθέντων. Κανείς από τους άνδρες του ΚΑΠΗ δεν έχει εισόδημα ύψους 100-150 ευρώ, το 9% έχει εισόδημα 150-200, ευρώ το 24% έχει εισόδημα 200-250 ευρώ, το 52% έχει εισόδημα 200-300 ευρώ, το 15% έχει εισόδημα 300-500 ευρώ και το 15% έχει εισόδημα άνω των 500 ευρώ. Το ύψος του εισοδήματος για τις γυναίκες του ΚΑΠΗ ανέρχεται για το 0% στα 100-150 ευρώ, για το 29% στα 150-200 ευρώ, για το 18% στα 200-300 ευρώ, για το 29% στα 300-500 ευρώ και για το 24% άνω των 500 ευρώ. Το 17% των ανδρών του γηροκομείου έχει εισόδημα 100-150 ευρώ, το 26% έχει εισόδημα 150-200 ευρώ, το 43% 200-300 ευρώ, το 9% έχει εισόδημα 300-500 ευρώ, το 4% έχει εισόδημα άνω των 500 ευρώ. Το εισόδημα των γυναικών του γηροκομείου ανέρχεται στα 100-150 ευρώ για το 7%, στα 150-200 ευρώ για το 26%, στα 200-300 ευρώ για το 48%, στα 300-500 ευρώ για το 19% καμιά δεν έχει εισόδημα άνω των 500 ευρώ.

Ερ. 5

ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΜΕΓΑΛΩΣΕΙ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	σε πόλη	9	27%	5	29%	6	26%	8	30%
B	σε κωμόπολη	8	24%	2	12%	7	30%	12	44%
Γ	σε χωριό	16	48%	10	59%	10	43%	7	26%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Ο πίνακας 5 δείχνει που έχουν μεγαλώσει οι ερωτηθέντες. Το 27% των ανδρών του ΚΑΠΗ έχει μεγαλώσει σε πόλη, το 24% σε κωμόπολη και το 48% έχει μεγαλώσει σε χωριό. Το 29% των γυναικών του ΚΑΠΗ έχει μεγαλώσει σε πόλη, το 12% σε κωμόπολη και το 59% σε χωριό. Το 26% των ανδρών του γηροκομείου έχει μεγαλώσει σε πόλη, το 30% σε κωμόπολη, και το 43% σε χωριό. Το 30% των γυναικών μεγάλωσε σε πόλη, το 44% σε κωμόπολη και το 26% σε χωριό.

Ερ. 6

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	κανένα	2	6%	0	0%	5	22%	3	11%
B	1	6	18%	3	18%	2	9%	4	15%
Γ	2-3	17	52%	9	53%	7	30%	11	41%
Δ	3 και άνω	8	24%	5	29%	9	39%	9	33%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Στον πίνακα 6 φαίνεται ο αριθμός των παιδιών των ερωτηθέντων. Το 6% των ανδρών του ΚΑΠΗ δεν έχουν παιδιά, το 18% έχει ένα παιδί, το 52% έχει 2-3, και το 24% έχει 3 και άνω παιδιά. Όλες οι γυναίκες του ΚΑΠΗ έχουν παιδιά, το 18% έχει ένα παιδί, το 53% έχει 2-3, ενώ το 29% έχει άνω των τριών παιδιών. Το 22% των ανδρών του γηροκομείου δεν έχουν αποκτήσει παιδιά, το 9% έχει ένα παιδί, το 30% έχει 2-3 παιδιά και το 39% 3 και άνω. Το 11% των γυναικών δεν έχει παιδιά, το 15% έχει ένα παιδί, το 41% 2-3 και το 33% 3 και άνω.

Ερ. 7

ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	κακή έως ανύπαρκτη	0	0%	0	0%	3	17%	4	17%
B	καλή έως μέτρια	14	45%	5	29%	9	50%	8	33%
Γ	πολύ καλή έως άριστη	16	52%	11	65%	5	28%	12	50%
Δ	δεν απαντώ	1	3%	1	6%	1	6%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	31	100%	17	100%	18	100%	24	100%

Ο πίνακας 7 δείχνει την σχέση των ερωτηθέντων με τα παιδιά τους.Κανείς από τους άνδρες του ΚΑΠΗ δεν απάντησε ότι η σχέση με τα παιδιά του είναι κακή έως ανύπαρκτη, το 45% απάντησε ότι είναι καλή έως μέτρια, το 52% πολύ καλή έως άριστη ενώ το 3% δεν απάντησε. Καμία γυναίκα του ΚΑΠΗ δεν απάντησε ότι η σχέση της με τα παιδιά της είναι κακή, το 29% απάντησε ότι είναι καλή έως μέτρια, το 65% πολύ καλή έως άριστη ενώ το 6% δεν απάντησε. Το 17% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ότι έχει κακή έως ανύπαρκτη σχέση με τα παιδιά του, το 50% καλή έως μέτρια, το 28% πολύ καλή έως άριστη και το 6% δεν απάντησε. Το 17% των γυναικών απάντησε ότι έχουν κακή εως ανύπαρκτη σχέση, το 33% καλή εως μέτρια και το 50% πολύ καλή έως άριστη.

Ερ. 8

ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	κακή	4	12%	1	6%	7	30%	9	33%
B	μέτρια	22	67%	11	65%	13	57%	14	52%
Γ	πολύ καλή	7	21%	5	29%	3	13%	4	15%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Στον πίνακα 8 διακρίνεται η κατάσταση υγείας των ερωτώμενων.Το 12% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι η υγεία τους είναι κακή, το 67% μέτρια και το 21% πολύ καλή.Το 6% των γυναικών απάντησε ότι η υγεία τους είναι κακή, το 65% μέτρια, το 29% πολύ καλή.Το 30% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ότι η υγεία τους είναι κακή, το 57% μέτρια και το 13% πολύ καλή.Το 33% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ότι η υγεία τους είναι κακή, το 52% μέτρια και το 15% πολύ καλή.

Ερ. 9

ΜΕ ΤΙ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΣΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΑΣ ΧΡΟΝΟ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	πηγαίνω εκδρομές	5	15%	5	29%	1	4%	0	0%
B	πηγαίνω στα παιδιά μου	8	24%	9	53%	3	13%	2	7%
Γ	συναντώ τους φίλους μου	11	33%	2	12%	2	9%	1	4%
Δ	πηγαίνω στο ΚΑΠΗ	26	79%	10	59%	2	9%	0	0%
E	πλέκω - κεντάω	0	0%	11	65%	0	0%	13	48%
ΣΤ	κηπουρική	0	0%	5	29%	4	17%	9	33%
Z	βλέπω τηλεόραση	8	24%	6	35%	19	83%	16	59%
H	ακούω μουσική	7	21%	1	6%	8	35%	7	26%
Θ	τάβλι - χαρτιά	13	39%	0	0%	15	65%	1	4%
I	όλα	8	24%	9	53%	0	0%	0	0%
ΙΑ	τίποτα από τα παραπάνω	0	0%	0	0%	1	4%	2	7%
ΙΒ	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	86	261%	58	341%	55	239%	51	189%

Στην ερώτηση 9 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Το 15% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι πηγαίνει εκδρομές, το 24% ότι πηγαίνει στα παιδιά του, το 33% ότι συναντά τους φίλους του, το 79% ότι πηγαίνει στο ΚΑΠΗ, το 24% ότι βλέπει τηλεόραση, το 21% ότι ακούει μουσική, το 39% παίζει τάβλι και το 24% κάνει όλα τα παραπάνω. Το 29% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι πηγαίνει εκδρομές, το 53% πηγαίνει στα παιδιά του, το 12% συναντά τους φίλους του, το 59% πηγαίνει στο ΚΑΠΗ, το 65% πλέκει - κεντάει, το 29% ασχολείται με την κηπουρική, το 35% βλέπει τηλεόραση, το 6% ακούει μουσική και το 53% κάνει όλα τα παραπάνω. Το 4% των ανδρών του γηροκομείου πηγαίνει εκδρομές, το 13% πηγαίνει στα παιδιά του, το 9% συναντά τους φίλους του και πηγαίνει στο ΚΑΠΗ, το 17% ασχολείται με την κηπουρική, το 83% βλέπει τηλεόραση, το 35% ακούει μουσική, το 65% παίζει τάβλι-χαρτιά και το 4% κάνει όλα τα παραπάνω. Το 7% των γυναικών του γηροκομείου πηγαίνει στα παιδιά του, το 4% συναντά τους φίλους του, το 48% πλέκει-κεντάει, το 33% ασχολείται με την κηπουρική, το 59% βλέπει τηλεόραση, το 26% ακούει μουσική, το 4% παίζει τάβλι - χαρτιά και το 7% δεν ασχολείται με τίποτα από τα παραπάνω.

Ερ. 10

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΙΣΑΣΤΕ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	5-10 χρόνια	0	0%	1	6%	1	4%	0	0%
B	10-20 χρόνια	0	0%	1	6%	3	13%	1	4%
Γ	20-30 χρόνια	6	18%	8	47%	5	22%	5	19%
Δ	30-40 χρόνια	16	48%	4	24%	12	52%	13	48%
Ε	40 και άνω	11	33%	3	18%	2	9%	8	30%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Στον πίνακα 10 φαίνεται πόσα χρόνια ήταν παντρεμένοι οι ερωτηθέντες με τον/την σύζυγο. Καμείς από τους άνδρες του ΚΑΠΗ δεν ήταν παντρεμένος 5-20 χρόνια, το 18% ήταν παντρεμένοι 20-30 χρόνια, το 48% 30-40 χρόνια και το 33% 40 χρόνια και άνω. Το 6% των γυναικών του ΚΑΠΗ ήταν παντρεμένες 5-10 χρόνια, το 6% 10-20 χρόνια, το 47% 20-30 χρόνια, το 24% 30-40 χρόνια και το 18% άνω των 40 ετών. Το 4% των ανδρών του γηροκομείου ήταν παντρεμένοι 5-10 χρόνια, το 13% 10-20 χρόνια, το 22% 20-30 χρόνια, το 52% 30-40 χρόνια και το 9% 40 χρόνια και άνω. Καμία από τις γυναίκες του γηροκομείου δεν ήταν παντρεμένη 5-10 χρόνια το 4% ήταν παντρεμένες 10-20 χρόνια, το 19% 20-30 χρόνια, το 48% 30-40 χρόνια και το 30% άνω των 40 ετών.

Ερ. 11

ΣΕ ΤΙ ΗΛΙΚΙΑ ΒΡΙΣΚΟΣΑΣΤΕ ΟΤΑΝ ΑΠΕΒΙΩΣΕ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	65-70	14	42%	14	82%	8	35%	12	44%
B	70-75	14	42%	3	18%	7	30%	8	30%
Γ	75-80	5	15%	0	0%	6	26%	4	15%
Δ	80 και άνω	0	0%	0	0%	2	9%	3	11%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Ο πίνακας 11 φανερώνει σε ποια ηλικία βρισκόταν οι ερωτηθέντες όταν απεβίωσε ο/η σύζυγος τους. Το 42% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι βρισκόταν στην ηλικία των 65-70 ετών, το 42% στην ηλικία των 70-75 ετών, το 15% στην ηλικία των 75-80 ετών. Το 82% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι βρισκόταν στην ηλικία των 65-70 ετών όταν απεβίωσε ο σύζυγος, το 18% στην ηλικία των 70-75 ετών. Το 35% των ανδρών του γηροκομείου βρισκόταν στην ηλικία των 65-70 ετών, το 30% στην ηλικία των 70-75, το 26% στην ηλικία των 75-80 και το 9% στην ηλικία των 80 και άνω. Το 44% των γυναικών του γηροκομείου βρισκόταν στην ηλικία των 65-70 ετών, το 30% στην ηλικία των 70-75 ετών, το 15% στην ηλικία των 75-80 ετών και το 11% στην ηλικία άνω των 80 ετών.

Ερ. 12

ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	κακή	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%
B	μέτρια	4	12%	3	18%	1	4%	3	11%
Γ	καλή	12	36%	12	71%	10	43%	14	52%
Δ	άριστη	17	52%	2	12%	12	52%	9	33%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Ο πίνακας 12 δείχνει τη σχέση που είχαν οι ερωτηθέντες με τον σύντροφό τους. Κανείς από τους άνδρες του ΚΑΠΗ δεν απάντησε ότι η σχέσεις τους ήταν κακές, το 12% απάντησε ότι ήταν μέτριες, το 36% καλές και το 52% άριστες. Καμία από τις γυναίκες του ΚΑΠΗ δεν απάντησε ότι η σχέση τους ήταν κακή, το 18% απάντησε ότι ήταν μέτρια, το 71% καλές και το 12% άριστες. Κανένας από τους άνδρες του γηροκομείου δεν απάντησε ότι η σχέση με την σύντροφό του ήταν κακή, το 4% απάντησε ότι ήταν μέτρια, το 43% καλή και το 52% άριστη. Το 4% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ότι η σχέση τους ήταν κακή, το 11% μέτρια, το 52% καλή και το 33% άριστη.

Ερ. 13

Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ ΗΤΑΝ ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	ναι	20	61%	8	47%	8	35%	14	52%
B	όχι	13	39%	9	53%	15	65%	13	48%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Στον πίνακα 13 διακρίνεται αν ο θάνατος των συντρόφων των ερωτηθέντων ήταν αιφνίδιος. Το 61% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ναι και το 39% απάντησε όχι. Το 47% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι ο θάνατος του συζύγου τους ήταν αιφνίδιος και το 53% ότι ήταν αναμενόμενος. Το 35% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ότι η σύζυγος του πέθανε ξαφνικά και το 65% ότι ήταν αναμενόμενος. Το 52% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ότι ο θάνατος ήταν αιφνίδιος και το 48% ότι ήταν αναμενόμενος.

Ερ. 14

ΤΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	θλίψη	10	30%	9	53%	19	83%	22	81%
B	πόνος	21	64%	8	47%	20	87%	16	59%
Γ	απόγνωση	14	42%	4	24%	9	39%	9	33%
Δ	θυμό	5	15%	1	6%	8	35%	4	15%
E	μοναξιά	18	55%	6	35%	18	78%	17	63%
ΣΤ	ενοχές	1	3%	0	0%	2	9%	1	4%
Z	οργή	2	6%	1	6%	4	17%	2	7%
H	ανακούφιση	1	3%	0	0%	1	4%	2	7%
Θ	τίποτα από τα παραπάνω	0	0%	1	6%	0	0%	0	0%
I	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	72	218%	30	176%	81	352%	73	270%

Στην ερώτηση 14 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Ο πίνακας 14 δείχνει τα συναισθήματα των ερωτηθέντων από την απώλεια του συντρόφου. Το 30% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι ένωσε θλίψη, το 64% ένωσε πόνο, το 42% ένωσε απόγνωση, το 15% θυμό, το 55% μοναξιά, το 3% ενοχές, το 6% οργή, το 3% ένωσε ανακούφιση. Το 53% των γυναικών του ΚΑΠΗ ένωσε θλίψη, το 47% ένωσε πόνο, το 24% ένωσε απόγνωση, το 6% θυμό, το 35% μοναξιά, το 0% ενοχές, το 6% οργή, κανείς δεν ένωσε ανακούφιση. Το 83% των ανδρών του γηροκομείου ένωσε θλίψη από την απώλεια του συντρόφου του, το 87% ένωσε πόνο, το 39% ένωσε απόγνωση, το 35% θυμό, το 78% μοναξιά, το 9% ενοχές, το 17% οργή, το 4% ανακούφιση. Το 81% των γυναικών του γηροκομείου ένωσε θλίψη, το 59% ένωσε πόνο, το 33% απόγνωση, το 15% θυμό, το 63% ένωσε μοναξιά, το 4% ενοχές, το 7% ένωσε οργή, και το 7% ανακούφιση.

Ερ. 15

ΕΙΧΑΤΕ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	ναι	31	94%	16	94%	14	61%	17	68%
B	όχι	2	6%	1	6%	9	39%	8	32%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	25	100%

Στον πίνακα 15 φαίνεται αν οι ερωτηθέντες είχαν συμπαράσταση από κάποιον. Το 94% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ναι και το 6% όχι. Το 94% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ναι και το 6% όχι. Το 61% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ότι είχε συμπαράσταση και το 39% ότι δεν είχε. Το 68% των γυναικών απάντησε ότι είχε συμπαράσταση και το 32% απάντησε ότι δεν είχε.

Ερ. 15α

ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	από τα παιδιά μου	28	90%	13	81%	15	88%	13	76%
B	από τους συγγενείς μου	12	39%	8	50%	11	65%	10	59%
Γ	από τους φίλους μου	10	32%	2	13%	5	29%	6	35%
Δ	από τους γείτονές μου	3	10%	0	0%	4	24%	6	35%
E	από ειδικό	0	0%	2	13%	0	0%	1	6%
ΣΤ	από την εκκλησία	1	3%	1	6%	0	0%	3	18%
Z	από όλους	0	0%	1	6%	0	0%	0	0%
H	τίποτα από τα παραπάνω	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Θ	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	54	174%	27	169%	35	206%	39	229%

Στην ερώτηση 15α οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Ο πίνακας 15α φανερώνει από ποιον είχαν συμπαράσταση οι ερωτηθέντες κατά την διάρκεια του πένθους. Το 90% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι είχε συμπαράσταση από τα παιδιά του, το 39% είχε συμπαράσταση από συγγενείς, το 32% από τους φίλους και το 10% από τους γείτονες. Το 81% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι είχε συμπαράσταση από τα παιδιά του, το 50% από συγγενείς, το 13% είχε συμπαράσταση από τους φίλους, το 13% από ειδικό και το 6% από την εκκλησία. Το 88% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ότι είχε συμπαράσταση από τα παιδιά του, το 65% από τους συγγενείς του, το 29% από τους φίλους του και το 24% από γείτονες. Το 76% των γυναικών του γηροκομείου είχε συμπαράσταση από τα παιδιά του, το 59% από συγγενείς, το 35% είχε συμπαράσταση από φίλους, το 35% από γείτονες, το 6% από ειδικό και το 18% είχε συμπαράσταση από την εκκλησία.

ΠΟΙΑ Η ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ
ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	απομονώθηκα	5	15%	4	24%	5	22%	1	4%
B	έκλαιγα συχνά	14	42%	12	71%	15	65%	19	76%
Γ	ήθελα να πεθάνω	2	6%	2	12%	3	13%	1	4%
Δ	επισκεπτόμουν συχνά το κοιμητήριο	6	18%	11	65%	13	57%	17	68%
E	συνέχισα τη ζωή μου κανονικά	8	24%	6	35%	2	9%	4	16%
ΣΤ	έπεσα σε κατάθλιψη	2	6%	2	12%	7	30%	5	20%
Z	έγινα επιθετικός	0	0%	2	12%	1	4%	0	0%
H	απασχολούμουν συνεχώς με τη σκέψη του	14	42%	11	65%	12	52%	15	60%
Θ	αδιαφορία για τη ζωή	6	18%	3	18%	7	30%	4	16%
I	τίποτα από τα παραπάνω	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%
ΙΑ	δεν απαντώ	0	0%	1	6%	1	4%	1	4%
	ΣΥΝΟΛΟ	57	173%	54	318%	66	287%	68	272%

Στην ερώτηση 16 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Στον πίνακα 16 διακρίνεται ποια ήταν η στάση των ερωτηθέντων μετά την απώλεια του συντρόφου τους. Το 15% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι απομονώθηκε, το 42% έκλαιγε συχνά, το 6% ήθελε να πεθάνει, το 18% επισκεπτόταν συχνά το κοιμητήριο, το 24% συνέχισε τη ζωή του κανονικά, το 6% έπεσε σε κατάθλιψη, κανείς τους δεν έγινε επιθετικός, το 42% απασχολούταν συνεχώς με τη σκέψη του αποθανόντος, το 18% ένιωθε αδιαφορία για τη ζωή. Το 24% των γυναικών του ΚΑΠΗ απομονώθηκε, το 71% έκλαιγε συχνά, το 12% ήθελε να πεθάνει, το 65% επισκεπτόταν συχνά το κοιμητήριο, το 35% συνέχισε τη ζωή του κανονικά, το 12% έπεσε σε κατάθλιψη, το 12% έγινε επιθετικός, το 65% απασχολούνταν συνεχώς με τη σκέψη του συντρόφου τους, το 18% ένιωθε αδιαφορία για τη ζωή, το 6% δεν απάντησε. Το 22% των ανδρών του γηροκομείου απομονώθηκε, το 65% έκλαιγε συχνά το 13% ήθελε να πεθάνει, το 57% επισκεπτόταν συχνά το κοιμητήριο, το 9% συνέχισε τη ζωή του κανονικά, το 30% έπεσε σε κατάθλιψη, το 4% έγινε επιθετικός, το 52% απασχολούνταν συνεχώς με τη σκέψη του συντρόφου τους, το 30% ένιωθε αδιαφορία για τη ζωή, το 4% δεν απάντησε. Το 4% των ανδρών του γηροκομείου απομονώθηκε, το 76% έκλαιγε συχνά το 4% ήθελε να πεθάνει, το 76% έκλαιγε συχνά, το 4% ήθελε να πεθάνει, το 68% επισκεπτόταν συχνά το κοιμητήριο, το 16% συνέχισε τη ζωή του κανονικά, το 20% έπεσε σε κατάθλιψη, το 60% απασχολούνταν συνεχώς με τη σκέψη του συντρόφου τους, το 16% ένιωθε αδιαφορία για τη ζωή, το 4% δεν καλύφθηκε με καμία από τις παραπάνω απαντήσεις και το 4% δεν απάντησε.

ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ
ΣΥΖΥΓΟΥ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	χειροτέρευσε η κατάσταση της υγείας μου	6	18%	2	12%	4	17%	1	4%
B	παραμέλησα τον εαυτό μου	9	27%	2	12%	5	22%	2	8%
Γ	δεν μπορούσα να διασκεδάσω πια	6	18%	7	41%	11	48%	10	40%
Δ	δεν είχα σεξουαλική ζωή	2	6%	1	6%	3	13%	1	4%
Ε	απομονώθηκα από τους άλλους	4	12%	2	12%	5	22%	1	4%
ΣΤ	έπαθα κατάθλιψη	4	12%	1	6%	5	22%	4	16%
Z	έλλειψη ενδιαφερόντων	7	21%	3	18%	11	48%	7	28%
Η	ένιωθα μόνος/η	24	73%	15	88%	19	83%	22	88%
Θ	ασχολήθηκα περισσότερο με τα παιδιά μου	9	27%	8	47%	4	17%	1	4%
Ι	καμία αλλαγή	1	3%	1	6%	0	0%	1	4%
ΙΑ	τίποτα από τα παραπάνω	0	0%	0	0%	0	0%	2	8%
ΙΒ	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%
	ΣΥΝΟΛΟ	72	218%	42	247%	67	291%	53	212%

Στην ερώτηση 16 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Στο πίνακα 17 φαίνεται ποιες ήταν οι αλλαγές στη ζωή των ερωτηθέντων μετά την απώλεια του συντρόφου τους. Στο 18% των ανδρών του ΚΑΠΗ χειροτέρευσε η κατάσταση της υγείας τους, το 27% παραμέλησε τον εαυτό του, το 18% δεν μπορούσε να διασκεδάσει πια, το 6% δεν είχε σεξουαλική ζωή, το 12% απομονώθηκε από τους άλλους, το 12% έπαθε κατάθλιψη, το 21% είχε έλλειψη ενδιαφερόντων, το 73% ένιωθε μοναξιά, το 27% ασχολήθηκε περισσότερο με τα παιδιά του, στο 3% δεν υπήρξε καμία αλλαγή. Στο 12% των γυναικών του ΚΑΠΗ χειροτέρευσε η κατάσταση της υγείας τους, το 12% παραμέλησε τον εαυτό του, το 41% δεν μπορούσε να διασκεδάσει πια, το 6% δεν είχε σεξουαλική ζωή, το 12% απομονώθηκε από τους άλλους, το 6% έπαθε κατάθλιψη, το 18% είχε έλλειψη ενδιαφερόντων, το 88% ένιωθε μοναξιά, το 47% ασχολήθηκε περισσότερο με τα παιδιά του και για το 6% δεν υπήρξε καμία αλλαγή. Στο 17% των ανδρών του γηροκομείου χειροτέρευσε η κατάσταση της υγείας τους, το 22% παραμέλησε τον εαυτό του, το 48% δεν μπορούσε να διασκεδάσει πια το 13% δεν είχε σεξουαλική ζωή, το 22% απομονώθηκε από τους άλλους, το 22% έπαθε κατάθλιψη, το 48% είχε έλλειψη ενδιαφερόντων, το 83% ένιωθε μοναξιά και το 17% ασχολήθηκε περισσότερο με τα παιδιά του. Στο 4% των γυναικών του γηροκομείου χειροτέρευσε

η κατάσταση της υγείας του, το 8% παραμέλησε τον εαυτό του, το 40% δεν μπορούσε να διασκεδάσει πια, το 4% δεν είχε σεξουαλική ζωή, το 4% απομονώθηκε από τους άλλους. το 16% έπαθε κατάθλιψη, το 28% είχε έλλειψη ενδιαφερόντων, το 88% ένιωθε μοναξιά, το 4% ασχολήθηκε περισσότερο με τα παιδιά του, για το 4% δεν υπήρξε καμία αλλαγή, το 8% δεν καλύφθηκε με καμία από τις παραπάνω απαντήσεις και το 4% δεν απάντησε.

Ερ. 18

ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	ευχάριστη	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
B	ανούσια	5	15%	1	6%	8	35%	3	12%
Γ	στενάχωρη	11	33%	8	47%	14	61%	15	60%
Δ	καταθλιπτική	4	12%	1	6%	6	26%	4	16%
E	μοναχική	16	48%	9	53%	19	83%	20	80%
ΣΤ	άλλο	3	9%	2	12%	1	4%	2	8%
Z	δεν ξέρω	1	3%	4	24%	1	4%	1	4%
H	δεν απαντώ	1	3%	1	6%	0	0%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	41	124%	26	153%	49	213%	45	180%

Στην ερώτηση 16 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Στον πίνακα 18 φαίνεται πως θα χαρακτήριζαν οι ερωτηθέντες τη ζωή τους μετά το θάνατο του συντρόφου τους. Κανείς από τους άνδρες του ΚΑΠΗ δεν θα χαρακτήριζε τη ζωή του ευχάριστη, το 15% την χαρακτήρισε ανούσια, το 33% στενάχωρη, το 12% καταθλιπτική, το 48% μοναχική, το 9% δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω απαντήσεις, το 3% δεν μπορούσε να χαρακτηρίσει τη ζωή του και το 3% δεν απάντησε. Το 6% των γυναικών του ΚΑΠΗ χαρακτήρισε τη ζωή του ανούσια, το 47% στενάχωρη, το 6% καταθλιπτική, το 53% μοναχική, το 12% δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω απαντήσεις, το 24% δεν μπορούσε να χαρακτηρίσει τη ζωή του και το 6% δεν απάντησε. Το 35% των ανδρών του γηροκομείου χαρακτήρισε τη ζωή του ανούσια, το 61% στενάχωρη, το 26% καταθλιπτική, το 83% μοναχική, το 4% δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω απαντήσεις και το 4% δεν μπορούσε να χαρακτηρίσει τη ζωή του. Το 12% των γυναικών του γηροκομείου χαρακτήρισε τη ζωή του ανούσια, το 60% στενάχωρη, το 16% καταθλιπτική, το 80% μοναχική, το 8% δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω απαντήσεις και το 4% δεν μπορούσε να χαρακτηρίσει τη ζωή του.

ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ

	Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
Α τον/την σκέφτομαι συχνά	13	39%	10	59%	19	83%	21	78%
Β μου λείπει	19	58%	8	47%	11	48%	12	44%
Γ τον/την ονειρεύομαι	3	9%	0	0%	3	13%	1	4%
Δ τον/την νοσταλγώ	5	15%	7	41%	14	61%	12	44%
Ε του/της μιλάω	5	15%	2	12%	1	4%	0	0%
ΣΤ όλα	2	6%	0	0%	1	4%	0	0%
Ζ τίποτα από τα παραπάνω	2	6%	1	6%	0	0%	1	4%
Η δεν ξέρω	0	0%	1	6%	1	4%	2	7%
Θ δεν απαντώ	0	0%	0	0%	1	4%	0	0%
Θ ΣΥΝΟΛΟ	49	148%	29	171%	51	222%	49	181%

Στην ερώτηση 19 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Ο πίνακας 19 φανερώνει ποια συναισθήματα έχουν οι ερωτηθέντες για τον συντροφό τους. Το 39% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι σκέφτεται συχνά την συντροφό του, το 58% του λείπει, το 9% την ονειρεύεται, το 15% την νοσταλγεί, το 6% όλα τα παραπάνω. Το 59% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι σκέφτεται συχνά τον συντροφό της, το 47% της λείπει, καμία δεν απάντησε ότι τον ονειρεύεται, το 41% τον νοσταλγεί, το 12% του μιλάει, το 6% δεν καλύφθηκε με καμία από τις παραπάνω απαντήσεις και το 6% δεν ξέρει. Το 83% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ότι σκέφτεται συχνά την συντροφό του, το 48% του λείπει, το 13% την σκέφτεται, το 61% την νοσταλγεί, το 4% της μιλάει, το 4% απάντησε όλα τα παραπάνω, το 4% δεν ξέρει και το 4% δεν απάντησε. Το 78% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ότι σκέφτεται συχνά τον συντροφό της, το 44% της λείπει, το 4% τον ονειρεύεται, το 44% τον νοσταλγεί, καμία δεν απάντησε ότι του μιλάει, το 4% δεν καλύφθηκε με καμία από τις παραπάνω απαντήσεις και το 7% δεν ξέρει.

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	αισιόδοξο	5	15%	2	12%	1	4%	1	4%
B	κοινωνικό	8	24%	3	18%	0	0%	1	4%
Γ	απομονωμένο	2	6%	2	12%	7	30%	3	11%
Δ	χαρούμενο	0	0%	1	6%	0	0%	0	0%
E	λυπημένο	10	30%	6	35%	13	57%	12	44%
ΣΤ	επιθετικό	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Z	απελπισμένο	3	9%	0	0%	3	13%	3	11%
H	άλλο	3	9%	2	12%	4	17%	6	22%
Θ	δεν ξέρω	4	12%	3	18%	1	4%	2	7%
I	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	35	106%	19	112%	29	126%	28	104%

Στην ερώτηση 20 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Ο πίνακας 20 δείχνει πως χαρακτήρισαν οι ερωτώμενοι τον εαυτό τους. Το 15% των ανδρών του ΚΑΠΗ χαρακτήρισαν τον εαυτό τους αισιόδοξο, το 24% κοινωνικό, το 6% απομονωμένο κανείς δεν τον χαρακτήρισε χαρούμενο, το 30% θεωρεί τον εαυτό του λυπημένο, κανείς δεν τον θεωρεί επιθετικό, το 9% απελπισμένο, το 9% δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω απαντήσεις και το 12% δεν ξέρει. Το 12% των γυναικών του ΚΑΠΗ χαρακτήρισαν τον εαυτό τους αισιόδοξο, το 18% κοινωνικό, το 12% απομονωμένο, το 6% χαρούμενο, το 35% λυπημένο καμία δεν τον χαρακτήρισε επιθετικό και απελπισμένο, το 12% δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω απαντήσεις και το 18% δεν ξέρει. Το 4% των ανδρών του γηροκομείου χαρακτήρισαν τον εαυτό τους αισιόδοξο, κανείς δεν τον θεωρεί κοινωνικό, το 30% απομονωμένο, κανείς δεν απάντησε χαρούμενο και επιθετικό, το 57% λυπημένο, το 13% απελπισμένο, το 17% δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω απαντήσεις και το 4% δεν ξέρει. Το 4% των γυναικών του γηροκομείου χαρακτήρισαν τον εαυτό τους αισιόδοξο, το 4% κοινωνικό, το 11% απομονωμένο, καμία δεν θεωρεί τον εαυτό της χαρούμενο, το 44% λυπημένο, καμία δεν απάντησε επιθετικό, το 11% απελπισμένο, το 22% δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω απαντήσεις και το 7% δεν ξέρει.

Ερ. 21

ΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΒΙΩΝΕΤΕ
ΣΤΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	έλλειψη ενδιαφερόντων	1	3%	2	12%	7	30%	6	22%
B	απογοήτευση	3	9%	0	0%	6	26%	5	19%
Γ	μοναξιά	17	52%	5	29%	8	35%	8	30%
Δ	ευτυχία	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
E	άγχος	6	18%	4	24%	0	0%	0	0%
ΣΤ	ηρεμία	9	27%	6	35%	5	22%	6	22%
Z	θλίψη	7	21%	5	29%	12	52%	11	41%
H	άλλο	1	3%	2	12%	1	4%	1	4%
Θ	δεν ξέρω	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
I	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	44	133%	24	141%	39	170%	38	141%

Στην ερώτηση 21 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Στον πίνακα 21 διακρίνεται ποιο από τα παρακάτω συναισθήματα βιώνουν οι ερωτηθέντες στην καθημερινότητα τους. Το 3% των ανδρών του ΚΑΠΗ νιώθει έλλειψη ενδιαφερόντων, το 9% απογοήτευση, το 52% μοναξιά, κανείς δεν νιώθει ευτυχία, το 18% άγχος, το 27% ηρεμία, το 21% θλίψη και το 3% τίποτα από τα παραπάνω. Το 12% των γυναικών του ΚΑΠΗ νιώθει έλλειψη ενδιαφερόντων, καμία δεν νιώθει απογοήτευση, το 29% μοναξιά, καμία δεν απάντησε ευτυχία, το 24% άγχος, το 35% ηρεμία, το 29% θλίψη και το 12% τίποτα από τα παραπάνω. Το 30% των ανδρών του γηροκομείου νιώθει έλλειψη ενδιαφερόντων, το 26% απογοήτευση, το 35% μοναξιά, κανείς δεν απάντησε ευτυχία και άγχος, το 22% ηρεμία, το 52% θλίψη και το 4% δεν καλύφθηκε από τις παραπάνω απαντήσεις. Το 22% των γυναικών του γηροκομείου νιώθει έλλειψη ενδιαφερόντων, το 19% απογοήτευση, το 30% μοναξιά, καμία δεν απάντησε ευτυχία και άγχος, το 22% ηρεμία, το 41% θλίψη, το 4% τίποτα από τα παραπάνω και το 4% δεν ξέρει.

Ερ. 22

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΞΕΠΕΡΝΙΕΤΑΙ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	ναι	8	24%	6	35%	3	13%	5	19%
B	όχι	15	45%	6	35%	9	39%	11	41%
Γ	δεν ξέρω	4	12%	2	12%	0	0%	0	0%
Δ	εξαρτάται	6	18%	3	18%	2	9%	3	11%
E	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	9	39%	8	30%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Ο πίνακας 22 δείχνει αν οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι ο πόνος του θανάτου ξεπερνιέται. Το 24% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε θετικά, το 45% αρνητικά, το 12% δεν ξέρει και το 18% απάντησε ότι εξαρτάται. Το 35% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ναι, το 35% όχι, το 12% δεν ξέρει και το 18% εξαρτάται. Το 13% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ναι, το 39% όχι, το 9% εξαρτάται και το 39% δεν απάντησε. Το 19% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε θετικά, το 41% αρνητικά, το 11% εξαρτάται και το 30% δεν απάντησε.

Ερ. 23

ΕΧΕΤΕ ΞΕΠΕΡΑΣΕΙ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	ναι	7	21%	5	29%	7	30%	10	37%
B	όχι	21	64%	9	53%	6	26%	6	22%
Γ	ίσως	5	15%	3	18%	10	43%	11	41%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Ο πίνακας 23 φανερώνει αν οι ερωτηθέντες έχουν ξεπεράσει την απώλεια του συντρόφου τους. Το 21% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ναι, το 64% όχι και το 15% ίσως. Το 29% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε θετικά, το 53% αρνητικά και το 18% ίσως. Το 30% των ανδρών του γηροκομείου απάντησαν θετικά, το 26% αρνητικά και το 43% ίσως. Το 37% των γυναικών του γηροκομείου απάντησαν ναι, το 22% όχι και το 41% ίσως.

Ερ. 23α

ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΣΑΣ ΠΗΡΕ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	λίγους μήνες	1	14%	1	20%	0	0%	0	0%
B	περίπου 2 χρ.	1	14%	1	20%	1	14%	1	10%
Γ	2-4 χρόνια	2	29%	2	40%	3	43%	5	50%
Δ	4 και άνω	3	43%	1	20%	3	43%	4	40%
	ΣΥΝΟΛΟ	7	100%	5	100%	7	100%	10	100%

Στον πίνακα 23α φαίνεται πόσο καιρό πήρε στους ερωτώμενους πόσο έκαναν να ξεπεράσουν την απώλεια του συντρόφου τους. Το 14% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε λίγους μήνες, το 14% περίπου 2 χρόνια, το 29% 2-4 χρόνια και το 43% 4 και άνω. Το 20% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε λίγους μήνες, το 20% περίπου 2 χρόνια, το 40% 2-4 χρόνια και το 20% 4 και άνω. Το 14% των ανδρών του γηροκομείου απάντησαν περίπου 2 χρόνια, το 43% 2-4 χρόνια και το 43% 4 και άνω. Το 10% των γυναικών του γηροκομείου απάντησαν περίπου 2 χρόνια, το 50% 2-4 χρόνια και το 40% 4 και άνω.

Ερ. 24

ΕΧΕΤΕ ΑΠΟΔΕΧΤΕΙ - ΣΥΜΒΙΒΑΣΤΕΙ ΜΕ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	ναι	20	61%	10	59%	14	61%	18	67%
B	όχι	10	30%	1	6%	3	13%	2	7%
Γ	ίσως	3	9%	6	35%	6	26%	7	26%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Στον πίνακα 24 διακρίνεται αν οι ερωτηθέντες έχουν συμβιβαστεί με το θάνατο του συντροφου τους. Το 61% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ναι, το 30% όχι και το 9% ίσως. Το 59% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε θετικά, το 6% αρνητικά και το 35% ίσως. Το 61% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε θετικά, το 13% αρνητικά και 26% ίσως. Το 67% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ναι, το 7% όχι και το 26% ίσως.

Ερ. 25

ΠΟΙΑ Η ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	με φοβίζει	3	9%	7	41%	4	17%	6	22%
B	έχω συμβιβαστεί	10	30%	6	35%	8	35%	8	30%
Γ	δεν το σκέφτομαι	15	45%	4	24%	5	22%	4	15%
Δ	με ανακουφίζει	6	18%	3	18%	6	26%	14	52%
E	άλλο	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ΣΤ	δεν ξέρω	0	0%	0	0%	1	4%	3	11%
Z	δεν απαντώ	1	3%	0	0%	0	0%	1	4%
	ΣΥΝΟΛΟ	35	106%	20	118%	24	104%	36	133%

Στην ερώτηση 25 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Ο πίνακας 25 δείχνει ποια είναι η στάση των ερωτηθέντων απέναντι στο θάνατο. Το 9% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι ο θάνατος τον φοβίζει, το 30% ότι έχει συμβιβαστεί με την ιδέα του θανάτου, το 45% δεν το σκέφτεται, το 18% το ανακουφίζει και το 3% δεν απάντησε. Το 41% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι το φοβίζει ο θάνατος, το 35% έχει συμβιβαστεί, το 24% δεν το σκέφτεται, το 18% ανακουφίζεται. Το 17% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ότι φοβάται το θάνατο, το 35% έχει συμβιβαστεί, το 22% δεν το σκέφτεται, το 26% ανακουφίζεται και το 4% δεν ξέρει ποια είναι η άποψη του για το θάνατο. Το 22% των γυναικών του γηροκομείου φοβάται το θάνατο, το 30% έχει συμβιβαστεί, το 15% δεν το σκέφτεται, το 52% ανακουφίζεται, το 11% δεν ξέρει ποια είναι η άποψη του και το 4% δεν απάντησε.

Ερ. 26

ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΙΑ ΑΠΟΨΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ Η ΖΩΗ ΔΕΝ ΣΤΑΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ. ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	ναι	17	52%	8	47%	15	65%	21	78%
B	όχι	6	18%	2	12%	5	22%	2	7%
Γ	δεν ξέρω	10	30%	7	41%	3	13%	4	15%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Στον πίνακα 26 φαίνεται εάν οι ερωτηθέντες συμφωνούν με την άποψη ότι η ζωή δεν σταματά μετά τον θάνατο. Το 52% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε ναι, το 18% όχι και το 30% ίσως. Το 47% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι συμφωνεί με αυτή την άποψη, το 12% απάντησε αρνητικά και το 41% δεν ξέρει. Το 65% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε θετικά στην ερώτηση, το 22% αρνητικά και το 41% δεν ξέρει. Το 78% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ότι συμφωνεί με αυτή την άποψη, το 7% διαφωνεί και το 15% δεν ξέρει.

Ερ. 27

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΣΑΣ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	ναι	13	39%	8	47%	4	17%	6	22%
B	όχι	11	33%	3	18%	17	74%	18	67%
Γ	ίσως	9	27%	6	35%	2	9%	3	11%
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100%	17	100%	23	100%	27	100%

Ο πίνακας 27 δείχνει αν πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι υπάρχουν άνθρωποι που τους χρειάζονται. Το 39% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησε θετικά, το 33% αρνητικά και το 27% ίσως. Το 47% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησε ότι πιστεύει ότι υπάρχουν άνθρωποι που τις χρειάζονται, το 18% απάντησε οτι δεν υπάρχουν και το 35% απάντησε ίσως. Το 17% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε θετικά στην ερώτηση, το 74% αρνητικά και το 9% απάντησε ίσως. Το 22% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ναι στην ερώτηση, το 67% απάντησε όχι και το 11% απάντησε ίσως.

Ερ. 27α

ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΟΙ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	παιδιά	11	85%	8	100%	3	75%	5	83%
B	εγγόνια	7	54%	5	63%	1	25%	1	17%
Γ	συγγενείς	1	8%	1	13%	1	25%	1	17%
Δ	αδέρφια	1	8%	0	0%	0	0%	1	17%
E	φίλοι	1	8%	1	13%	1	25%	2	33%
ΣΤ	άλλοι	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Z	δεν ξέρω	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
H	τίποτα από τα παραπάνω	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Θ	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	21	162%	15	188%	6	150%	10	167%

Στην ερώτηση 27α οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Ο πίνακας 27α φαινερώνει ποιοι είναι οι άνθρωποι που πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι τους χρειάζονται. Το 85% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησαν ότι τους χρειάζονται τα παιδιά τους, το 54% απάντησαν ότι τους χρειάζονται τα εγγόνια τους, το 8% οι συγγενείς, το 8% τα αδέρφια και το 8% οι φίλοι τους. Το 100% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ότι τους χρειάζονται τα παιδιά τους, το 63% τα εγγόνια τους, το 13% οι συγγενείς τους και το 13% οι φίλοι τους. Το 75% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ότι τους έχουν ανάγκη τα παιδιά τους, το 25% απάντησε ότι τους χρειάζονται τα εγγόνια τους, το 25% οι συγγενείς και το 25% οι φίλοι. Το 83% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ότι τις έχουν ανάγκη τα παιδιά τους, το 17% απάντησε ότι τις χρειάζονται τα εγγόνια τους, το 17% οι συγγενείς, το 17% τα αδέρφια και το 33% οι φίλοι.

Ερ. 28

ΤΙ ΣΑΣ ΔΙΝΕΙ ΧΑΡΑ ΣΤΗ ΖΩΗ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	παιδιά	19	58%	12	71%	14	61%	21	78%
B	εγγόνια	22	67%	12	71%	11	48%	17	63%
Γ	συγγενείς	2	6%	3	18%	2	9%	3	11%
Δ	φίλοι	9	27%	1	6%	2	9%	2	7%
E	θεός	0	0%	1	6%	1	4%	5	19%
ΣΤ	τίποτα	1	3%	1	6%	6	26%	4	15%
Z	άλλο	0	0%	0	0%	2	9%	0	0%
H	τίποτα από τα παραπάνω	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Θ	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	ΣΥΝΟΛΟ	53	161%	30	176%	38	165%	52	193%

Στην ερώτηση 28 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Στον πίνακα 28 φαίνεται τι δίνει χαρά στη ζωή των ερωτηθέντων. Το 58% των ανδρών του ΚΑΠΗ απάντησαν ότι τους δίνουν χαρά τα παιδιά τους, το 67% τα εγγόνια τους, το 6% οι συγγενείς, το 27% οι φίλοι και το 3% απάντησε ότι τίποτα δεν τους δίνει χαρά. Το 71% των γυναικών του ΚΑΠΗ απάντησαν ότι χαρά τους δίνουν τα παιδιά τους, το 71% τα εγγόνια τους, το 18% οι συγγενείς, το 6% οι φίλοι, στο 6% δίνει χαρά ο θεός και στο 6% τίποτα δεν τους δίνει χαρά. Το 61% των ανδρών του γηροκομείου απάντησε ότι τους δίνουν χαρά τα παιδιά τους, στο 48% δίνει χαρά τα εγγόνια, στο 9% οι συγγενείς, στο 9% οι φίλοι, στο 4% ο θεός, στο 26% τίποτα δεν τους δίνει χαρά και το 9% δεν καλύφθηκε με καμία από τις παραπάνω απαντήσεις. Το 78% των γυναικών του γηροκομείου απάντησε ότι βρίσκει χαρά στα παιδιά τους, στο 63% δίνει χαρά τα εγγόνια, στο 11% οι συγγενείς, στο 7% οι φίλοι, στο 19% ο θεός, και στο 15% τίποτα δεν δίνει χαρά.

Ερ. 29

ΤΙ ΠΕΡΙΜΕΝΕΤΕ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ

		Ανδ. ΚΑΠΗ		Γυν. ΚΑΠΗ		Ανδ. Γηροκομείο		Γυν. Γηροκομείο	
		Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.	Α.Α.	Π.
A	γάμος παιδιών	2	6%	1	6%	4	17%	5	19%
B	γάμος εγγονών	11	33%	7	41%	5	22%	6	22%
Γ	τίποτα	1	3%	2	12%	5	22%	3	11%
Δ	το θάνατό μου να πεθάνω χωρίς να ταλαιπωρηθώ	6	18%	2	12%	9	39%	8	30%
E	να έχω καλή υγεία	16	48%	6	35%	18	78%	20	74%
ΣΤ	άλλο	10	30%	9	53%	3	13%	6	22%
Z	δεν ξέρω	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
H	τίποτα από τα παραπάνω	0	0%	1	6%	0	0%	0	0%
Θ	δεν απαντώ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
I	ΣΥΝΟΛΟ	46	139%	28	165%	44	191%	48	178%

Στην ερώτηση 29 οι ερωτηθέντες είχαν τη δυνατότητα να δώσουν περισσότερες από μια απαντήσεις. Έτσι το σύνολο των απαντήσεων είναι μεγαλύτερο από το σύνολο των ερωτηθέντων. Για να μπορούν να βγούν τα συμπεράσματα σε σχέση με τους ερωτηθέντες, και όχι με το σύνολο των απαντήσεων, το ποσοστό έχει υπολογισθεί με βάση τον αριθμό των ατόμων που έλαβαν μέρος στην ερευνητική μελέτη.

Στον πίνακα 29 διακρίνεται τι περιμένουν οι ερωτηθέντες από τη ζωή τους. Το 6% των ανδρών του ΚΑΠΗ περιμένουν το γάμο των παιδιών τους, το 33% περιμένει το γάμο των εγγονών τους, το 3% δεν περιμένει τίποτα από τη ζωή του, το 18% αναμένει το θάνατο του, το 48% θέλει να πεθάνει χωρίς να ταλαιπωρηθεί, το 30% να έχει καλή υγεία. Το 6% των γυναικών

του ΚΑΠΗ περιμένουν το γάμο των παιδιών τους, το 41% περιμένει το γάμο των εγγονών τους, το 12% δεν περιμένει τίποτα από τη ζωή του, το 12% αναμένει το θάνατο του, το 35% θέλει να πεθάνει χωρίς να ταλαιπωρηθεί, το 53% να έχει καλή υγεία και το 6% δεν ξέρει τι περιμένει. Το 17% των ανδρών του γηροκομείου περιμένει το γάμο των παιδιών του, το 22% το γάμο των εγγονών του, το 22% δεν περιμένει τίποτα από τη ζωή του, το 39% περιμένει το θάνατο του, το 78% θέλει να πεθάνει χωρίς να ταλαιπωρηθεί και το 13% να έχει καλή υγεία. Το 19% των γυναικών του γηροκομείου αναμένει τον γάμο των παιδιών του, το 22% περιμένει το γάμο των εγγονών του, το 11% δεν αναμένει τίποτα, το 30% περιμένει το θάνατο του, το 74% θέλει να πεθάνει χωρίς να ταλαιπωρηθεί και το 22% θέλει να έχει καλή υγεία.

2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια προσπάθεια για παράθεση ορισμένων προσωπικών προτάσεων όσον αφορά τις επιπτώσεις και τις συνέπειες που προκαλεί ο θάνατος του ενός συντρόφου και τις στάσεις που υιοθετούν οι ηλικιωμένοι εξαιτίας της απώλειας ή του χαμού του / της συζύγου τους .

Οι ~~προσωπικές~~ προτάσεις είναι οι εξής :

1. Το πένθος και η συνταξιοδότηση μειώνουν τις κοινωνικές επαφές των ηλικιωμένων όπου η ύπαρξη τους έχει σημασία για την ψυχολογική και σωματική ευεξία του ανθρώπου . Για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμη η δημιουργία εθελοντικών οργανώσεων ή σωματείων όπου εκεί θα μπορούν να περνούν το ελεύθερο χρόνο τους πράττοντας παράλληλα και φιλανθρωπικό έργο ώστε να αισθάνονται παραγωγικά μέλη της κοινωνίας .
2. Είναι αναγκαίο στους νοσοκομειακούς χώρους ,στα γηροκομεία και στα Κ.Α.Π.Η. να λειτουργεί και να δρα μια διεπιστημονική ομάδα που να απαρτίζεται από κοινωνικούς λειτουργούς , ψυχολόγους και ψυχιάτρους όπου θα δέχονται και θα αναλαμβάνουν πενθούντες .
3. Στους χώρους των Κ.Α.Π.Η. οι εργαζόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να είναι εξειδικευμένοι για την αντιμετώπιση περιπτώσεων του πένθους ώστε να παρέχουν στήριξη ψυχολογική σε άτομα που πενθούν .
4. Πληρέστερη εκπαίδευση και εξειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών και πλήρη ενημέρωση τους για την αντιμετώπιση περιπτώσεων πένθους όπου έχει αναγνωρισθεί και χαρακτηριστεί από πολλούς ειδικούς κρίσιμη για την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου .
5. Να δημιουργηθούν κέντρα και προγράμματα στην κοινότητα όπου ειδικοί (κοινωνικοί λειτουργοί , ψυχολόγοι και ψυχίατροι) να παρέχουν παρηγορητική στήριξη στους πενθούντες σε όλα τα στάδια - φάσεις του πένθους με στόχο την ομαλή έκβαση και ολοκλήρωση της πένθιμης περιόδου .

6. Δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας πενθόντων όπου θα βοηθούν την ελεύθερη εξωτερική των συναισθημάτων θλίψης .
7. Να εφαρμοσθούν σωστά προγράμματα στήριξης του πένθους .
8. Να διοργανώνονται συνέδρια και σεμινάρια που να απευθύνονται κυρίως σε ηλικιωμένους και να αφορούν θέματα ψυχολογικής προετοιμασίας και εξουκείωσης του θανάτου .
9. Ενημέρωση για το θέμα του θανάτου και το πώς θα πρέπει να αντιμετωπίζεται , καθώς αποτελεί ένα βασικό στοιχείο για την πρόληψη παθολογικών συμπτωμάτων κατά την περίοδο του πένθους .
10. Οι εκπρόσωποι της εκκλησίας θα πρέπει να συνεργάζονται με επαγγελματίες έτσι ώστε να επισημαίνονται οι περιπτώσεις οι περιπτώσεις ατόμων που πένθους και απαιτούν επιστημονική αντιμετώπιση .
11. Είναι αναγκαίο να καθιερωθούν και να ενταχθούν στην σχολή Κοινωνικής Εργασίας περισσότερα μαθήματα που να προσεγγίζουν ολιστικά το θέμα του πένθους και τις παραμέτρους διαχείρισής του .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ◆ Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα «Θάνατος» τόμος 27^{ος}
Εκδόσεις Πάπυρος Αθήνα 1984
- ◆ Ελλαδική Έγχρωμη Παγκόσμια Εγκυκλοπαίδεια «Γηρατειά» Εκδόσεις
Γιάννη Ρίζου
- ◆ Nicholas Tucker « Εφηβεία , Ωριμότητα & Τρίτη Ηλικία » Επιμέλεια :
Νικόλαος Δ. Γιαννίτσας Ελληνικά γράμματα Αθήνα 1997
- ◆ Φραγκίσκου Ιωάννη Χανιώτης «Εγχειρίδιον Γηριατρικής » Ιατρικές
εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1992
- ◆ Κωσταρίδου – Ευκλείδη « Θέματα Γηροψυχολογίας & Γεροντολογίας
Ελληνικά γράμματα Αθήνα 1999
- ◆ Λαγού Σ. Παπαδοπούλου Μ. « Κοινωνική εργασία με περιπτώσεις
θανάτου » Αθήνα 19991
- ◆ Λιλύ Βαριδάκη « Χειρισμός του πένθους » Σημειώσεις από το μάθημα
ΚΕΑ Ε' εξάμηνο
- ◆ Πέτρου Σταθόπουλου « Κοινωνική Πρόνοια » Εκδόσεις Έλλην Αθήνα
1995
- ◆ Ράνυ Καλούρη – Αντωνοπούλου « Γενική ψυχολογία » Εκδόσεις Έλλην
Αθήνα 1995
- ◆ Νίκου Μάνου « Βασικά στοιχεία Κλινικής ψυχιατρικής » Εκδόσεις
UNIVERSITY STUDIO PRESS Θεσσαλονίκη 1998
- ◆ M. Marks M.D. «Νικήστε τις φοβίες » Επιμέλεια Δρ. Ιωάννης Κασβίνης
Εκδόσεις Λήθη 1999
- ◆ Rando Therese “ Grieving how to go on living when someone you love
dies ” Εκδόσεις Lexington Books Η.Π.Α. 1988
- ◆ Rando Therese “Grief Dying and Death “ Εκδόσεις Lexington Books
Η.Π.Α. 1984

- ◆ Ross Elisabeth «Θάνατος το τελικό στάδιο εξέλιξης » Μετάφραση Βράχας Φρίξος Εκδόσεις Τάμασος Αθήνα 1988
- ◆ Ross Elisabeth « Για αυτόν που πεθαίνει » Μετάφραση Βράχας Φρίξος Εκδόσεις Τάμασος Αθήνα 1979
- ◆ Ross Elisabeth «Αυτός που πεθαίνει » Μετάφραση Μιχαηλίδης Κων/νος Εκδόσεις Τάμασος Αθήνα 1979
- ◆ Smith Carole "Social work with the dying and bereaved " Εκδόσεις BSWA London 1982
- ◆ Κολτσιδάς Δ.Μ. «Θανατοφοβία » Λήμμα στην εγκυκλοπαίδεια Υδρία Εταιρία Ελληνικών εκδόσεων Αθήνα 1978 Τόμος 27^ο
- ◆ Μπωβουάρ Σιμόν « Ένας πολύ γλυκός θάνατος » Μετάφραση Αλεξίου γεωργία Εκδόσεις Γλάρος Αθήνα 1979
- ◆ Μπωβουάρ Σιμόν «Τα γηρατειά » Εκδόσεις Γλάρος Αθήνα 1980
- ◆ Φρόντ Α. « Το εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας » Μετάφραση Μιχαηλίδης Κων/νος Εκδόσεις Τάμασος Αθήνα 1979
- ◆ Ήρα Εμκε – Πουλοπούλου « Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες Παρελθόν Παρόν & Μέλλον » Εκδόσεις Έλλην Αθήνα 1999
- ◆ Erring Coffman « Άσυλα » Μετάφραση Ξενοφών Κομνηνός Εκδόσεις Ευρύαλος Τρίκαλα 1994
- ◆ Φάρος Φ. « Το πένθος Ορθόδοξη Λαογραφική και ψυχολογική θεώρηση » Εκδόσεις Ακρίτα Αθήνα 1981
- ◆ Άριες Φ. « Ο άνθρωπος μπροστά στο θάνατο » Μετάφραση Λάμψα Καρίνα Εκδόσεις Γλάρος Αθήνα 1988
- ◆ Λεσάν Ε. « Μαθαίνοντας να λέμε αντίο στο γονιό που χάνεται » Μετάφραση Γιοβανόπουλος Παύλος Εκδόσεις Θυμάρι Αθήνα 1982
- ◆ Λαγού Σ. Παπαδοπούλου Μ. « Κοινωνική Εργασία με περιπτώσεις θανάτου » Αθήνα 1991
- ◆ Παρασκευόπουλος Ι. Εξελικτική ψυχολογία Αθήνα 1985 Τόμος 4^ο

- ◆ Πιντέρης Γιάννης « Αντιμετωπίζοντας τον χωρισμό » Εκδόσεις Θυμάρι Αθήνα 1982
- ◆ Lindemann E. " Suptomatology and management of Acute Grief American Jourman of psychiatry 1944
- ◆ Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια Λεξικό Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα Τόμος 4^{ος}
- ◆ Τσκα Σαλτζμπέργκερ Ουίτεμπεργέ « Η αυτογνωσία από ψυχαναλυτική θεώρηση και οι ανθρώπινες σχέσεις μια κλασική προσέγγιση » Μετάφραση Βάσω Τσιάντη Εκδόσεις Καστανιώτη Αθήνα 1993
- ◆ Κανακάκης Γιώργος « Βλέπω τα δάκρυά σου » Εκδόσεις Libro Αθήνα 1999
- ◆ Χουρδάκη Μαρία « Οικογενειακή ψυχολογία » Εκδόσεις Γρηγόρη και Σόλωνος Αθήνα 1982
- ◆ Τζον Μπόλμπυ « Δημιουργία και Διακοπή των συναισθηματικών δεσμών » Εκδόσεις Καστανιώτη Αθήνα 1995
- ◆ Τζουντιθ – Τριανταφύλλου – Elisabeth Μεσθεναίου « Ποιος φροντίζει : Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη » Εκδόσεις Sextant 1993
- ◆ Αναστασίου Σ. Δοντά « Γυναικολογική Γηριατρική » Νίκου Παπανικολάου Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας 1993
- ◆ Αναστασίου Σ Δοντά « Η Τρίτη Ηλικία Προβλήματα και δυνατότητες Εκδόσεις Παρισιανού Αθήνα 1981
- ◆ Ανδρέου Γ. Τσούκα Νίκου δ. Βελεχέρη Φώτη. Π. Γουσγούνη « Γεροντολογία και Γηριατρική » Εκδόσεις Γρηγορίου και Παρισιανού Αθήνα 1960
- ◆ Συμπόσιο με θέμα Προβλήματα Γεροντικής Ηλικίας υπό την αιγίδα του Υπουργείου Πολιτισμού και Επιστημών Αθήνα 17-21 Φεβρουαρίου 1975
- ◆ Paul Poillat « Γήρας και Γήρανση » Μετάφραση Ελένη Αστερίου Εκδόσεις Χατζηνικολή 1995

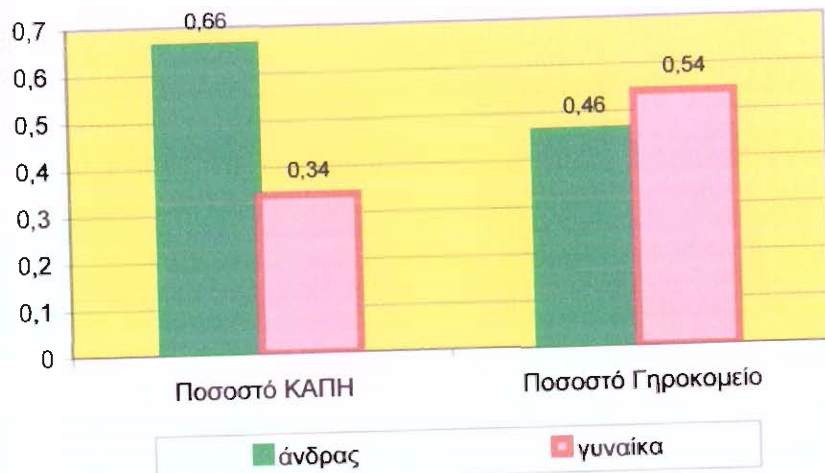
- ◆ Χρυσάνθη Δ. Πλατή Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών « Γεροντολογική Νοσηλευτική » Αθήνα 2000
- ◆ Kastenbaum Robert « Η Τρίτη Ηλικία ο κύκλος της ζωής » Εκδόσεις Ψυχογιός Αθήνα 1982
- ◆ Ward R. A. "The aging experience. An introduction to social gerontology Εκδόσεις Harper New York 1984
- ◆ Σελμπέρης Δ. «Η αναγκαιότητα επιμόρφωσης των ηλικιωμένων » Υπουργείο Πολιτισμού Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης Αθήνα 1988
- ◆ Αμηνά Α. « Για να γεράσουμε όλοι καλύτερα » Ακαδημία Αθηνών Αθήνα 1986
- ◆ Huber R. & Gibson J. W. "New evidence for anticipatory grief " Εκδόσεις Hospice Journal 1990
- ◆ Laslett P. "A fresh map of life : The emergence of the third age " Εκδόσεις Weidenfeld and Nicolson 1988
- ◆ Parkers C. M. & Weiss R. S. "Recovery from bereavement " Εκδόσεις Basic Books New York 1983
- ◆ Troll L. E. "Family issues in current gerontology" Εκδόσεις Springer New York 1986
- ◆ Lemme B. H. "Development in adulthood " Εκδόσεις MA : Allyn & Bacon
- ◆ Kastenbaum R. & Aisenberg R. "The psychology of death " Εκδόσεις Springer New Work
- ◆ Morgan J. D. "Living our dying and our grieving Historical and cultural attitudes " Εκδόσεις In H. Wass & R.A. Niemeyer
- ◆ Μαλακιώση – Λοΐζου « Ψυχολογία τρίτης ηλικίας » Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια λεξικό » Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα 1993
- ◆ Τζημουράκας Α. « Γηριατρική » Θεσσαλονίκη 1989

- ♦ Τεπέρογλου Α. « Η οικογένεια σαν Πρωταρχικός φορέας Πρόνοιας τ
Ηλικιωμένων » άρθρο στο περιοδικό Εκλογή Αθήνα 1978 τεύχος
Δεκεμβρίου
- ♦ Δαρδαβέσης Θ. « Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικί
Υγειονομική Σχολή Αθηνών Αθήνα 1988
- ♦ Δαρδαβέσης Δ. Δαρδαβέσης Θ. & Κουτσογιαννόπουλος Β. «
Κατάγματα και άλλες κακώσεις του μυοσκελετικού συστή
υπερήλικες » Ορθοπαιδική 1992

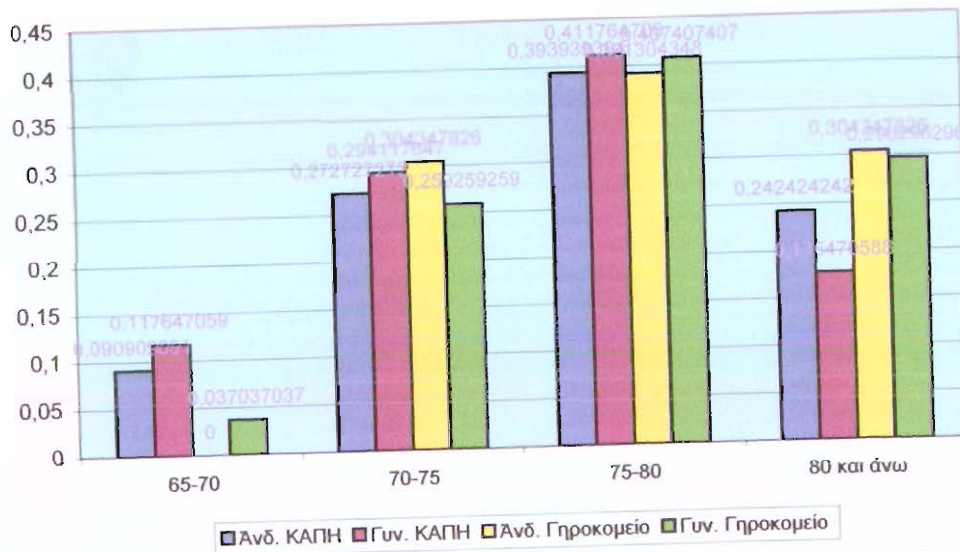
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

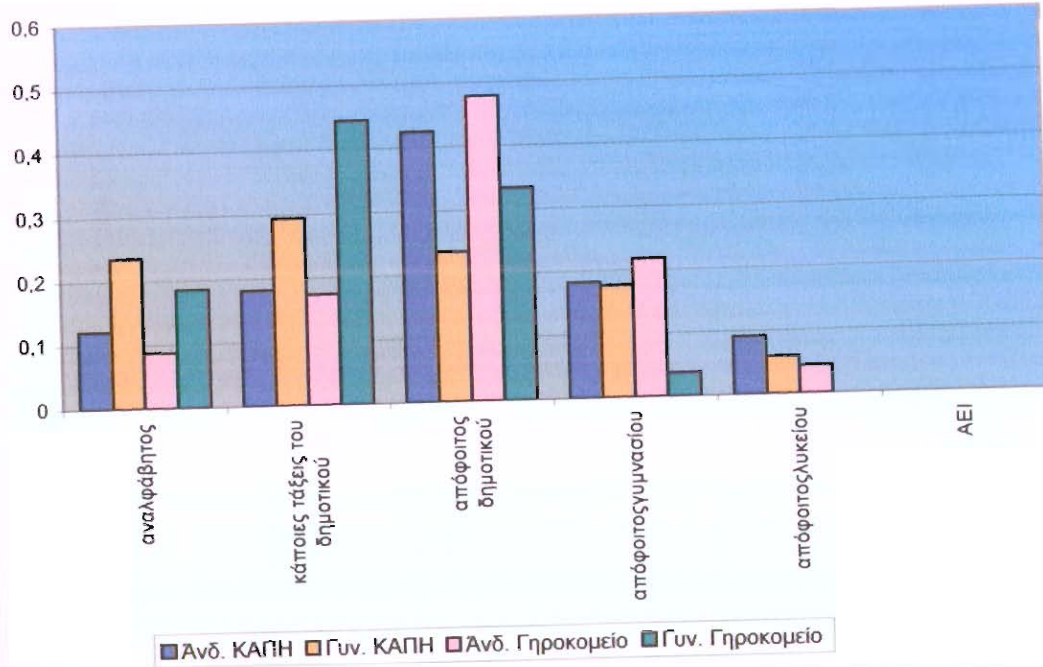
ΕΡΩΤΗΣΗ 1 ΦΥΛΟ



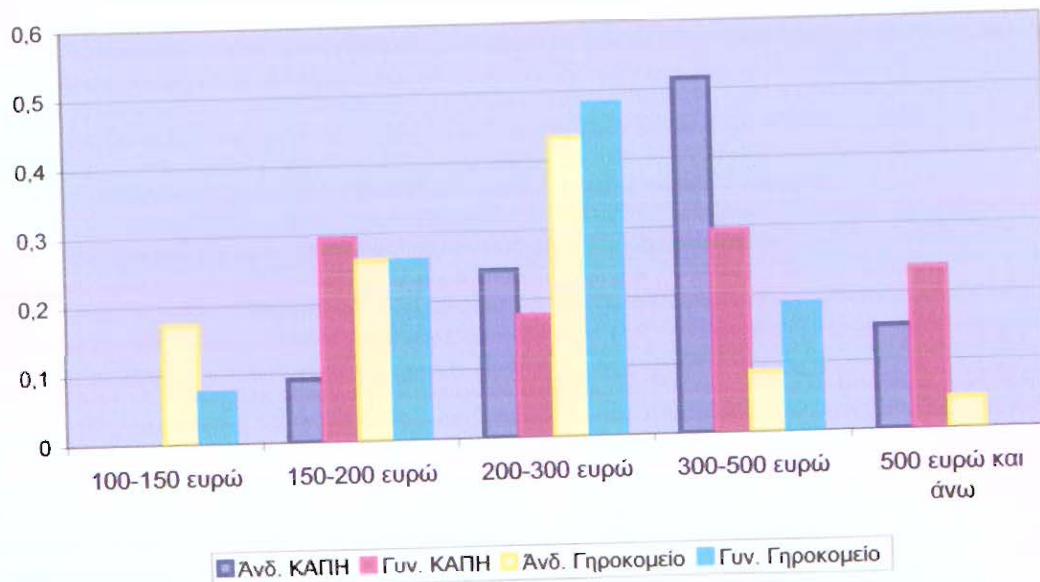
ΕΡΩΤΗΣΗ 2 ΗΛΙΚΙΑ



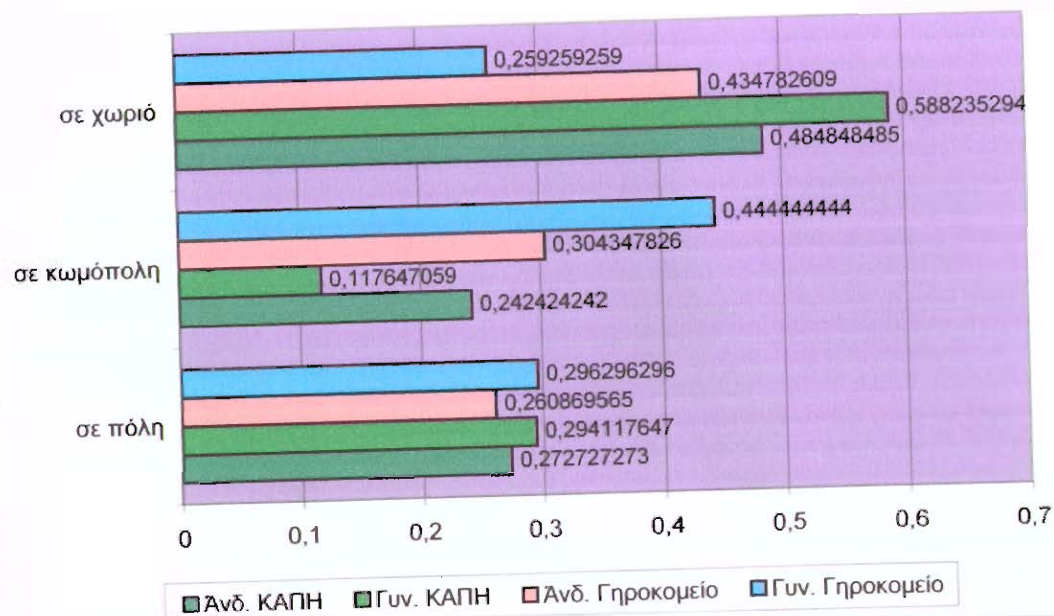
ΕΡΩΤΗΣΗ 3 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



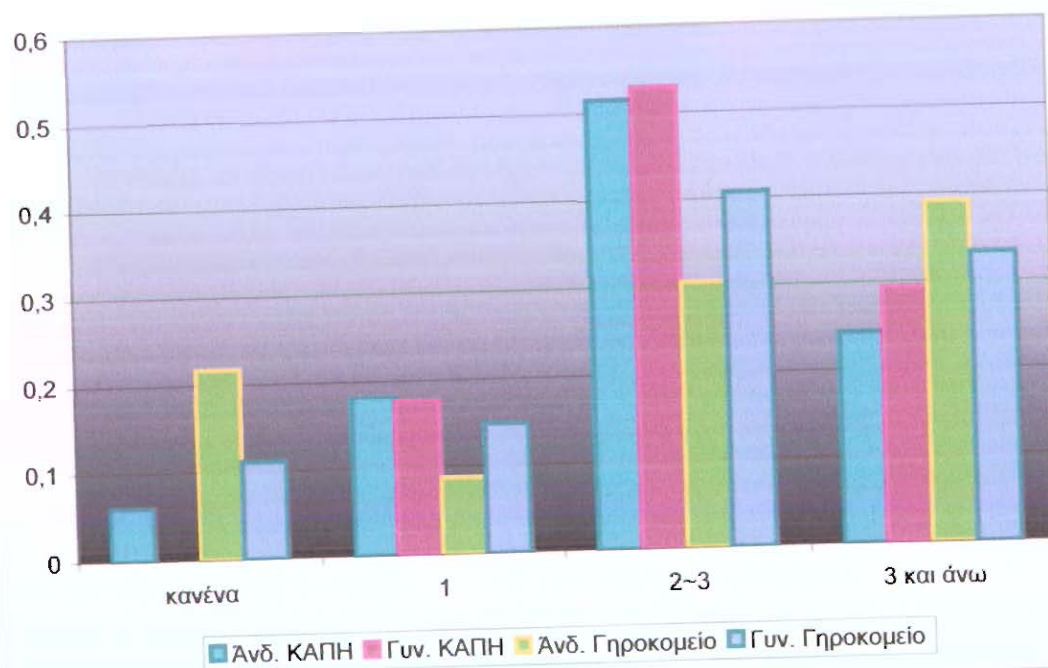
ΕΡΩΤΗΣΗ 4 ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ



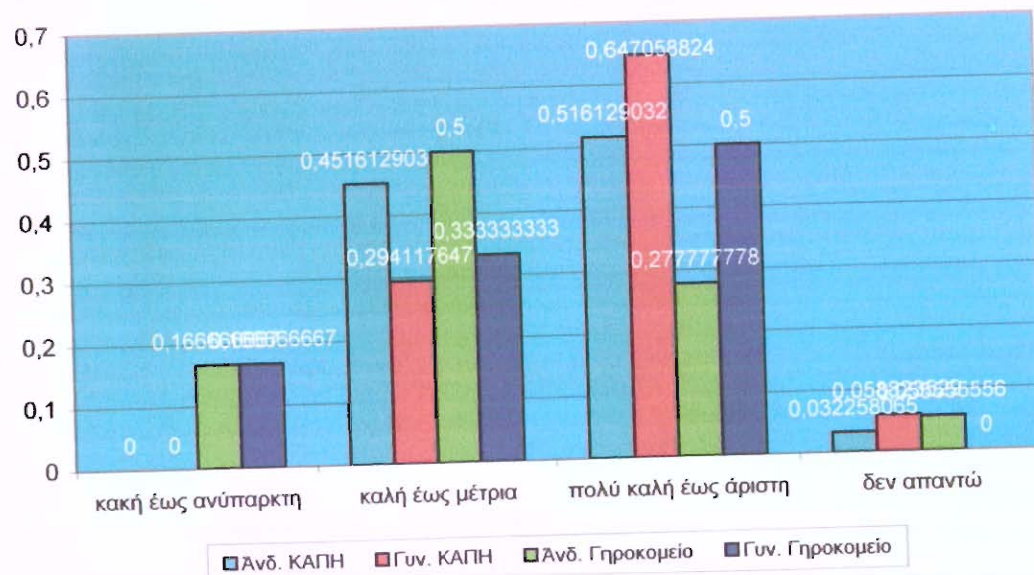
ΕΡΩΤΗΣΗ 5 ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΜΕΓΑΛΩΣΕΙ



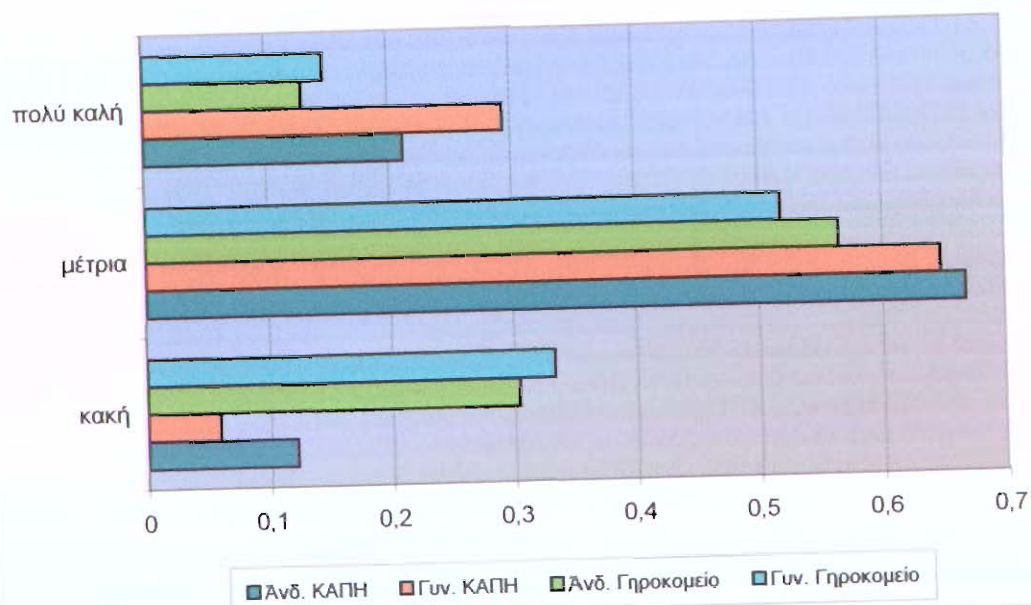
ΕΡΩΤΗΣΗ 6 ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ



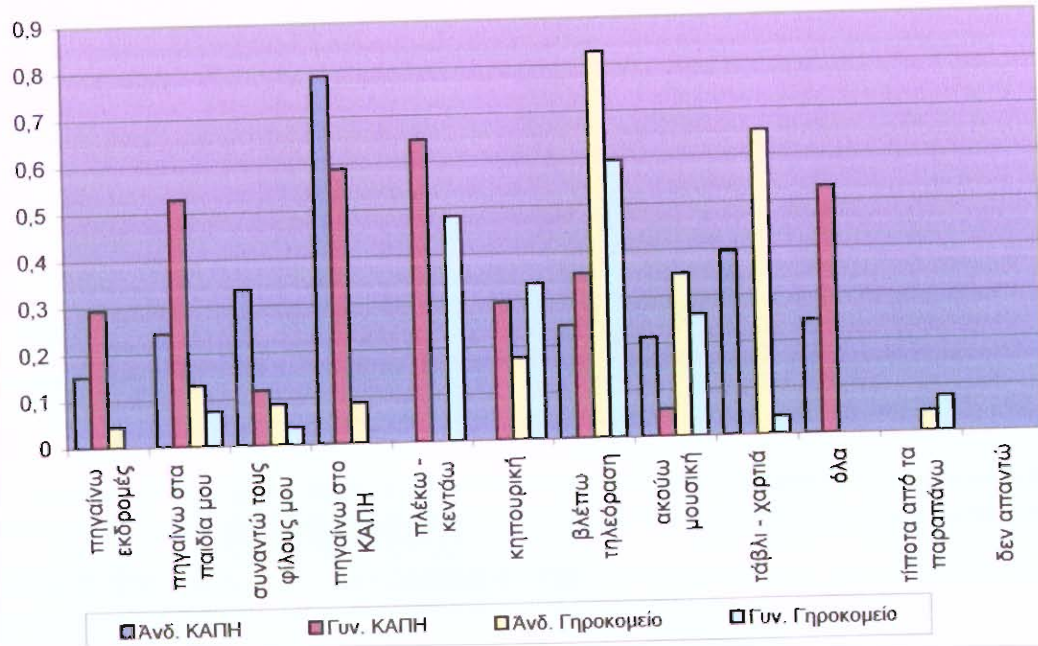
ΕΡΩΤΗΣΗ 7 ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ



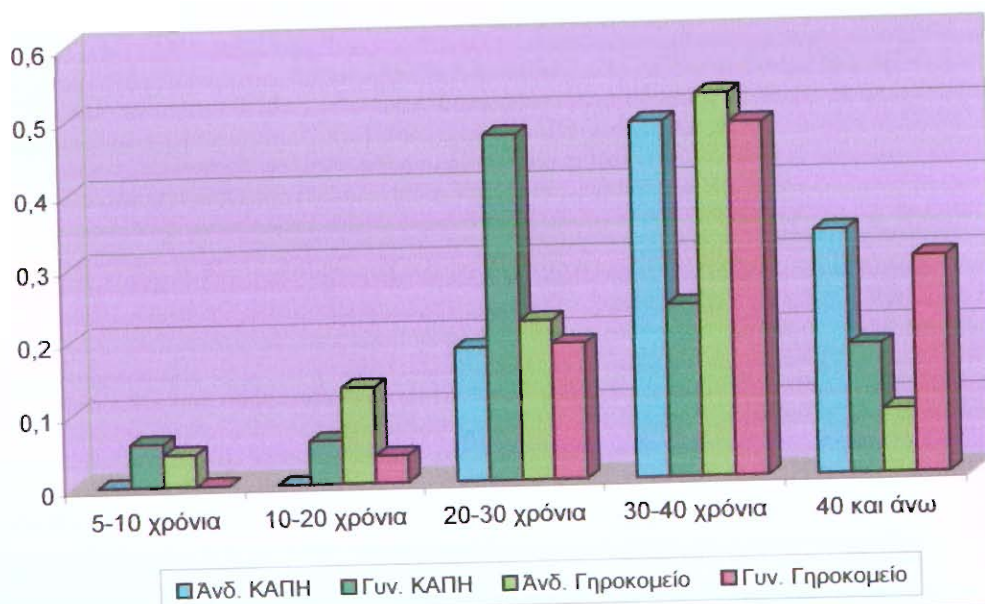
ΕΡΩΤΗΣΗ 8 ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ



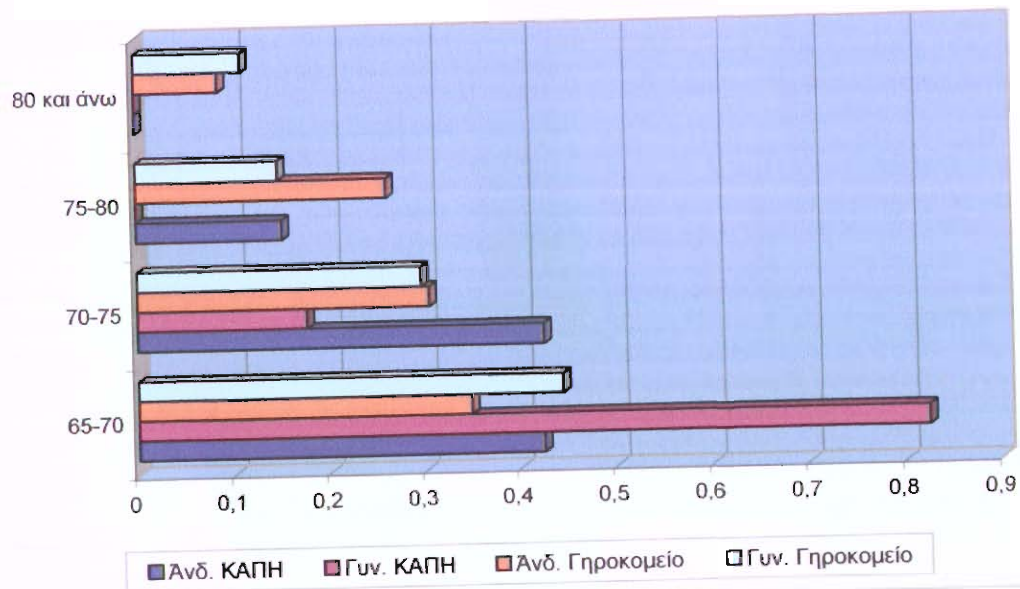
ΕΡΩΤΗΣΗ 9 ΜΕ ΤΙ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΣΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΑΣ ΧΡΟΝΟ



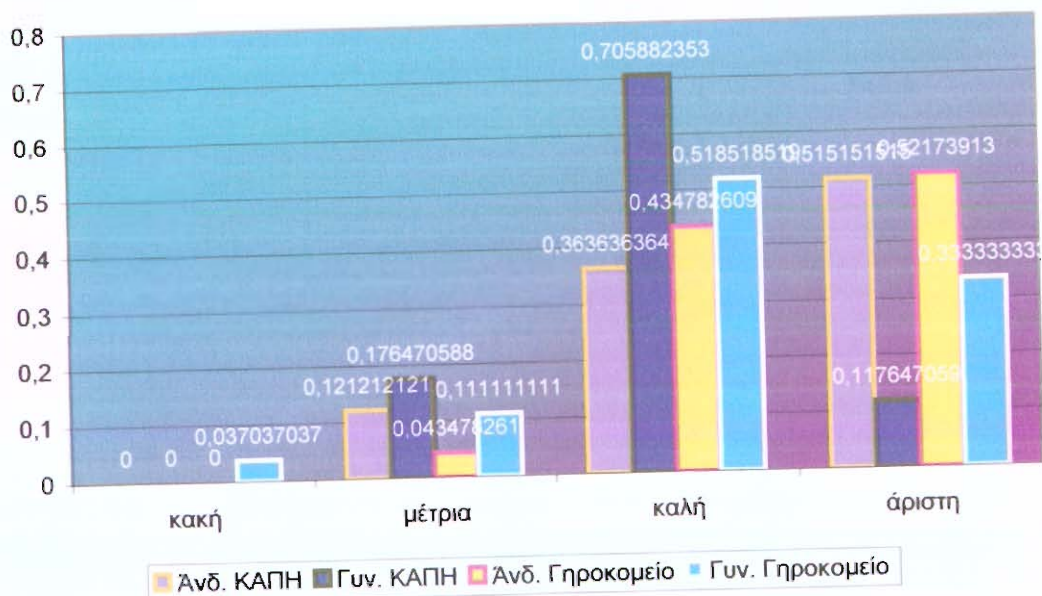
ΕΡΩΤΗΣΗ 10 ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΙΣΑΣΤΕ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΣΑΣ



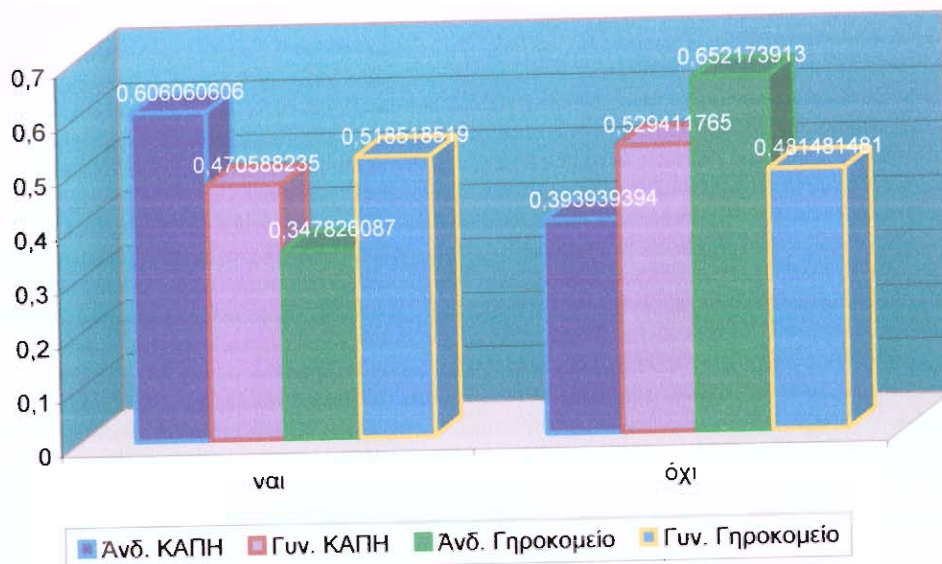
ΕΡΩΤΗΣΗ 11 ΣΕ ΤΙ ΗΛΙΚΙΑ ΒΡΙΣΚΟΜΑΣΤΑΝ ΟΤΑΝ ΑΠΕΒΙΩΣΕ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ



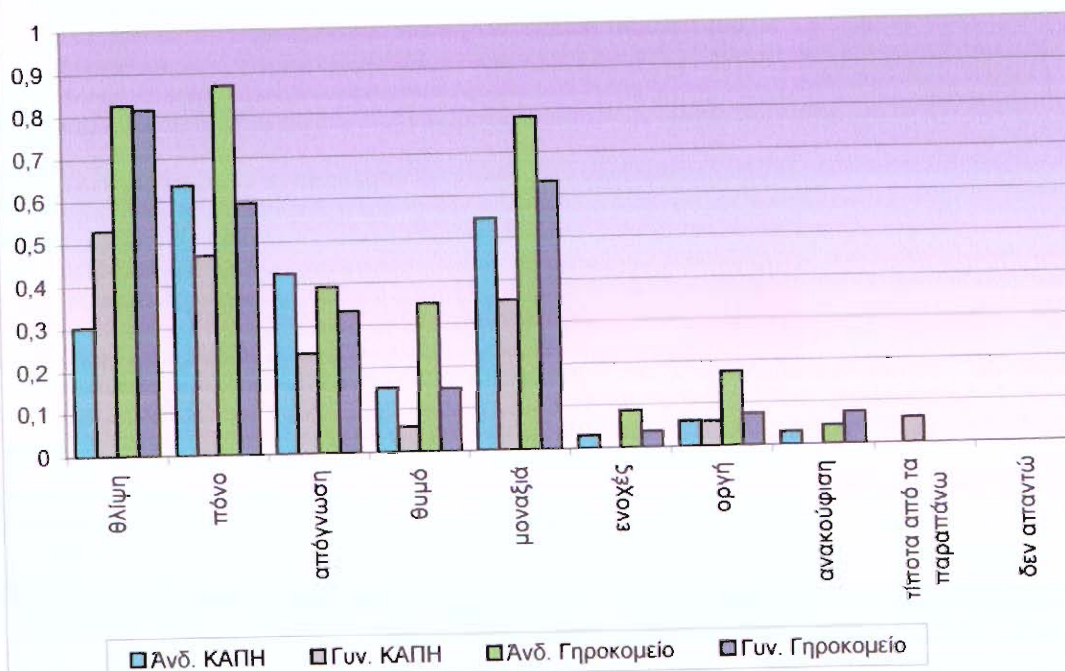
ΕΡΩΤΗΣΗ 12 ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΣΑΣ



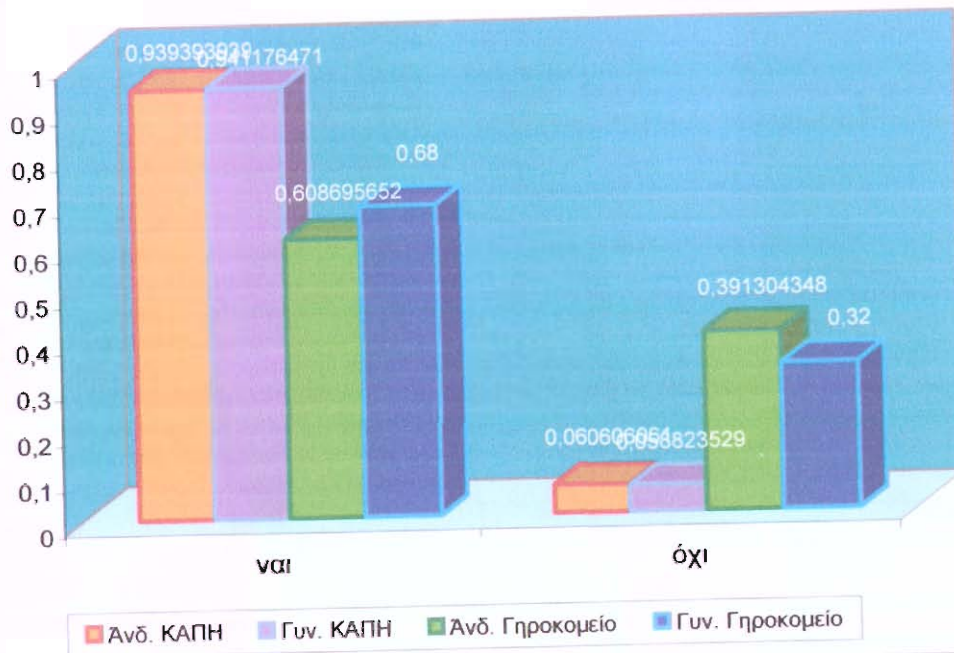
ΕΡΩΤΗΣΗ 13 Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ ΗΤΑΝ ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ



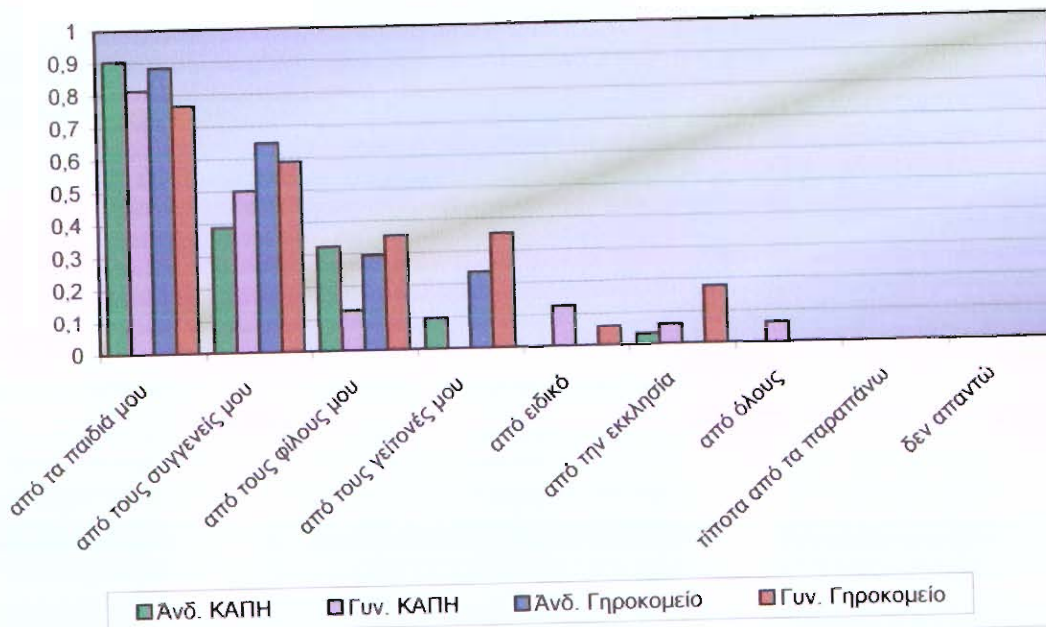
ΕΡΩΤΗΣΗ 14 ΤΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ



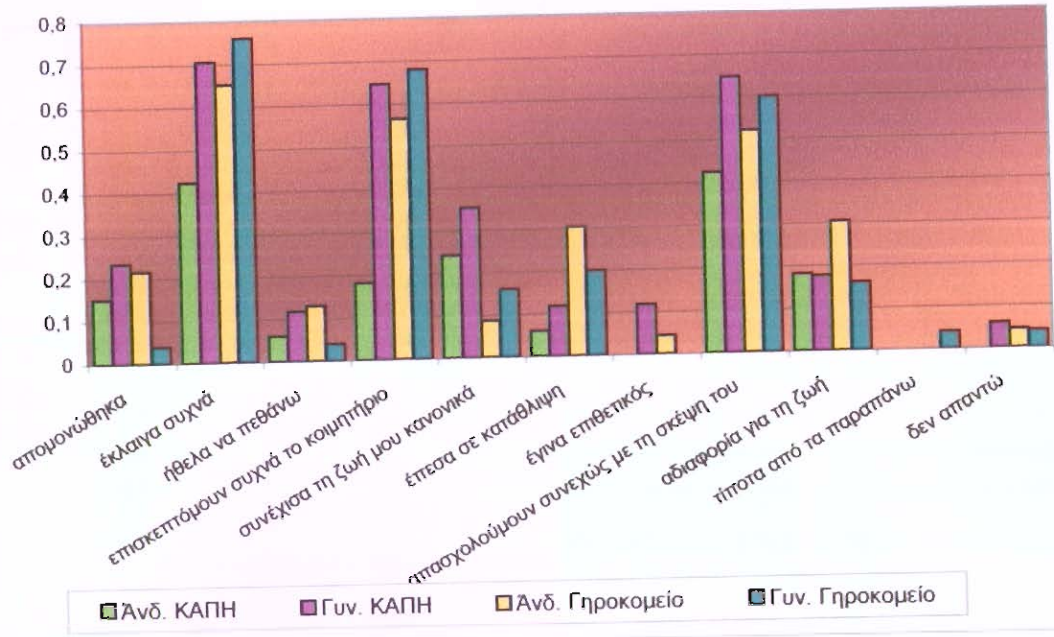
ΕΡΩΤΗΣΗ 15 ΕΙΧΑΤΕ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ



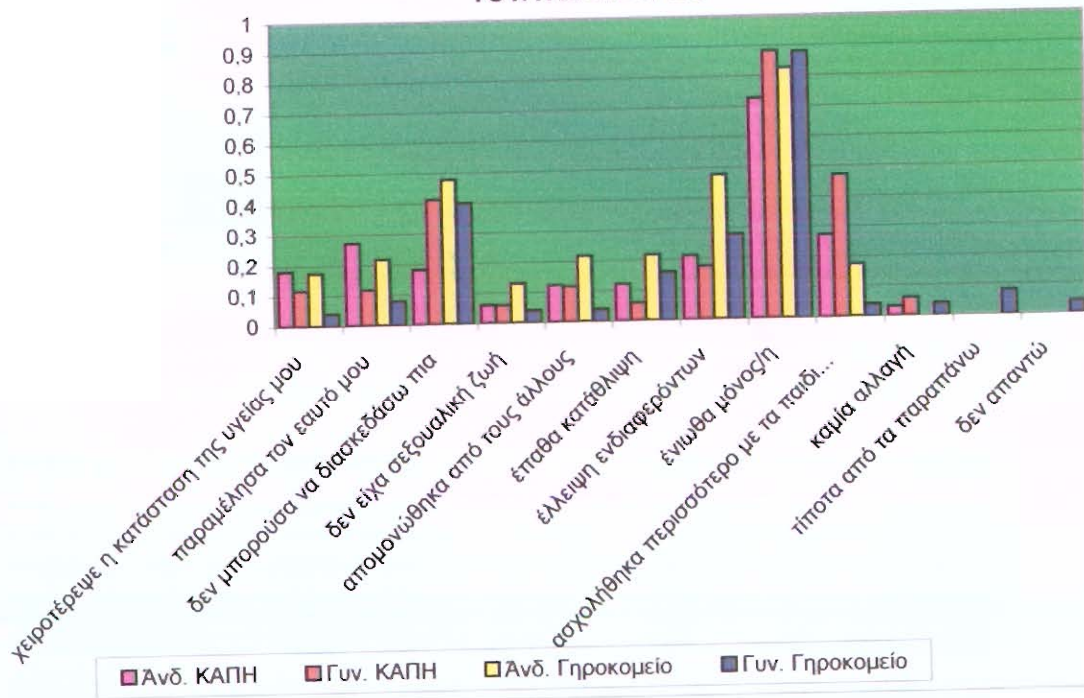
ΕΡΩΤΗΣΗ 15α ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ



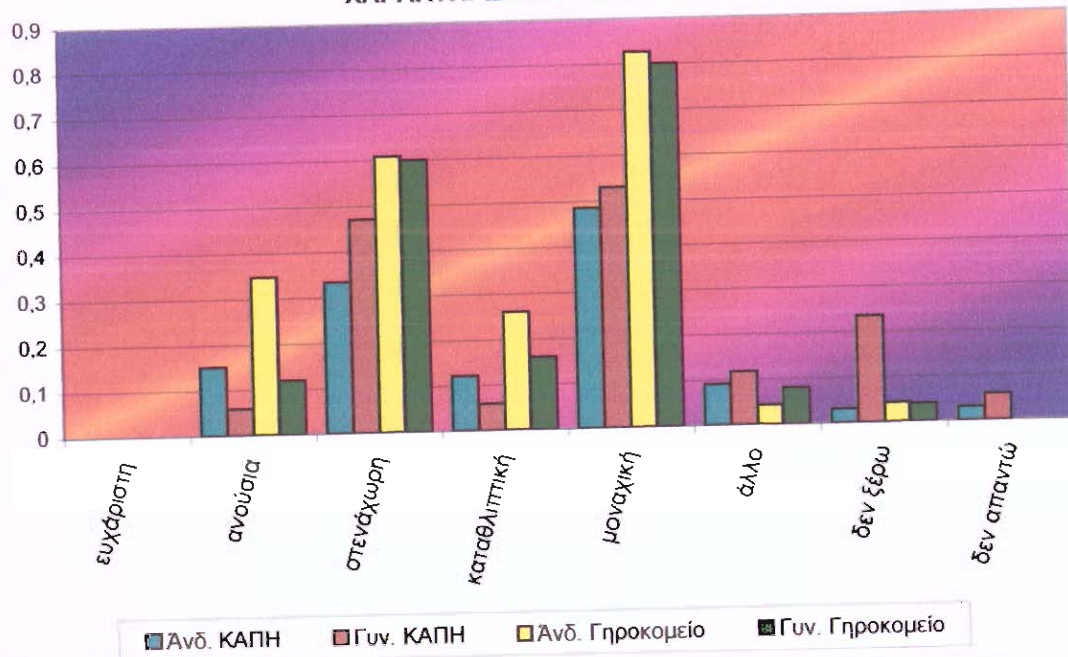
ΕΡΩΤΗΣΗ 16 ΠΟΙΑ Η ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ



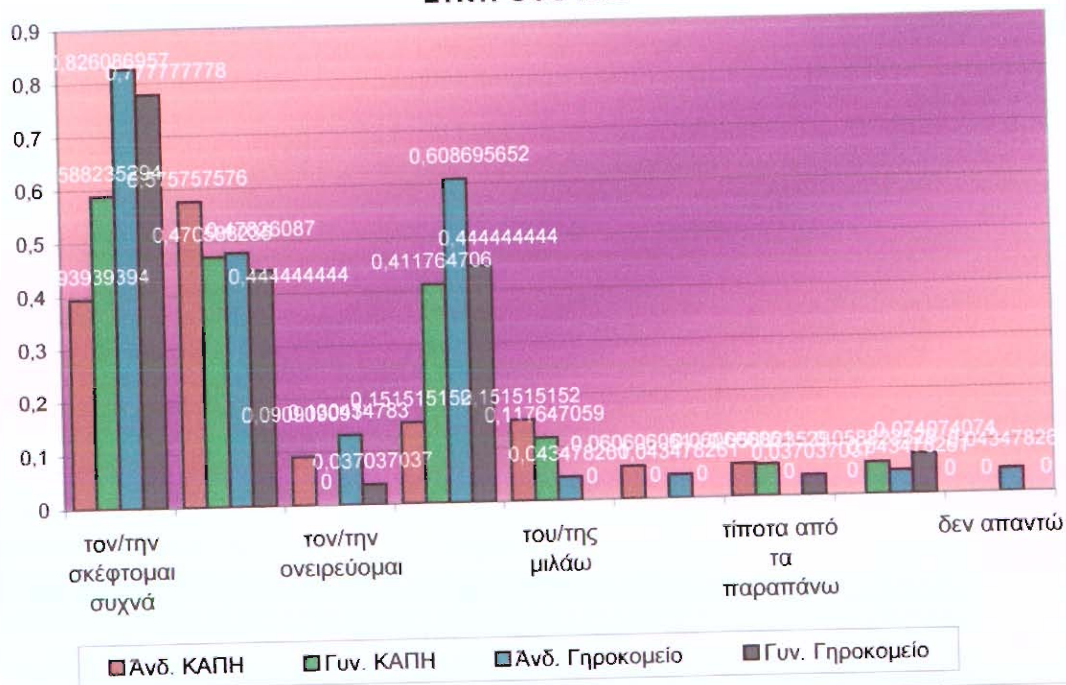
ΕΡΩΤΗΣΗ 17 ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ



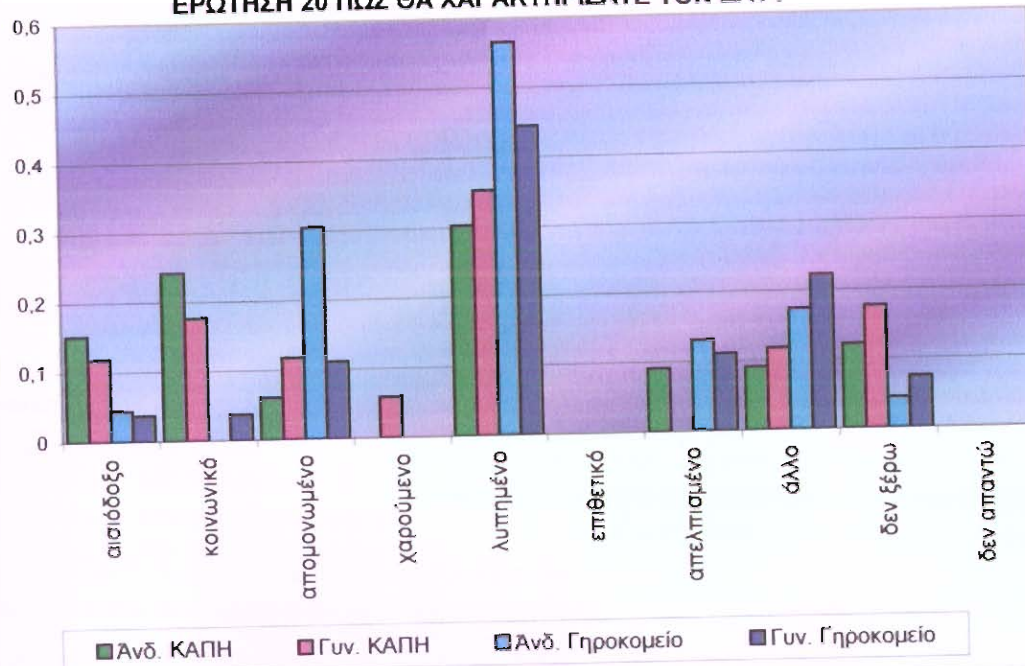
ΕΡΩΤΗΣΗ 18 ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ



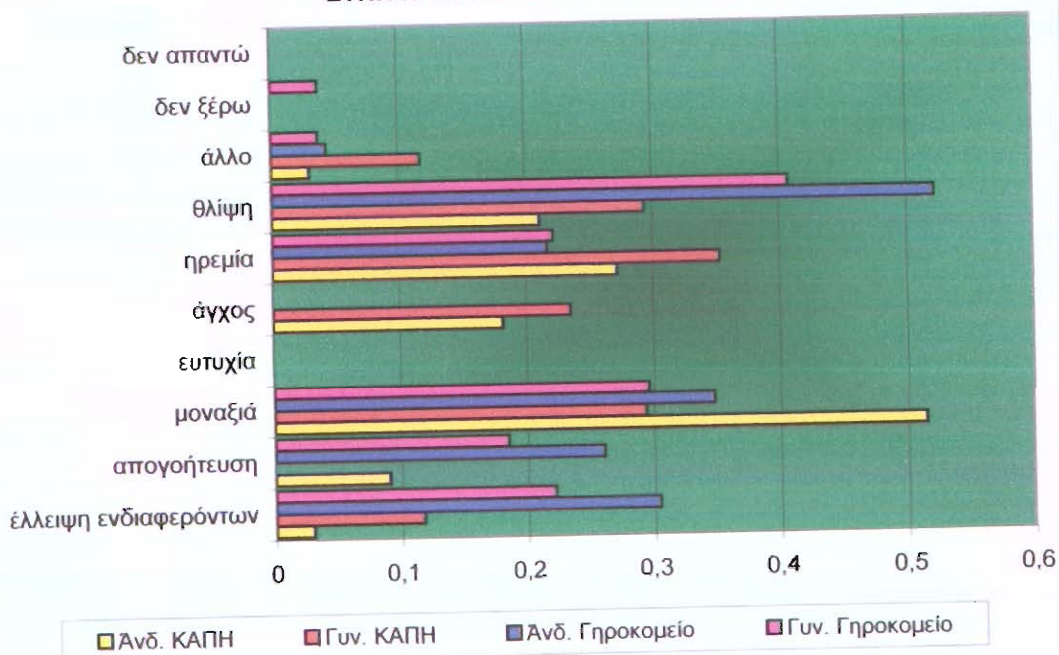
ΕΡΩΤΗΣΗ 19 ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ



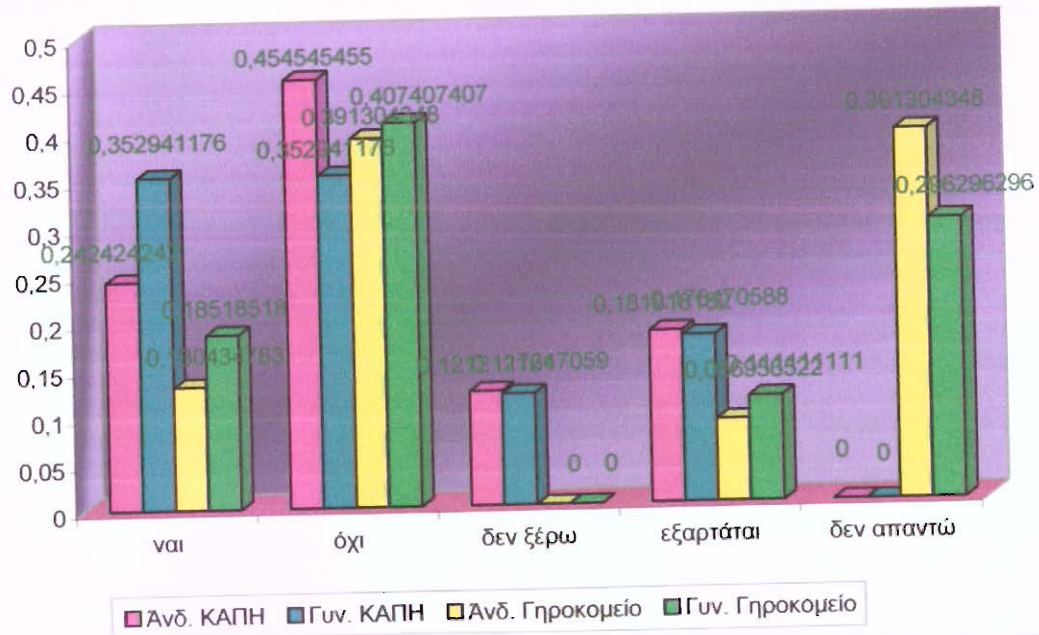
ΕΡΩΤΗΣΗ 20 ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ



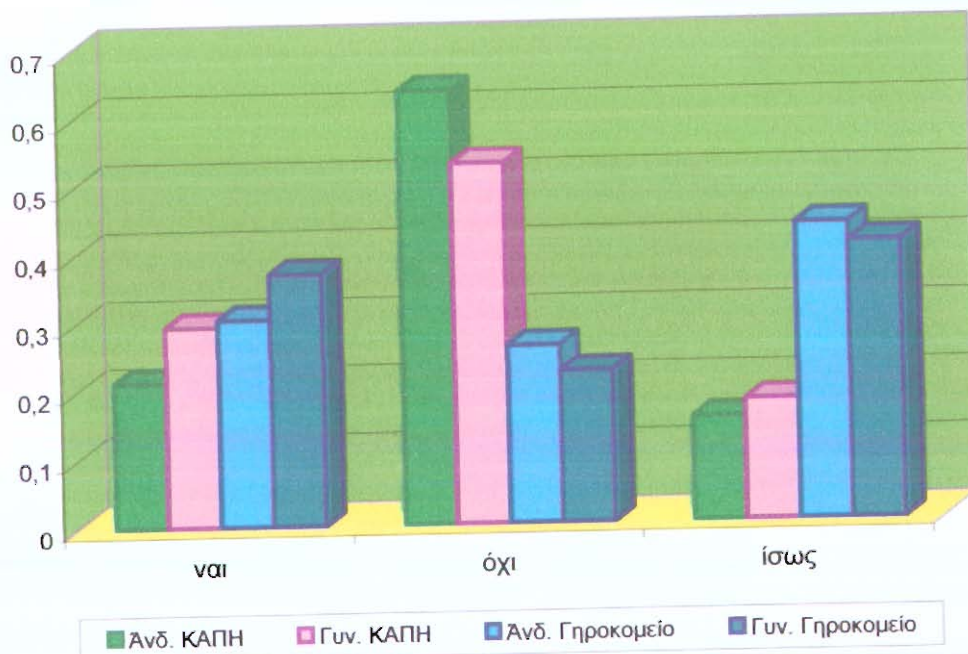
ΕΡΩΤΗΣΗ 21 ΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΒΙΩΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΣΑΣ



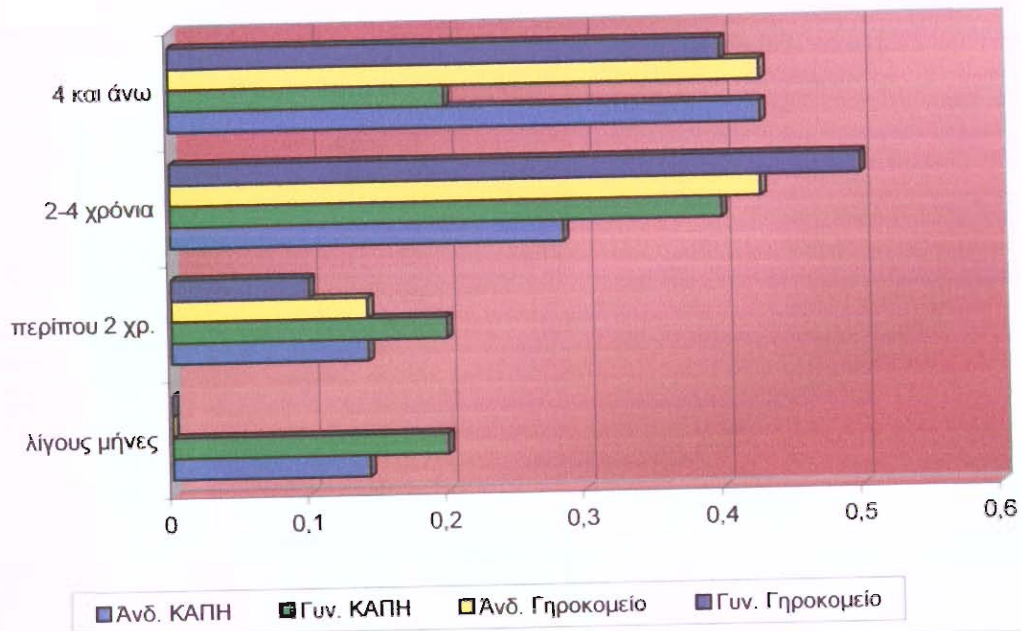
ΕΡΩΤΗΣΗ 22 ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΞΕΠΕΡΝΙΕΤΑΙ



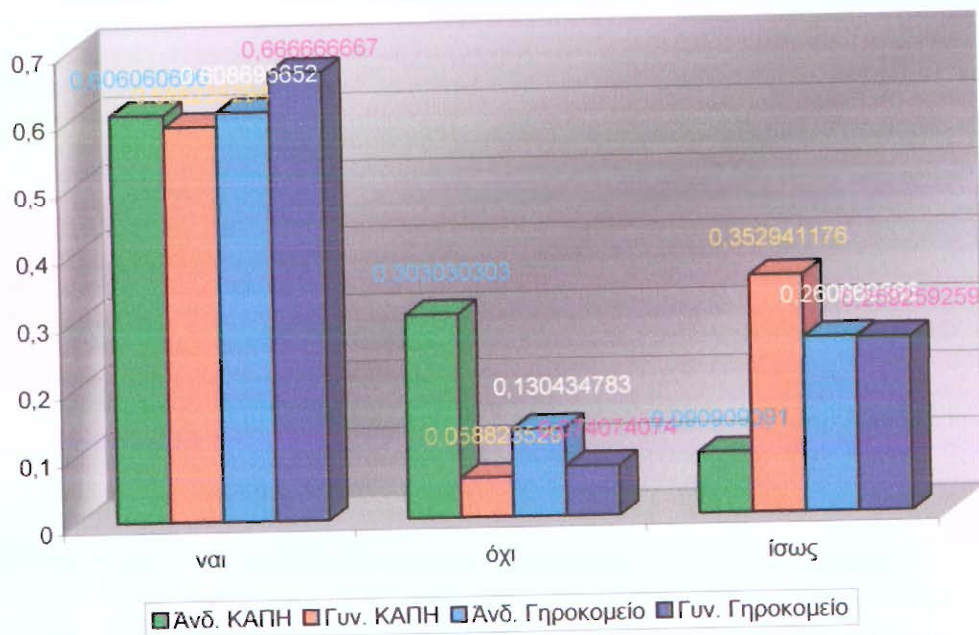
ΕΡΩΤΗΣΗ 23 ΕΧΕΤΕ ΞΕΠΕΡΑΣΕΙ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ



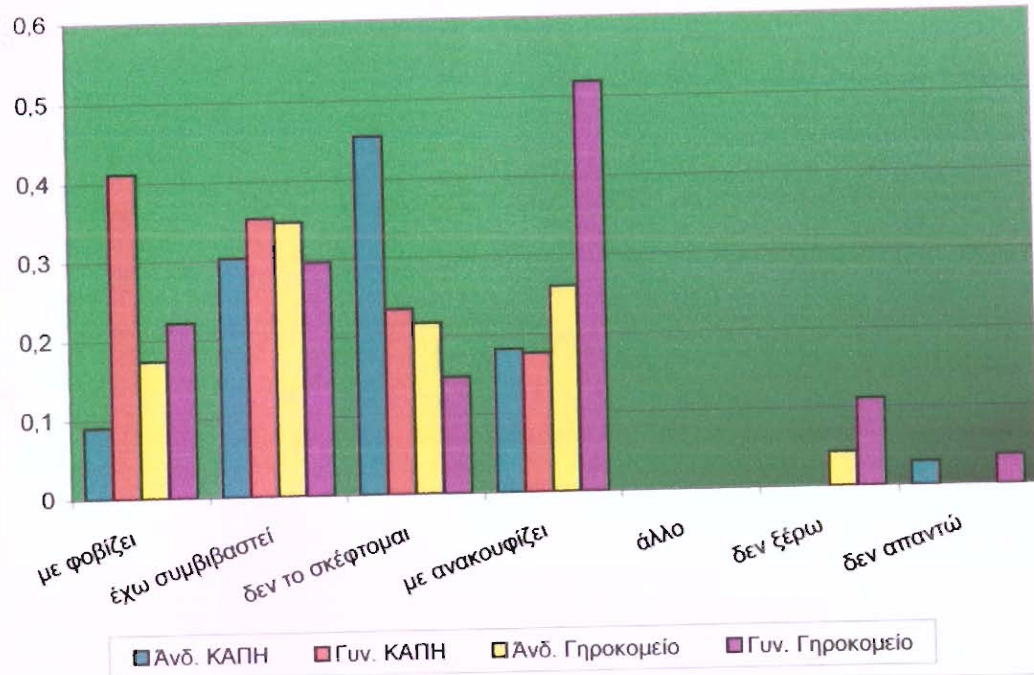
ΕΡΩΤΗΣΗ 23α ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΣΑΣ ΠΗΡΕ



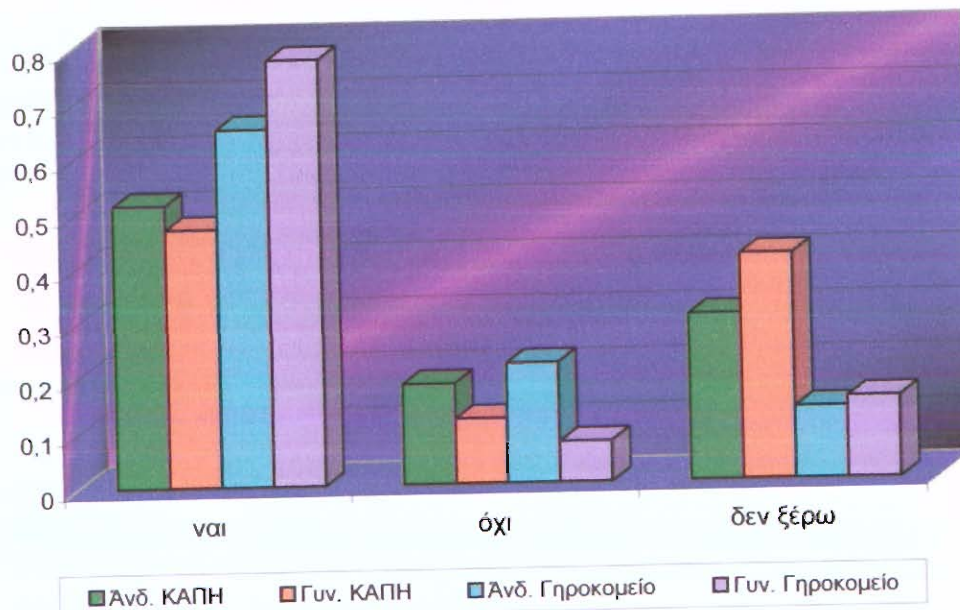
ΕΡΩΤΗΣΗ 24 ΕΧΕΤΕ ΑΠΟΔΕΧΤΕΙ-ΣΥΜΒΙΒΑΣΤΕΙ ΜΕ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ



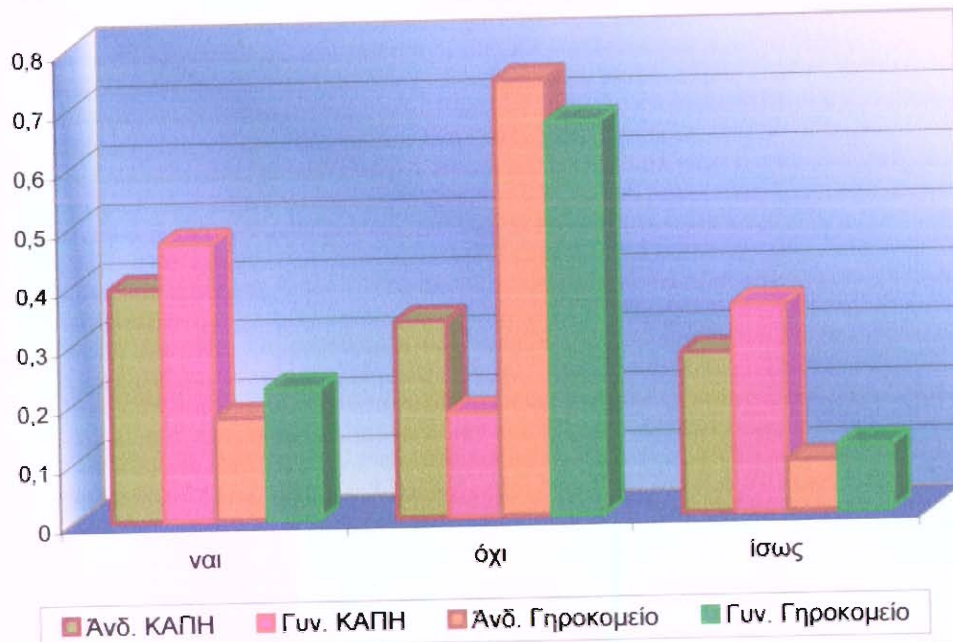
ΕΡΩΤΗΣΗ 25 ΠΟΙΑ Η ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ



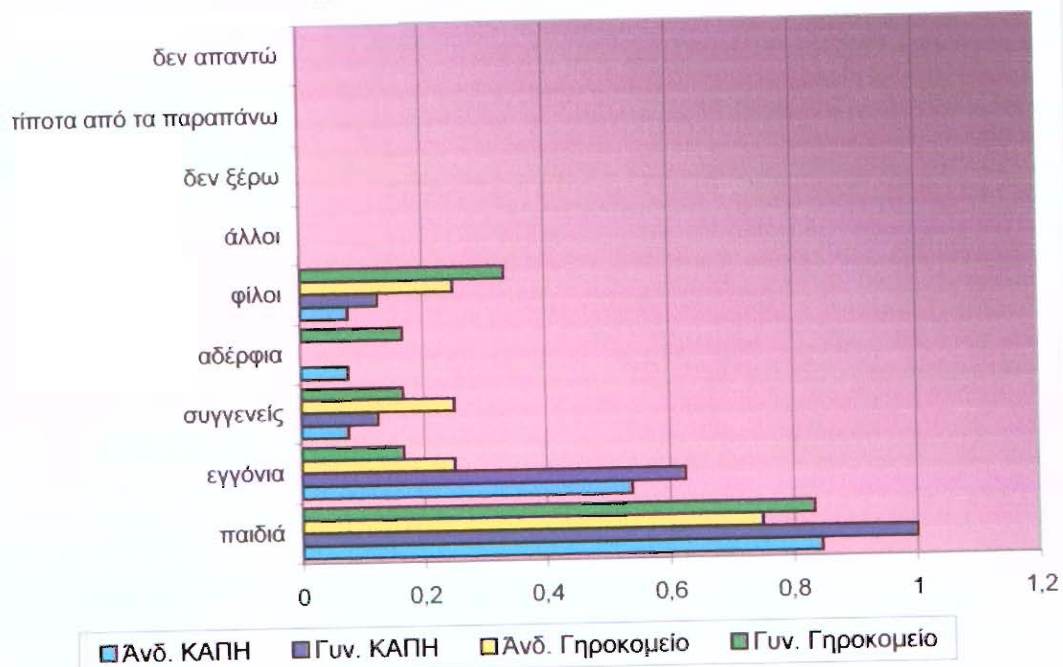
ΕΡΩΤΗΣΗ 26 ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΙΑ ΑΠΟΨΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ Η ΖΩΗ ΔΕΝ ΣΤΑΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ. ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ



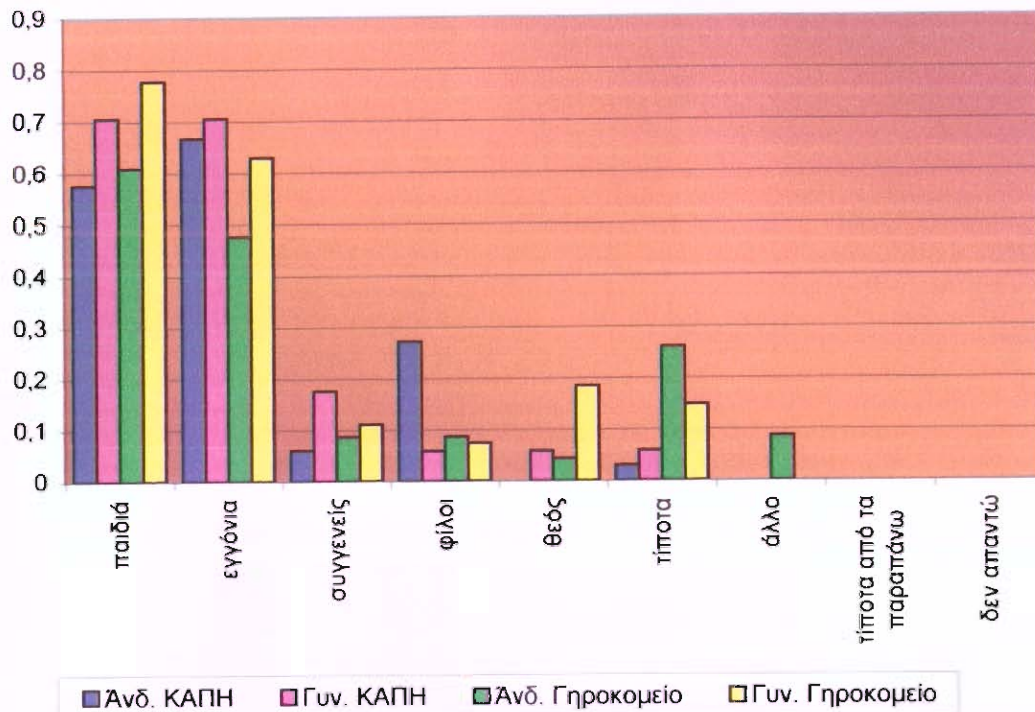
ΕΡΩΤΗΣΗ 27 ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΣΑΣ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ



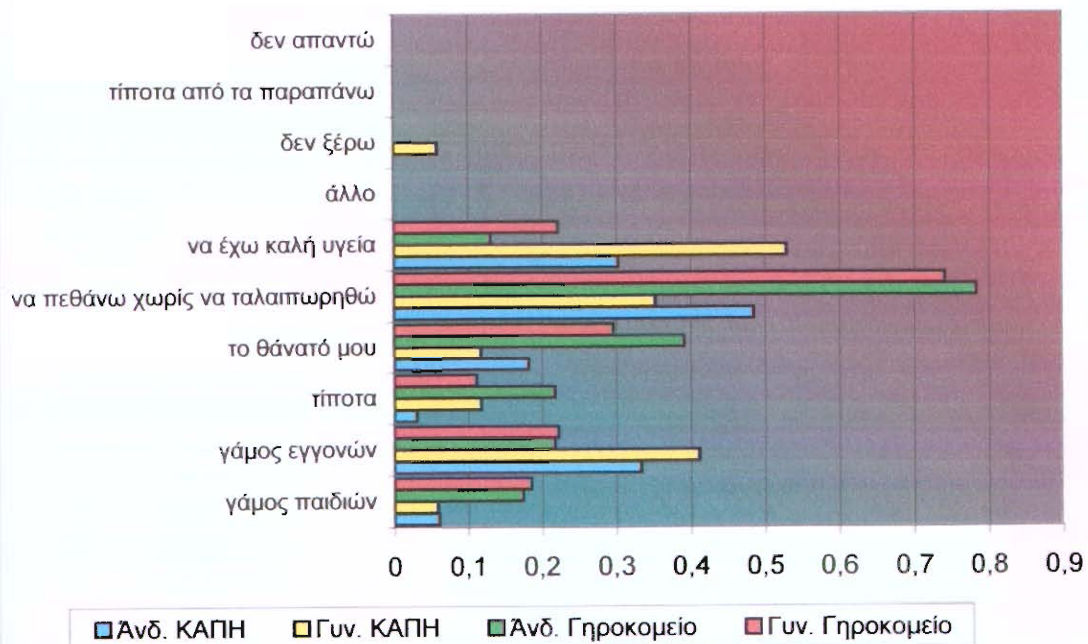
ΕΡΩΤΗΣΗ 27α ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΟΙ



ΕΡΩΤΗΣΗ 28 ΤΙ ΣΑΣ ΔΙΝΕΙ ΧΑΡΑ ΣΤΗ ΖΩΗ



ΕΡΩΤΗΣΗ 29 ΤΙ ΠΕΡΙΜΕΝΕΤΕ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ



« ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄ »

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ

«Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :

Γιαννικάκης Ηλίας

Σπουδάστριες :

Μουρτζίνη Αλεξάνδρα
Τζιμπούλου Ευανθία

Στα πλαίσια της έρευνας που διεξάγουμε για την πτυχιακή μας με θέμα «η απώλεια συζύγου στην Τρίτη ηλικία » σας ζητάμε να συμμετέχετε στην συμπλήρωση του ακόλουθου ερωτηματολογίου . Σας διαβεβαιώνουμε ότι το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ανώνυμο και σας παρακαλούμε να απαντήσετε με βάση τις πιο αυθόρμητες και αληθινές σας σκέψεις . Η ειλικρίνεια σας βοηθάει στην αντικειμενικότητα της έρευνας .

Σημείωση : Σε όλες τις ακόλουθες ερωτήσεις έχετε την ευκαιρία να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση όπου εσείς το κρίνετε σκόπιμο και υπάρχει αυτή η δυνατότητα .

Ευχαριστούμε θερμά
για την συμμετοχή σας

1)ΦΥΛΟ : α) Άνδρας β)Γυναίκα

2)ΗΛΙΚΙΑ : α)65-70
β)70-75
γ)75-80
δ)80 και άνω

3) ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ
ΕΠΙΠΕΔΟ : α)Αναλφάβητος
β)Κάποιες τάξεις του δημοτικού
γ)Απόφοιτος δημοτικού
δ)Απόφοιτος γυμνασίου
ε)Απόφοιτος λυκείου
στ)Απόφοιτος ΑΕΙ

4)ΜΗΝΙΑΙΟ
ΕΙΣΟΔΗΜΑ : α)100-150 €
β)150-200 €
γ)200-300 €
δ)300-500 €
ε)500 € και άνω

5)ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ
ΜΕΓΑΛΩΣΕΙ : α)Πόλη
β)Χωριό
γ)Κωμόπολη

6)ΑΡΙΘΜΟΣ
ΠΑΙΔΙΩΝ : α)Κανένα
β)1
γ)2-3
δ)3 και άνω

7)ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ
ΣΑΣ :

α)Κακή έως ανύπαρκτη
β)Καλή έως μέτρια

γ)Πολύ καλή έως άριστη
δ)Δεν απαντώ

8)ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ :

α)Κακή

β)Μέτρια

γ)Πολύ καλή

9)ΜΕ ΤΙ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΣΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ :

- α)Πηγαίνω εκδρομές
- β)Πηγαίνω στα παιδιά μου
- γ)Συναντώ τους φίλους μου
- δ)Πηγαίνω στο Κ.Α.Π.Η.
- ε)Πλέκω -κεντάω
- στ)Κηπουρική
- ζ)Βλέπω τηλεόραση
- η)Ακούω μουσική
- θ)Τάβλι-χαρτιά
- ι)Όλα
- ια)Τίποτα από τα παραπάνω
- ιβ)Δεν απαντώ

10)ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΙΣΑΣΤΕ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΣΑΣ :

- α)5-10 χρόνια
- β)10-20 χρόνια
- γ)20-30 χρόνια
- δ)30-40 χρόνια
- ε)40 και άνω

11)ΣΕ ΤΙ ΗΛΙΚΙΑ ΒΡΙΣΚΟΣΑΣΤΕ ΟΤΑΝ ΑΠΕΒΙΩΣΕ Ο / Η ΣΥΖΥΓΟΣ :

- α)65-70
- β)70-75
- γ)75-80
- δ)80 και άνω

12) ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ / ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΣΑΣ :

α) Κακή
β) Μέτρια

γ) Καλή
δ) Άριστη

13) Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ ΗΤΑΝ ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ :

α) Ναι

β) Όχι

14) ΤΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ :

α) Θλίψη
β) Πόνο
γ) Απόγνωση
δ) Θυμό

ε) Μοναξιά
στ) Ενοχές
ζ) Οργή
η) Ανακούφιση
θ) Τίποτα από παραπάνω

15) ΕΙΧΑΤΕ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ :

α) Ναι

β) Όχι

15α) ΕΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ :

α) Από τα παιδιά μου
β) Από τους συγγενείς μου
γ) Από τους φίλους μου
δ) Από τους γείτονες μου
ε) Από ειδικό
στ) Από την εκκλησία
ζ) Από όλους

η) Τίποτα από τα παραπάνω
θ) Δεν απαντώ

16)ΠΟΙΑ Η ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ /ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΑΣ :

- α)Απομονώθηκα
- β)Έκλαιγα συχνά
- γ)Ήθελα να πεθάνω
- δ)Επισκεπτόμουν συχνά το κοιμητήριο
- ε)Συνέχισα τη ζωή μου κανονικά
- στ)Έπεσα σε κατάθλιψη
- ζ)Έγινα επιθετικός
- η)Απασχολούμουν συνεχώς με την σκέψη του
- θ)Αδιαφορία για την ζωή
- ι)Τίποτα από τα παραπάνω
- ια)Δεν απαντώ

17)ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ /ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΑΣ :

- α)Χειροτέρεψε η κατάσταση της υγείας μου
- β)Παραμέλησα τον εαυτό μου
- γ)Δεν μπορούσα να διασκεδάσω πια
- δ)Δεν είχα σεξουαλική ζωή
- ε)Απομονώθηκα από τους άλλους
- στ)Έπαθα κατάθλιψη
- ζ)Έλλειψη ενδιαφερόντων
- η)Ένιωθα μόνος
- θ)Ασχολήθηκα περισσότερο με τα παιδιά μου
- ι)Καμία αλλαγή
- ια)Τίποτα από τα παραπάνω
- ιβ)Δεν απαντώ

18)ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ :

- α)Ευχάριστη
- β)Ανούσια
- γ)Στενάχωρη
- δ)Καταθλιπτική
- ε)Μοναχική
- στ)Άλλο
- ζ)Τίποτα από τα παραπάνω
- η)Δεν ξέρω
- θ)Δεν απαντώ

19)ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ :

- α)Τον / την σκέφτομαι συχνά
- β)Μου λείπει
- γ)Τον / την ονειρεύομαι
- δ)Τον / την νοσταλγώ
- ε)Του / της μιλάω
- στ)Όλα

- ζ)Τίποτα από τα παραπάνω
- η)Δεν ξέρω
- θ)Δεν απαντώ

20)ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ :

- α)Αισιόδοξο
- β)Κοινωνικό
- γ)Απομονωμένο
- δ)Χαρούμενο
- ε)Λυπημένο
- στ)Επιθετικό

- ζ)Απελπισμένο
- η)Άλλο
- θ)Δεν ξέρω
- ι)Δεν απαντώ

21)ΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΒΙΩΝΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΣΑΣ :

- α)Έλλειψη ενδιαφερόντων
- β)Απογοήτευση
- γ)Μοναξιά
- δ)Ευτυχία
- ε)Άγχος
- στ)Ηρεμία

- ζ)Θλίψη
- η)Άλλο
- θ)Δεν ξέρω
- ι)Δεν απαντώ

22)ΠΙΣΤΕΥΤΕ ΟΤΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΞΕΠΕΡΝΙΕΤΑΙ :

- α)Ναι
- β)Όχι
- γ)Δεν απαντώ

- δ)δεν ξέρω
- ε)Εξαρτάται

23)ΕΧΕΤΕ ΞΕΠΕΡΑΣΕΙ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΟΥ/ ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΑΣ :

α)Ναι

β)Όχι

γ)Ίσως

23α)ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΣΑΣ ΠΗΡΕ :

α)Λίγους μήνες

γ)2-4 χρόνια

β)Περίπου 2 χρόνια

δ)4 και άνω

24)ΕΧΕΤΕ ΑΠΟΔΕΧΤΕΙ ΣΥΜΒΙΒΑΣΤΕΙ ΜΕ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΣΑΣ :

α)Ναι

β)Όχι

γ)Ίσως

25)ΠΟΙΑ Η ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ :

α)Με φοβίζει

ε)Άλλο

β)Έχω συμβιβαστεί

στ)Δεν ξέρω

γ)Δεν το σκέφτομαι

ζ)Δεν απαντώ

δ)Με ανακουφίζει

26)ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΙΑ ΑΠΟΨΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ Η ΖΩΗ ΔΕΝ ΣΤΑΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΑΙ :

α)Ναι

β)Όχι

γ)Ίσως

27)ΠΙΣΤΕΥΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΣΑΣ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ :

α)Ναι

β)Όχι

γ)Ίσως

27α)ΕΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΟΙ :

- | | |
|-------------|--------------------------|
| α)Παιδιά | στ)Άλλοι |
| β)Εγγόνια | ζ)Δεν ξέρω |
| γ)Συγγενείς | η)Τίποτα από τα παραπάνω |
| δ)Αδέρφια | θ)Δεν απαντώ |
| ε)Φίλοι | |

28)ΤΙ ΣΑΣ ΔΙΝΕΙ ΧΑΡΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ :

- | | |
|-------------|--------------------------|
| α)παιδιά | στ)Τίποτα |
| β)εγγόνια | ζ)Άλλο |
| γ)Συγγενείς | η)Τίποτα από τα παραπάνω |
| δ)φίλοι | θ)Δεν απαντώ |
| ε)Θεός | |

29)ΤΙ ΠΕΡΙΜΕΝΕΤΕ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ :

- α)Γάμο παιδιών
- β)Γάμο εγγονών
- γ)Τίποτα
- δ)Το θάνατο μου
- ε)Να πεθάνω χωρίς να ταλαιπωρηθώ
- στ)Να έχω καλή υγεία
- ζ)Άλλο
- η)Δεν ξέρω
- θ)Τίποτα από τα παραπάνω
- ι)Δεν απαντώ

