

**ΘΕΜΑ: « ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ
ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΤΟΥΣ ΣΕ ΠΟΛΗ - ΧΩΡΙΟ ».**

Μετέχοντες/ ουσες σπουδαστές/ στριες :

Βελαώρας Ηλίας
Βουδούρη Αναστασία
Σβολιαντοπούλου Χάιδω

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Ζαγούρα Σταυρούλα

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου από το τμήμα Κοινωνικής
Εργασίας της σχολής Επαγγελματιών Υγείας Και Πρόνοιας του
Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.



Πάτρα, Νοέμβριος 2005

*Αφιερώνεται στην μνήμη
της γιαγιάς Σοφίας
του παππού Θανάση
και της γιαγιάς Χάιδως
που στάθηκαν η αφορμή να επιλεγθεί το συγκεκριμένο
θέμα και αποτέλεσαν πρότυπα δύναμης,
θάρρους και καλοσύνης.*

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε πολύ την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας κα. Ζαγούρα Σταυρούλα για την πολύτιμη καθοδήγησή της, την κα. Σικελιανού Δέσποινα για την σημαντική συμβολή της στην διεκπεραίωση της έρευνας καθώς και τους κοινωνικούς λειτουργούς και λοιπούς επαγγελματίες των Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων « Βοήθεια στο σπίτι » των περιοχών που πραγματοποιήθηκε η έρευνα.

Περίληψη Μελέτης

Στο πρώτο μέρος της πτυχιακής εργασίας περιλαμβάνονται τα εξής κεφάλαια :

Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθενται οι ορισμοί των κυριότερων όρων που χρησιμοποιούνται στην βιβλιογραφία. Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται το φαινόμενο της γήρανσης στην Ελληνική κοινωνία και παρουσιάζονται θεωρίες για την γήρανση. Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζονται οι ανάγκες του ηλικιωμένου, οι μεταβολές που παρατηρούνται κατά την είσοδο του στην τρίτη ηλικία, καθώς η ψυχολογική του κατάσταση και η υγεία του. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την αλληλεπίδραση του ηλικιωμένου ατόμου με την οικογένεια του και την κοινωνία και την σχέση του με την απασχόληση. Επίσης εξετάζεται η λειτουργία του ελληνικού ασφαλιστικού και συνταξιοδοτικού συστήματος. Τέλος αναφέρεται το φαινόμενο της κακοποίησης στην τρίτη ηλικία.

Το δεύτερο μέρος της πτυχιακής εργασίας αναφέρεται στην έρευνα και περιλαμβάνει τον σκοπό και τους στόχους της, τα ερευνητικά ερωτήματα, το μεθοδολογικό πλαίσιο που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή δεδομένων, το ερωτηματολόγιο, τα αποτελέσματα της έρευνας και τα συμπεράσματα που συνεπάγονται, και τέλος τις προτάσεις των ερευνητών για την καλύτερη διαβίωση των ηλικιωμένων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αναγνώριση

Περίληψη Μελέτης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ισελ.1

A. **_ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**.....1

B. **_ ΟΡΙΣΜΟΙ**.....2

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ : Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ
ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ**.....4

A. **_ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**..... 4

1.Γήρανση πληθυσμού.....4

2.Αίτια δημογραφικής γήρανσης.....5

α) Υπογεννητικότητα..... 5

β) Μείωση θνησιμότητας.....6

γ) Μετανάστευση.....6

δ) Εσωτερική μετανάστευση.....8

3.Επιπτώσεις δημογραφικής γήρανσης.....8

B. **_ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**.....9

1.Βιολογικές θεωρίες.....9

2.Δημογραφικές θεωρίες..... 11

3.Κοινωνιολογικές θεωρίες.....12

4.Ψυχολογικές θεωρίες.....17

5.Παράγοντες γήρανσης.....19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ : Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΩΣ	
ΑΤΟΜΟ.....	24
A. _ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	24
1.Βιολογικές μεταβολές.....	24
2.Ψυχολογικές μεταβολές.....	27
3.Πνευματικές μεταβολές.....	28
B. _ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	30
1.Θεωρίες για την προσωπικότητα.....	30
2.Νοητικές λειτουργίες.....	33
<i>α) Ευφυΐα.....</i>	<i>34</i>
<i>β) Μνήμη.....</i>	<i>35</i>
Γ. _ ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	37
1.Ανάγκες επιβίωσης.....	37
2.Ψυχοκοινωνικές ανάγκες.....	38
3.Σεξουαλική ζωή ηλικιωμένων.....	39
Δ. _ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	41
1.Διατροφή των ηλικιωμένων.....	42
<i>α) Διατροφικές ανάγκες.....</i>	<i>43</i>
<i>β) Επιπτώσεις της διατροφής στην υγεία των ηλικιωμένων.....</i>	<i>44</i>
2.Ασθένειες της τρίτης ηλικίας.....	45
<i>α) Ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος.....</i>	<i>46</i>
<i>β) Ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος.....</i>	<i>47</i>
<i>γ) Ψυχικές και πνευματικές διαταραχές.....</i>	<i>49</i>
<i>δ) Ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος.....</i>	<i>50</i>
<i>ε) Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος.....</i>	<i>51</i>
<i>στ) Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος.....</i>	<i>52</i>
<i>ζ) Ασθένειες του ουροποιητικού συστήματος.....</i>	<i>52</i>
<i>η) Ασθένειες του ενδοκρινικού συστήματος.....</i>	<i>53</i>
<i>θ) Ασθένειες του αιμοποιητικού συστήματος.....</i>	<i>53</i>
<i>ι) Παθήσεις των αισθητηρίων οργάνων.....</i>	<i>54</i>

κ) Παθήσεις του γεννητικού συστήματος της ηλικιωμένης γυναίκας	55
λ) Αλκοολισμός των ηλικιωμένων.....	56
3.Υπερήλικες και φάρμακα.....	56
α) Τα φάρμακα ως μέσο πρόληψης και θεραπείας.....	56
β) Παρενέργειες φαρμάκων.....	57
4.Βασικοί παράγοντες μακροζωίας.	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV : Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ..... 60

A. _ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ.....	60
1.Σημασία της διαμονής/κατοικίας.....	60
2.Προσφορά ηλικιωμένων στην οικογένεια.....	61
3.Προσφορά οικογένειας στους ηλικιωμένους.....	62
4.Φροντίδα ηλικιωμένων.....	63
B. _ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ.....	65
Γ. _ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	67
1.Απασχόληση ηλικιωμένων.....	67
α) Αποδοτικότητα και παραγωγικότητα ηλικιωμένων.....	69
β) Καλλιτεχνική δημιουργικότητα στα γηρατειά.....	70
γ) Αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.....	70
2.Εκπαίδευση και επιμόρφωση ηλικιωμένων.....	72
α) Εκπαιδευτικά προγράμματα ηλικιωμένων.....	74
β) Πανεπιστήμια τρίτης ηλικίας.....	74
Δ. _ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	76
1.Ασφαλιστικό και συνταξιοδοτικό σύστημα.....	76
α) Κράτος πρόνοιας και κοινωνική ασφάλιση.....	77
β) Φορείς του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.....	77
γ) Παροχές του ασφαλιστικού συστήματος.....	78
δ) Ελλείμματα ασφαλιστικών φορέων.....	79
ε) Επικουρική ασφάλιση.....	80
2.Ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα.....	80
α) Προσαρμογή στη σύνταξη.....	81
β) Ηλικία συνταξιοδότησης.....	83

γ) Αίτια αύξησης δαπανών για τις συντάξεις.....	84
δ) Μέτρα αντιμετώπισης ασφαλιστικού συστήματος.....	86
ε) Ιδιωτική ασφάλιση.....	87
3. Προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους	88
α) Υπηρεσίες στην κοινότητα.....	88
β) Ιδρυματική φροντίδα.....	94
4. Ο ηλικιωμένος ως θύμα κακοποίησης.....	95
α) Ορισμοί κακοποίησης των ηλικιωμένων.....	95
β) Αίτια κακοποίησης.....	96
γ) Μορφές κακοποίησης των ηλικιωμένων.....	96
δ) Βία κατά των ηλικιωμένων στην οικογένεια.....	98
ε) Βία κατά των ηλικιωμένων στην κοινότητα και τα ιδρύματα.....	98
στ) Επιπτώσεις της παραμέλησης-κακοποίησης των ηλικιωμένων.....	99

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΘΕΜΑ.....	101
ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	101
ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	101
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	101
A. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	102
1.Επιλογή μεθοδολογίας.....	102
2.Πληθυσμός και δείγμα.....	102
3.Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	104
4.Αξιοπιστία εγκυρότητα.....	104
B. ΠΙΝΑΚΕΣ –ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	106
Γ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	144
Δ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	147

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ :

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....148

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.....158

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....159

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σύγχρονη εποχή που διανύουμε, το γήρας αντιμετωπίζεται ως περίοδος ψυχικής, πνευματικής και σωματικής φθοράς. Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους χαρακτηρίζεται συνήθως από προκατάληψη και ρατσισμό λόγω άγνοιας για τα θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία και του φόβου των νέων ανθρώπων απέναντι στα γηρατειά, τα οποία οι περισσότεροι έχουν ταυτίσει με την ασθένεια και τον θάνατο. Η πραγματικότητα όμως, απέχει πολύ από τις διαδομένες αναλλοίωτες και παραπλανητικές απόψεις που ισχύουν.

Στην Ελλάδα, ο αριθμός των ηλικιωμένων είναι μεγάλος με αποτέλεσμα να μην υπάρχει η κατάλληλη οργάνωση στην δομή των υπηρεσιών για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Το ασφαλιστικό και συνταξιοδοτικό σύστημα παρουσιάζουν πολλές ελλείψεις στην λειτουργία τους, έχοντας επιπτώσεις στην ποιότητα διαβίωσης των ηλικιωμένων. Παρόλα αυτά όμως έχουν δημιουργηθεί προγράμματα που προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες σε αρκετούς τομείς της διαβίωσης των υπερηλίκων.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι με την πάροδο του χρόνου επέρχονται μεταβολές στις σωματικές, πνευματικές και ψυχολογικές λειτουργίες του ανθρώπου. Κάτω από μία διαφορετική προσέγγιση όμως, οι μεταβολές αυτές μπορούν να αξιοποιηθούν με τον κατάλληλο για τον κάθε άνθρωπο τρόπο και να οδηγήσουν σε μία άνετη ζωή, γεμάτη ενδιαφέροντα, σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η τρίτη ηλικία θα πρέπει να θεωρηθεί από τα νέα άτομα, ως μία ευκαιρία για απόκτηση γνώσης και εμπειρίας και όχι ως οικονομικό, κοινωνικό και δημιουργικό τέλμα.

Η επικρατούσα κοινωνική κατάσταση ήταν το έναυσμα της πτυχιακής αυτής εργασίας, που στόχος της είναι να μελετήσει τις ανάγκες των ηλικιωμένων στο ευρύ φάσμα του γήρατος καθώς και τις συνθήκες διαβίωσης τους. Σημαντικό λόγο για την επιλογή του θέματος αποτέλεσε η ευαισθητοποίηση των σπουδαστών/ στριών για την συγκεκριμένη ηλικία καθώς και ο θαυμασμός τους και η αγάπη τους για τα ηλικιωμένα άτομα της δικής τους οικογένειας. Η πτυχιακή αυτή εργασία συνέβαλε στην απόκτηση γνώσης και εμπειρίας για την ομάδα αυτή και στην ενίσχυση της θέλησης των σπουδαστών/ στριών να ασχοληθούν επαγγελματικά με αυτή την ομάδα στο μέλλον.

B. ΟΡΙΣΜΟΙ

Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται οι ορισμοί των σημαντικότερων όρων που θα ακολουθήσουν στα επόμενα κεφάλαια. Για κάποιους όρους είναι δύσκολο να αποδοθεί ένας συγκεκριμένος επιστημονικός ορισμός, γι' αυτό τον λόγο γίνεται μία προσπάθεια να δοθούν τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του κάθε όρου για την σαφέστερη κατανόηση του.

Γ ή ρ α ς : Σύμφωνα με τον Τζημουράκα (1985), το γήρας εξαρτάται κυρίως από « τον βαθμό των σωματικών και ψυχικών αλλοιώσεων, οι οποίες κυρίως οφείλονται σε εκφυλιστικές γεροντικές επεξεργασίες». Ο ίδιος υποστηρίζει ότι : « Τα γεράματα βέβαια αρχίζουν πολύ νωρίτερα από την ημέρα που θα δούμε τις παραπάνω επεξεργασίες και οφείλονται στην βαθμιαία βραδεία φθορά των λειτουργιών του οργανισμού. Στο τέρμα αυτών των επεξεργασιών παρατηρείται η φάση, την οποία χαρακτηρίζουμε τελικά σαν "γήρας"».

Οι Cauley, Dorman & Ganguli, (1986), υποστηρίζουν ότι η **γ ή ρ α ν σ η** αποτελεί μία σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου.

Σύμφωνα με κοινωνιολόγους, το **κοινωνικό γ ή ρ α ς**, χαρακτηρίζεται από την απώλεια κάθε κοινωνικής ή οικονομικής ιδιότητας. Αν το άτομο διατηρήσει τις ιδιότητες αυτές και σε μεγάλη ηλικία, τότε δεν χαρακτηρίζεται ως « γέρος ».

Στην εγκυκλοπαίδεια Υγεία (3^{ος} τόμος, 1983), αναφέρεται ότι δεν πρέπει να συγχέεται το γήρας με τα γηρατεία. Τα **γ η ρ α τ ε ι ά** χαρακτηρίζονται ύστερα από κάποια ηλικία, σε αντίθεση με το γήρας που υπάρχει από την στιγμή της γέννησης και ακόμα από την στιγμή της γονιμοποίησης.

Οι ιατροβιολόγοι υποστηρίζουν ότι το γήρας είναι μία επεξεργασία που αρχίζει με την γέννηση και συνεχίζεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής. Οι ίδιοι διακρίνουν τα γεράματα σε δύο κατηγορίες : α) το ημερολογιακό γήρας, που δείχνει την χρονολογική ηλικία που έχει ένα άτομο και β) το βιολογικό γήρας, που δείχνει τις βιολογικές δυνάμεις που διατηρεί ένα άτομο ανεξάρτητα από την ηλικία του.

Σύμφωνα με τον Τζημουράκα (1985), η επιστήμη που ασχολείται με το φαινόμενο της γήρανσης κάθε έμβιου όντος και τα διάφορα προβλήματα της διεργασίας αυτής είναι ο κλάδος της γενικής Βιολογίας που ονομάζεται **Γεροντολογία**.

Η Α. Κωσταρίδου- Ευκλείδη (1999) χαρακτηρίζει την **Γεροντολογία** ως την επιστήμη του γήρατος από την κοινωνικό-οικονομική έννοια και έχει να κάνει με την ψυχοκοινωνική μελέτη του γήρατος. Η ίδια αναφέρει ότι ο όρος **Γηροψυχολογία** χρησιμοποιείται « για να υποδηλώσει ότι η μελέτη της τελευταίας περιόδου της ανθρώπινης ζωής αποτελεί έναν αυτόνομο πλέον κλάδο της ψυχολογίας, ανάλογο με αυτόν που μελετά την παιδική ηλικία και ο οποίος έχει τις ίδιες απαιτήσεις σε εξειδικευμένη μεθοδολογία, έννοιες, θεωρίες, αλλά και κλινικές παρεμβάσεις.

Σύμφωνα με τον Τζημουράκα (1985), η **Γηριατρική** είναι η εφαρμοσμένη ιατρική των νοσημάτων και των παθήσεων που παρατηρούνται στην γεροντική ηλικία και σύμφωνα με τον Ρορτνοί(1980), η **Γηριατρική** θεωρείται η ιατρική επιστήμη του γήρατος που ασχολείται με τα βιολογικά, κλινικά, εργαστηριακά και θεραπευτικά προβλήματα των ηλικιωμένων.

Η Γεροντολογία και η Γηριατρική είναι αλληλένδετοι κλάδοι που σκοπό έχουν να κάνουν άνετη την ζωή του ηλικιωμένου.

ΦΑΛΛΙΟ II : Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Γήρανση του πληθυσμού

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999), με τον όρο δημογραφική γήρανση ή γήρανση του πληθυσμού αναφερόμαστε στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στο σύνολο του πληθυσμού. Κατά την Ακαδημία Αθηνών (1990), με τον όρο δημογραφική γήρανση ορίζεται μια διαδικασία και το αποτέλεσμα της. Η διαδικασία είναι η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων ενώ θέση-αποτέλεσμα χαρακτηρίζεται το γεγονός ότι ο πληθυσμός καταγράφει μια υψηλή αναλογία ηλικιωμένων.

Όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, οι επιστήμονες διακρίνουν : α) την γήρανση από την βάση της πυραμίδας των ηλικιών η οποία ορίζεται ως αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό που είναι αποτέλεσμα της μείωσης της γονιμότητας και ομολογώντας την ελάττωση της αναλογίας των παιδιών, β) τη γήρανση από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών που προέρχεται από την αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ως αποτέλεσμα της μείωσης της θνησιμότητας στις μεγάλες ηλικίες, άνω των 50 ετών, ενώ η θνησιμότητα των νέων μειώνεται βραδύτερα από εκείνη των ηλικιωμένων. Η παλιννόστηση και η είσοδος μεταναστών επιβραδύνουν το ρυθμό γήρανσης ενώ αντίθετα η αποδημία τον επιταχύνει. Σε τοπικό επίπεδο η γήρανση επιτυγχάνεται με την αναχώρηση νέων και την αύξηση του ποσοστού ηλικιωμένων ατόμων/συνταξιούχων.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του ΟΗΕ, όταν το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών μίας χώρας είναι άνω του 7%, χαρακτηρίζεται γηρασμένη. Η Ελλάδα, με ποσοστό 10,08% (Πίνακας 1) και προοπτικές για το άμεσο μέλλον, το 2030, να πλησιάζει το 25%, θεωρείται χώρα γερασμένου πληθυσμού.

Πίνακας 1

Ποσοστιαία Κατανομή %	1 9 8 1	1 9 9 1	2 0 0 1
Άρρενες	49,07	49,27	49,54
Θήλειες	50,93	50,73	50,45
0 – 14 ετών	23,69	19,25	15,20
15 – 64 ετών	63,58	67,06	67,71
65 ετών και άνω	12,73	13,69	17,08

ΠΗΓΗ : Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Της Ελλάδος.

Αίτια της δημογραφικής γήρανσης

Αρκετές επιστημονικές μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι η δημογραφική γήρανση κυρίως, είναι αποτέλεσμα των τάσεων της γονιμότητας, της θνησιμότητας και της αναπαραγωγής που συνέβη κατά το παρελθόν σε μια περίοδο 3-4 γενεών. Η σημαντικότητα του κάθε παράγοντα ποικίλει από χώρα σε χώρα και μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου σε κάθε χώρα.

Τα αίτια της δημογραφικής γήρανσης συζητήθηκαν πολύ και εκφράστηκαν διάφορες απόψεις γι'αυτά. Αρχικά κατά την δεκαετία του 50, δημογράφοι της Διεύθυνσης Δημογραφισμού του ΟΗΕ και ο Γάλλος δημογράφος A.Sauvy απέδειξαν πως η διαδικασία της γήρανσης είναι αποτέλεσμα της μείωσης της γονιμότητας. Η κοινή γνώμη και αρκετοί επιστήμονες ήταν αντίθετοι με αυτή την άποψη και θεωρούσαν πως η γήρανση του πληθυσμού ήταν αποτέλεσμα του περιορισμού ή της μείωσης της θνησιμότητας.

Όμως από τα μέσα της δεκαετίας του 70 οι περισσότεροι από τους ερευνητές θεωρούν ως αίτια τη μείωση της γονιμότητας και την παράταση της προσδοκώμενης ζωής με την αύξηση της μείωσης της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες ενώ ορισμένοι επιστήμονες αναφέρουν και το μέγεθος της γενεάς (Πουλοπούλου).

Υπογεννητικότητα

Η δημογραφική κατάσταση για την Ελλάδα συνεχίζει να είναι εφιαλτική εδώ και πολλά χρόνια. Το 1940 είχαμε 179.500 γεννήσεις και 93.830 θανάτους, το 1950 151.134 γεννήσεις και 53.755 θανάτους. Το 1960 η σχέση ήταν 157.239 προς 60.563, το 1970 ήταν

1.928 προς 74.009, το 1980 ήταν 148.134 προς 87.282, το 1990 ήταν 102.229 προς 152 και το 1996 100.718 προς 100.740, δηλαδή οι θάνατοι ξεπέρασαν τις γεννήσεις, ως συνέβη και το 1998 και 1999. (Πηγή : ΕΣΥΕ). Αλλά και το 2000 η Ελλάδα ήταν μία από τις 4 χώρες της Ε.Ε. (οι άλλες ήταν η Γερμανία, 1998 και 1999 η Ιταλία και η Σουηδία) στις οποίες σημειώθηκε φυσική μείωση, ενώ στις υπόλοιπες σημειώθηκε φυσική αύξηση (οι γεννήσεις ξεπέρασαν τους θανάτους). Η δραματική μείωση των γεννήσεων την τελευταία δεκαετία είχε ως συνέπεια, οι νέοι και οι νέες ηλικίας μέχρι 19 ετών από 2.910.000 (ποσοστό 33,4% του πληθυσμού) το 1967, να μειωθούν σε 2.420.000 (ποσοστό 23,1% του πληθυσμού) το 1997. Η Ακαδημία Αθηνών, αναφέρει πέντε ειδικούς στόχους απόλυτης προτεραιότητας προκειμένου να σταματήσει η πτώση των γεννήσεων : α) έντονη δημογραφική ενημέρωση χρησιμοποιώντας τα Μ.Μ.Ε. β) προτεραιότητα στο τρίτο παιδί, γ) ολοκληρωμένη προστασία της μητρότητας, δ) αναγνώριση της φορολογικής ισότητας μεταξύ παντρεμένων και ανύπαντρων ζευγαριών και την καθιέρωση ειδικού φορολογικού κλιμακωτού για τις οικογένειες που έχουν βρέφη και μικρά παιδιά, ε) την επιμελημένη φροντίδα των παιδιών.

Μείωση της θνησιμότητας

Κατά την Πουλοπούλου , η θνησιμότητα έχει μειωθεί περισσότερο στις νέες ομάδες ηλικιών με αποτέλεσμα να αντισταθμίσει τις επιπτώσεις από τη μείωση της γονιμότητας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ο πληθυσμός να ανανεωθεί μιας και επέζησαν νέοι άνδρες και γυναίκες οι οποίοι βρίσκονται σε ηλικία αναπαραγωγής. Η μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων αποτελεί έναν παράγοντα γήρανσης μιας και υπάρχει παράταση της προσδοκώμενης ζωής στις μεγάλες ηλικίες. Υπάρχει διαφωνία μεταξύ των επιστημόνων ως προς την ηλικία που επηρεάζει τη δημογραφική γήρανση. Ο Saunv υποστηρίζει ότι η μείωση θνησιμότητας ατόμων ηλικίας άνω των 30 ετών συντελεί στην γήρανση, ενώ κάτω των 30 ετών συμβάλλει στην πληθυσμιακή ανανέωση.

Μετανάστευση

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου , με την μετανάστευση νέων και την είσοδο ηλικιωμένων μεταναστών στον πληθυσμό μιας χώρας, επέρχεται γήρανση. Η μετανάστευση έχει ως αποτέλεσμα την γήρανση στις χώρες προέλευσης και την πληθυσμιακή ανανέωση στις χώρες υποδοχής των μεταναστών. Προκαλεί : α) γήρανση από τη μέση της πυραμίδας των ηλικιών μιας και φεύγουν οι νέοι και παραμένουν οι ηλικιωμένοι γεγονός που επιταχύνει το ρυθμό γήρανσης, β) γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών επειδή προσελκύονται οι αναπαραγωγικές ομάδες ηλικιών που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των γεννήσεων. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται «αλυσίδα γήρανσης».

Η παλιννόστηση ανανεώνει τον πληθυσμό των χωρών υποδοχής και συμβάλλει στη γήρανση των χωρών προέλευσης των παλιννοστούντων. Ο ρυθμός γήρανσης ενός

πληθυσμού μιας χώρας μειώνεται με την είσοδο μεταναστών. Όμως σύμφωνα με έρευνες έχουν γίνει, τα αποτελέσματά τους δεν ταυτίζονται ως προς το ρόλο της μετανάστευσης. ΞΕ με έκθεσή της αναφέρει πως η μετανάστευση ατόμων παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση ή μείωση του πληθυσμού αλλά δεν έχει αποτέλεσμα στην αντιστάθμιση των απώσεων της γήρανσης.

Ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξήθηκε -λόγω της μετανάστευσης- κατά πολύ περισσότερο απ' ό,τι η διαφορά των θανάτων από τις γεννήσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής του 2001 ο πληθυσμός της Ελλάδας ανέρχεται σε 10.964.020 άτομα, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 6,6% σε σύγκριση με τον πληθυσμό του 1991 (ΕΛΣΤΑ 2002).

Αν ληφθεί υπόψη ότι η φυσική αύξηση του πληθυσμού (γεννήσεις μείον θάνατοι) στο διάστημα της 20ετίας 1981-2000 ήταν, περίπου, 294.000, είναι σαφές ότι η υπόλοιπη αύξηση κατά περίπου 410.120 προήλθε από την καθαρή εισροή προσφύγων ομογενών και μεταναστών και λαθρομεταναστών και κύρια από την Αλβανία. Πιο συγκεκριμένα, τη δεκαετία 1981-1990 η φυσική αύξηση ήταν 272.000 και η καθαρή εισροή μεταναστών 138.000 (ποσοστό 33% της συνολικής αύξησης του πληθυσμού). Τη δεκαετία, όμως, του 1991-2000 η φυσική αύξηση ήταν μόνο 22.000 και η καθαρή εισροή μεταναστών 404.000 (ποσοστό 95% της συνολικής αύξησης του πληθυσμού).

Πίνακας 2

	Α Π Ο Γ Ρ Α Φ Ε Σ		
	1 9 8 1	1 9 9 1	2 0 0 1
Σύνολο Ελλάδος	9.739.589	10.259.900	10.964.020
Άρρενες	4.779.571	5.055.408	5.431.816
Γυναίκες	4.960.018	5.204.492	5.532.204
0 - 14 ετών	2.307.297	1.974.867	1.666.888
15 - 64 ετών	6.192.751	6.880.681	7.423.889
65 ετών και άνω	1.239.541	1.404.352	1.873.243

ΠΗΓΗ : Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Της Ελλάδος.

Εσωτερική μετανάστευση

Η Πουλοπούλου , αναφέρει «Η εσωτερική μετανάστευση (εκροή-εισροή πληθυσμών) σε περιοχή σε περιοχή και κατά κύριο λόγο από την ύπαιθρο στα αστικά κέντρα) έχει και πάλι όπως και η εξωτερική μετανάστευση δυσμενείς επιδράσεις στη γήρανση του πληθυσμού». Η αναχώρηση νέων ατόμων έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων. Αυτή η μετανάστευση των νέων προς τα αστικά κέντρα, η επιστροφή των συνταξιούχων στον τόπο που γεννήθηκαν προκαλεί γήρανση των αγροτικών περιοχών. Οι περιοχές οι οποίες υποδέχονται τους νέους, που είναι σε παραγωγική αλλά και επαγγελματική ηλικία, ανανεώνουν τον πληθυσμό τους.

Επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης

Οι επιπτώσεις από την δημογραφική γήρανση είναι οι παρακάτω :

- Αυξάνονται οι οικογένειες που έχουν ένα ή περισσότερα υπερήλικα μέλη.
- Επειδή αυξάνονται τα άτομα που έχουν ανάγκη από φροντίδα και περιορίζονται τα άτομα που την παρέχουν, οι οικογένειες δυσκολεύονται να αντεπεξέλθουν.
- Χώρες στις οποίες υπήρχε μεγάλη μεταπολεμική αύξηση των γεννήσεων όταν αυτές οι γενεές θα συμπληρώσουν το 65ο έτος της ηλικίας τους θα αυξηθεί ο αριθμός και η αναλογία των ηλικιωμένων ατόμων.
- Η μετανάστευση επηρεάζει τη διάρθρωση κατά ηλικίες του πληθυσμού και επιδρά στις στάσεις των μεταναστών. Οι νέοι άνθρωποι που μεταναστεύουν δεν μπορούν να παρέχουν φυσική υποστήριξη στους συγγενείς τους που έχουν ανάγκη. Ωστόσο πολλές φορές προσφέρουν οικονομική βοήθεια.
- Στην Ελλάδα οι μετανάστες που παλιννοστούν έχουν συχνά διαφορετική στάση απέναντι στους υπερήλικες συγγενείς τους : η παραμονή τους στο εξωτερικό επηρεάζει την αντίληψή τους σχετικά με το ρόλο τους στην κοινωνία και την υποστήριξη των ηλικιωμένων συγγενών και έχει ως αποτέλεσμα την ένταξη των ηλικιωμένων σε κάποιο ίδρυμα.
- Η εσωτερική μετανάστευση σε συνδυασμό με την εξωτερική έχει ως αποτέλεσμα την γήρανση και την ερήμωση πολλών περιοχών στις οποίες παραμένουν μόνο ηλικιωμένοι (Πουλοπούλου, 1999).

Β. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Πολλές επιστήμες έχουν διατυπώσει θεωρίες για την γήρανση των πληθυσμών. Παρακάτω θα αναφερθούν οι βιολογικές, οι δημογραφικές, οι κοινωνιολογικές και οι ψυχολογικές θεωρίες, σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999).

I Βιολογικές θεωρίες

Οι βιολογικές ή γενετικές θεωρίες των γηρατειών αναζητούν τα αίτια της αλλαγής των βιολογικών και φυσιολογικών χαρακτηριστικών των ανθρώπων με την πάροδο του χρόνου. Τα θέματα που εξετάζουν είναι εάν υπάρχει ή όχι φυσιολογική, μη παθολογική διαδικασία των γηρατειών, αν πρόκειται για μία παθολογική διαδικασία που συνεπάγεται απώλεια της ικανότητας και τελικά τον θάνατο του ανθρώπινου οργανισμού. Ακόμα και όταν η γήρανση θεωρείται ως φυσιολογική διαδικασία που συνδέεται με παράγοντες ατομικούς και περιβαλλοντικούς θεωρείται εκφυλιστική από βιολογική άποψη. Στο ηλικιωμένο άτομο παρατηρούνται αλλαγές στις βιολογικές λειτουργίες και σε άλλες. Μειώνεται η όραση και η ακοή με αποτέλεσμα να χάνει σταδιακά την επαφή του με το περιβάλλον καθώς και την ικανότητα του να ζει ανεξάρτητα. Επιπλέον παρουσιάζονται διάφορες μακροχρόνιες ασθένειες όπως οι καρδιοπάθειες και τα αρθρικά που μειώνουν την κινητική ικανότητα του ατόμου. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η δημιουργία άλλων προβλημάτων όπως της απομόνωσης και της κατάθλιψης.

Το 1963 ο Orgel πρότεινε ένα βιολογικό πρότυπο γήρανσης, το οποίο βασιζόταν σε μία ελάττωση της πιστότητας αντιγραφής του γενετικού μηνύματος κατά την σύνθεση των πρωτεϊνών. Αργότερα δέχθηκε την γενικότερη έννοια, σύμφωνα με την οποία υφίσταται ένα σκέλος θετικής ανατροφοδότησης κατά το οποίο φυσιολογικά «όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των λαθών που έχουν συσσωρευτεί στα μακρομοριακά στοιχεία του κυττάρου, τόσο επιταχύνεται η συσσώρευση και των άλλων λαθών». Γίνεται επίσης δεκτό ότι οι εξωκυττάριοι και οι ενδοκυττάριοι μηχανισμοί της γήρανσης είναι αλληλένδετοι, καθώς η λανθασμένη σύνθεση πρωτεϊνών πρέπει να επηρεάζει τα εξωκυττάρια συμβάντα. Ο Στρέλερ αποπειράθηκε να ορίσει με περισσότερη ακρίβεια την γήρανση διακρίνοντάς την από άλλες βιολογικές διαδικασίες. Αναφέρει 4 κριτήρια γήρανσης: την παγκοσμιότητα (η διαδικασία της γήρανσης συμβαίνει σε κάθε άτομο), την εσωτερικότητα (η διαδικασία

ρχίζει μέσα από τον οργανισμό και όχι από εξωτερικές συνέπειες του τρόπου ζωής), την προοδευτικότητα (η διαδικασία συμβαίνει βαθμιαία, με την πάροδο του χρόνου και οι επιπτώσεις είναι σωρευτικές) και τον εκφυλισμό (η διαδικασία πρέπει να έχει κλαβερές συνέπειες στο άτομο). Επομένως ορίζει την γήρανση ως επιβλαβή και αποκλείει από τον ορισμό της κάθε δυνατότητα να αναπτύξει το άτομο ικανότητες σε μερικές περιοχές ή να προσαρμόσει τις ικανότητες του στις νέες βιολογικές ή περιβαλλοντικές συνθήκες.

Η θεωρία της γήρανσης των ανθρωπίνων κυττάρων περιγράφει τις αλλαγές που μπορεί να συμβούν στα κύτταρα που γερνούν. Η γήρανση χαρακτηρίζεται από ακτεταμένη κυτταρική απορύθμιση και απώλεια της ολοκληρωμένης λειτουργίας τους.

Η θεωρία των ελεύθερων ριζών

Ελεύθερες ρίζες είναι οι χημικές ουσίες των οποίων η εξωτερική τροχιά ηλεκτρονίων περιέχει ένα ασύζευκτο ηλεκτρόνιο κι έτσι οι ουσίες είναι ιδιαίτερα δραστικές. Παράγονται ως ενδιάμεσα προϊόντα με εξαιρετικά μικρή ημιπερίοδο ζωής κατά τις φυσιολογικές μεταβολικές αντιδράσεις και συμμετέχουν στις αλλαγές που επιφέρει το γήρας με το να συνδέονται με ζωτικής σημασίας μόρια. Ο Harmann είναι ο κύριος υποστηρικτής αυτής της άποψης, την οποία στηρίζουν και μερικά πειραματικά δεδομένα. Οι ελεύθερες ρίζες είναι δυνατόν να προκαλέσουν βλάβη των πρωτεϊνών ή του DNA με βαθιές αλλοιώσεις και να οδηγήσουν σε αντίθετη σύνδεση ορισμένων σημαντικών μορίων. Προκαλούν την υπεροξειδωση των λιπαρών οξέων και επομένως επηρεάζουν ζωτικής σημασίας λειτουργίες της κυτταρικής μεμβράνης. Ουσίες οι οποίες αναστέλλουν την δραστηριότητα των ελευθέρων ριζών ονομάζονται αντιοξειδωτικές. Όταν οι αντιοξειδωτικές ουσίες χρησιμοποιούνται ως τροφή πειραματόζωων, αυξάνουν τη μακροβιότητα τους. Δεν είναι όμως γνωστό αν η παραγωγή ελευθέρων ριζών είναι η βασική αιτία των αλλαγών που προκαλούνται στα γηρατειά ή αν είναι ένα συνοδό φαινόμενο που μπορεί να διαταράξει τις αλλαγές που συνοδεύουν το γήρας και οι οποίες οφείλονται σε άλλες βασικότερες αιτίες.

Παρόλα αυτά όμως, οι βιολόγοι που διατυπώνουν τις θεωρίες δεν έχουν ακόμα συμφωνήσει για τον ορισμό της ανθρώπινης γήρανσης. Οι βιολογικές θεωρίες δεν λαμβάνουν υπόψη τον τρόπο με τον οποίο πολλά άτομα προσαρμόζονται σ' αυτές τις αλλαγές ούτε τις δυνατότητες για ανάπτυξη άλλων μη βιολογικών δυνατοτήτων. Οι βιολογικές θεωρίες έχουν καταλήξει σε μία αρνητική και επομένως «ρατσιστική» εικόνα των ηλικιωμένων και έχουν εν μέρει συμβάλλει στην άποψη ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν βάρος για την οικογένεια και την κοινωνία.

1. Δημογραφικές θεωρίες

Τρεις δημογραφικές θεωρίες έχουν διατυπωθεί: Η θεωρία του Sauvy, η θεωρία του κύκλου και η θεωρία του δημογραφικού μετασχηματισμού.

Αύξηση πληθυσμού ή γήρανση

Ο A.Sauvy αναφέρεται σε ένα δίλημμα που τίθεται σε όλες τις χώρες του κόσμου, χωρίς εξαίρεση « Αύξηση του πληθυσμού ή γήρανση;» που ισχύει σε τοπικό επίπεδο ή σε πληθυσμούς κάποιου μεγέθους. Όταν ο θάνατος υποχωρεί και η ζωή παρατείνεται, ο αριθμός των ηλικιωμένων σταδιακά θα αυξηθεί. Για να μη θιγεί ο πληθυσμός από την γήρανση θα έπρεπε να εκδηλωθεί η ίδια αύξηση σε όλες τις ηλικίες, γεγονός που θα έθετε σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Ο συγγραφέας παραδέχεται ότι μια κοινωνία πρέπει να μάθει να γερνάει, χωρίς να αυξάνεται και χωρίς να χάνει την ζωτικότητα της. Ο Paillat παραδέχεται ότι σε κάθε χώρα που παρατηρείται μακροχρόνια μείωση της γεννητικότητας θα επακολουθήσει γήρανση του πληθυσμού. Για να αποφύγει την γήρανση μια χώρα, θα πρέπει να αυξήσει την γεννητικότητα της ή να ευνοήσει την είσοδο αλλοδαπών. Σε τοπικό επίπεδο ή σε μικρούς πληθυσμούς, οι μεταναστεύσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν μια πιο έντονη γήρανση η οποία θα ενταθεί ακόμη περισσότερο από την κάθετη μείωση της γεννητικότητας, για παράδειγμα, η εγκατάλειψη των γονέων και των ηλικιωμένων αγροτών από τα νέα παιδιά τους με σκοπό την διαβίωσή τους στην πόλη.

Η θεωρία του κύκλου

Στην Ευρωπαϊκή Διάσκεψη Πληθυσμού του Στρασβούργου το 1982, διατυπώθηκαν δύο απόψεις. Η πρώτη υποστήριζε ότι η γονιμότητα θα επανέλθει χωρίς εξωτερικές επιδράσεις στο επίπεδο ή λίγο πιο πάνω από εκείνο που εξασφαλίζει την αντικατάσταση των γενεών, όπως έγινε από το 1955 ως το 1964. Η δεύτερη άποψη ισχυριζόταν ότι ο κύκλος των 4 τελευταίων δεκαετιών ήταν ένα εξαιρετικό γεγονός. Η ανάκαμψη της γονιμότητας μέχρι το 1964 ήταν αντίδραση στις απώλειες του παγκόσμιου πολέμου που ενισχύθηκε από την μεγάλη οικονομική άνοδο της δεκαετίας του 60. Στο μέλλον θα διατηρηθεί η χαμηλή γονιμότητα, κατώτερη του ορίου που εξασφαλίζει την αντικατάσταση των γενεών, εξαιτίας της εξέλιξης των ηθών, της διαφοροποίησης του θεσμού του γάμου, της αύξησης των διαζυγίων, της γενίκευσης της αντισύλληψης, της άμβλωσης και της στειρώσεως. Σύμφωνα με αυτή την ερμηνεία η προοπτική για την Ευρώπη είναι η γήρανση που θα συνοδεύεται από την μείωση του πληθυσμού.

Η θεωρία του δημογραφικού μετασχηματισμού

Δημογραφικός μετασχηματισμός σημαίνει, την αλλαγή της θνησιμότητας και της γονιμότητας από υψηλά σε χαμηλά επίπεδα. Κατά την διάρκεια αυτής της διαδικασίας τα χαμηλά ποσοστά πληθυσμιακής αύξησης αυξάνουν σημαντικά και κατόπιν μειώνονται πάλι. Τα υψηλά ποσοστά αύξησης στην ενδιάμεση ή μεταβατική φάση, προκαλούνται από ένα χάσμα που δημιουργείται όταν η μείωση της

θνησιμότητας προηγείται της μείωσης της γεννητικότητας. Υψηλά επίπεδα θνησιμότητας και γονιμότητας καταλήγουν σε νεανική διάρθρωση του πληθυσμού, δηλαδή υπάρχει μεγαλύτερη αναλογία παιδιών στον συνολικό πληθυσμό και χαμηλή τροσδοκώμενη ζωή. Ο μετασχηματισμός αρχίζει καθώς μειώνονται τα ποσοστά θνησιμότητας ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία, ενώ η γονιμότητα παραμένει υψηλή: η αναλογία των νέων αυξάνει και η διάμεση ηλικία του πληθυσμού μπορεί να μειωθεί. Όταν η γονιμότητα αρχίζει να ελαττώνεται το νεανικό τμήμα του πληθυσμού συρρικνώνεται και ο πληθυσμός γερνάει από την βάση της πυραμίδας των ηλικιών. Γελικά καθώς οι μειώσεις της θνησιμότητας επεκτείνονται σε όλες τις ηλικίες και ιδιαίτερα τις γεροντικές, ο πληθυσμός γερνάει από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών, με άλλα λόγια αυξάνει σε μέγεθος ο γεροντικός πληθυσμός.

Παρόλα αυτά όμως, η θεωρία του δημογραφικού μετασχηματισμού έχει αποτελέσει αντικείμενο κριτικής, ιδιαίτερα για την δυνατότητα εφαρμογής της στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Οι διαφορές ανάμεσα στον τωρινό τρίτο κόσμο και στον αναπτυγμένο του παρελθόντος αντικατοπτρίζονται στις διαφορές στην αναλογία των ηλικιωμένων. Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι ακόμα και στις αναπτυγμένες χώρες της Ασίας και της Λ. Αμερικής έχουν σήμερα χαμηλότερες αναλογίες ηλικιωμένων από εκείνες που είχαν πριν από 100 χρόνια οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και οι Ευρωπαϊκές χώρες. Παρά αυτές τις αδυναμίες η θεωρία του δημογραφικού μετασχηματισμού παραμένει το καλύτερο διαθέσιμο μοντέλο δημογραφικής αλλαγής σε σχέση με αλλαγές σε άλλους τομείς.

3. Κοινωνιολογικές θεωρίες

Η Πουλοπούλου αναφέρει ότι οι κοινωνιολόγοι μελετούν πως η γήρανση του πληθυσμού και των ανθρώπων διαμορφώνονται από την τεχνολογία και τους τρόπους παραγωγής, από την συνεχώς μεταβαλλόμενη σχέση ανθρώπου-περιβάλλοντος και από το είδος του πολιτισμού. Ασχολούνται με τις επιπτώσεις των κοινωνικών δομών και την επιρροή τους στην κατανομή των υλικών και πολιτισμικών αγαθών και πόρων, ανάμεσα στις ομάδες ηλικιών και τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές υπο-ομάδες των διάφορων ομάδων ηλικιών. Οι κοινωνικοί επιστήμονες συχνά ασχολούνται με τον κοινωνικό ρόλο και την θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία. Οι κοινωνιολογικές θεωρίες σχετικά με την γήρανση και τους ηλικιωμένους επηρεάζονται από την δομή της κοινωνίας και τις κοινωνικές αλλαγές. Υπογραμμίζουν ότι δεν συμβαίνει καμία απότομη φθορά στη σωματική ή ψυχολογική λειτουργία του ατόμου που πλησιάζει τα 65 χρόνια και ότι η επιλογή της χρονολογικής ηλικίας ως σταθμό στην ζωή του ατόμου δεν τεκμηριώνεται με έρευνες και κλινικές παρατηρήσεις. Δίνουν έμφαση στις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα στον ρυθμό και το είδος των αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία.

Η θεωρία της διαδικασίας της αποδέσμευσης ή αποσύνδεσης

Οι πρώτοι που παρουσίασαν την θεωρία της αποδέσμευσης E.Cumming και W.Henry, ισχυρίστηκαν ότι οι ηλικιωμένοι βαθμιαία αποσύρονται από την κοινωνική ζωή και εγκαταλείπουν τους κοινωνικούς ρόλους καθώς προετοιμάζονται για τον θάνατο και ότι αυτή η διαδικασία έχει πλεονεκτήματα και για τους ηλικιωμένους και για το κοινωνικό σύνολο. Η μετάβαση από την ενήλικη φάση της ζωής στα γηρατειά οδηγεί σε μία φυσική απόσυρση από δραστηριότητες και υποχρεώσεις που παλαιότερα συνέδεαν τόσο στενά το άτομο με την κοινωνία, που είναι έτοιμοι να χαλαρώσουν ταυτόχρονα τους δεσμούς τους. Όταν η αμοιβαία αποδέσμευση καθιερωθεί σε ικανοποιητικό βαθμό, το ηλικιωμένο άτομο και η κοινωνία του αναπτύσσουν μια νέα ισορροπία. Εξακολουθούν να είναι σημαντικοί ο ένας για τον άλλο χωρίς όμως η σχέση τους να παραμένει ίδια με παλαιότερα. Όταν η διαδικασία της αποσύνδεσης προχωρεί ομαλά, το ηλικιωμένο άτομο έχει το χρόνο να αναπτύξει δραστηριότητες και ενδιαφέροντα που βρισκόταν σε δεύτερη μοίρα κατά την εποχή που η διαδικασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης σημείωνε μεγάλη ακμή. Οι ασθένειες και οι αλλαγές στην ζωή των ηλικιωμένων, οδηγούν συνήθως σε ακραίες καταστάσεις αποδέσμευσης, με τον θάνατο σαν τελική αναχώρηση. Η κοινωνία εν τω μεταξύ έχει αρκετό χρόνο στην διάθεσή της να διδάξει στα νέα μέλη της τα πολύπλοκα θέματα των αμοιβαίων υποχρεώσεων και να προετοιμαστεί για την οριστική αναχώρηση των παλαιότερων γενεών της. Η θεωρία επίσης προσπαθεί να εξηγήσει τα αίτια των διαφορών της διαδικασίας της αποδέσμευσης ανάμεσα στα δυο φύλα. Στον άνδρα η διαδικασία της συνταξιοδότησης διαχωρίζει τα όρια μεταξύ της δέσμευσης και της αποδέσμευσης. Κατά την κρίσιμη αυτή περίοδο της ζωής τους, οι άνδρες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην δημιουργία σχέσεων σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι οποίες περνούν διαδοχικά από τον ρόλο της κόρης σ' αυτόν της μητέρας και της γιαγιάς και εναλλάσσονται στον ρόλο να δέχονται και να δίνουν βοήθεια, πάντα όμως μέσα σ' ένα κλειστό δίκτυο αμοιβαίων σχέσεων. Ο άνδρας αντιμετωπίζει συνήθως την ρήξη με τον προηγούμενο τρόπο ζωής του, όταν σε κάποια ηλικία παραιτείται ή τον αναγκάζουν να εγκαταλείψει την δουλειά του. Ο άνδρας θεωρείται εκείνος που επενδύει ένα μεγάλο μέρος του συστήματος αξιών του στην ικανότητα του να ζει την οικογένεια του και ν' αντεπεξέρχεται στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις. Η γυναίκα κατά την γήρανσή της δεν χάνει την απασχόλησή της, σε αντίθεση με τον άνδρα που κάποια στιγμή φτάνει σε αδιέξοδο, μη έχοντας αρκετές ικανότητες να χειριστεί τις διαπροσωπικές του σχέσεις και μη έχοντας επαγγελματική ενασχόληση. Η γυναίκα ωστόσο είναι περισσότερο ευάλωτη και κυρίως όταν βρίσκεται αντιμέτωπη με τον θάνατο του συζύγου της, ο οποίος μπορεί ταυτόχρονα να της στερήσει την κοινωνική της θέση.

Αρχικά, η ανάπτυξη της θεωρίας της αποσύνδεσης υποστήριζε ότι οι ηλικιωμένοι απομακρύνονται από την κοινωνία με την θέλησή τους, για να αφοσιωθούν στον εαυτό τους, κόβοντας έτσι προηγούμενους συναισθηματικούς δεσμούς με το περιβάλλον του. Γρήγορα όμως αποδείχθηκε ότι τις συνθήκες αποδέσμευσης προκαλεί η κοινωνία με την συνταξιοδότηση και άλλες απομονωτικές ενέργειες, τις οποίες αποδέχεται ο ηλικιωμένος ανάλογα με την σωματική και πνευματική του κατάσταση. Όταν το άτομο

έχει μία καλή υγεία δεν παρουσιάζει αποσύνδεση. Όταν όμως αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα υγείας, το ενδιαφέρον του περιορίζεται στον εαυτό του και όχι στο περιβάλλον του.

Οι επιστήμονες εκφράζουν διαφορετικές απόψεις για την θεωρία της αποδέσμευσης. Σύμφωνα με την B.Hugues, η θεωρία αυτή είναι η πιο γνωστή που προσπάθησε να ταυτίσει τα χαρακτηριστικά του ατόμου με τα επιτυχημένα γηρατειά. Η κοινωνική δομή θεωρείται ως δεδομένη και εξετάζονται μόνο οι προσαρμογές του ατόμου σ' αυτή την διάρθρωση. Τα επιτυχημένα γηρατειά ορίζονται ως η συμφωνημένη και ήσυχη αποδοχή της κοινωνικής αποχώρησης με χαρακτηριστικά την ποιότητα ζωής που την ακολουθεί.

Άλλοι επιστήμονες δεν συμφωνούν με το ότι το ηλικιωμένο άτομο έχει την τάση να αποσύρεται από τον πυρήνα της κοινωνικής ζωής αλλά υποστηρίζουν ότι η ίδια η κοινωνία τον ωθεί σ' αυτό. Δεν θεωρούν την αποδέσμευση φυσιολογική διαδικασία αλλά ως λύση που χρησιμοποιεί η κοινωνία σε πολλά οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά προβλήματα. Γενικότερα οι θεωρίες της αποδέσμευσης θεωρούνται σήμερα ξεπερασμένες και έχουν αντικατασταθεί από τις θεωρίες της δραστηριότητας.

Οι θεωρίες της δραστηριότητας

Όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, οι θεωρίες της δραστηριότητας δείχνουν την σημασία των κοινωνικών και οικογενειακών ρόλων και δεσμών στα γηρατειά. Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι το δραστήριο και το δεσμευμένο άτομο διατηρεί ψηλότερα το ηθικό του από εκείνο που ζει κοινωνικά απομονωμένο. Οι κοινωνιολόγοι από την δεκαετία του 1960 αποδεικνύουν την σημασία της διατήρησης των κοινωνικών ρόλων και σχέσεων των ηλικιωμένων και της υποκατάστασης από νέους ρόλους και σχέσεις εκείνων που χάθηκαν. Οι σημαντικοί ρόλοι, οι δραστηριότητες είναι εξίσου σημαντικές για την ικανοποίηση της ζωής κατά την γήρανση, όπως και στις νεότερες ηλικίες. Έρευνες στην Βρετανία και την Σουηδία έδειξαν ότι η εισαγωγή δραστηριοτήτων σε αδύνατα και σε οίκους ευγηρίας είχαν αποτέλεσμα την αύξηση της ευημερίας και ικανοποίησης της ζωής, την βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης και την μείωση της θνησιμότητας.

Σε αντίθεση με την θεωρία της αποδέσμευσης, η θεωρία της δραστηριότητας δεν παραδέχεται ότι τα γηρατειά αποτελούν μία ποιοτικά διαφορετική περίοδο της ζωής και δεν σχολιάζει τις κοινωνικές συνθήκες που οδηγούν στην αποδέσμευση και στον περιορισμό των δραστηριοτήτων.

Η θεωρία του ατομικού ζωτικού χώρου

Ο K.Lewin διατύπωσε την έννοια του «ατομικού ζωτικού χώρου» και των μεταβολών του στη διαδρομή της ζωής του ανθρώπου. Μετά την μέση ηλικία ο ατομικός ζωτικός χώρος περιορίζεται προοδευτικά σε σχέση με ένα συνεχές φάσμα διαδοχικών απωλειών, οι οποίες περιορίζουν την επικοινωνία του ατόμου με το

επιβάλλον του, όπως είναι η συνταξιοδότηση, ο θάνατος στενού συγγενή, η σημαντική ασθένεια και ο περιορισμός της κινητικότητας. Αναπόφευκτες προσωπικές απώλειες στις μεγάλες ηλικίες είναι: Στα 50-65, η αναχώρηση των παιδιών, η προετοιμασία αποχώρησης από την εργασία. Στα 65-75, η συνταξιοδότηση, οι οικονομικές δυσχέρειες, ο θάνατος του ενός συζύγου ή άλλων προσφιλών προσώπων, η μείωση της ακοής, της όρασης και της δύναμής του. Στα 75-85, η γενικότερη μείωση των αισθητηρίων, της δύναμης, της κινητικότητας και της υγείας. Στα 80 και άνω, οι σημαντικές νόσοι, η απώλεια ανεξαρτησίας κινήσεων. Στην ζωή της γυναίκας εμφανίζονται συχνότερα σημαντικές προσωπικές απώλειες, όπως η συνταξιοδότηση του συζύγου ή η δική της, η χηρεία της και η κινητική της καθήλωση. Οι περισσότερες από τις μεταβολές αυτές εμφανίζονται σε περιόδους που η σωματική και πνευματική κατάσταση της γυναίκας διατηρούνται ακέρατες, ώστε οι τρεις αυτές απώλειες να αποτελούν ένα είδος « χαριστικής βολής» στην ψυχική της υγεία. Αυτά ερμηνεύουν την συχνότερη εμφάνιση καταθλίψεων στις γυναίκες.

Οι θεωρίες του εκσυγχρονισμού

Οι θεωρίες αυτές υποστηρίζουν ότι παρόλο που η θέση των ηλικιωμένων στις παραδοσιακές κοινωνίες είναι υψηλή, με τον εκσυγχρονισμό, με τις γρήγορες κοινωνικές αλλαγές στις βιομηχανικές και τις μεταβιομηχανικές-τεχνολογικές κοινωνίες, υποβαθμίζεται. Στις πρωτόγονες κοινωνίες οι οικογένειες έπρεπε να μεταναστεύουν από το ένα μέρος στο άλλο με σκοπό την αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και εγκατέλειπαν τα ηλικιωμένα μέλη της. Στις αγροτικές κοινωνίες όμως, όπου ήταν δυνατή η ανάπτυξη της καλλιέργειας, οι οικογένειες μοιραζόταν τα τρόφιμα με τους ηλικιωμένους. Στις αγροτικές κοινωνίες επίσης, η οικογενειακή περιουσία βαθμιαία πέρασε στα χέρια των ηλικιωμένων, που την σύθμιζαν και την διαχειριζόταν και είχαν μεγάλη επιρροή στην κοινωνία. Αντίθετα στις βιομηχανικές κοινωνίες τα γηρατειά προκαλούν την υποβάθμιση και όχι την βελτίωση της κοινωνικής θέσης του ατόμου. Ο Burges το 1960, εξετάζοντας τις ιστορικές αλλαγές στις δυτικές κοινωνίες ισχυρίστηκε ότι η εκβιομηχάνιση οδήγησε στην χειροτέρευση της κοινωνικής θέσης των ηλικιωμένων, υπονομεύοντας την οικονομική βάση της εκτεταμένης οικογένειας. Οι Cowgill και Holmes συνέλεξαν τα δημογραφικά και ανθρωπολογικά στοιχεία για να υποστηρίξουν την υπόθεση ότι ο εκσυγχρονισμός έχει την τάση να υποβαθμίζει την σχετική θέση των ηλικιωμένων και να υπονομεύει την ασφάλειά τους μέσα στο κοινωνικό σύστημα: η θέση των ηλικιωμένων είναι ισχυρή σε προβιομηχανικές κοινωνίες με μικρό αριθμό ατόμων μεγάλης ηλικίας και υποβαθμίζεται στις σύγχρονες κοινωνίες, όπου ο αριθμός τους αυξάνει. Οι αλλαγές στην τεχνολογία και ο περιορισμός της εκτεταμένης οικογένειας θεωρούνται σημαντικά στοιχεία στην υποβάθμιση της θέσης των ηλικιωμένων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην σχέση ανάμεσα στο γενικό ήθος της κοινωνίας και τον τρόπο με τον οποίο μεταχειρίζεται τους ηλικιωμένους. Ο Palmore και οι συνεργάτες του διερεύνησαν τις σχέσεις της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης των ηλικιωμένων και του βαθμού του εκσυγχρονισμού χρησιμοποιώντας στατιστικά στοιχεία από 31 χώρες. Οι ηλικιωμένοι κατά τα πρώτα στάδια της εκβιομηχάνισης υποφέρουν αλλά βελτιώνουν την θέση τους

τις εξελιγμένες κοινωνίες. Επίσης έδειξαν ότι η αλλαγή από την γεωργία στην βιομηχανία και η καλύτερη εκπαίδευση των νέων αποτέλεσαν τις βασικές μεταβλητές που συνδέονταν με την υποβάθμιση της κοινωνικής θέσης και του γόητρου των ηλικιωμένων. Το βιοτικό τους επίπεδο μπορεί να μειωθεί ή να μην βελτιωθεί αλλά παίζουν μικρότερο ρόλο στο σύστημα παραγωγής και αφαιρούν πόρους από την κοινωνία αντί να προσθέτουν στην παραγωγή της. Η αναλογία των ηλικιωμένων αυξάνει ως αποτέλεσμα των προόδων της ιατρικής και της υγιεινής που συμβάλλουν σε σημαντικότερα ποσοστά θνησιμότητας και μεγαλύτερη διάρκεια ζωής. Κάτω από αυτές τις συνθήκες η κοινωνική θέση των ηλικιωμένων αλλάζει καθώς η κοινωνία δίνει προτεραιότητα στους νεότερους εργαζόμενους που διαθέτουν τις αναγκαίες ειδικότητες που απαιτούνται στην τεχνολογικά προοδευμένη κοινωνία. Ο Philipson αποδίδει την σημαντική κοινωνική θέση των ηλικιωμένων στον σύγχρονο βιομηχανικό καπιταλισμό. Ο Laslett απορρίπτει την θεωρία του εκσυγχρονισμού και προτείνει μια εναλλακτική θεωρία : Οι ηλικιωμένοι στις παραδοσιακές κοινωνίες είχαν σεβαστή θέση, την οποία έχασαν στις σύγχρονες κοινωνίες. Για την στήριξη των απόψεων του παρουσιάζει ιστορικά στοιχεία για την εξέλιξη της κοινωνίας και της θέσης των ηλικιωμένων στην Μ. Βρετανία και άλλες χώρες, που περιλαμβάνουν πληροφορίες για την προσδοκώμενη ζωή και την αναλογία των ηλικιωμένων, την αναλογία των φύλων, την οικογενειακή κατάσταση και την θέση τους στο νοικοκυριό.

Παρόλα αυτά, η θεωρία του εκσυγχρονισμού θεωρείται απλοϊκή στην παρουσίαση της ζωής στις λιγότερο αναπτυγμένες κοινωνίες. Αδυναμία της θεωρίας του εκσυγχρονισμού θεωρείται επίσης και το γεγονός ότι σε όλες τις κοινωνίες ορισμένοι ηλικιωμένοι εξακολουθούν να έχουν ενεργό ρόλο ως πολιτικοί, δικαστικοί και δημοτικοί ηγέτες. Άλλη σημαντική αδυναμία είναι η υποτιθέμενη ομοιογένεια των ηλικιωμένων που συνεπάγεται η υπόθεση του εκσυγχρονισμού.

Η θεωρία της ανταλλαγής

Ο Dowd επανεξετάζει την πρόταση ότι οι ηλικιωμένοι χάνουν γόητρο με τον κοινωνικό εκσυγχρονισμό και προτείνει την θεωρία της ανταλλαγής : με την βαθμιαία γήρανση υποβαθμίζεται η θέση των ηλικιωμένων στις αναπτυγμένες χώρες. Τον 18^ο αιώνα οι ηλικιωμένοι εθεωρούντο αξιοσέβαστοι και σπουδαίοι ενώ σήμερα δεν έχουν αυτό το γόητρο. Ενώ οι υλικές συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων βελτιώθηκαν σημαντικά ορισμένοι παράγοντες στράφηκαν εναντίον τους. Οι κοινωνικοί δεσμοί που συνέδεαν τους πολίτες στις προγενέστερες περιόδους βαθμιαία εξαφανίστηκαν ή περιορίστηκαν με τον μετασχηματισμό της οικονομίας. Τον 20^ο αιώνα το κεντρικό στοιχείο στην περιγραφή του είδους των σχέσεων μεταξύ των γενεών στις δυτικές κοινωνίες είναι η κατοχή πόρων δύναμης σε συνδυασμό με τα ισχύοντα ποσοστά ανταλλαγής. Για παράδειγμα στις βιομηχανικές κοινωνίες όπως οι ΗΠΑ, η υποβάθμιση της δύναμης των ηλικιωμένων προκαλεί περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις από θετικές οι οποίες προέρχονται από την αρχαιότητα και την εμπειρία. Ο διαφορετικός καταμερισμός των πόρων ανάμεσα στα διάφορα κοινωνικά στρώματα καθιερώνει ένα ποσοστό ανταλλαγής σχετικό με την ηλικία για μία συγκεκριμένη περίοδο. Το ποσοστό

ευνοεί τους ηλικιωμένους στις αγροτικές κοινωνίες διότι έχουν τον έλεγχο της γης και δεν ευνοεί τους υπερήλικες στις βιομηχανικές κοινωνίες γιατί αποκλείονται από τις αγορές εργασίας, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι στις σύγχρονες κοινωνίες να έχουν μεγαλύτερο κόστος για να επιτύχουν συγκρίσιμα επίπεδα γοήτρου και πλεονεκτημάτων σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους στις παραδοσιακές κοινωνίες. Ωστόσο ο μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων στην σημερινή εποχή καθιστά απίθανο τον αποκλεισμό τους από την πολιτική. Οι ηλικιωμένοι σε όλους τους πολιτισμούς είναι πολύ πιθανό να έχουν μη υλική δύναμη και πόρους. Θα ήταν όμως λάθος να υποτεθεί ότι τα γηρατειά συνεπάγονται πάντοτε απώλεια δύναμης. Μία απώλεια οικονομικών πόρων μπορεί να αντισταθμιστεί από κέρδος σε μη υλική δύναμη. Τα γηρατειά στον σύγχρονο κόσμο σημαίνουν για τον άνθρωπο που γερνάει νέες εμπειρίες. Η θέση του στις σύγχρονες κοινωνίες και ιδιαίτερα στην σύγχρονη καπιταλιστική κοινωνία υπάρχει το ενδεχόμενο να υποβαθμιστεί εξαιτίας της μείωσης των πόρων που συνοδεύει την πορεία προς τα γηρατειά. Γι' αυτό τον λόγο, οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται όλο και περισσότερο να επιτύχουν ευνοϊκά ή ακόμα και ισότιμα ποσοστά ανταλλαγής όταν διαπραγματεύονται με άτομα που δεν είναι ακόμα ηλικιωμένοι.

Οι θεωρίες για τους φροντιστές των ηλικιωμένων

Για πολλά χρόνια επικρατούσε η εντύπωση ότι την φροντίδα των ηλικιωμένων έχει αναλάβει η οικογένεια και κυρίως οι κόρες. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 εμφανίστηκε η θεωρητική προσέγγιση για την φροντίδα που παρέχεται από ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας, η οποία στρέφεται γύρω από δύο άξονες. Ο πρώτος αφορά τον προβληματισμό για την αποιδρυματοποίηση και επανένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες, ηλικιωμένων και μη, στην κοινότητα. Ο παραπάνω προβληματισμός αφορά την μείωση των κοινωνικών δαπανών. Ο δεύτερος άξονας αφορά την φεμινιστική πρακτική για το τι σημαίνει φροντίδα στην κοινότητα στην πραγματικότητα με κεντρικό άξονα τις αρνητικές επιπτώσεις που φαίνεται να έχει η ταυτοποίηση της έννοιας της φροντίδας στην κοινότητα με αυτή της οικογένειας, τόσο για τις γυναίκες ως βασικούς φορείς φροντίδας όσο και για τα άτομα που δέχονται την φροντίδα. Η Graham υποστηρίζει ότι αντίθετα με τα άλλα εξαρτημένα μέλη της οικογένειας οι γυναίκες είναι οικονομικά εξαρτημένες επειδή παρέχουν φροντίδα. Άλλοι συγγραφείς θεωρούν ότι οι γυναίκες βλέπουν τον ρόλο τους ως φορείς φροντίδας σαν φυσικό τους χρέος, ενώ οι Land και Rose μιλούν για «υποχρεωτικό αλτρουισμό».

4. Ψυχολογικές θεωρίες

Οι ψυχολογικές θεωρίες δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην κάμψη της ψυχολογικής ευημερίας και της ικανότητας προσαρμογής καθώς οι ηλικιωμένοι εισέρχονται στην τελευταία φάση της ζωής, σύμφωνα με την Πουλοπούλου. Η ψυχολογία δημιούργησε έναν καινούργιο ειδικό κλάδο που ασχολείται αποκλειστικά με τους ηλικιωμένους και τα προβλήματά τους, την «ψυχολογία του γήρατος ή του

ηλικιωμένου». Η ψυχολογία υπογραμμίζει κυρίως τις μεταβολές του κεντρικού νευρικού συστήματος που έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση της ικανότητας της αντίληψης, την άμβλυνση των αισθήσεων και την μείωση της ικανότητας για την σωστή χρήση πληροφοριών. Αρχικά η ψυχολογία των ηλικιωμένων έδινε έμφαση στην ευημερία και την ικανότητα προσαρμογής.

Η θεωρία της σωματικής σύστασης

Ορισμένοι συγγραφείς τονίζουν την σχέση μεταξύ των ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων. Η φυσική κατασκευή και τα διάφορα φυσιολογικά και βιοχημικά χαρακτηριστικά του σώματος είναι βασικοί παράγοντες της συμπεριφοράς. Η συνεχής φθορά του σώματος και των οργάνων του, που οδηγεί μοιραία στα γηρατειά έχει επιπτώσεις στην συμπεριφορά του ανθρώπου. Με βάση αυτή την διαπίστωση μπορεί να εξηγηθούν οι διαφορές της συμπεριφοράς μεταξύ νέων και ηλικιωμένων.

Η ψυχαναλυτική άποψη

Για πολλές δεκαετίες επικρατούσε η άποψη του Φρόντ ότι οι ηλικιωμένοι έχουν χαρακτήρες και προσωπικότητες που είναι αυστηρά συγκροτημένες και δεν είναι επιδεκτικές εξέλιξης και αλλαγής. Κατά την ψυχαναλυτική άποψη που βασίζεται στην θεωρία του Φρόντ, με την έναρξη των γηρατειών αρχίζουν να αυξάνονται οι ενστικτώδεις ωθήσεις και να μειώνεται η δύναμη του εγώ να τους επιβληθεί. Αυτές οι μεταβολές γίνονται ιδιαίτερα αισθητές με τις επιδράσεις διαφόρων περιβαλλοντικών μεταβλητών, όπως είναι οι αλλαγές στην ζωή του ατόμου λόγω συνταξιοδότησης, θανάτου προσφιλών προσώπων, μείωσης των διαφόρων ικανοτήτων του. Στις μεταβλητές αυτές τα ηλικιωμένα άτομα αντιδρούν με αύξηση των φόβων τους, με ακαμψία, δογματισμό και συντηρητικότητα στις απόψεις τους, επειδή τα εγώ δεν μπορεί κανείς να τα ελέγξει. Άλλοτε οι ηλικιωμένοι αρχίζουν να μην δίνουν σημασία σε διάφορα εξωτερικά γεγονότα και να γίνονται πιο εσωστρεφείς και να ενδιαφέρονται περισσότερο για τα προσωπικά τους προβλήματα. Ο Jung υποστηρίζει ότι η πορεία προς τα γηρατειά είναι εξελικτική και συχνά συνοδεύεται από θετικές αλλαγές της προσωπικότητας του ατόμου. Ο Χάμιλτον διέκρινε 4 μεταβατικές περιόδους στη ζωή του ανθρώπου: α) το τέλος της βρεφικής ηλικίας, β) το τέλος της παιδικής και η αρχή της εφηβικής ηλικίας, γ) την μετάβαση από την εφηβεία στην ωριμότητα και δ) η μετάβαση από την ωριμότητα στο γήρας. Την περίοδο αυτή χαρακτήρισε σαν μία παλινδρόμηση της προσωπικότητας στα δύο πρώτα στάδια της ανάπτυξης. Αυτή η παλινδρόμηση της προσωπικότητας οφείλεται κυρίως στην εξασθένηση του εγώ, του οποίου η ικανότητα να εξαλείφει διάφορα αντιβιολογικά και αντικοινωνικά ένστικτα μειώνεται με την πάροδο του χρόνου.

Η άποψη της ατομικής ψυχολογίας

Υπάρχουν και ορισμένες ψυχολογικές θεωρίες της προσωπικότητας που έχουν σαν πυρήνα τους τον εαυτό του ατόμου και την ταυτότητα του. Κατά την θεωρία του Άντλερ και τις συγγενείς με αυτές τις θεωρίες, τα γηρατειά χαρακτηρίζονται συχνά από το αίσθημα της κατωτερότητας που απορρέει από παράγοντες όπως είναι η διάλυση της

οικογένειας, οι οικονομικές δυσχέρειες λόγω μείωσης αποδοχών, η διανοητική και ρυθμική τους ανεπάρκεια. Ο Έρικσον μιλώντας για τα 8 στάδια της ζωής του ανθρώπου ρτάνει στο τελευταίο στάδιο το οποίο ονομάζει στάδιο της καταξίωσης ή της απόγνωσης που μπορεί να χαρακτηρίζεται από ενσωμάτωση ή απόγνωση. Το ηλικιωμένο άτομο που αναπολώντας την ζωή του διαπιστώνει ότι ενήργησε σωστά και ημείωσε επιτυχίες, έχει το συναίσθημα της προσωπικής αξίας και καταξίωσης. Η απόγνωση εκφράζει το συναίσθημα ότι ο χρόνος τώρα μειώθηκε πολύ ώστε να μην μπορεί κανείς να ξαναρχίσει την ζωή του σε διαφορετικές βάσεις, πιο σωστές, που πιθανόν να οδηγούσαν στην καταξίωση. Δείχνει την απογοήτευση του ατόμου που έζησε μία ζωή με σειρά αποτυχιών και εσφαλμένων εκτιμήσεων. Η θεωρία του Έρικσον συνεπάγεται μία ζωή με παιδική ηλικία σε οικογένεια δύο γονέων, εφηβεία, γάμο, απόκτηση παιδιών. Αντανακλά τις δυτικό-ευρωπαϊκές αξίες του πως θα έπρεπε να είναι μία φυσιολογική ζωή και παραγνωρίζει ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στους ανθρώπους και ότι η δυνατότητα για διαφορετικότητα αυξάνεται καθώς οι άνθρωποι προχωρούν προς τα γηρατειά. Ο Έρικσον και οι συνεργάτες του δεν αναφέρονται στις επιπτώσεις παραγόντων όπως είναι το φύλο, η φυλή, η κοινωνική τάξη και η αναπηρία.

Ψυχοκοινωνική θεωρία του γήρατος ή θεωρία της συνέχισης

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, τα άτομα των οποίων ο τρόπος ζωής δεν άλλαξε και που συνεχίζουν τις προηγούμενες δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά τους, θα έχουν τις περισσότερες ικανοποιήσεις και την καλύτερη προσαρμογή στα γηρατειά.

5. Παράγοντες γήρανσης

Σύμφωνα με τον Τζημουράκα (1985) πολλοί ερευνητές κατά καιρούς έχουν ασχοληθεί με τα αίτια του γήρατος δίνοντας γι'αυτά ο καθένας την δική του θεωρία. Με την πάροδο του χρόνου όμως αποδείχθηκε ότι καμιά από αυτές τις θεωρίες και απόψεις δεν είναι σήμερα ικανή να δώσει επαρκή εξήγηση της γένεσης των γηρατειών. Για λόγους καθαρά ιστορικής αξίας και εκπαίδευσης, ο συγγραφέας παρακάτω αναφέρει τις σημαντικότερες. :

Η θεωρία της ελάττωσης των οξειδωτικών επεξεργασιών του οργανισμού

Έχει διαπιστωθεί ότι με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται μείωση της ποσότητας των θερμίδων που καταναλίσκονται ανάλογα με το βάρος και την επιφάνεια του σώματος. Αυτό διαπιστώνεται εύκολα με το βασικό μεταβολισμό και άλλους τρόπους που μπορούμε να μετρήσουμε την κατανάλωση θερμίδων, οφείλεται δε στην ελάττωση των οξειδωτικών επεξεργασιών του οργανισμού των γερόντων. Οι παρατηρήσεις αυτές εξηγούν την βαθμιαία εξάντληση της ζωικής ενέργειας που θεωρείται η αιτία του γήρατος.

Η θεωρία της ουσίας της ζωής – Η θεωρία του LOEB

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννησή του έχει μέσα του μια ποσότητα ουσίας άγνωστης ακόμα που σιγά-σιγά με την πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την ανταλλαγή της ύλης. Όταν τελικά η ουσία αυτή εξαντλείται το άτομο γηράσκει και τέλος πεθαίνει. Αναφέρει χαρακτηριστικά ότι άτομα που ζουν σε θερμό περιβάλλον ζουν λιγότερο από άτομα που ζουν σε ψυχρό. Αυτό είναι σύμφωνο με τον νόμο του χημικού δυναμικού.

Η θεωρία του CARREL

Ο ερευνητής αυτός καλλιεργώντας τεμάχια ανθρώπινων ιστών μέσα σε θρεπτικό υγρό που αποτελούνταν από πλάσμα νέου ανθρώπου και ανανεώνοντάς τα συνεχώς, απέδειξε ότι μπορούσαν τα τεμάχια αυτά να ζήσουν για πολύ μακρό διάστημα. Το φαινόμενο της διατήρησης των τεμαχίων των ιστών με τον τρόπο αυτό, εξηγείται από το γεγονός της συνεχούς απομάκρυνσης των προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης. Διαπιστώθηκε ακόμα ότι τα τεμάχια αυτά όχι μόνο διατηρούνται αλλά και αναπτύσσονται, σε αντίθεση με αυτό που συνέβη όταν καλλιέργησε τεμάχια ανθρώπινων ιστών μέσα σε γεροντικό πλάσμα.

Η θεωρία του WEITZMANN

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, στον ορό των γερόντων υπάρχουν ουσίες που όχι μόνο εμποδίζουν την ανάπτυξη των κυττάρων αλλά προκαλούν και βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Η θεωρία του PEARL

Ο ερευνητής πιστεύει ότι το γήρας οφείλεται στη βαθμιαία συσσώρευση τοξικών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, που βαθμιαία δηλητηριάζουν τα κύτταρα του οργανισμού.

Η θεωρία του MINOT

Σύμφωνα με αυτόν τον ερευνητή, στα γεράματα εμφανίζεται μεγαλύτερη ανάπτυξη των διαφοροποιημένων στοιχείων του πρωτοπλάσματος των κυττάρων σε βάρος των μη διαφοροποιημένων. Το φαινόμενο αυτό συνοδεύεται από διάφορες διαταραχές στο ισοζύγιο του οργανισμού. Έτσι τα πιο διαφοροποιημένα όργανα, των οποίων τα κύτταρα δεν ανανεώνονται παθαίνουν σοβαρές φθορές και δεν λειτουργούν κανονικά, έχοντας έτσι ως αποτέλεσμα το φαινόμενο του γήρατος.

Η θεωρία του MAECHNICOFF

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή το γήρας οφείλεται σε σπητικές επεξεργασίες που γίνονται στο παχύ έντερο και οι οποίες ευνοούν την ανάπτυξη και την αυξημένη λειτουργία των μακροφάγων, που στην συνέχεια καταστρέφουν τα ήδη εξασθενημένα κύτταρα του οργανισμού.

Η θεωρία του CREPPI

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, το γήρας θεωρείται σαν χρόνια μεταβολική ιρρώστια θανατηφόρας εξέλιξης.

Η θεωρία του GROEN ή της εξάντλησης του διεγκεφάλου

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, ο διεγκεφαλος δεν ρυθμίζει μόνο την έκκριση των ορμονών που είναι απαραίτητες για την ζωή, αλλά ακόμα και την ίδια την ζωή.

Η θεωρία της Βιομορφώσεως- Η θεωρία του BURGER

Κατά την θεωρία αυτή, όπως αναφέρει ο Τζημουράκας, από την ώρα της σύλληψης κληροδοτείται στο κύημα όχι μόνο η ζωή αλλά και το σπέρμα του θανάτου. Η επίδραση του σπέρματος αυτού του θανάτου κατά την διάρκεια της ύπαρξης, εκφράζεται από τον ερευνητή με τον όρο «Βιομόρφωση». Επομένως, βιομόρφωση είναι επεξεργασίες που καθορίζονται από το πεπρωμένο.

Σύμφωνα με τους γεροντολόγους, οι επεξεργασίες του γήρατος αρχίζουν με την σύλληψη μέσα στην μήτρα. Κατά την διάρκεια της ζωής τα πάντα στον οργανισμό συνεχώς μεταβάλλονται, αυτές λοιπόν οι επεξεργασίες είναι αποκλειστικό έργο της βιομόρφωσης.

Η θεωρία του νεύρο-ενδοκρινικού συστήματος ή του VORONOFF, BROWN-SEGWARD, GLEY κλπ.

Οι ερευνητές αυτοί απέδωσαν την αιτία του γήρατος σε προοδευτική υπολειτουργία και ατροφία των ενδοκρινών αδένων και κυρίως των γεννητικών.

Και ενώ ο Τζημουράκας (1985), στα αίτια του γήρατος αναφέρει τις παραπάνω θεωρίες οι οποίες δεν εξηγούν με επάρκεια την γένεση των γηρατειών, ο Μωυσιάδης (2004), υποστηρίζει ότι το γήρας δεν είναι νόσος αλλά μια φυσιολογική διαδικασία. Έχει παρατηρηθεί ότι όσο πιο φυσιολογική ζωή κάνει ένα άτομο και όσο λιγότερες ασθένειες αντιμετωπίζει τόσο περισσότερα χρόνια ζωής έχει υπό ορισμένες βέβαια προϋποθέσεις. Ο συγγραφέας αναφέρει επιγραμματικά τους λόγους της γήρανσης σύμφωνα με την Charlotte Eliopoulos :

- Βιολογικοί λόγοι
- Γενετικοί παράγοντες-κληρονομικότητα
- Κατανάλωση λιπών : Σύμφωνα με την θεωρία αυτή η μειωμένη κατανάλωση λιπών συντελεί στην επιβράδυνση των γηρατειών.
- Η ελάττωση των ανοσοποιητικών λειτουργιών και μη ανανέωση των κυττάρων.
- Το άγχος

- Φθορές και καταστροφή του σώματος. Κατά την θεωρία αυτή το σώμα μοιάζει με πολύπλοκη μηχανή, η οποία λόγω διαφόρων επιβαρύνσεων και πολύχρονης χρήσης, λειτουργεί μη αποτελεσματικά .
- Οι διάφοροι νόσοι και κυρίως οι χρόνιες καταβάλλουν τον ηλικιωμένο.
- Η υπεριώδης ακτινοβολία: Επηρεάζει την διαδικασία της γήρανσης και προκαλεί κυτταρική αλλοίωση και καρκινογένεση. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που εκτίθενται σε υπερβολικό βαθμό στην ηλιακή ακτινοβολία, χάνουν την φρεσκάδα του δέρματός τους, εμφανίζουν ρυτίδες και πολλές φορές καρκίνο του δέρματος. Για παράδειγμα, άτομα όπως οι ψαράδες ή οι αγρότες που είναι καθημερινά εκτεθειμένα στον ήλιο, δείχνουν 20 χρόνια μεγαλύτεροι.
- Η διατροφή: Επηρεάζει σημαντικά την διαδικασία της γήρανσης. Ύστερα από πολλές παρατηρήσεις έχει αποδειχθεί ότι η μικρή ποσότητα τροφής και η τροφή πλούσια σε βιταμίνες οδηγεί στην μακροζωία. Αντίθετα η παχυσαρκία και οι τροφές πλούσιες σε χοληστερόλη προκαλούν προβλήματα στην υγεία και συνεπώς στην μακροζωία.
- Το περιβάλλον που ζούνε οι άνθρωποι, συμβάλλει σημαντικά στην διαδικασία της γήρανσης. Παράγοντες όπως : τα τοξικά υλικά, διάφορα μέταλλα ή αμέταλλα, φυτοφάρμακα, ραδιενεργά υλικά, το κάπνισμα και παθητική εισπνοή του, ενοχοποιούνται σαν γενεσιουργά αίτια πολλών νόσων του οργανισμού που γηράσκουν τον άνθρωπο ταχύτατα.
- Η απόσυρση του ηλικιωμένου από την κοινωνία. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, η κοινωνία απομονώνει τα ηλικιωμένα άτομα από τους κόλπους της με κύριο λόγο την αδυναμία του ηλικιωμένου να συμμετάσχει στην παραγωγή, παρόλο που το άτομο πολλές φορές επιθυμεί να συνεχίσει να προσφέρει σ' αυτήν. Οι χαμηλές συντάξεις, το χαμηλό επίπεδο εξειδικευμένων παροχών σ' αυτούς συντελούν στην απομόνωση του ηλικιωμένου από την κοινωνία. Η ίδια θα μπορούσε να διατηρήσει το ηλικιωμένο μέλος της μέσα στους κόλπους της υγιή, οικονομικά εύρωστο, με αυξημένες ευκαιρίες, με παραδοχή και σεβασμό, συντελώντας έτσι στην επιβράδυνση των γηρατειών.
- Ο ρόλος της δράσης και της ενέργειας στην διαδικασία της γήρανσης. Η δράση και η ενέργεια ενός ατόμου παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιβράδυνση της γήρανσης. Σύμφωνα πάντα με τον Μωυσιάδη (2004), η Charlotte Eliopoulos, αναφέρει ότι ένας ηλικιωμένος θέλοντας να επιβραδύνει την διαδικασία της γήρανσης, θα πρέπει να συνεχίζει να ζει όπως ένας μεσήλικας. Αλλά και η κοινωνία θα πρέπει να εφαρμόζει τους ίδιους κανόνες και για τους μεσήλικες και

για τους ηλικιωμένους, συναινώντας στην συνέχιση της δράσης, του ενδιαφέροντος και της συμμετοχής, όσο τα μέλη αυτής της κοινωνίας προχωρούν προς το γήρας, χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει συναίνεση για την αύξηση του ορίου συνταξιοδότησης. Παρόλο που η σωματική ενέργεια και δράση μειώνεται, η πνευματική τους ικανότητα διατηρείται σε υψηλό βαθμό, αν όχι στον ίδιο. Εξάλλου ο ηλικιωμένος μπορεί να προσφέρει στην κοινωνία αν ο χρόνος δράσης μειωθεί, όπως για παράδειγμα να εργάζεται λιγότερες ώρες από οχτάωρο (τετράωρο, τρίωρο). Η δράση φυσικά είναι προτιμότερη από την απραξία, γιατί συντελεί στην διατήρηση της κοινωνικής, πνευματικής και φυσικής υπόστασης. Πολλοί ηλικιωμένοι αρνούνται τα γηρατειά και αυτό οφείλεται στην έντονη διάθεση τους για δράση, ενέργεια και προσφορά. Τους χρειάζεται, λοιπόν ενθάρρυνση και κοινωνική επιβράβευση, ενώ παράλληλα οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι πρέπει να επιδιώκουν το καλύτερο δυνατό για την υγείας τους, το εισόδημα τους καθώς και για τις σχέσεις τους με τον κοινωνικό τους περίγυρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ : Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΩΣ ΑΤΟΜΟ

Α. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

• Βιολογικές μεταβολές

Σε αυτό το τμήμα της μελέτης θα αναφερθούν ορισμένες βιοσωματικές μεταβολές που υφίσταται ο ανθρώπινος οργανισμός όταν εισέρχεται στο στάδιο της γήρανσης (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, τόμος 3^{ος}).

Με την πάροδο του χρόνου και την σταδιακή γήρανση του ανθρώπου κάποιες βιοσωματικές λειτουργίες του σώματος αρχίζουν να ατονούν και να εκφυλίζονται. Ο ρόπος που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι τις αλλαγές αυτές, είναι μια ατομική υπόθεση, καθώς πολλά εξαρτώνται από τις αλλαγές και τα γεγονότα ζωής που βιώνουν. Ωστόσο άτομα με καλή υγεία και συνεχή άσκηση παραμένουν σχετικά δυνατά, σε αντίθεση με άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις και δεν έχουν ασκηθεί. Η επίδραση των χρόνιων παθήσεων συντελεί σημαντικά στην έκπτωση της τρίτης ηλικίας.

Η διαδικασία της γήρανσης επιφέρει μια σειρά από λειτουργικές και ιστολογικές αλλοιώσεις των διαφόρων οργάνων και συστημάτων. Αναλυτικότερα οι αλλοιώσεις στο διάφορο σύστημα είναι οι εξής :

Κυκλοφορικό/ καρδιαγγειακό σύστημα

Με το πέρασμα των χρόνων το βάρος της καρδιάς μένει σταθερό, αλλά οι βαλβίδες της σκληραίνουν, δεν ενώνονται με τελειότητα και παρατηρούνται ταχυπαλμίες και αυξημένοι καρδιακοί παλμοί. Οι αρτηρίες γίνονται στενότερες και φράσσονται από διάφορες ουσίες που παρεμβάλλονται στην κυκλοφορία. Οι μεταβολές αυτές οδηγούν συχνά σε αύξηση της πίεσης του αίματος. Η αυξημένη πίεση του αίματος μέσα στις στενότερες και λιγότερο ευλύγιστες αρτηρίες, αυξάνει τον κίνδυνο συμφόρησης και γκεφαλικών-αγγειακών επεισοδίων. Η αύξηση της πίεσης στο αίμα σε συσχέτισμό με την ηλικία είναι φαινόμενο που συναντάται συχνότερα στις " αναπτυγμένες κοινωνίες". Η διατροφή, το επίπεδο δραστηριότητας και η γενική ίσως έκθεση στο στρες φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες (Ρόμπερτ Καστενμπάουμ, 1982).

ναπνευστικό

Η εξασθένησή του εκδηλώνεται με την πνευμονική ανεπάρκεια, την εμφάνιση ρόνιων βρογχίτιδων και την εμφάνιση της καρδιακής ανεπάρκειας της δεξιάς κοιλότητας. Για από τις φανερές εκδηλώσεις του γήρατος είναι η μείωση της ικανότητας της ωρακικής διαστολής. Μειώνεται έτσι η ζωτική ικανότητα, δηλαδή ο περισσότερος αέρας που εισπνέεται στο διάστημα μιας αναγκαστικής εισπνοής που ακολουθείται από μια αναγκαστική εκπνοή. Οι λοβοί των πνευμόνων μειώνονται σημαντικά σε βάρος και οι ιστοί αλλάζουν χρώμα.

Εξαιτίας της μειωμένης πρόσληψης οξυγόνου, υπάρχει κίνδυνος δυσλειτουργίας του κεφάλου. Όταν η παροχή οξυγόνου ελαττώνεται λόγω κυκλοφοριακών και ναπνευστικών προβλημάτων, μειώνεται η εγκεφαλική λειτουργία. Οι σκέψεις χάνουν την αφήγεια και τον προσανατολισμό τους. Πολλές φορές, λόγω της ανεπαρκούς παροχής οξυγόνου, είναι δυνατόν το ηλικιωμένο άτομο να αντιμετωπίσει κάποιο συγχυτικό επεισόδιο, χωρίς να δημιουργήσει μόνιμη βλάβη στην σωματική και νοητική του λειτουργία. Δυστυχώς, υπάρχει η τάση να θεωρείται ότι ένας υπερηλικας πάσχει από εροντική άνοια, όταν παρατηρείται κάποιο κενό στην νοητική του λειτουργία. (Ρόμπερτ Λαστενμπάουμ, 1982).

Γεπτικό

Το σύστημα αυτό επηρεάζεται από την γήρανση λιγότερο από κάθε άλλο όργανο και μπορεί να διατηρήσει τις ικανότητες λειτουργίας του μέχρι μία αρκετά προχωρημένη ηλικία. Το γήρας όμως επηρεάζει το στοματικό, το γαστρικό, το ηπατικό, το εντερικό και το παγκρεατικό επίπεδο. Για παράδειγμα, η οδοντοστοιχία των ηλικιωμένων τις περισσότερες φορές είναι σε άσχημη κατάσταση και δεν βοηθά στην πέψη και στην εκκρίση σάλιου. Οι σιελογόνοι αδένες ατροφούν.

Επίσης το βάρος του εντέρου μειώνεται και ο εντερικός βλεννογόνος ατροφεί, όπως και τα μυϊκά τοιχώματα, διευκολύνοντας έτσι την εμφάνιση κήλης στα λιγότερο ανθεκτικά σημεία. Όμοια μειώνεται και το βάρος και ο όγκος από το συκώτι, με αποτέλεσμα να προκαλούνται διαταραχές στις ηπατικές λειτουργίες των υπερηλικών. Ατροφία παρουσιάζει και το πάγκρεας, το οποίο χάνει την ικανότητα διάλυσης πρωτεϊνών, με αποτέλεσμα την δυσκολότερη αφομοίωση των πρωτεϊνών και την αύξηση της αποσύνθεσης της εντερικής χλωρίδας.

Δυροποιητικό

Το βάρος των νεφρών μειώνεται με την ηλικία και ορισμένες βλάβες του οφείλονται στην σκλήρυνση των μικρών αρτηριών. Επίσης στην διαδικασία του γήρατος συμπεριλαμβάνονται και οι αλλοιώσεις του προστάτη και η μείωση βάρους της μήτρας. (Υγεία, 3^{ος} τόμος 1983).

Νευρικό

Οι νευρώνες του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης αυξάνουν σε μέγεθος και αριθμό των μεταξύ τους διασυνδέσεων. Σε αντίθεση με τα άλλα κύτταρα του οργανισμού, τα κύτταρα του νευρικού συστήματος δεν αντικαθίστανται. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας διαθέτουν λιγότερο ζωντανά και ικανά εγκεφαλικά κύτταρα. Επίσης μειώνεται το βάρος του εγκεφάλου και γίνονται πολλές αλλαγές στην κυτταρική σύνθεση. Ως αιτία του περιορισμού της λειτουργικής ικανότητας των νευρικών κυττάρων, το άτομο χρειάζεται περισσότερο χρόνο να αντιδράσει στα εξωτερικά ερεθίσματα και αντιμετωπίζει μεγαλύτερη δυσκολία στην προσπάθεια του να συντονίσει τις δραστηριότητες των οργανικών συστημάτων. (Ρόμπερτ Καστενμπάουμ, 1983).

Αισθητήρια όργανα

Με την πάροδο του χρόνου οι αισθήσεις παρουσιάζουν πολλές αλλαγές. Η όραση είναι συνήθως το πρώτο αισθητηριακό σύστημα που παρουσιάζει αλλαγές χωρίς απαραίτητα να υπάρχει συγκεκριμένη πάθηση. Ο φακός και ο κερατοειδής χιτώνας χάνουν την διαύγεια τους. Το πεδίο όρασης περιορίζεται και η βασική οπτική οξύτητα μειώνεται. Υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης καταρράκτη και αχρωματοψίας.

Η ακοή ελαττώνεται και ιδιαίτερα στις υψηλές συχνότητες. Μεγαλύτερη απώλεια της ακουστικής ικανότητας συναντάται συνήθως στους άνδρες, γεγονός που θα μπορούσε να συσχετιστεί με το ότι οι άνδρες είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στον βιομηχανικό θόρυβο. Επίσης υπάρχουν ενδείξεις ότι στους ηλικιωμένους των περισσότερων ανεπτυγμένων κοινωνιών συνηθίζεται η μείωση ακοής σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους που ζουν σε ήσυχες περιοχές.

Η γεύση και η όσφρηση επίσης περιορίζονται με την πάροδο του χρόνου. Οι τροφές φαίνονται λιγότερο ελκυστικές σε γεύση και μυρωδιά, με αποτέλεσμα πολλές φορές τον αποσιτισμό. (Ρόμπερτ Καστενμπάουμ, 1983).

Κινητικό

Με το πέρασμα των χρόνων στο κινητικό σύστημα, οι μυς ατροφούν και μειώνονται η δύναμη και η λειτουργία τους, η οποία ευνοείται από την εξασθένηση των αρθρώσεων και την αραίωση του συστήματος των οστών. Το ανάστημα μειώνεται κατά 3-4 εκατοστά και πολλές φορές περισσότερο. Χαρακτηριστικό της εξασθένησης των αρθρώσεων είναι η οστεοπόρωση με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να παθαίνουν ευκολότερα κατάγματα και παραμορφώσεις του σκελετού.

Δέρμα

Το δέρμα γίνεται ατροφικό, χάνει τη φρεσκάδα του, μειώνεται η ελαστικότητά του και εμφανίζονται χρωματικές κηλίδες. Ως ένδειξη γήρατος, για τους περισσότερους ανθρώπους είναι το χάσιμο και το γκριζάρισμα των μαλλιών. Οι τρίχες της μύτης, των αυτιών και των φρυδιών πυκνώνουν και γίνονται πιο σκληρές. Οι γυναίκες είναι λιγότερο ευαίσθητες στο χάσιμο των μαλλιών, ωστόσο οι τρίχες στο πηγούνι και πάνω χείλος πυκνώνουν και μακραίνουν. Επίσης η ανάπτυξη των νυχιών επιβραδύνεται, φαρυδαίνουν, χάνουν τη γυαλάδα τους, καλύπτονται από χαρακιές κατά μήκος και πολλές φορές παίρνουν μια μορφή καμπύλης.

2. Ψυχολογικές μεταβολές

Κάθε άνθρωπος που έρχεται αντιμέτωπος με το φαινόμενο της γήρανσης αντιδρά διαφορετικά σε αυτό το γεγονός. Η αντίδραση αυτή εξαρτάται από την προσωπικότητα άθε ατόμου.

Η κυριότερη μεταβολή που παρατηρείται, είναι η έξαρση των βασικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Λέγεται συχνά ότι ο ηλικιωμένος αποτελεί «γελοιογραφία» του εαυτού του. Έτσι λοιπόν ο συνεπής γίνεται σχολαστικός, ο ομιλητικός λύαρος, ο οικονόμος τσιγκούνης, ο επίμονος πεισματάρης και ο εσωστρεφής περισσότερο εσωστρεφής. Αυτό εξαρτάται πάντα από την προσωπικότητα και την προσπάθεια προσαρμογής και αυτοπροστασίας. Άτομα με καλά δομημένη προσωπικότητα, με ψυχολογική ωριμότητα και ικανότητα προσαρμογής, περνούν το στάδιο της γήρανσης γρήγορα και καλά. Άτομα όμως με διαταραγμένη προσωπικότητα, παρουσιάζουν αδυναμία προσαρμογής και αντιδρούν με κατάθλιψη και πανικό. Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν διποτικές συμπεριφορές που μπορεί να εξαρτώνται από τον χαρακτήρα και την αγωγή και αυξάνονται με το πέρασμα των χρόνων, από το αυξημένο αίσθημα αυτοσυντήρησης ή από τον φόβο του θανάτου που διακρίνει τους γέροντες με ζωτικότητα.

Σύμφωνα με την Σιμόν ντε Μπωβουάρ (1970) τα αίτια της ψυχολογικής αναστάτωσης των ηλικιωμένων είναι η αίσθηση της χαμένης εξουσίας και της αδυναμίας να δημιουργήσουν.

Ο Αρ.Τζημουράκας (1985) υποστηρίζει ότι οι ηλικιωμένοι, όντας κάποτε ενεργά μέλη της κοινωνίας, συγκρίνουν τη θέση τους στο παρελθόν με την τωρινή τους κατάσταση και η σύγκριση αυτή τους προκαλεί ψυχολογικές μεταπτώσεις και διαταραχές που επηρεάζουν και αλλοιώνουν τη συμπεριφορά τους. Ο ηλικιωμένος αισθάνεται ότι δεν έχει τον έλεγχο της ζωής του και ότι δεν ασκεί πλέον καμιά εξουσία. Αυτό οδηγεί στη δημιουργία άγχους. Το άγχος επηρεάζει σημαντικά την συμπεριφορά του ηλικιωμένου και συνήθως οδηγεί σε προστριβές με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Σύμφωνα με την Παγοροπούλου (1993), το γεγονός αυτό γεννά ένα αίσθημα ανασφάλειας σχετικά με τη θέση του μέσα στην οικογένεια. Σημαντικό για μια ζωντανή και δημιουργική, παίζει το οικογενειακό περιβάλλον και η κοινωνία γενικότερα. Η καλή αντιμετώπιση των ηλικιωμένων από τον κοινωνικό περίγυρο και μια οικογένεια με υποστηρικτική και βοηθητική στάση απέναντί τους είναι παράγοντες που δημιουργούν σ'ένα ηλικιωμένο άτομο αισθήματα ικανοποίησης, ασφάλειας και τους προστατεύουν από την μοναξιά και το φόβο.

Ένα ακόμη αγχογόνο γεγονός είναι ο θάνατος του/ της συζύγου και προσφιλών τους προσώπων. Το πένθος στην τρίτη ηλικία κρατάει συνήθως μεγαλύτερο διάστημα και τα άτομα αυτής της ηλικίας που περιβάλλονται από θανάτους συγγενών και φίλων, νιώθουν έντονη μοναξιά, κατάθλιψη και φόβο για το επερχόμενο τέλος.

Επίσης η έλλειψη οικονομικής άνεσης και ευχέρειας είναι αγχογόνοι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή ενός ηλικιωμένου ατόμου.

Όσον αφορά τη συνταξιοδότηση και την πρόωγη παύση εργασίας, οι απόψεις δίστανται. Μερικά άτομα απολαμβάνουν το γεγονός της συνταξιοδότησής τους, ειδικότερα όταν αυτό συμβαίνει στην αναμενόμενη ηλικία, τους απαλλάσσει από μια δυσάρεστη, αγχογόνα εργασία, αποφέρει επάρκεια, οικονομική απόλαυση και προϋποθέτει την εύρεση καινούριων φίλων και ενδιαφερόντων και την ύπαρξη ενός σταθερού γάμου. Ορισμένα άτομα όμως αντιδρούν αρνητικά στην παύση της εργασίας. Νιώθουν ότι μειώνεται η παραγωγική τους αξία.

Ο Ι.Βασιλείου (1981) πιστεύει ότι ο ηλικιωμένος χωρίς απασχόληση παθαίνει κατάθλιψη και πεθαίνει πιο γρήγορα. Η Α. Αμηνά (1986) αναφέρει ότι είναι γενικά αναγνωρισμένο, πως χωρίς χρήσιμες δραστηριότητες είναι ψυχολογικά και κοινωνικά δύσκολο να ζήσει κανείς τα τελευταία του χρόνια υγιώς. Συμπληρωματικά κατά τον Ζάρρα (1974), πλήγματα για την ψυχολογική ισορροπία του ηλικιωμένου είναι :

- Η χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών εξαιτίας της μετανάστευσης ή των γάμων των παιδιών ή της απόρριψης των παιδιών.
- Η χηρεία, η απώλεια δηλαδή του έτερου του ήμισυ.
- Ο τρόπος ζωής της οικογένειας, ο οποίος εξελίσσεται συνεχώς περισσότερο ατομικιστικός.
- Η εξαφάνιση των αγαπητών προσώπων, φίλων, συγγενών κ.ά.

Τέλος, σύμφωνα με τον ίδιο θεωρητικό οι ψυχολογικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα της απομόνωσης των ηλικιωμένων λόγω της απόρριψής τους από την κοινωνία και την εξουσιαστική ανικανότητά τους.

δ. Πνευματικές μεταβολές

Εκτός από τις μεταβολές που συντελούνται βιολογικά και ψυχολογικά κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας, εμφανίζονται μεταβολές και στο πνευματικό επίπεδο.

Το κυριότερο γεγονός είναι η μείωση της πρόσφατης μνήμης. Ο ηλικιωμένος, σύμφωνα με τον Καστενμπάουμ (1982) εμφανίζει έκπτωση της μνημονικής ικανότητας, η οποία αναφέρεται κυρίως σε πρόσφατα γεγονότα, ενώ γεγονότα και πληροφορίες του μακρινού παρελθόντος παραμένουν ανέπαφα. Ο Γ.Χριστοδούλου (2000) υποστήριξε ότι η έκπτωση αυτής της λειτουργίας είναι ενδεικτικό μιας καταληκτικής διεργασίας.

Η μείωση της ικανότητας για μάθηση είναι επίσης μια μεταβολή της τρίτης ηλικίας. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην προσήλωση στις παλιές συνήθειες, την ακαμψία και το ρογιατισμό.

Μία ακόμα μεταβολή που παρατηρείται στους ηλικιωμένους, είναι η έκπτωση της οπτικής ικανότητας. Εντούτοις, οι περισσότεροι ανταποκρίνονται επιτυχώς σε περιπτώσεις που απαιτούνται δεξιότητες μάθησης και παραμένουν σε εγρήγορση όταν πασχολούνται με κάτι που τους ενδιαφέρει.

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το πρόβλημα του αναλφαβητισμού, δημιουργούν τον ηλικιωμένο δυσκολίες στην επικοινωνία με το οικογενειακό και κοινωνικό του ερίγυρο και εν κατακλείδι παρενέργειες στην συμπεριφορά του.

Σημαντική πνευματική επιπλοκή είναι και η γεροντική άνοια. Ο Καστενμπάουμ (1981), πιστεύει ότι ο χαρακτηρισμός αναφέρεται στη βαθμιαία κατάρρευση της σκέψης και συμπεριφοράς, και συνεπάγεται ανεπανόρθωτη εγκεφαλική βλάβη. Οι ηλικιωμένοι που ασχούν από γεροντική άνοια, παρουσιάζουν συμπτώματα κακοδιαθεσίας και έλλειψης ενδιαφέροντος για τη ζωή. Σε κάποιες περιπτώσεις το άτομο είναι ήσυχο, αποσυρμένο και παρουσιάζει εσωτερικευση. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να γίνει επιθετικό. Την δεύτερη πιθανή συμπεριφορά Α.Α. Παγοροπούλου (1993) χαρακτηρίζει ως κοινωνικά απρόσφορο» τρόπο συμπεριφοράς.

Τέλος, στην τρίτη ηλικία είναι δυνατόν να εμφανιστεί η νόσος του Alzheimer. Η νόσος αυτή συνδέεται με μεταβολές στη δομή του εγκεφάλου οι οποίες καταλήγουν σε σταδιακή αποδιοργάνωση της λειτουργίας του με σοβαρές επιπτώσεις στην νόηση.

Παρόλα τα προβλήματα που δημιουργούνται στις διαπροσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων από την δυσκολία που παρουσιάζει στην προσαρμογή στην τρίτη ηλικία, αξίζει να σημειώσουμε και μερικά από τα θετικά αποτελέσματα του υποβιβασμού των πνευματικών λειτουργιών. Η εσωτερικευση είναι δυνατό να οδηγεί στην ανάπτυξη της διαίσθησης, του στοχασμού και της φαντασίας. Η διατήρηση της μνήμης που αφορά παρελθούσες καταστάσεις, συντηρεί τις καλές αναμνήσεις του παρελθόντος. Τέλος, η μείωση της ικανότητας για μάθηση συντελεί στη διατήρηση της παράδοσης. Ο ηλικιωμένος αποκτά αυτοπεποίθηση σχετικά με τις γνώσεις και την εμπειρία του, είναι ήρεμος, χωρίς άγχος και δέχεται από τους νεότερους συναισθήματα σεβασμού και εκτίμησης.

Β. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η εικόνα που τα περισσότερα άτομα έχουν για την τρίτη ηλικία, φαίνεται να είναι αρνητική ή ακόμα και απωθητική. Υπάρχουν κοινωνίες στις οποίες η ένταξη στην ομάδα των ηλικιωμένων αποτελεί τιμή για τα μέλη. Στις δυτικές κοινωνίες ωστόσο, ο τρoσανατολισμός είναι στραμμένος στους νέους και τους ενεργητικούς, αντιμετωπίζοντας τους ηλικιωμένους ρατσιστικά.

Η αρνητική αυτή στάση απέναντι στα γηρατεία μειώνεται μεταξύ των ατόμων που ξεπερνούν τα 65 χρόνια. Σύμφωνα με τους Milligan, Powell, Harley και Furchtgott (1985), τα άτομα της τρίτης ηλικίας τείνουν να βλέπουν πιο θετικά τον εαυτό τους και αποφεύγουν να αυτοχαρακτηρίζονται γέροι. Βάσει ερευνών, αποδείχτηκε ότι για τους ηλικιωμένους είναι δύσκολο να αποδώσουν στον εαυτό τους, τις αρνητικές ιδιότητες που αποδίδονται συνήθως στους γέρους και αντιδρούν σε αυτή την εικόνα. Συνήθως οι υπερήλικες που ακόμα αυτοχαρακτηρίζονται ως μεσήλικες έχουν καλή υγεία και εναντιώνονται στην ιδέα να ταυτιστούν με το κοινωνικό στερεότυπο του ανήμπορου γέρου.

Οι κυριότερες ψυχολογικές λειτουργίες που εξετάζονται όσον αφορά την τρίτη ηλικία, είναι η προσωπικότητα και η νοημοσύνη. Οι νοητικές λειτουργίες των ηλικιωμένων όπως είναι η μνήμη, η δημιουργικότητα και η ευελιξία, σε συνδυασμό με τις στάσεις που υιοθετεί στα θέματα της τρέχουσας πραγματικότητας καθορίζουν την ψυχολογική ηλικία ενός ηλικιωμένου ατόμου.

1. Θεωρίες για την προσωπικότητα

Η Παγοροπούλου (1993), υποστηρίζει ότι « η προσωπικότητα είναι το προϊόν της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην κληρονομικότητα του ατόμου και το περιβάλλον του» .

Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός είναι ο εξής : «προσωπικότητα είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά και οι τρόποι συμπεριφοράς οι οποίοι με την μοναδική οργάνωση και λειτουργία τους εκφράζουν την προσαρμογή του ατόμου στο συνολικό περιβάλλον του» Hilgard, Atkinson & Atkinson (1979).

Με την είσοδο στην τρίτη ηλικία, το άτομο καλείται να προσαρμοστεί σε μια σειρά αλλαγών που επηρεάζουν την προσωπικότητά του. Είναι δύσκολο να υπάρξει μια αντικειμενική μέτρηση της «καλής» προσωπικότητας των ηλικιωμένων. Για τον λόγο αυτό, υπάρχουν πολλές θεωρίες που προσπαθούν να μελετήσουν την προσωπικότητά τους.

Στην Παγοροπούλου (1993) αναφέρεται η θεωρία των σταδίων (Perk, 1968) του χαρακτηρίζεται από τρεις κρίσεις, οι οποίες πρέπει να λυθούν για να υπάρξει σωστή ψυχολογική προσαρμογή. Η πρώτη κρίση-**διαφοροποίηση του εγώ από την ενασχόληση με την εργασία**- λύνεται όταν το άτομο καταφέρει να αποδεσμευτεί από την επαγγελματική του ταυτότητα, βρίσκοντας άλλες δραστηριότητες που του παρέχουν την αίσθηση της αξίας του εαυτού και ένα συνεχές ενδιαφέρον για την ζωή.

Η κρίση της **υπέρβασης από την ενασχόληση με το σώμα**, λύνεται όταν το άτομο καταφέρει να ξεπεράσει τα πρώτα στάδια κάμψης. Με αυτό τον τρόπο δεν συγχέει την κατάσταση της φυσικής του υγείας με την ψυχολογική του κατάσταση. Είναι σε θέση να βιώνει κοινωνικές ικανοποιήσεις και να έχει αυτοσεβασμό, όντας συμφιλωμένο με το γεγονός της βιοσωματικής του κάμψης.

Η τελευταία κρίση – **υπέρβαση του Εγώ έναντι της ενασχόλησης με το Εγώ** -, λύνεται με την αποδοχή του θανάτου, την συνεχή προσπάθεια για εγρήγορση και δημιουργικότητα, εστιάζοντας πέρα από την άμεση αυτοϊκανοποίηση. Τέλος, με την σκέψη της διαιώνισης του εαυτού του.

Σε άμεση σχέση με τα παραπάνω, είναι και η θεωρία της μετάβασης (Levinson, 1978). Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, η ικανότητα να γερνά κανείς με σωφροσύνη και αξιοπρέπεια είναι ένα εξελικτικό καθήκον που το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει. Μέσα από την επιτυχή ψυχολογική μετάβαση ο υπερήλικας αναλαμβάνει πλέον νέους ρόλους. Παύει να ανήκει στην γενιά που κυριαρχεί, αλλά γίνεται « ο παππούς και η γιαγιά » που αποκτά το ρόλο του σοφού καθοδηγητή και του συμπαραστάτη.

Ο Eysenck (1987) με το μοντέλο των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που εισήγαγε συμπεραίνει ότι οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο επιρρεπείς σε αλλαγές της διάθεσης τους από ότι οι νέοι. Αυτό δείχνει ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι σχετικά αδιάφορα για ότι συμβαίνει στον κόσμο και η διάθεση τους μεταβάλλεται δύσκολα είτε αρνητικά είτε θετικά.

Αν η αδιαφορία αυτή καλλιεργηθεί μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία ήρεμη αντιμετώπιση των καταστάσεων και ψυχραιμία. Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος δεν καλλιεργήσει αυτή την πλευρά της προσωπικότητας του, κινδυνεύει να θεωρηθεί απαθής και να γίνει αντιπαθητικός από το περιβάλλον του.

Ο Eysenck αποδίδει τις αλλαγές αυτές στην προσωπικότητα και σε φυσιολογικές αλλαγές του οργανισμού. Αντίθετα ο Kogan (1990) πιστεύει ότι

οφείλονται σε κοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι η μετάβαση από το σχολείο στην αμειβόμενη εργασία (στο πρώτο ήμισυ της ζωής) και στην μετάβαση από την πλήρη επαγγελματική απασχόληση, στην συνταξιοδότηση (στο δεύτερο ήμισυ της ζωής) που επηρεάζουν την δομή της προσωπικότητας. Κατά τον Kogan (1990), οι ηλικιωμένοι γίνονται περισσότερο εσωστρεφείς, επειδή η κοινωνία δεν ενδιαφέρεται να ασχοληθεί και να ικανοποιήσει τις ανάγκες της. Αυτό παρατηρείται κυρίως στους άνδρες, οι οποίοι βιώνουν περισσότερο έντονα τον κοινωνικό τους ρόλο.

Μετά την αναθεώρηση του, ο Kogan υποστήριξε ότι οι αυξομειώσεις των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας είναι φυσιολογικό φαινόμενο αλλά οι συγκριτικές μετρήσεις των διαχρονικών ερευνών δείχνουν ότι η σταθερότητα των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας είναι πιο εμφανής από την αλλαγή τους. Η διαχρονική έρευνα της Βαλτιμόρης υποστηρίζει και αυτή ότι « η καλύτερη πρόβλεψη για το πώς η γήρανση θα μεταβάλλει την προσωπικότητα των ηλικιωμένων ατόμων είναι ότι δεν θα την μεταβάλλει».

Σύμφωνα με τους Elaine Cumming και William Henry (1961), οι υπερήλικες αποστασιοποιούνται από τον κόσμο και αποσύρονται από αυτόν. Η απόσυρση αυτή δεν είναι παθολογική, αλλά ο τρόπος με τον οποίο γερνά το άτομο. Η αποδέσμευση των ηλικιωμένων από τους κοινωνικούς τους ρόλους άλλες φορές είναι δική τους επιλογή, ενώ άλλες τους το επιβάλλει η κοινωνία. Όταν ολοκληρωθεί η ψυχολογική αποδέσμευση, η σχέση ατόμου-κοινωνίας χαρακτηρίζεται από μειωμένη αλληλεπίδραση. Ο ηλικιωμένος αισθάνεται ισορροπημένος ζώντας απομακρυσμένος συναισθηματικά από τους ανθρώπους και εμβαθύνοντας τώρα πια στις σκέψεις του.

Η θεωρία αυτή προκάλεσε πολλές αντιδράσεις θεωρώντας ότι αποκόβει τα άτομα της τρίτης ηλικίας από το κοινωνικό κορμό και τα εντάσσει σε μία ξεχωριστή ομάδα λόγω ηλικίας. Ο Rose (1964) υπήρξε ο κύριος « πολέμαχος » της θεωρίας της αποδέσμευσης. Υποστήριξε ότι τρεις είναι οι λόγοι για τους οποίους δεν πρέπει να ενθαρρύνονται οι ηλικιωμένοι να αποκοπούν συναισθηματικά από την κοινωνία :

- Η τρίτη ηλικία πρέπει να θεωρείται συνέχιση του τρόπου ζωής που έχει επιλέξει το άτομο από την νεότερη ηλικία.
- Οι δραστήριοι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο ευτυχείς από τους αποτραβηγμένους.
- Οι συνθήκες που αναγκάζουν τους ηλικιωμένους να ζήσουν σε περιορισμένο περιβάλλον είναι πιθανό να αλλάξουν στο μέλλον.

Οι σημερινές θέσεις των γεροντολόγων, δείχνουν ότι οι έννοιες της αποδέσμευσης και της αποδοχής μπορούν να συνυπάρξουν. Επίσης, η συνάφεια ανάμεσα στο υψηλό ηθικό των ηλικιωμένων με την αντίστοιχη δραστηριότητά τους, συνδέεται και με τον παράγοντα της καλής υγείας. Επομένως, η ψυχολογική υγεία δεν προδικάζεται με βάση την ενεργητικότητα . Μερικοί υπερήλικες νοιώθουν καλύτερα όντας δραστήριοι, ενώ άλλοι όταν ζουν αποτραβηγμένοι από το κοινωνικό σύνολο.

Τα παραπάνω εξαρτώνται κυρίως από την προσωπικότητα του ατόμου. Κατά συνέπεια η ευτυχία συναρτάται λιγότερο με το επίπεδο δραστηριότητας και περισσότερο με την προσωπικότητα των ατόμων. Τα άτομα δηλαδή που έχουν ισχυρό προσανατολισμό, έχουν περισσότερες πιθανότητες να διατηρήσουν τη δραστηριότητά τους στην μεγάλη ηλικία. Αντίθετα, όσοι θεωρούνται παθητικοί και εξαρτημένοι από τα νεανικά τους χρόνια πιθανόν να επιλέξουν την ήσυχη και απομονωμένη ζωή κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας.

Μια πιο πρόσφατη έρευνα (Ogilvie, 1987), ανατρέπει την συνάφεια της ικανοποίησης από την ζωή, με την καλή κατάσταση της υγείας. Στην έρευνα αυτή, δίνεται περισσότερη σημασία στην σχέση ικανοποίησης από την ζωή, συγκριτικά με τις δραστηριότητες της προτίμησης των ηλικιωμένων ατόμων.

2.Νοητικές λειτουργίες (ικανότητες)

Η επικρατέστερη άποψη σήμερα, είναι ότι στην τρίτη ηλικία οι νοητικές ικανότητες φθίνουν, οι ηλικιωμένοι έχουν φτωχή μνήμη, δεν ενδιαφέρονται να γνωρίσουν καινούρια πράγματα και εξαρτώνται από τους άλλους. Στην πραγματικότητα όμως, οι νοητικές λειτουργίες του υπερήλικα φθίνουν σε μικρότερο βαθμό από ότι οι αισθητηριακές και κινητικές ικανότητές του. Οι βαθμιαίες απώλειες που σημειώνονται όμως, αντισταθμίζονται από την πείρα και τη σοφία που έχουν αποκτήσει οι ηλικιωμένοι.

Οι Α. Αβεντισιάν – Παγοροπούλου (1993) τονίζει ότι τα γηρατειά μπορεί να αποτελούν περίοδο δημιουργικότητας και ανάπτυξης. Μάλιστα αναφέρει παραδείγματα όπως ο Μιχαήλ Άγγελος και ο Βενιαμίν Φραγκλίνος που διέπρεψαν και αναγνωρίστηκαν σε μεγάλη ηλικία. Έρευνες που έχουν γίνει αποδεικνύουν ότι η ενήλικη ζωή είναι πιθανό να αποτελέσει περίοδο συλλογής εμπειριών, με αποτέλεσμα οι εμπειρίες αυτές να επεξεργαστούν και να αποφέρουν νοητικά επιτεύγματα κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας.

Έχοντας εξασφαλίσει ένα άτομο καλή υγεία, ενθάρρυνση από το περιβάλλον του και οικονομική δυνατότητα, μπορεί να είναι δημιουργικό σε κάθε ηλικία. Η κοινωνία όμως χρειάζεται να είναι σε θέση και να αναγνωρίζει τις δυνατότητες των μελών της ώστε να παρέχει ευκαιρίες για δημιουργική έκφραση ανεξάρτητα από την ηλικία τους.

Δύο βασικές παράμετροι που δείχνουν την νοητική ικανότητα ενός ατόμου είναι η ευφυΐα και η μνήμη.

α) Ευφυΐα

Η ευφυΐα είναι ένα από τα στοιχεία που συμβάλλουν στην απόδοση του δημιουργικού έργου του ατόμου. Οι ψυχολόγοι έχουν δημιουργήσει ειδικά τεστ ευφυΐας για υπερήλικες, έτσι ώστε να μελετήσουν τα επίπεδα ευφυΐας σε άτομα της τρίτης ηλικίας.

Η χορήγηση όμως αυτών των τεστ συναντά πολλές δυσκολίες και είναι ιδιαίτερα δύσχερης στις μεγάλες ηλικίες. Εκτός από το άγχος της αποτυχίας που όλοι νιώθουμε εν όψει των εξετάσεων, οι ηλικιωμένοι έχουν να αντιμετωπίσουν και τον περιορισμένο χρόνο που τους παρέχεται, το φόβο ότι θα φανούν ανόητοι και την αδυναμία τους να μπουν σε μια διαδικασία που τους είναι ξένη. Επίσης οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο επιρρεπείς σε εξωτερικές διασπάσεις της προσοχής τους και καταπονούνται ευκολότερα, όταν οι διαδικασίες είναι περίπλοκες και απαιτητικές. Η εξέταση των ατόμων τρίτης ηλικίας, απαιτεί εμπειρία εκ μέρους των εξεταστών, που θα δώσουν κίνητρα στον εξεταζόμενο και θα δείξουν ευαισθησία και διακριτικότητα.

Μία ακόμη δυσκολία που παρουσιάζεται είναι ότι οι υπερήλικες δυσκολεύονται να απαντήσουν για πράγματα που δεν είναι σίγουροι. Επίσης στις δοκιμασίες που θέτουν χρονικό όριο είναι πιθανό να αποδώσουν πιο χαμηλά από τις πραγματικές δυνατότητές τους. Αυτό οφείλεται σε αντικειμενικούς περιορισμούς όπως είναι τα περιορισμένα αντανάκλαστικά και η φυσική κινητικότητα, καθώς και η ταχύτητα που αντιδρούν στα ερεθίσματα. Οι ψυχολόγοι θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην ποιότητα του έντυπου υλικού και στον τρόπο παρουσίασής του που είναι δυνατόν να δυσκολέψει άτομα με κάποια αισθητηριακή βλάβη στην όραση ή την ακοή. Τα περισσότερα τεστ ευφυΐας είναι προσανατολισμένα κυρίως στην σύγχρονη πραγματικότητα που είναι προσιτή σε έφηβους και σε νέους ενήλικες. Είναι απαραίτητη λοιπόν, η ειδική εξάσκηση των ηλικιωμένων και η μεθοδική ενημέρωσή τους πάνω στα νέα τεχνολογικά επιτεύγματα.

Άλλες μεταβλητές που επηρεάζουν αρνητικά τις νοητικές ικανότητες στην τρίτη ηλικία, είναι η κοινωνική απομόνωση που βιώνουν οι ηλικιωμένοι μετά την συνταξιοδότηση ή την απώλεια λόγω θανάτου συγγενών και φίλων. Το γεγονός αυτό, στερεί τον υπερήλικα από τις συναναστροφές που για πολλά χρόνια ήταν μέρος της κοινωνικής του ταυτότητας. Επίσης η παρουσία της ασθένειας έχει σοβαρό αντίκτυπο στην νοητική του λειτουργία.

Υπάρχουν πολλές αντιμαχόμενες απόψεις για τη κάμψη της ευφυΐας στην τρίτη ηλικία. Παρόλα αυτά, ένα σημαντικός αριθμός γεροντολόγων υποστηρίζει ότι οι ικανότητες που καλλιεργούνται στη διάρκεια της ενήλικης ζωής παρουσιάζουν μικρές και σταδιακές αυξήσεις σε όλο το διάστημα που το άτομο παραμένει διανοητικά υγιές. Αυτό σημαίνει ότι άτομα που χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους θα τις αναπτύξουν, ενώ άτομα που αποφεύγουν να τις χρησιμοποιήσουν σταδιακά τις βλέπουν να περιορίζονται.

3) Μνήμη

Η επίδραση της ηλικίας πάνω στις μνημονικές λειτουργίες του ατόμου παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Οι ψυχολογικές και φυσιολογικές έρευνες του εγκεφάλου έχουν αποδείξει ότι η μνήμη αποτελείται από την πρωτογενή (βραχυπρόθεσμη), που αφορά μνήμες που διαρκούν μόλις λίγα δευτερόλεπτα. Αν αυτές επεξεργαστούν θα περάσουν στην δευτερογενή (μακρυπρόθεσμη) μνήμη. Αν όχι, θα χαθούν και θα περιπέσουν σε λήθη. Οι προσπάθεια που απαιτείται για να σταθεροποιηθούν οι μνήμες, αφορά τις διεργασίες κωδικοποίησης και ανάσυρσης. Η πρώτη διεργασία αφορά το μετασχηματισμό των πληροφοριών σε υλικό που μπορεί να ενταχθεί στην τρογενέστερη γνώση του ατόμου. Το τελευταίο στάδιο είναι η ανάσυρση της πληροφορίας από τη μνήμη.

Οι ερευνητές της ψυχολογίας συμφωνούν στο ότι η κύρια πηγή κάμψης της μνημονικής λειτουργίας εντοπίζεται στη δευτερογενή μνήμη. Έρευνες έχουν δείξει ότι η τροποποίηση των μεταβλητών της ανάσυρσης είναι πιθανό να επηρεάσει τη μνημονική λειτουργία των ηλικιωμένων (Smith 1980).

Η ανάκληση μέσω νύξεων (ο ερευνητής δίνει μια λέξη – κλειδί) και τα μνημονικά τεστ αναγνώρισης, διευκολύνουν την ανάσυρση της πληροφορίας και ανήκουν στις τεχνικές που εξομοιώνουν κατά πολύ την μνημονική απόδοση των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Διάφορες έρευνες απέδειξαν ότι η χορήγηση μιας στρατηγικής βοηθά τον ηλικιωμένο να οργανώσει και να θυμάται τις εισερχόμενες πληροφορίες, βοηθά το μνημονικό στάδιο της κωδικοποίησης και δίνει μεγαλύτερη ευχέρεια στην ελεύθερη ανάκληση πληροφοριών.

Σύμφωνα με την Παγοροπούλου (1993), οι περισσότεροι ερευνητές θα συμφωνούσαν με την άποψη του Leonard Roon (1985) ότι οι μικρές απώλειες στην μνημονική λειτουργία των υπερηλίκων, σημειώνονται σε όλα τα μνημονικά συστήματα της δευτερογενούς μνήμης και είναι κατανεμημένες σε ολόκληρο το γνωστικό σύστημα. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η βασική αιτία για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι στην μνημονική λειτουργία, είναι η δυσκολία της κωδικοποίησης των πληροφοριών, καθώς και η πίεση του χρόνου.

Μια εξωτερική συνθήκη που διευκολύνει την μνημονική διεργασία, είναι η εξοικείωση. Σε έρευνες που έγιναν, όταν το πειραματικό υλικό ήταν σχετικά οικείο στα άτομα της τρίτης ηλικίας, ή όταν συνδεόταν άμεσα με καταστάσεις της πραγματικής ζωής, απέδωσαν καλύτερα και είχαν θετικότερα αποτελέσματα σε σχέση με τα αποτελέσματα της ομάδας των νέων ενηλίκων. Με βάση τα πορίσματα αυτά, οι τελευταίες τάσεις στην έρευνα της μνήμης των ηλικιωμένων, είναι η χρησιμοποίηση πειραμάτων που θυμίζουν την πραγματική ζωή. Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονιστεί η ανάγκη, όταν εξετάζεται η μνήμη να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες εκτός από τις γνωστικές μεταβλητές. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι το άγχος, η

κατάθλιψη, ο θυμός και κάθε άλλη πιθανή μη νοητική μεταβλητή. Ορισμένες φορές ο ηλικιωμένος έχει κακή αντίληψη του εαυτού του, με αποτέλεσμα να αυτοχαρακτηρίζεται ως πάσχων από μνημονική ανεπάρκεια. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας, υποβάλλουν στον εαυτό τους την ιδέα ότι δεν θυμούνται τίποτα, ενώ στην πραγματικότητα υποφέρουν από κάποια ψυχοπιεστική κατάσταση, κατάθλιψη, ή τρωσπαθούν συνειδητά ή ασυνείδητα να καλύψουν συναισθηματικές διαταραχές.

Συμπερασματικά, σημαντικό ρόλο έχει η ψυχολογική και η περιβαλλοντική βοήθεια και υποστήριξη που παρέχεται στον κάθε ηλικιωμένο ξεχωριστά και που θα συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία της μνήμης.

Γ. ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν διαφέρουν από αυτές των υπολοίπων ανθρώπων και ει να ικανοποιούνται προκειμένου η γεροντική ηλικία να αποτελεί μία περίοδο ζωής μη και ευχάριστη για τους ίδιους.

ανάγκες επιβίωσης

Σύμφωνα με τους Πουλοπούλου (1999) και Χριστοδούλου (2000), στις ανάγκες βίωσης των ηλικιωμένων συγκαταλέγονται :

Ένα εισόδημα που θα ικανοποιεί ανάγκες όπως: τροφή, ένδυση και υπόδηση και μία οικία που θα τους εξασφαλίζει μια αξιοπρεπή διαβίωση. Υπάρχουν υπερήλικες που ζουν οι τους και αδυνατούν να φροντίσουν με σωστό τρόπο την διατροφή τους. Οι σωματικές αλλαγές και η σωστή διατροφή συμβάλλουν στην διατήρηση της υγείας τους. Όσον αφορά την ένδυμασία τους, οι ίδιοι θα πρέπει να την φροντίζουν με ευαρέσκεια. Η περιποιημένη εμφάνιση ξαναζωντανεύει την χαμένη αυτοπεποίθηση του υπερήλικα. Σχετικά με την οικία του, θα πρέπει να έχει τον δικό του χώρο, ο οποίος θα πληροί κάποιες βασικές υποθέσεις διαβίωσης και υγιεινής.

Ός προς το εισόδημα αναφέρεται πως οι ηλικιωμένοι αισθάνονται φόβο και αγωνία σιάζοντας στο τέλος της εργάσιμης περιόδου σκεφτόμενοι μια πιθανή εξάρτηση από τους οικείους τους. Ορισμένοι απ' αυτούς που έχουν συνταξιοδοτηθεί και έχουν διασφαλίσει κάποιο εισόδημα ικανό να καλύψει τις ανάγκες τους έχουν την δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν την οικονομική τους ανεξαρτησία. Αντίθετα υπάρχουν και περιπτώσεις ηλικιωμένων που αποχωρούν από την εργασία τους χωρίς να συνταξιοδοτηθούν με αποτέλεσμα να απευθύνονται στους οικείους τους ή σε φιλανθρωπικούς οργανισμούς κτώντας οικονομική βοήθεια για να ζήσουν. Χάνοντας την οικονομική τους ανεξαρτησία, οι ηλικιωμένοι αισθάνονται δυστυχημένοι. Συχνό φαινόμενο είναι η πρόκληση διαταραχών που σχετίζονται με την κατάθλιψη, την μελαγχολία και την ανάρμοστη συμπεριφορά προς άλλους.

Άξιο να αναφερθεί είναι το γεγονός ότι με την συνταξιοδότηση τους ορισμένα από τα αγαθά καταναλωτικά τους αγαθά αλλάζουν καθώς τα εισοδήματά τους τώρα είναι χαμηλά και καταφεύγουν στην αγορά φθηνών προϊόντων χωρίς ποιότητα. Οι χαμηλές συντάξεις

ώνουν και την πιθανότητα αποταμίευσης. Γενικότερα τα έξοδα τους παραμένουν ίδια ή ζώνονται ενώ τα εισοδήματά τους μειώνονται.

- Ένα ζεστό και στοργικό οικογενειακό περιβάλλον, χωρίς να τους στερεί την υγεία και να ενισχύει την αυτονομία τους, τον αυτοσεβασμό τους και το αίσθημα ικανότητας τους. Είναι σημαντικό για έναν ηλικιωμένο να νιώθει τους οικείους του γύρω του, καθότι με την πάροδο των ετών γίνεται εντονότερη η ανάγκη του συγγενικού φροντισμού, της συμπάθειας των άλλων, της επικοινωνίας καθώς και της συμμετοχής στην ζωή των άλλων.
- Ιατροφαρμακευτική κάλυψη σε ικανοποιητικό βαθμό καθώς και νοσοκομειακή περίθαλψη που να σέβεται την προσωπικότητα τους, χωρίς να ταλαιπωρούνται και να παρακλώνεται η υπερηφάνεια τους.

Ψυχοκοινωνικές ανάγκες

Κατά την Πουλοπούλου και τον Χριστοδούλου τα άτομα της τρίτης ηλικίας επίσης έχουν ανάγκη :

- Την διατήρηση κοινωνικών επαφών, την δραστηριότητα, την απασχόληση, την εκπαίδευση, την αναγνωρίσιμη προσφορά τους στο κοινωνικό σύνολο, την διασκέδαση, τα ψυχολογικά ερεθίσματα. Είναι απαραίτητο αφοτό αποχωρήσουν από την εργασία τους να οργανώνουν τον ελεύθερο τους χρόνο. Η έλλειψη νέων ενδιαφερόντων οδηγεί τον ηλικιωμένο σε διανοητική έκπτωση και τον αναγκάζει να καταφεύγει σε ανιαρές και μονοτονές συζητήσεις και ενέργειες. Εξαιτίας της πνευματικής φτώχειας, πολλές φορές στρέφεται στα περασμένα, ιδιαίτερα στα ευχάριστα περιστατικά και τρέφεται με την μνήμη τους. Ο υπερηλικας έχει ανάγκη να συμμετέχει σε ομαδικές εκδηλώσεις, να λαμβάνει κοινωνικοπνευματικές ευθύνες και να διατηρήσει επαφή με τους νέους.
- Την δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητα στον χώρο τους. Όσοι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν κινητικές δυσκολίες έχουν ανάγκη από κάποια βοηθήματα όπως είναι το αμαξάκι, το αναπηρικό αμαξίδιο κλπ.
- Την έγκαιρη και σωστή ενημέρωση πάνω σε θέματα που τους αφορούν όπως είναι η υγεία, η διατροφή, η ψυχαγωγία, διάφορα επιμορφωτικά προγράμματα και κοινωνικές δραστηριότητες.
- Πρόσβαση στις κοινοτικές υπηρεσίες παρέχοντας στους ηλικιωμένους σειρά προτεραιότητας και πλήρη ενημέρωση με σκοπό την άμεση εξυπηρέτησή τους.
- Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα τους άτομα.

ξουαλική ζωή ηλικιωμένων

Η σεξουαλικότητα αποτελεί βασική ανάγκη κάθε ανθρώπου. Σύμφωνα με την οπούλου, η προχωρημένη ηλικία επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην σεξουαλικότητα καθώς και την επιβράδυνση της. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι φτάνει το τέλος της, λο που τα άτομα χάνουν την αναπαραγωγική τους ικανότητα. Η διατήρηση μιας ερής ερωτικής σχέσης στα γηρατειά είναι ανεκτίμητη. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα έχουν μια δραστήρια ερωτική ζωή κατά την διάρκεια της ζωής τους, την διατηρούν και ηρατειά τους. Ένα ζευγάρι με αμοιβαία ιστορία έντονης σωματικής τρυφερότητας έχει λύτερη πιθανότητα να έχει σωματικές επαφές στα γηρατειά παρά ένα ζευγάρι λίκων που έχει διακόψει τις σεξουαλικές επαφές. Ένα ηλικιωμένο ζευγάρι μέσα από σεξουαλική του δραστηριότητα καλύπτει συναισθηματικές ανάγκες όπως είναι η ροφικότητα, η αγάπη, η τρυφερότητα.

Σύμφωνα με τον Μωυσιάδη (2004), η σεξουαλική επαφή δεν είναι απλά μια ολογική πράξη, είναι ιεροτελεστία. Χωρίς αγάπη, ζεστασιά, αισθήματα, λεπτότητα, ς πίστη στον άλλον δεν μπορεί να γίνει. Η εμπιστοσύνη, η άνεση, η καλή ισθηματική κατάσταση αποτελούν την βάση για την σεξουαλική επαφή του ιωμένου. Στα τόσα χρόνια ενός ηλικιωμένου ανδρόγυνου, που έχουν αντιμετωπίσει ές δυσκολίες μαζί, η σεξουαλική ικανοποίηση αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Τα ιωμένα ανδρόγυνα δεν διαφέρουν από τα νεότερα. Παλαιότερα ο άνδρας έπρεπε να ι ανεξάρτητος, ορμητικός, δυνατός ενώ η γυναίκα γλυκιά, όμορφη, εξαρτημένη από τον α. Η σεξουαλική επαφή για τα ανδρόγυνα αυτά και την Ελληνική πραγματικότητα / επιθυμία περισσότερο του άνδρα, παρά της γυναίκας, η οποία δεν τολμούσε να κάνει ρώτο βήμα και να το ζητήσει. Έκαναν έρωτα με τους άνδρες τους γιατί θεωρούσαν ότι λούσαν συζυγικά καθήκοντα και όχι επειδή το ήθελαν, με αποτέλεσμα να μην έχουν υαλική ικανοποίηση.

Παρόλο που η σεξουαλική δραστηριότητα αποτελεί πηγή ευχαρίστησης και ευτυχίας, ιρισσότερες κοινωνίες, με εξαίρεση τις σκανδιναβικές, έχουν αρνητική στάση στην οαλικότητα των ηλικιωμένων. Από πολλούς θεωρείται ως κάτι το νοσηρό και το ιτραμμένο, με αποτέλεσμα αυτό να επηρεάζει τα ηλικιωμένα άτομα αρνητικά. Η οαλικότητα των ηλικιωμένων δεν σχετίζεται με την ανηθικότητα, είναι πράξη ηθική, ι ανάγκη.

Η Πουλοπούλου (1999), αναφέρει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα διαφοροποιείται ίλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και την κοινωνικοοικονομική κατηγορία ην οποία ανήκει ο κάθε ηλικιωμένος. Πρόσθετα ο Μωυσιάδης (2004), αναφέρει ότι η οαλική αδράνεια των ηλικιωμένων οφείλεται σε φυσικούς, κοινωνικούς και υαισθηματικούς παράγοντες.

Και οι δύο συγγραφείς αναφέρουν ότι οι βασικοί παράγοντες της σεξουαλικής αποχής ηλικιωμένων είναι:

Η έλλειψη συντρόφου στα γεράματα

Οι σωματικές και ψυχικές διαταραχές του ίδιου του ηλικιωμένου και του συντρόφου του

Η παύση της λειτουργίας των όρχεων και των ωοθηκών σε κάποια ηλικία

Η σεξουαλική μονοτονία των επανειλημμένων σεξουαλικών σχέσεων

Έντονοι προβληματισμοί καριέρας ή οικονομικών καταστάσεων

Οι κοινωνικές προκαταλήψεις

Ο φόβος αποτυχίας της σεξουαλικής πράξης

Ορισμένα φάρμακα

Δ. Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η καλή υγεία είναι το βασικότερο στοιχείο για να είναι ικανοποιητικά τα γηρατειά. Όπως αναφέρει η Πουλοπούλου (1999), η υγεία των ηλικιωμένων εξαρτάται κατά μεγάλο μέρος από τις συνθήκες της προηγούμενης ζωής, από το περιβάλλον αλλά και τις τωρινές συνθήκες ζωής των ηλικιωμένων. Οι ασθένειες σε κάθε ηλικία, δημιουργούνται κατά μεγάλο ποσοστό από τον τρόπο ζωής και όχι αναγκαστικά από την ηλικία. Επί πλέον η κοινωνική απομόνωση εκθέτει σε κινδύνους που μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, όπως για παράδειγμα τα ατυχήματα, η καθυστέρηση στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κλπ.

Γηρίατροι και γηροντολόγοι διακρίνουν τους ηλικιωμένους σε υγιείς, σε εξυπηρετούμενους με απλά ιατρικά και χρόνια οικονομικά προβλήματα και σε αναπηρικά, εγκεφαλικά ή ψυχικά ανάπηρους. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι σωματικά υγιείς και ικανοί να διατηρήσουν τις νοητικές τους λειτουργίες σε απόλυτα ικανοποιητικό επίπεδο. Έχουν καλύτερη υγεία και υποφέρουν λιγότερο από χρόνιες ασθένειες σε σχέση με τους προγόνους τους. Αντισηπτικά, αντιβιοτικά και εμβόλια, ισορροπημένη διατροφή, υπηρεσίες πρόληψης, υψηλότερο εισόδημα έχουν συμβάλει στην καλύτερη διάρκεια και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής έχει ως επακόλουθο όχι μόνο την αύξηση του γηροντικού πληθυσμού αλλά και την εμφάνιση νοσημάτων όπως, οι καρκίνοι, οι αρθροπαιδικές παθήσεις, οι διάφορες λοιμώξεις, τα οποία προηγουμένως λόγω της μικρής διάρκειας ζωής δεν είχαν την δυνατότητα να εκδηλωθούν.

Τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων δεν διαφέρουν ιδιαίτερα από αυτά των νεότερων ηλικιών. Σημαντική διαφορά είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων σε σύγκριση με τους νεότερους είναι ασθενείς και κατά κανόνα πάσχουν από πολλές ασθένειες συγχρόνως. Η ανάρρωση τους συνήθως διαρκεί περισσότερο χρόνο και απαιτούν περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες. Έχουν συχνότερα προβλήματα νοητικότητας και κατανόησης και είναι πιο εκτεθειμένοι στους κινδύνους από το φυσικό περιβάλλον και οικονομικό τους περιβάλλον. Για παράδειγμα η ελάττωση της όρασης και της ακοής, που συχνά παρατηρείται στα γηρατειά καθιστούν τα ηλικιωμένα άτομα περισσότερο ευάλωτα στα ατυχήματα. Το μειωμένο εισόδημα και το γεγονός ότι ζουν μόνοι τους καθιστούν δύσκολο να επηρεάσει την διατροφή τους, με επιβλαβείς συνέπειες στην υγεία τους.

Η πιο συνηθισμένη εικόνα των γηρατειών είναι συχνά εικόνα νόσου, αδυναμίας και ησυχίας. Σε πολλούς ανθρώπους υπάρχει η προκατάληψη ότι γέρος σημαίνει άρρωστος. Οφείλεται στην συχνότερη προσβολή τους από πολλές ασθένειες, στην αυξημένη γήρανση υγειονομικών, νοσηλευτικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών, στην μεγαλύτερη κοινωνική παραμονή τους και στο είδος της νοσηρότητας των ηλικιωμένων που έχει γήρανση με προβλήματα κινητικότητας. Τα νοσήματα αυτά δεν περιορίζουν άμεσα την δοκίματη ζωή αλλά περιορίζουν σημαντικά την περίοδο της ανεξάρτητης ζωής και κλείνουν την περίοδο της εξαρτημένης ζωής.

διατροφή των ηλικιωμένων

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, η διατήρηση της καλής υγείας απαιτεί κατάλληλη διατροφή. Οι σωστές διατροφικές συνήθειες συμβάλλουν στη διατήρηση της σωματικής και πνευματικής υγείας στα γηρατιά. Με την πάροδο της ηλικίας οι ανάγκες του ηλικιωμένου σε ενέργεια αλλάζουν για τέσσερις βασικούς λόγους :α) Την αλλαγή βάρους και σύνθεσης του σώματος. β) Αλλαγές στον βασικό μεταβολισμό. γ) Περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας δ) Αύξηση των χρόνιων ασθενειών. Οι ομάδες των ηλικιωμένων είναι πιο πιθανό να έχουν διατροφικά προβλήματα είναι : άτομα που αντιμετωπίζουν διατροφικές δυσκολίες ή είναι κατάκοιτοι, άτομα που αδυνατούν να φροντίσουν την διατροφή λόγω σωματικών ασθενειών, οι πνευματικά άρρωστοι, οι πρόσφατα χήροι, οι ηλικιωμένοι και οι τρόφιμοι οίκων ευγηρίας. Έρευνα που παρουσιάστηκε στο 5^ο συνέδριο Γηροντολογίας Γηριατρικής έδειξε ότι στους Ελληνικούς οίκους ευγηρίας, οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν γύρω στις 1600 θερμίδες κατά μέσο όρο ημερησίως, με αποτέλεσμα 30% να παρουσιάζει διατροφικές ανεπάρκειες βιταμινών, αλάτων και ιχθυοστοιχείων, ενώ 70% τους κρίνεται ελλιπές. Επίσης το κρέας είναι συνήθως τρίτης κατηγορίας, το ψάρι είναι κατεψυγμένο καθώς και η ποιότητα και η ποσότητα φρούτων και λαχανικών μειωμένη. Όμοια και οι εξυπηρετούμενοι στο σπίτι ακολουθούν ανθυγιεινή διατροφή λαμβάνοντας περισσότερες από τις αναγκαίες θερμίδες (2200-2500), δεν κινούνται, κερδίζουν και εμφανίζουν υπερβολικό βάρος.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες συνήθως οι υπερηλικες ακολουθούν λανθασμένη διατροφή με τις μορφές του υπερσιτισμού που καταλήγει σε παχυσαρκία και αποτελεί βασική αιτία γήρανσης αλλά επίσης και υποσιτισμού που οφείλεται συνήθως σε κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα και έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία η οποία συνδέεται με την γήρανση και τον θάνατο. Στις χαμηλά οικονομικές ομάδες παρατηρείται ότι δεν υπάρχει η κατάλληλη ποιότητα και ποσότητα διατροφής. Έχει παρατηρηθεί ωστόσο άτομα χαμηλών οικονομικών τάξεων να διατρέφονται ικανοποιητικά σε αντίθεση με άτομα υψηλών οικονομικών τάξεων. Στις κοινωνίες της αφθονίας υπάρχουν κάποιοι παράγοντες όπως : γηριατρικά προβλήματα, η μοναξιά και η απομόνωση, η εξάρτηση, η αναπηρία, οι χρόνιες ασθένειες, οι γαστρεντερικές ενοχλήσεις, η έλλειψη ευχαρίστησης για το φαγητό, η αλλαγή της γεύσης, η έλλειψη βοήθειας, η έλλειψη φυσικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, ο τόπος κατοικίας, το βάρος, η σωματική αναπηρία, οι πνευματικές διαταραχές, οι ψυχολογικές αλλαγές και η περιθωριοποίηση κοινωνικών ατόμων, οι οποίοι αντιμετωπίζουν δύσκολη την σωστή διατροφή των ηλικιωμένων.

ιτροφικές ανάγκες

Ο Μωυσιάδης (2004), αναφέρει ότι οι τροφές που θα πρέπει να λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι διαφέρουν από αυτές των άλλων ηλικιών. Μία σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διατροφικές απαιτήσεις των ηλικιωμένων και άλλων ηλικιών είναι η λήψη θερμίδων. Οι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένες ανάγκες για θερμίδες. Υπολογίζεται ότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων σε θερμίδες ανέρχονται στις 2000 ημερησίως. Όσο πιο μεγάλο ηλικιακά είναι το άτομο τόσο λιγότερη σωματική μάζα έχει καθώς και σχετική αύξηση του λιπώδους ιστού. Η μεταβολίζεται αργά σε αντίθεση με τον σπληνικό ιστό έχοντας σαν αποτέλεσμα την αδύναση των καύσεων των θερμίδων.

Έχει παρατηρηθεί ότι εξαιτίας των οδοντιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν πολλοί ηλικιωμένοι, αποφεύγουν την λήψη τροφών όπως είναι τα φρούτα και τα λαχανικά, τα οποία αν και είναι ιδιαίτερα θρεπτικά για τον οργανισμό είναι επίσης ιδιαίτερα σκληρά για να μασηθούν από κάποιον που αντιμετωπίζει τέτοιου είδους προβλήματα. Το πρόβλημα παρατηρείται πιο έντονα στην επαρχία και ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες περιοχές όπου η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών είναι σχεδόν ανεπαρκής. Επίσης, η ελάττωση των γευστικών καλύκων στην γλώσσα συντελεί στην απομείωση της γεύσης με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες τροφών και αλμυρών τροφών για να καλύψουν το αίσθημα της γεύσης, επιβαρύνοντας έτσι τον οργανισμό τους. Ένας άλλος εξίσου σημαντικός παράγοντας της μη σωστής διατροφής είναι και η περιορισμένη αίσθηση της δίψας και της πείνας, όπου οδηγεί και στην αφυδάτωση του οργανισμού.

Σημειώνεται επίσης ότι οι υπερηλικες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πέψη των τροφών εξαιτίας της μειωμένης παραγωγής υδροχλωρικού οξέος, πεψίνης και κρεατικού υγρού. Λόγω της ελάττωσης των παγκρεατικών υγρών, της αύξησης του μεγέθους του παγκρέατος και της μη καλής απορρόφησης της χοληστερόλης, υπάρχει ο κίνδυνος φλεγμονής λόγω χολολιθίασεως με αποτέλεσμα η διατροφή τους να μην είναι αποδοτική λόγω προβλημάτων χώνεψης. Πολύ τακτικά επίσης εμφανίζουν δυσπεψία και πόνο καθώς και δεν ανέχονται το λίπος.

Οι διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων θα πρέπει να καθορίζονται με βάση την κατάσταση του καθενός. Ωστόσο υπάρχουν μερικοί γενικοί κανόνες διατροφής. Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να καταναλώνουν τροφές υψηλής ποιότητας σε θερμίδες όπως είναι παράδειγμα τα ψάρια, τα αυγά, τα φρούτα, τα λαχανικά, άπαχο κρέας, γαλακτοκομικά κ.λπ. Το 55% των θερμίδων που χρειάζεται ένας ηλικιωμένος την ημέρα πρέπει να προέρχεται από υδατανθρακες που είναι πηγή ενέργειας και ινών. Οι ίνες αυτές, διαλυμένες στο νερό βοηθούν στην ελάττωση της χοληστερόλης ενώ οι αδιάλυτες υπάρχουν στα λαχανικά, στα φρούτα, στα λαχανικά και βοηθούν στην δραστηριότητα του εντέρου. Παρόλα αυτά όμως εξαιτίας της μειωμένης ικανότητας του ηλικιωμένου να διατηρήσει σταθερό το επίπεδο του σακχάρου στο αίμα, η ποσότητα των υδατανθράκων στην διατροφή του θα πρέπει να είναι μειωμένη. Εξάλλου η λήψη μεγάλων ποσοτήτων υδατανθράκων οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα, με αποτέλεσμα την απώθηση του σακχάρου στο αίμα και την εμφάνιση υπογλυκαιμίας που του προκαλεί και διανοητική

ση. Για να ανανεώνονται οι πρωτεΐνες του σώματος τους θα πρέπει να λαμβάνουν ένα μάριο πρωτεΐνης ανά κιλό βάρους του σώματος ημερησίως ή το 15% των θερμίδων πρωτεΐνες.

Επίσης κρίνεται απαραίτητη η λήψη λίπους όχι μόνο εξαιτίας της θερμιδικής του αλλά και επειδή καθιστά την τροφή περισσότερο εύγευστη. Απαραίτητη κρίνεται και η μη ασβεστίου, όπου συντελεί στην καλή κατάσταση του μυοσκελετικού συστήματος τον μηχανισμό πήξης του αίματος.

Σημαντική για τον οργανισμό είναι και η μεγάλη κατανάλωση υγρών ώστε να ευχθεί η αφυδάτωση. Έχει υπολογιστεί ότι οι απαιτήσεις αυτές καλύπτονται με την 6 έως 9 ποτηριών νερού ή άλλων υγρών την μέρα. Συμπερασματικά η σωστή κατανάλωση των υπερηλικίων θα πρέπει να περιλαμβάνει υδατάνθρακες (55%), λίπη (30%) και πρωτεΐνες (15%).

Η Ελληνική παραδοσιακή διατροφή σύμφωνα με την Πουλοπούλου έχει ευεργετικές επιπτώσεις στην υγεία. Παρόλο που για αιώνες η Ελληνική διατροφή ήταν από τις καλύτερες στον κόσμο σήμερα η χώρα μας καταλαμβάνει μία από τις υψηλότερες θέσεις στην κατανάλωση κρέατος ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης.

Σύμφωνα με Ελληνικές έρευνες η παραδοσιακή ελληνική διατροφή που συνίσταται σε ελαιόλαδο, κρασί, λαχανικά, δημητριακά, γαλακτοκομικά, κρέας, είναι εδραιωμένη σε όλα τα μέρη του αγροτικού πληθυσμού και αποτελεί σημαντικό παράγοντα της σχετικά υψηλής θνησιμότητας των Ελλήνων. Ύστερα από έρευνα σε τρία Ελληνικά χωριά έχει διαπιστωθεί ότι η διατροφή έχει τροποποιηθεί υπό την επίδραση νέων συνθηκών οικονομίας, εμπορικών τάσεων και αλλαγών στα πολιτισμικά πρότυπα. Σε σύγκριση με τους πληθυσμούς της Βόρειας Ευρώπης, οι ηλικιωμένοι της αγροτικής Ελλάδας καταναλώνουν περισσότερες ποσότητες φρούτων και λαχανικών και παρόμοιες ποσότητες κρέατος και ψαριού. Επίσης οι Έλληνες καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες ζάχαρης, γλυκών, αυγών και τις ίδιες λίπους, αν και το περισσότερο από το προστιθέμενο λίπος στην Ελλάδα είναι ελαιόλαδο.

Στην αγροτική Ελλάδα παρατηρείται η συχνή κατανάλωση κρασιού από τους ηλικιωμένους και κυρίως κατά την διάρκεια των γευμάτων τους. Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μειώνει την πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου ωστόσο όμως σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.

Επιπτώσεις της διατροφής στην υγεία των ηλικιωμένων

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, η μη σωστή διατροφή είτε οφείλεται στον οικονομικό είτε οφείλεται στον υποσιτισμό δημιουργεί διάφορα ιατρικά, κοινωνικά, οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα. Όταν η διατροφή δεν περιλαμβάνει την απαραίτητη ποσότητα φυτικών ινών αλλά αντίθετα είναι πλούσια σε ζωικά λίπη, ζάχαρη

ιάτι προδιαθέτει την εκδήλωση διαφόρων ασθενειών και παθολογικών καταστάσεων είναι τα γαστρεντερικά προβλήματα, η παχυσαρκία, η υπέρταση, η υψηλή χοληστερόλη, η ισχαιμία, η καρδιοπάθεια και ο σακχαρώδης διαβήτης. Ευθύνεται επίσης και για την εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου, ιδιαίτερα του πεπτικού συστήματος. Παράδειγμα, το κόκκινο κρέας συντελεί στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του μαστού, το αλάτι και οι κατεστραμμένες τροφές συντελούν στον καρκίνο του στομάχου και το αλκοόλ για τους καρκίνους του μαστού, του οισοφάγου και του λάρυγγα. Η έλλειψη βιταμινών είναι υπεύθυνη για συμπτώματα όπως είναι η ανορεξία, η κόπωση και η συγγυτική κατάσταση. Η βιταμίνη Ε είναι σημαντικός παράγοντας προστασίας από καρδιακά νοσήματα. Η Βήτα καροτίνη επίσης, η οποία βρίσκεται στα κίτρινα και κίτρινα φρούτα καθώς και στα λαχανικά, προστατεύει τον οργανισμό από καρκινικές μορφές καρκίνου όπως του μαστού, του παχέος εντέρου και του πνεύμονα. Η παχυσαρκία προκαλεί καταστάσεις όπως την δύσπνοια, τον διαβήτη, την υπέρταση, την οστεοπόρωση, τις εκφυλιστικές αρθρίτιδες κλπ. Η οστεοπόρωση οφείλεται και από την έλλειψη ασβεστίου. Επίσης και η έλλειψη υγρών από τον οργανισμό έχει ως συνέπεια τις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος.

Η μείωση της κατανάλωσης του λίπους και η αντικατάσταση των κεκοκηρεσμένων με ακόρεστα αποτελεί βασικό κανόνα για την πρόληψη των εγκεφαλικών επεισοδίων. Ο περιορισμός της κατανάλωσης αλατιού μειώνει την υπέρταση και τον κίνδυνο εγκεφαλικού. Ένα διαιτολόγιο πλούσιο σε κάλιο που περιέχεται στα περισσότερα λαχανικά και φρούτα μειώνει τις πιθανότητες για την εμφάνιση διαφόρων μορφών καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων.

Ασθένειες της τρίτης ηλικίας

Με το πέρασμα των χρόνων το κάθε άτομο υφίσταται μια φυσιολογική φθορά στα όργανα του σώματος του, όσον αφορά την σύσταση, την μορφολογία των κυττάρων, ιστών κλπ. Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, οι φυσιολογικές μεταβολές πρέπει να διαχωρίζονται από τις νοσηρές καταστάσεις. Οι πιθανότητες όμως να προσβληθεί από κάποια ασθένεια ο ηλικιωμένος είναι μεγαλύτερες από ό,τι σ' ένα νεαρό άτομο. Ένα ηλικιωμένο άτομο έχει λιγότερα ενεργά κύτταρα υψηλού μεταβολισμού, κυρίως μύες, μεγαλύτερη ποσότητα λιπών και μικρότερο όγκο αίματος σε σύγκριση μ' ένα νέο άτομο. Με το γήρας επιβραδύνονται μεταβολές και φθορά στις λειτουργίες και τα συστήματα του ανθρώπου. Οι παθήσεις, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνοι, ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, ψυχικά νοσήματα και διαβήτης αποτελούν τις πιο σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας των ηλικιωμένων. Η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία μπορούν να μειώσουν κατά πολύ τις αναπηρίες και τις αναπηρίες των ηλικιωμένων ατόμων. Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά οι ασθένειες που προσβάλλουν τα συστήματα του οργανισμού κατά την γήρανση.

θένειες του καρδιαγγειακού συστήματος

Η Πουλοπούλου αναφέρει ότι η έκταση αλλοιώσεων καρδιαγγειακού συστήματος ρίζει τον βαθμό γήρανσης το ατόμου. Βασική αιτία αυτών των διαταραχών είναι η αιμάτωση που οφείλεται στην κατάσταση των αγγείων, στην σκλήρυνσή τους, στην τη της ελαστικότητας των αρτηριών, στην στένωση του αυλού και στην ατελή κόμιση αίματος στα κύτταρα.

Η πιο συνηθισμένη και μόνιμη αρρώστια στους ηλικιωμένους είναι η **μυριοσκλήρυνση**, η οποία εκδηλώνεται με την αρτηριακή πίεση, τις ζάλες, τις νεφρικές καρδιακές ανεπάρκειες, τις διαταραχές μνήμης κ.α. και έχει διάφορες επιπλοκές όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο άλλοτε ως θρόμβωση και άλλοτε ως αιμορραγία. Αν η προσβολή είναι μικρή, περνά με την κατάλληλη θεραπεία. Η μεγαλύτερη όμως προσβολή μπορεί να οδηγήσει και στον θάνατο ή και στην αναπηρία. Η αναπηρία και ο θάνατος από καρδιαγγειακό σύστημα συνεχώς αυξάνονται στους ηλικιωμένους. Ως σημαντικοί κίνδυνοι που οδηγούν στην καρδιοπάθεια αναφέρονται : η υπέρταση, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αύξηση βάρους και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Συχνά παρατηρείται η παρξη των παραπάνω παραγόντων. Συμπληρωματικά στην Εγκυκλοπαίδεια Υγεία (3^{ος} τόμος, 1983), αναφέρει ότι η κληρονομικότητα παίζει μεγάλο ρόλο στην καρδιοπάθεια.

Η αρτηριακή πίεση είναι η πιο συχνή ασθένεια της τρίτης ηλικίας. Συνήθως δεν προκαλεί πόνο ή άλλα συμπτώματα. Τα προβλήματα και οι επιπλοκές που δημιουργεί είναι εμφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια και το εγκεφαλικό επεισόδιο και κυρίως όταν η πίεση παραμένει υψηλή. Οι αρτηρίες ολόκληρου του σώματος και ιδιαίτερα της καρδιάς χάνουν την ελαστικότητά τους και ασβεστοποιούνται. Η δημιουργία των αθηρωματικών πλάκων και θρόμβων στα τοιχώματα των αρτηριών γίνεται πολύ συχνότερη. Η συστολική πίεση αυξάνεται περισσότερο στις γυναίκες, παρά στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Η διαστολική πίεση παρουσιάζει ελάχιστη μέση αύξηση μεταξύ 25 και 75 ετών. Η αύξηση της μέσης συστολικής και διαστολικής πίεσης ιδιαίτερα στις γυναίκες προκαλεί και διαταραχές αιμάτωσης των διαφόρων οργάνων. Θάνατοι από υπερτασική νόσο παρατηρούνται κυρίως στους ηλικιωμένους άνω των 85. Οι γυναίκες άνω των 65 ετών παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη θνησιμότητα έναντι των ανδρών.

Μία επίσης συχνή νόσος για την τρίτη ηλικία είναι και ο **διαβήτης**, ο οποίος έχει σημαντικές επιπτώσεις στα αγγεία. Η συχνότητα του αυξάνεται απότομα ανάμεσα στα 50 και τα 60 και συνεχίζει να αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας.

Ανάλογες και με την αύξηση της ηλικίας είναι και οι βλάβες της καρδιάς και των αρτηριών. Οι αρρυθμίες γίνονται συχνότερες. Η ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας των ηλικιωμένων στις αναπτυγμένες χώρες. Η στεφανιαία νόσος, το εμβόλο του μυοκαρδίου καθώς και η ρήξη του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής αποτελούν σημαντικές αιτίες θανάτου της τρίτης ηλικίας.

Οι περισσότερες από τις παραπάνω ασθένειες όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης η αρτηριακή υπέρταση μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Η δημοποίηση του προβλήματος, ο έλεγχος βάρους, η κατάλληλη θεραπεία οδηγούν αντιμετώπισή τους (Πουλοπούλου).

Θένοιες του κεντρικού νευρικού συστήματος

Ορισμένες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος παρουσιάζουν αυξημένη ότητα στους ηλικιωμένους και αποτελούν την πρώτη αιτία νοσηρότητας και μότητας στην Ελλάδα, ιδιαίτερα τα εγκεφαλικά σύνδρομα, οι διάφορες μορφές άνοιας νόσος του Πάρκινσον.

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, τα εγκεφαλικά σύνδρομα εκδηλώνονται είτε με την πη αιμάτωσης σε μια από τις 4 αρτηρίες που αρδεύουν τον εγκέφαλο είτε με την ή της διάχυτης εγκεφαλικής ανεπάρκειας.

Σύμφωνα με έρευνα που έχει γίνει στην Ελλάδα, η συχνότητα των εγκεφαλικών οδίων ετησίως ξεπερνά τα 250 νέα περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους, γεγονός που νεται τόσο για δεκάδες θανάτους όσο και για υψηλό ποσοστό επιζώντων ασθενών με ά όμως αναπηρία η οποία απαιτεί συνεχή φροντίδα. Τα ισχαιμικά επεισόδια αποτελούν 3% όλων των εγκεφαλικών επεισοδίων τα οποία οφείλονται σε απόφραξη κάποιας ηρίας του εγκεφάλου από θρόμβους αίματος και έχουν τους ίδιους προδιαθεσικούς άγοντες με την στεφανιαία νόσο.

Η άνοια είναι σύνδρομο με κύριο χαρακτηριστικό την έκπτωση των νοητικών ουργιών. Αποτελεί βασική εγκεφαλική διαταραχή που εκδηλώνεται στον τομέα της ηης και της συμπεριφοράς με διάφορα συμπτώματα ανάλογα με το άτομο και τις ήκης ζωής του. Ο αριθμός των ασθενών που αντιμετωπίζουν το παραπάνω σύνδρομο νεται συνεχώς. Οι πιο συχνές μορφές άνοιας είναι η νόσος του Άλτσχάϊμερ, η οεμφρακτική άνοια, η νόσος του Πάρκινσον, η νόσος Kreutzfeldt-Jacob. Η άνοια δεν ίζεται πάντα με τα γηρατειά. Μπορεί να εμφανιστεί και σε μικρότερες ηλικίες, στα 50 χρόνια. Η γεροντική άνοια είναι πιο συχνή στις πολύ μεγάλες ηλικίες και κυρίως γυναίκες. Η κατάσταση είναι προοδευτική και συνεπάγεται τη βαθμιαία μείωση των φαλικών κυττάρων. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 1% των ατόμων στην ηλικία των 4 ετών, το 19% των ατόμων στην ηλικία των 75-84 ετών και το 47% των ατόμων άνω 85 ετών, αντιμετωπίζουν την άνοια.

Τα συμπτώματα της άνοιας είναι η έκπτωση –απώλεια της μνήμης και ακολουθείται προβλήματα στο χειρισμό της γλώσσας, απραξία, διαταραχή του προσανατολισμού χρόνο, στο χώρο και τα πρόσωπα, αλλαγές στην προσωπικότητα και τον χαρακτήρα ηλικιωμένου. Στα τελευταία στάδια της άνοιας ο ηλικιωμένος δεν είναι ικανός να οινωνήσει με το περιβάλλον και επίσης χάνει τον έλεγχο των σφικτήρων. Η άνοια ς και η κατάθλιψη παρουσιάζεται με διαφορετική συχνότητα στα κοινωνικά άτομα σε

ιση με άτομα που έχουν περιορισμένες κοινωνικές επαφές. Η ασθένεια μπορεί ν' έχει βαθμιαία και μπορεί μερικές φορές να συνδέεται με κάποια άλλη ασθένεια όπως το εγκεφαλικό. Η αρτηριοσκληρωτική άνοια εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες. Η σημασία για την αντιμετώπιση της άνοιας έχει η υποστήριξη από συγγενείς και φίλους και από την κοινότητα.

Η σημαντικότερη μορφή άνοιας είναι η νόσος του Αλτσχάϊμερ . Σύμφωνα με το βιβλίο Επικοινωνία για την νόσο του Αλτσχάϊμερ (16^ο τεύχος), η νόσος αυτή είναι εκφυλιστική πάθηση. Χαρακτηρίζεται κλινικά από μία προοδευτική έκπτωση των λειτουργιών του ανθρώπου, που οδηγεί στην διαταραχή της λειτουργικότητας. Το άτομο παρουσιάζει διαταραχές στην μνήμη, στον προσανατολισμό, στον χρόνο και χώρο, με αποτέλεσμα να καθιστά τον ασθενή δυσλειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και εξαρτημένο από άλλα άτομα για την φροντίδα του. Κάποια στιγμή στην πορεία της νόσου εμφανίζονται νευροψυχιατρικές διαταραχές. Ο ασθενής είναι δυνατόν να έχει παροξυσμικές, ψευδαισθήσεις, να διακατέχεται από άγχος ή να είναι απαθής. Μία χαρακτηριστική ψυχιατρική διαταραχή που εμφανίζεται στην νόσο αυτή είναι η κατάθλιψη, η οποία σε κάποιες μελέτες υπερβαίνει και το 80% αλλά συνήθως κυμαίνεται γύρω στην μείζονα κατάθλιψη στο 20-25% και τα υπόλοιπα καταθλιπτικά σύνδρομα στο 20-30%.

Η Πουλοπούλου, αναφέρει ως πρώτα συμπτώματα της νόσου, την αδυναμία του ασθενούς να θυμηθεί τα πρόσφατα γεγονότα της ζωής του και να εκτελέσει τα καθημερινά καθήκοντα σε ικανοποιητικό βαθμό. Η νόσος εμφανίζεται αργότερα σε άτομα με υψηλή μορφωτική μόρφωση και πνευματικές ασχολίες.

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), τα συμπτώματα της νόσου αρχίζουν βαθμιαία και προοδευτικά με κατάληξη τον θάνατο σε διάστημα 8-10 χρόνων. Η νόσος λαμβάνει τρία στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο , το άτομο παρουσιάζει διαταραχή στην μνήμη, αφηρημάδα και κόπωση. Η κρίση, η σκέψη και οι κοινωνικές του λειτουργίες παραμένουν. Κατά το μέσο στάδιο το άτομο παρουσιάζει : απώλεια λογικής, μειωμένη μνήμη και ικανότητα κίνησης, ανικανότητα να συμπεριφερθεί με υπομονή, αργό βηματισμό, λεκτικά ή σωματικά ξεσπάσματα, βραδύτερη ομιλία και κατανόηση των λέξεων, ελάττωση της ικανότητας να εκτελέσει μαθηματικές πράξεις, δυσκολία στις κοινωνικές συναναστροφές, παράνοια, εμμονές, κρύψιμο πραγμάτων, επιθετική συμπεριφορά, άρνηση βοήθειας. Στο προχωρημένο στάδιο, ο ασθενής χάνει τον έλεγχο των αισθητήρων καθώς και την ικανότητα να επικοινωνήσει. Σ' αυτό το στάδιο εμφανίζονται οι παροξυσμικές παροξύνσεις. Πολλοί επίσης ασθενείς γίνονται πιο ήρεμοι και λιγότερο αγχώδεις επειδή η πραγματικότητα δεν μπορούν να θυμηθούν.

Μία επίσης σημαντική ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι η νόσος του Πάρκινσον. Κατά την Πουλοπούλου, η πάθηση μπορεί να αρχίσει στην μέση ηλικία ή αργότερα στο γήρας που οι περισσότεροι ασθενείς είναι άνω των 70 ετών. Υπάρχουν δύο μορφές, στην πρώτη η υπερέρχεται ο τρόμος και στην δεύτερη η ακαμψία. Συνήθως ο ασθενής δεν αντιμετωπίζει άλλα προβλήματα υγείας. Με την εξέλιξη της νόσου μειώνεται η δραστηριότητα του προσώπου και οι κινήσεις γίνονται δυσκολότερες και το άτομο δεν μπορεί πλέον να αυτοεξυπηρετηθεί. Η νόσος διακρίνεται σε αρτηριοσκληρωτικό Πάρκινσονισμό και σε κλασικό ιδιοπαθή Πάρκινσονισμό που σπάνια αρχίζει στη μεγάλη

1. Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη αν και έχουν ενοχοποιηθεί κατά ύς πολλοί εξωγενείς και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

ψυχικές και πνευματικές διαταραχές

Οι περισσότερες ψυχικές και πνευματικές διαταραχές δεν οφείλονται στην γήρανση ατόμου σύμφωνα με την Πουλοπούλου. Εκτός από τις γενετικές και βιοχημικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ψυχική ασθένεια. Οι μεταβολές που επέρχονται με το πέρασμα των χρόνων όπως η επιβράδυνση της σκέψης, η επιδείνωση της μνήμης, οι αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου, η ανασφάλεια, η κοινωνική απομόνωση οδηγούν στην εμφάνιση ψυχοπαθολογικών διαταραχών. Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχική αναστάτωση κατά την πάροδο της ηλικίας και είναι πρόβλημα ιατρικό και ψυχολογικό. Η κατάθλιψη δεν αντιμετωπίζεται παρά μόνο σε περιπτώσεις που τα συμπτώματά της είναι κρυμμένα κάτω από σωματικές ενοχλήσεις ή οι ασθενείς αρνούνται να ζητήσουν βοήθεια από ειδικούς.

Η Παγοροπούλου (1993) αναφέρει ότι η κατάθλιψη ανήκει στις διαταραχές του συναισθήματος και εκδηλώνεται με ελαφρά, ήπια ή σοβαρά κλινικού τύπου συμπτώματα. Τα κριτήρια της είναι: α) Το έντονο συναίσθημα της θλίψης. β) Η έλλειψη δραστηριότητας του συναισθήματος. γ) Η έκπτωση της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής λειτουργικότητας. δ) Η διάρκεια και η ένταση των συμπτωμάτων. Η Παγοροπούλου ορίζει την κατάθλιψη ως την κατάσταση εκείνη του ασθενούς στην οποία το συναίσθημα της θλίψης και της απογοήτευσης είναι πολύ πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία. Η κατάθλιψη δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον, υποβαθμίζει σημαντικά την λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες. Σύμφωνα με τους Χριστοδούλου και Κονταξάκη (2000), εξαιτίας της κατάθλιψης η ζωή πολλών ατόμων επηρεάζεται. Χωρίς αυτήν θα μπορούσαν να ζήσουν ήρεμα και ευχάριστα τα γηρατειά.

Η Ελευθεροτυπία (2005) αναφέρει ότι στην Ελλάδα ένας στους έξι ηλικιωμένους εμφανίζει κατάθλιψη με κύρια συμπτώματα την απώλεια του ενδιαφέροντος, την μείωση της συγκέντρωσης και της όρεξης καθώς και τις διαταραχές του ύπνου. Σύμφωνα με άλλες δημοσκοπικές μελέτες που έχουν γίνει σε ηλικιωμένους βρέθηκε πως το 10-25% των ηλικιωμένων εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη και το 2-8% από δυσθυμία. Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και νοσοκομεία ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μέτρια κατάθλιψη ήταν 5-15% ενώ ένα ποσοστό επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου.

Σύμφωνα με τους Χριστοδούλου και Κονταξάκη (2000), η κατάθλιψη των ηλικιωμένων οφείλεται σε διάφορους κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες. Ορισμένοι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες όπως είναι το πένθος, η απώλεια, η μοναξιά, η αποχώρηση από την εργασία και γενικότερα από τις δραστηριότητες,

νών σε καταθλιπτικές καταστάσεις. Επίσης η παρουσία σωματικών νόσων, λογικών παθήσεων, Parkinson σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής τωματολογίας σε ηλικιωμένους. Ακόμη, βιολογικοί παράγοντες λειτουργούν έμμεσα άλλοντας στην εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου ή συμβάλλοντας στην χρονιότητα ατάθλιψης όπως ο χρόνιος πόνος, οι διαταραχές του ύπνου, οι σωματικές μειονεξίες ελλιπής τροφή. Τέλος τα καταθλιπτικά σύνδρομα υπάρχει πιθανότητα να προκληθούν πό ορισμένα φάρμακα.

Οι ίδιο συγγραφείς αναφέρουν ότι η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μαφέρει ουσιαστικά από αυτήν των νεότερων ατόμων. Οι θεραπείες είναι βιολογικού υ όπως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία και ψυχολογικού υ όπως υποστηρικτική, γνωσιακή - συμπεριφερολογική ψυχοθεραπεία. Ως σήμερα η πεία είχε ορισμένα προβλήματα εκ των οποίων τα σημαντικότερα αφορούσαν τα κλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία είχαν παρενέργειες στους ασθενείς. Τα πταιία χρόνια όμως υπάρχουν τα νεότερης γενιάς φάρμακα όπως οι εκλεκτικοί τολεείς επαναπρόσληψης της σεροτίνης που έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες ίναι πιο ασφαλή. Σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι στα ηλικιωμένα άτομα η θεραπεία ά με μικρές δόσεις και στην πορεία αυξάνεται. Κατά την επιλογή της φαρμακευτικής ρής λαμβάνονται υπόψη ορισμένοι παράμετροι όπως η συμπτωματολογία, η ρρότητα με ψυχικές ή σωματικές νόσους καθώς και γενικότερες βιολογικές αλλαγές εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία και επηρεάζουν την φαρμακοκινητική.

ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος

Κατά την Πουλοπούλου, τρεις πολύ σημαντικές ασθένειες του μυοσκελετικού τήματος παρουσιάζονται κατά την τρίτη ηλικία. Οι αρθρίτιδες, η οστεοπόρωση και η υαλγία εκφυλιστικής αιτιολογίας, οι οποίες είναι πολύ συχνές και αναπηρικές. λογίζεται ότι στην Ελλάδα τουλάχιστον 300 χιλιάδες άτομα πάσχουν από σοβαρές ρίτιδες και ακολουθούν κάποια θεραπεία. Η **οσφυαλγία** που οφείλεται σε εκφυλιστικές ήσεις της σπονδυλικής στήλης είναι συχνό νόσημα στους ηλικιωμένους. Τα νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος που αφορούν την τρίτη ηλικία έχουν σχέση με την φθορά αρθρικού χόνδρου, των οστών ή των μεσοσπονδυλίων δίσκων. Η προοδευτική αστροφή των αρθρικών χόνδρων οδηγεί στην ανάπτυξη των αρθρίτιδων.

Η κυριότερη πάθηση των οστών στη γεροντική ηλικία είναι η **οστεοπόρωση** και ακτηρίζεται από την παθολογική ελάττωση της οστικής μάζας. Ενδείξεις της πάθησης ελούν : τα κατάγματα του σπονδύλου και ο πόνος που τα συνοδεύει γιατί η καθίζηση σπονδύλων προκαλεί ραχιαλγίες, ισχιαλγίες. Συνέπειες είναι η κύφωση, η ελάττωση ύψους και η απώλεια του κατά τέσσερα εκατοστά, η ελάττωση της αντοχής των οστών ε να προκαλούνται συχνά κατάγματα. Το οστό του μηρού έχει μεγαλύτερη συχνότητα γμάτων.

Μία άλλη σημαντική πάθηση που αντιμετωπίζεται στην τρίτη ηλικία είναι η **ρτίδα** σύμφωνα με την Εγκυκλοπαίδεια Υγεία (3^{ος} τόμος, 1983). Η πάθηση αυτή

μια φλεγμονή ή η εκφυλιστική αλλοίωση μιας άρθρωσης. Οι πιο συνηθισμένες
ξ αρθρίτιδας είναι :

Η ρευματική αρθρίτιδα, η οποία είναι μια φλεγμονή που προσβάλλει ιδιαίτερα τις
ες αρθρώσεις των δαχτύλων, τους καρπούς και τα γόνατα. Η μορφή αυτή αρθρίτιδας
νίζεται κυρίως στους μεσήλικες.

Η οστεοαρθρίτιδα, η οποία προσβάλλει τις πάνω αρθρώσεις των δαχτύλων, τους
δύλους, τα γόνατα, τους αστραγάλους και τους καρπούς. Εμφανίζεται κυρίως στους
ωμένους. Η οστεοαρθρίτιδα που είναι μια εκφυλιστική αλλοίωση των οστών και των
ων, λέγεται και αρθροπάθεια. Αρχικά εκδηλώνεται σαν απλή ενόχληση, αλλά
χει κίνδυνος να καταλήξει και σε οριστικό μπλοκάρισμα των αρθρώσεων.

Ουρική αρθρίτιδα, η οποία είναι μια φλεγμονή που προσβάλλει συνήθως τα δάχτυλα
ποδιών και άλλες αρθρώσεις , Συνοδεύεται από απότομους οξείς πόνους και
νίζεται στους ηλικιωμένους που τρώνε και πίνουν υπερβολικά.

Τραυματική αρθρίτιδα, η οποία είναι η φλεγμονή μιας τραυματισμένης άρθρωσης.

Βακτηριακή αρθρίτιδα, η οποία είναι η μόλυνση κάποιας άρθρωσης που οφείλεται
ακτηρίδια όπως ο σταφυλόκοκκος, ο βάκιλος της φυματίωσης, ο γονόκοκκος κτλ.

Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος

Πολλοί ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν διάφορες μη νεοπλασματικές ασθένειες.
γμονώδεις παθήσεις των βρόγχων και του πνευμονικού παρεγχύματος, όχι μόνο
ελούν συχνές αιτίες θανάτων αλλά και αιτίες σοβαρών αναπηριών. Η χρόνια
πρακτική πνευμονοπάθεια και άλλες παθήσεις των πνευμόνων είναι αρκετά συχνές
ν μεγάλη ηλικία ενώ τα τελευταία χρόνια ελέγχονται οι φυματιώδεις παθήσεις του
μονα. Όλες οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να προκαλέσουν
σα και άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως καρδιοπάθεια, οστεοπάθεια, παθήσεις
αίματος κλπ. Η συχνότητα της πνευμονίας είναι αυξημένη στους ηλικιωμένους και
ελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου. Στους ηλικιωμένους οι λοιμώξεις του
νευστικού συστήματος παρουσιάζονται ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες. Συμβαίνει
ές φορές οι επιπλοκές της πνευμονίας και της γρίπης να καταλήγουν σε θάνατο.

Οι νεοπλασματικές παθήσεις των βρόγχων και των πνευμόνων έχουν αυξηθεί τα
υταία χρόνια στην Ελλάδα. Στην χώρα μας τα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με την
ότητα του καρκίνου του πνεύμονα δίστανται. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες, ο
κίνος του πνεύμονα εμφανίζεται κυρίως στην τρίτη ηλικία ενώ σύμφωνα με κάποιες
ς τα χαρακτηριστικά και η εξέλιξη του συγκεκριμένου καρκίνου στους ηλικιωμένους
διαφοροποιούνται από εκείνα των νεότερων ηλικιών. Ο καρκίνος του πνεύμονα
έεται άμεσα με το κάπνισμα, για παράδειγμα ο καθένας που καπνίζει 20-25 τσιγάρα

μέρα πολλαπλασιάζει επί 20 τον κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο του πνεύμονα. Ένας ; 4 καρκίνους σχετίζεται με το κάπνισμα. (Πουλοπούλου)

αθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος

Τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού συστήματος είναι από τις πιο συνηθισμένες τηφόρες νεοπλασματικές παθήσεις στις μεγάλες ηλικίες. Ειδικότερα ο **καρκίνος του οξ εντέρου** ο οποίος είναι και η πιο συχνή μορφή καρκίνου του πεπτικού συστήματος ιώνει έξαρση στην τρίτη ηλικία. Και ο **καρκίνος του στομάχου** είναι πολύ θισμένος στην τρίτη ηλικία και κυρίως στους υπερήλικες άνω των 80 ετών. Επίσης ο **καρκίνος των χοληφόρων οδών** και του παγκρέατος είναι ο τέταρτος σε συχνότητα ήνος του γαστρεντερικού συστήματος μετά τους καρκίνους του στομάχου, του παχέος ου και του οισοφάγου. Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος εμφανίζεται κυρίως στις ιές 50-54 ετών με ελαττωμένη συχνότητα στις μεγαλύτερες άλλα και στις νεότερες ιές. Στις μεγάλες ηλικίες ο καρκίνος του παχέος εντέρου παρουσιάζεται ως ειλεός, ηση ή αιμορραγία και η χειρουργική αντιμετώπιση υπό αυτές τις συνθήκες πάγεται υψηλή θνητότητα. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του παγκρέατος ιτηρούνται σε άτομα ηλικίας 65-75 ετών. Στα 75 χρόνια η συχνότητα του είναι 10 ές υψηλότερη από ότι σε νεότερη ηλικία. Η προχωρημένη ηλικία και το οικογενειακό ρικό αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Για τους κακοήθεις όγκους του πεπτικού ήματος η ριζική χειρουργική αντιμετώπιση όταν είναι εφικτή, αποτελεί την θεραπεία ηγής στην προχωρημένη ηλικία αν και παρατηρείται αυξημένη θνητότητα στους ενείς άνω των 65 ετών σε σύγκριση με τους νεότερους. (Πουλοπούλου)

ασθένειες του ουροποιητικού συστήματος

Σημαντική ασθένεια του συστήματος αυτού που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες ελούν τα νεοπλάσματα του ουροποιητικού. Η Πουλοπούλου υποστηρίζει ότι ο **κίνος των ουροφόρων οδών** προβάλλει ως η μεγαλύτερη απειλή των γηρατειών. Ο **κίνος του προστάτη** παρουσιάζεται κυρίως στα 55 και 70 ετών. Οι πάσχοντες με γενειακό ιστορικό της νόσου έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τροπή της ασθένειας και να πεθάνουν από αυτήν σε σχέση με άνδρες χωρίς γενειακό ιστορικό. Στην Ελλάδα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα είναι ο δεύτερος σε νότητα καρκίνος των ανδρών και το 90% των περιπτώσεων συμβαίνει σε άτομα άνω 65 ετών. Η συχνότητα του αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας. Ο καρκίνος της κύστης ελεί την πρώτη απειλή για τους Έλληνες άνδρες καπνιστές. Τα μεγαλύτερα ποσοστά ειώνονται στους άνδρες ηλικίας 60-74 ετών. Ο **καρκίνος του νεφρού** παρουσιάζεται ικά σε νεότερα άτομα συγκριτικά με τον καρκίνο του προστάτη. Η μεγαλύτερη νότητα εμφανίζεται μεταξύ 60-70 ετών και είναι ο 10^{ος} σε συχνότητα καρκίνος στους οες και ο 12^{ος} στις γυναίκες. Ωστόσο μειωμένη ηπατική και νεφρική λειτουργία ετέλλουν την καρκινογόνο δράση στοιχείων και μειώνεται ο κίνδυνος ταχείας επτυξης των όγκων.

Συχνές κατά την τρίτη ηλικία είναι οι ακράτειες ούρων, οι οποίες αποτελούν σότερο σύμπτωμα παρά νόσο. Σ' αυτές τις καταστάσεις το άτομο αδυνατεί να ελέγξει σφικτήρες. Οι αιτίες διαφέρουν κατά φύλο μπορεί να εμπλέκονται και παθολογικοί γοντες. Με την πάροδο της ηλικίας είναι πιθανό να εμφανιστεί ανεπάρκεια από ορα νευρολογικά σύνδρομα που είναι κοινή και πολύ συχνή αιτία και για τα δύο φύλα. **Σ** άνδρες σε περιπτώσεις υπερτροφίας του προστάτη και στις γυναίκες διάφορες **παιθίσεις της ουρήθρας, του κόλπου, της μήτρας και της κύστης** δημιουργούν ποθέσεις ακράτειας. Η πάθηση αυτή δημιουργεί προβλήματα οικογενειακής εριφοράς και ψυχολογικών διαταραχών.

Πθήνειες του ενδοκρινικού συστήματος

Κατά την γήρανση αλλοιώνονται οι λειτουργίες του ενδοκρινικού συστήματος. **Π**ρωνα με την Πουλοπούλου, ο όγκος και το βάρος της υπόφυσης ελαττώνεται και οι βολές είναι περισσότερο εμφανείς στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Επίσης μειώνεται το βάρος του θυρεοειδή αδένου και παθαίνει σοβαρές ιστολογικές αλλοιώσεις ενώ **μειώνεται η μείωση της λειτουργικότητας του.** Η νόσος συχνά συνδέεται με την ηρισκλήρωση, την έλλειψη βιταμινών ή την αναιμία. Πολλοί μεσήλικες και **παιθόμενοι αντιμετωπίζουν μη νεοπλασματικές ασθένειες του θυρεοειδούς όπως είναι ο θυρεοειδισμός και ο υπερθυρεοειδισμός.** Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι **ελασμο επιθετικό με πρώιμες μεταστάσεις και μικρό προσδόκιμο επιβίωσης.** Όσον **πρά τους γεννητικούς αδένες, το βάρος και ο όγκος των όρχεων μειώνεται συνεχώς και** **παιθόμενοι ατροφικοί.** Αν και τα σπερμογόνα κύτταρα μειώνονται, η σπερματογένεση δεν **παιθόμενοι ανάλογα, παρόλο που στα βαθιά γεράματα μειώνεται και εξαφανίζεται** **μειώνεται.** Ωστόσο υπάρχουν υπερήλικες που έχουν γίνει γονείς στα 90-95 τους χρόνια. Η **μειωση της ορμονικής λειτουργίας των όρχεων αρχίζει από το 30^ο έτος και συνεχίζεται** **παιθόμενοι έτος έτσι ώστε περί το 70^ο έτος η τεστοστερόνη που κυκλοφορεί ανέρχεται στο** **παιθόμενοι της ποιότητας των νεανικών ετών.**

Στην γυναίκα, κατά την εμμηνόπαυση σταματά η έκκριση των ωοθηκών και στερεί **παιθόμενοι οργανισμό από την παρουσία των οιστρογόνων με αποτέλεσμα να σημειώνεται** **μειωση της συχνότητας του διαβήτη και της οστεοπόρωσης.** Επίσης την ίδια περίοδο **μειώνονται διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις των ωοθηκών.** **παιθόμενοι ακόμα σημαντική αλλοίωση αυτού του συστήματος είναι και η μείωση του βάρους** **παιθόμενοι επινεφριδίων.**

Πθήνειες του αιμοποιητικού συστήματος

Ο αριθμός των αιμοποιητικών κυττάρων μειώνεται κατά το ήμισυ στην ηλικία των **παιθόμενοι**. Η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης μειώνονται προοδευτικά μόνο στους άνδρες **παιθόμενοι** και ο αριθμός των ερυθρών διατηρείται σχετικά σταθερός. Συχνά παρατηρείται στους **παιθόμενοι** η μείωση της αιμοσφαιρίνης χωρίς να φτάνει στα όρια της αναιμίας. Μετά τα

ρόνια σημειώνεται αύξηση των λευχαιμιών. Σύμφωνα με Ελληνική έρευνα οι σότεροι ασθενείς είναι ηλικιωμένοι και αρκετοί από αυτούς παρουσιάζουν σοβαρό λημα **αναιμίας**. Ο έλεγχος του αιματοκρίτη κρίνεται απαραίτητος δύο φορές τον). (Πουλοπούλου)

θήσεις των αισθητηρίων οργάνων

Κατά την γήρανση παρατηρείται αδυναμία των αισθήσεων και κυρίως στην όραση ην ακοή, με αποτέλεσμα το άτομα να χάνει σταδιακά την επαφή με το περιβάλλον και ην αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα.

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, ο **καταρράκτης και το γλαύκωμα** είναι οι ντικότερες οφθαλμικές παθήσεις της γήρανσης. Τα άτομα που έχουν καταρράκτη μετωπίζουν δυσκολία στην μελέτη, στην αναγνώριση προσώπων και αντικειμένων, αυτοεξυπηρέτησή τους και μπορεί να καταστούν τυφλοί. Η οπτική αποκατάσταση του ρράκτη γίνεται με γυαλιά, φακούς επαφής και την τοποθέτηση ενδοφακών μέσω της ρυργικής επέμβασης. Επίσης η γεροντική εκφύλιση της ωχράς κηλίδος αποτελεί το πιο ρθισμένο αίτιο οπτικής βλάβης σε άτομα άνω των 50 ετών και την πρώτη αιτία ωσης σε άτομα άνω των 60 ετών. Ο ασθενής με γεροντική αλλοίωση της ωχράς ηρεί την περιφερική όραση και με διάφορα οπτικά μέσα μπορεί να κινηθεί και να εξυπηρετηθεί. Η συχνότητα του γλαυκώματος αυξάνεται με την άνοδο της ηλικίας.

Αρκετοί ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν διάφορες ενοχλήσεις στην ακοή τους όπως ι τα βύσματα κυψέλης, εμβοές και οι ίλιγγοι. Κατά την γήρανση παρατηρείται ήρυνση του τύμπανου και εκφυλιστική ατροφία του ακουστικού νεύρου. Επίσης ατηρείται και η **βαρηκοΐα** διαφόρων βαθμών. Οι όγκοι των αυτιών εμφανίζονται στην η και την τρίτη ηλικία άλλα δεν αποτελούν εκδήλωση του γήρατος καθώς εμφανίζονται σε νεότερες ηλικίες.

Η ευαισθησία του αισθητηρίου της όσφρησης ελαττώνεται με την ηλικία με τέλεσμα, το ηλικιωμένο άτομο να αντιμετωπίζει δυσκολίες στην διάκριση συγγενών ών. Οι μεταβολές στην όσφρηση μπορεί να οφείλονται στο φυσιολογικό γήρας, στην ένεια ή και στην φαρμακοθεραπεία. Η δυσλειτουργία της όσφρησης είναι δυνατόν να γήσει σε διατροφικές ελλείψεις, σε δηλητηριάσεις από τρόφιμα και άλλα προϊόντα, ν όξυνση ασθενειών και σε ακραίες περιπτώσεις σε ανορεξία, κατάθλιψη και άγχος. Η κή κοιλότητα είναι περιοχή μεγάλης λειτουργικής σημασίας για την τρίτη ηλικία και ιτείται ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα. Αρκετοί ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν λήσεις όπως η ρινική απόφραξη, άφθονες ρινικές εκκρίσεις, ανοσμία, ρινορραγία. ια αίτια της ρινορραγίας στους ηλικιωμένους είναι οι κακώσεις της μύτης και του κού διαφράγματος, οι φλεγμονές της μύτης, οι διαταραχές της πήξης του αίματος, η ρταση, η λήψη διαφόρων φαρμάκων, η αρτηριοσκλήρυνση, η αναιμία, η νεφρική πάρκεια και οι διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η ξηρασία, η υγρασία, ο σωνας.

Άλλες αλλοιώσεις που σημειώνονται στους ηλικιωμένους είναι στα χαρακτηριστικά ιωνής τους. Επίσης κατά την πάροδο του χρόνου οι υπερήλικες είναι δυνατό να ετωπίσουν παθολογικές καταστάσεις όπως είναι οι **όγκοι**, οι **χρόνιες λαρυγγίτιδες** , **νευροπάθειες**.

Ένα άλλο εξίσου σημαντικό πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζεται συχνά στην τρίτη α είναι η **δυσφαγία**, η οποία διαταράσσει τον μηχανισμό κατάποσης. Τα γηρατειά ούν στην διαδικασία της κατάποσης προκαλώντας πρωτοπαθείς αλλοιώσεις ως άμεση τεια της διαδικασίας της γήρανσης και δευτεροπαθείς ως συνέπεια διαφόρων υιών. Αρκετές περιπτώσεις δυσφαγίας είναι νευρολογικής φύσεως. Οι δυσκολίες κατάποση έχουν ψυχολογικές επιπτώσεις στον ηλικιωμένο.

Αλλοιώσεις κατά την γήρανση υφίστανται και οι ιστοί του στόματος. Η εμφάνιση **δόντας**, η υπερτροφία των ούλων, η ατροφία των οστών των γνάθων και η πτώση των **ών** είναι συνηθισμένο φαινόμενο που επηρεάζει την μασητική ικανότητα των **ηλικών**. Τα οδοντιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζονται σ' αυτή την ηλικία είναι **εριοδοντική νόσος**, ο **στοματικός καρκίνος**, η **τερηδόνα**, οι **στοματίτιδα** από **τοστοιχίες**, οι **προσωπαλγίες** και οι **νευραλγίες του τριδύμου**. Λειτουργικά **ήληματα** που μπορεί να προέλθουν από αυτές τις καταστάσεις είναι η **σιελόρροια**, η **οποιημένη ομιλία** και η **δυσφαγία**. Τα διάφορα άλλα νοσήματα που αντιμετωπίζει ο **ιωμένος** είναι πιθανόν να δημιουργήσουν προβλήματα στην οδοντιατρική θεραπεία.

αθήσεις του γεννητικού συστήματος της ηλικιωμένης γυναίκας

Η Πουλοπούλου αναφέρει ότι με την πάροδο της ηλικίας πολλές ηλικιωμένες **ίκες** αντιμετωπίζουν διάφορα γυναικολογικά προβλήματα. Μελέτη σε ελληνικό **οκομείο** έδειξε ότι η προχωρημένη ηλικία δεν αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα στην **ουργική αντιμετώπιση των γυναικολογικών παθήσεων**.

Σύμφωνα με μελέτες Αμερικανών επιστημόνων **οι καρκίνοι του στήθους**, της **ρας**, των **ωοθηκών** και του **τραχήλου** είναι οι τέσσερις συχνότερες μορφές καρκίνου **ηλικιωμένες γυναίκες άνω των 65 ετών**. Ελληνική μελέτη έδειξε ότι ο καρκίνος του **μητρίου** προσβάλλει κυρίως υπέρβαρες διαβητικές γυναίκες και εμφανίζεται ως **εμμηνοπαυσιακή αιμορραγία**.

Ο καρκίνος του μαστού δείχνει τάσεις επιδείνωσης μετά τα 50 χρόνια και **ττώνεται με βραδύ ρυθμό στις ηλικίες άνω των 65 ετών**. Γυναίκες με αυξημένο τον **υνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού** είναι όσες έχουν οικογενειακό ιστορικό της **απάνω ασθένειας**, όσες εμφάνισαν έμμηνο ρύση σε ηλικία μικρότερη των 12 ετών, **ς είχαν εμμηνόπαυση σε μεγάλη ηλικία**, οι **άτεκνες**, όσες τεκνοποίησαν μετά τα 30, **ς κάνουν χρήση ορμονών**, οι **παχύσαρκες** και όσες κάνουν χρήση αλκοόλ. **μετωπίζεται με χειρουργικές επεμβάσεις** οι οποίες παρουσιάζουν μικρή συχνότητα **εγχειρητικών επιπλοκών**.

αλκοολισμός των ηλικιωμένων

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, ο αλκοολισμός είναι ασθένεια που σχετίζεται με μία ότητα των ηλικιωμένων. Η χρόνια κατάχρηση του οινοπνεύματος προκαλεί μία από ρύστερες μορφές σωματικής εξάρτησης, καταστρέφει τα εγκεφαλικά κύτταρα χωρίς να ει περιθώριο ανάπλασης τους, διαβρώνει το συκώτι, βλάπτει το καρδιαγγειακό ημα και απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία. Οι συνέπειες της χρήσης του αλκοόλ είναι ερα σοβαρές στους ηλικιωμένους, οι οποίοι ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή για ιες ασθένειες, λόγω της αλληλεπίδρασης του οινοπνεύματος και των φαρμάκων. εφατα αποδείχτηκε ότι το αλκοόλ δεν συνηθίζεται μόνο στους άνδρες αλλά και στις ίκες.

ι υπερήλικες και τα φάρμακα

Κατά τον Τζημουράκα (1985), οι ηλικιωμένοι σήμερα αποτελούν το μεγαλύτερο ς των ασθενών και συνήθως χαρακτηρίζονται από την συνύπαρξη διαφορετικών ενειών. Για τον λόγο αυτό λαμβάνουν ταυτόχρονα πολλά φάρμακα και είναι εκτικοί περισσότερο από τους νέους ασθενείς στην εμφάνιση παρενεργειών. Οι ήλικες παρουσιάζουν ειδική ευαισθησία σε διάφορα φάρμακα πολλές φορές λύτερη από αυτή που παρουσιάζουν τα παιδιά.

Ο συγγραφέας αναφέρει ότι η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προσπαθεί από χρόνια αντιμετωπίσει προβλήματα σχετικά με τον έλεγχο των φαρμάκων που χορηγούνται ς ηλικιωμένους με σκοπό την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση τους. Τα άτομα ς αυτής της ηλικίας δεν αποτελούν μία ομογενή ομάδα και η διάκρισή τους από τους ικες χρονολογικά και λειτουργικά είναι δύσκολο να γίνει. Επίσης δεν μπορεί να γίνει μια χρονική ταξινόμηση των μεταβολών στην ανταπόκριση των φαρμάκων που τους ηγούνται. Ακόμα κλινικές μελέτες για μεγάλο χρονικό διάστημα δύσκολα γματοποιούνται, γιατί τα πειραματικά δεδομένα μιας στιγμής μπορεί ν' αλλάξουν με πρόοδο των γηρατειών. Έτσι τα συμπεράσματα δεν είναι αξιόπιστα και φυσικά δεν εκτείνονται λόγω της μεγάλης ανομοιογένειας των ατόμων της ομάδας αυτής. Τα αματικά δεδομένα μιας περιοχής δεν πρέπει να ταυτίζονται με μια άλλη γιατί η εξέλιξη γήρατος δεν γίνεται σε όλους τους πληθυσμούς της γης με τον ίδιο ρυθμό. Αλλά ακόμα αν τα υφιστάμενα δεδομένα είναι αξιόπιστα, το γεγονός ότι οι περισσότεροι ιωμένοι παίρνουν περισσότερα από ένα φάρμακα, δημιουργεί πολλά φαινόμενα ηλοεπίδρασης φαρμάκων με άγνωστες και καμιά φορά δραματικές συνέπειες.

α φάρμακα ως μέσο πρόληψης και θεραπείας

Τα φάρμακα, όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, συμβάλλουν στην διατήρηση και την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων κα την πρόληψη της ασθένειας όταν βάνονται με υπόδειξη ιατρού και προσεχτικά. Συχνό είναι το φαινόμενο οι ηλικιωμένοι

νείς να αρνούνται την συνεργασία για την φαρμακοθεραπεία τους, με αποτέλεσμα να ληφθούν πρωτοβουλίες και να διακόπτουν μόνοι τους την θεραπεία ή να αλλάζουν τις δόσεις ή να παίρνουν ανεπίσημα φάρμακα ή να ακολουθούν δικές τους δίαιτες. Επίσης σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιούν φάρμακα που δεν ενδείκνυνται και είναι χαμηλής ποιότητας θέτοντας έτσι τον εαυτό τους σε κίνδυνο. Με την πάροδο της ηλικίας μειώνεται η αποτελεσματικότητα του μεταβολισμού σε ορισμένα φάρμακα. Οι υπερήλικες είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στις επιδράσεις των φαρμάκων και η αντίδραση του οργανισμού τους στην φαρμακευτική αγωγή είναι διαφορετική. Δημιουργούνται προβλήματα από διαγνωστική και θεραπευτική πλευρά διότι συχνά συνυπάρχουν και άλλες παθήσεις και είναι δυνατόν να ληφθούν συμπτώματα άσχετα με την αρχική νόσο. Ο γιατρός που τους χορηγεί την φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να γνωρίζει τις μεταβολές που σημειώνονται όσον αφορά τον μεταβολισμό των φαρμάκων στην προχωρημένη ηλικία. Τα περισσότερα φάρμακα απορροφούνται από το γαστρεντερικό σωλήνα και κυρίως από το λεπτό έντερο με μεγάλη διάχυση. Στους ηλικιωμένους επηρεάζεται η απορρόφηση. Η αποβολή των φαρμάκων από τον οργανισμό γίνεται με μεταβολισμό από το ήπαρ ή αναλλοίωτα από τους νεφρούς. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι υπερήλικες μπορεί να υποφέρουν από κακή λειτουργία των νεφρών και μειωμένη ικανότητα του ήπατος για αποτοξίνωση. Η χορήγηση φαρμάκων στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει σε γενικές γραμμές από αυτή που απαιτείται για την φαρμακευτική αγωγή άλλων ηλικιών, ωστόσο υπάρχουν ορισμένες αρχές χρήσης όπως για παράδειγμα, οι χαμηλότερες δόσεις φαρμάκων στους υπερήλικες από τους νεότερους, η δεύτερη αποβολή φαρμάκων με την νεφρική λειτουργία κλπ.

Η συγγραφέας αναφέρει σχετικές έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, σύμφωνα με τις οποίες έχει αποδειχθεί α) ότι το 54% των ανδρών και το 76% των γυναικών άνω των 65 ετών στη Αθήνα χρησιμοποιούν τακτικά φάρμακα. Μόνο το 1/3 από αυτούς παίρνουν ένα φάρμακο ενώ οι υπόλοιποι χρησιμοποιούν 3 ή περισσότερα. Τα πιο συχνά φάρμακα που παίρνουν οι άνδρες είναι βελτιωτικά της λειτουργίας του εγκεφάλου, υπερτασικά, αντιπηκτικά, ηρεμιστικά, καρδιοτονωτικά και κολλύρια, σε αντίθεση με τις γυναίκες που τα πιο συχνά φάρμακα σ' αυτές είναι τα αναλγητικά, τα αντιυπερτασικά και τα διουρητικά. β) στην Πάτρα υπάρχει διαφοροποίηση στην φαρμακευτική κατανάλωση λόγω με τα δημογραφικά και τα κοινωνικο-οικονομικά δεδομένα, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και το είδος ασφάλισής της, καθώς και την έκταση της υγειονομικής ανάγκης τους. γ) έρευνα σε δύο Ελληνικά χωριά έδειξε την ίδια συχνότητα χρήσης φαρμάκων στους άνδρες και μικρότερη στις γυναίκες. Τα χρησιμοποιούμενα σκευάσματα είναι απλής σύνθεσης και ένα ή δύο το πολύ κατά άτομο. Φορείς μεγαλύτερης κατανάλωσης συνταγογραφημένων φαρμάκων είναι οι ηλικιωμένοι.

Παρενέργειες φαρμάκων

Παρόλο που τα φάρμακα προλαμβάνουν και θεραπεύουν ασθένειες, πολλές φορές προκαλούν παρενέργειες σε πολλά άτομα και ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τον Πουλοπούλου, οι υπερήλικες είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στις επιδράσεις των φαρμάκων. Τα περισσότερα φάρμακα λαμβάνει ένα άτομο τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να προκαλέσουν παρενέργειες.

Μελέτη της ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) έδειξε ότι : α) Η μεγάλη νάλωση φαρμάκων στην τρίτη ηλικία, σε αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα μπορεί να επακόλουθο ανεπιθύμητες παρενέργειες ακόμα και την δηλητηρίαση. β) Πολλά τώματα από τα οποία υποφέρουν οι ηλικιωμένοι δεν απαιτούν θεραπεία και συχνά η λήψης του φαρμάκου οδηγεί σε βελτίωση γ) Το 80% των ηλικιωμένων παίρνουν ιακα μόνοι τους, χωρίς ιατρική συνταγή ή υπόδειξη τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο ο ποσοστό αυτό αυξάνει με την ηλικία ενώ το 10-20% των ηλικιωμένων εισάγονται νοσοκομεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών και φαρμάκων. δ) Σύμφωνα με αρκετές έχει παρατηρηθεί στους υπερήλικες η κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών και ως ναρκωτικών, του αλκοόλ και του τσιγάρου. Στο θέμα της χημειοθεραπείας, κάποιιο τηρίζουν ότι οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ανθεκτικοί από τους νεότερους στην ιοθεραπεία και ότι πρέπει να μειώνονται οι δόσεις με αποτέλεσμα τις λιγότερο τοξικές ώσεις αλλά και λιγότερη ανταπόκριση και μικρότερη επιβίωση, ενώ κάποιιο ρίζουν ότι οι ασθενείς άνω των 70 ετών παρουσιάζουν τα ίδια ποσοστά τοξικότητας, ς από ορισμένες περιπτώσεις αιματολογικής τοξικότητας, όπου τα ποσοστά των ιωμένων είναι υψηλότερα και ότι η μεγάλη ηλικία δεν αποτελεί παράγοντα λεισμού από την χημειοθεραπεία.

Ελληνικές μελέτες και έρευνες δείχνουν τις ανεπιθύμητες παρενέργειες των μάκων στους ηλικιωμένους. Η συγγραφέας αναφέρει ότι η δεκάχρονη έρευνα του οκομείου του Ερυθρού Σταυρού έδειξε ότι ένας αριθμός ασθενών εισήχθη λόγω πιθύμητης ενέργειας κάποιου φαρμάκου. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που ον καταγραφεί είναι η αιμορραγία από το πεπτικό σύστημα, η υπόταση, τα γλυκαιμικά επεισόδια, οι δερματικές αντιδράσεις, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οι ορραγικές εκδηλώσεις ακόμα και ο θάνατος. Επίσης τα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να καλέσουν διανοητική σύγχυση, τα διουρητικά και υποτασικά ορθοστατική πίεση που καλεί πτώσεις και τέλος τα υπνωτικά προκαλούν υπνηλία, σύγχυση, μπερδεμένη ομιλία αστάθεια στο βάδισμα.

Βασικοί παράγοντες μακροζωίας

Ο Μωυσιάδης (2004) αναφέρει κάποιους βασικούς κανόνες που πρέπει να λουθήσει το ηλικιωμένο άτομο ώστε να έχει μια μακρά ζωή γεμάτη υγεία.

• **Η διαίτα.** Πολλοί υποστηρίζουν ότι η αποφυγή κατανάλωσης κεκορεσμένων λιπών ν διατροφή συντελεί στην μακροζωία. Περιορίζοντας την καθημερινή κατανάλωση ος σε λιγότερο από 30% (σε θερμίδες), αποφεύγεται η παχυσαρκία. Ελαττώνοντας τις κές τροφές, αντικαθιστώντας την ζάχαρη με φυσικούς υδατάνθρακες, αυξάνοντας την νάλωση φρούτων και λαχανικών επιτυγχάνεται η διατήρηση του βάρους στα κανονικά την ηλικία επίπεδα, γεγονός βασικό για την διατήρηση της υγείας.

Η δραστηριότητα και η σωματική άσκηση. Αποτελεί βασικό παράγοντα για την ρηση της υγείας. Αυξάνει την δύναμη και ωφελεί στην κάρδιο-αναπνευστική υργία καθώς και στην υγιή διαδικασία της γήρανσης. Σε πολλά Κέντρα Ανοιχτής τασίας Ηλικιωμένων αναπτύσσονται τέτοιες δράσεις για τον παραπάνω λόγο.

Η διασκέδαση αποδεδειγμένα συντελεί στην υγεία και την μακροβιότητα του ώπου. Τα προγράμματα διασκέδασης των ΚΑΠΗ τείνουν να απαλείψουν παράγοντες ; το άγχος, την μοναξιά και την στεναχώρια που επιβαρύνουν την υγεία.

Η βαθιά πίστη σε οτιδήποτε, συντελεί επίσης στην άμυνα από ψυχικές και ματικές νόσους. Ιδιαίτερα η πίστη στον Θεό ενδυναμώνει την ψυχή, προκαλεί ερική γαλήνη με αποτέλεσμα την απάλειψη καταστάσεων άγχους και αναστάτωσης. τιστεύω του καθενός σε συνδυασμό με την πνευματική ενασχόληση και βέβαια γητικά έχουν θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα και το μήκος της ζωής.

Η δύναμη και ο αυτοέλεγχος. Το να έχει κάποιος τον έλεγχο της ζωής του και ρασίζει ο ίδιος γι' αυτήν, αποτελεί θετικό στοιχείο για την μακροζωία. Η απώλεια χου στην ζωή του ηλικιωμένου μειώνει την σωματική και πνευματική του υγεία. Ένα ο που συμμετέχει ενεργά στον κοινωνικό του περίγυρο, αποφεύγει την θωριοποίηση, τον μαρασμό, την κατάθλιψη και ζει μια φυσιολογική ζωή με υγεία.

Η αποφυγή άγχους. Οι ηλικιωμένοι βιώνουν πολλά γεγονότα όπως είναι ο θάνατος κών και συγγενικών τους προσώπων, η εμφάνιση χρόνιων ασθενειών, οι αλλαγές στην ατική τους εμφάνιση, η συνταξιοδότηση, η συρρίκνωση των οικονομικών τους, τα ία προκαλούν καταστάσεις άγχους, με επιβλαβή για την υγεία αποτελέσματα. Η ωνική απομόνωση, η απόσυρση οδηγούν τα άτομα σε κατάπτωση, μοναξιά και άθλιψη. Με την αποφυγή και την μείωση του άγχους επιμηκύνεται ο χρόνος ζωής και η ήρηση μιας καλής υγείας.

Επομένως, δεν υπάρχει μόνον ένα λόγος που το άτομο γηράσκει αλλά η μετώπιση όλων των παραγόντων που οδηγούν στην γήρανση συντελεί στην ράδυσή της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV : Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

A. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Σημασία της διαμονής/ κατοικίας

Ένα από τα θέματα που απασχολεί τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, είναι ο τόπος κατοικίας των πρώτων. Σύμφωνα με έρευνες, μόνο ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων ζει στο ίδιο σπίτι με συγγενικά του πρόσωπα. Τα πρόσωπα αυτά είναι πρώτα τα παιδιά και τα εγγόνια τους.

Η Πουλοπούλου (1999), υποστηρίζει ότι «σε ορισμένες περιπτώσεις η συγκατοίκηση είναι αποδεκτή αλλά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επιδιώκεται». Αυτό γιατί υπάρχουν ψυχολογικές και πρακτικές δυσκολίες σε μια τέτοια συγκατοίκηση που ως αποτέλεσμα έχουν τη δυσκολία διαβίωσης και των δύο μερών. Σύμφωνα με τον Γ.Ι. Μωυσιάδη(2004), οι πιο πολλοί ηλικιωμένοι, προτιμούν να μένουν μόνοι αλλά κοντά στην οικογένειά τους, εφόσον η υγεία τους είναι καλή και τους το επιτρέπει. Αυτό έχει αποδειχτεί ότι ικανοποιεί και τις δύο πλευρές. Μη ευνοϊκή αντιμετώπιση εξάλλου δε σημαίνει έλλειψη επαφής, επικοινωνίας και καλών σχέσεων. Η απόσταση αυτή ονομάζεται «οικειότητα από απόσταση» ή «γειτονική συγκατοίκηση». Οι ηλικιωμένα άτομα εκφράζουν έντονα την επιθυμία τους για ανεξαρτησία. Θέλουν να μένουν μόνοι τους, στο δικό τους σπίτι, για όσο γίνεται περισσότερα χρόνια.

Σύμφωνα με τον Μωυσιάδη με αυτόν τον τρόπο τους δίνεται η ευκαιρία να διατηρούν αμοιβαία επικοινωνιακές σχέσεις με τους απογόνους, που επιτυγχάνεται μέσα από ένα ζωντανό μοίρασμα ενδιαφερόντων. Όχι όμως τόσο στενό ώστε οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται ανίκανοι να χειριστούν την ίδια τους τη ζωή. Οι κοινωνιολόγοι και οι ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι προτιμούν να συνδυασμό απόστασης και εμπλοκής. Ζώντας στο δικό τους σπίτι, αισθάνονται ανεξάρτητοι και απαλλάσσονται από το ψυχολογικό βάρος που προκαλεί η εξάρτησή τους, μήπως επιβαρύνουν τα παιδιά τους ή μήπως δεν ανταποκριθούν ανάλογα στις σχέσεις τους με αυτά. Οι συχνές επισκέψεις των παιδιών και των εγγονιών τους, μπορούν να προσφέρουν αρκετή υποστήριξη.

Σύμφωνα με έρευνες και μελέτες, η κατάσταση αυτή διαφέρει ανάλογα με την περιοχή στην οποία κατοικεί ο ηλικιωμένος. Στις αστικές περιοχές γίνεται όλο και πιο ονο το φαινόμενο της μη συγκατοίκησης των γονέων με τα έγγαμα παιδιά τους. τίθεται, στις αγροτικές περιοχές εμφανίζεται συχνότερα η συγκατοίκηση των κωμένων γονέων με την εκτεταμένη οικογένεια : σύζυγοι, παιδιά, εγγόνια.

Προσφορά των ηλικιωμένων στην οικογένεια

Η προσφορά των ηλικιωμένων στην οικογένεια είναι πολύ σημαντική και οδεικνύει την συνεχή συμπαράσταση των Ελλήνων γονέων και τη μεγάλη συνοχή ν οικογενειακών δεσμών στη χώρα μας. Είτε όταν ζουν μαζί με τα παιδιά τους, είτε ν έχουν δικό τους σπίτι, τα ηλικιωμένα άτομα, συνηθίζουν να ενισχύουν ονομικά τα παιδιά τους. Η οικονομική αυτή βοήθεια από ηλικιωμένους με μεσαία μεγάλα εισοδήματα και με περιουσιακά στοιχεία είναι ένα συχνό φαινόμενο στην ληνική κοινωνία. Οι ηλικιωμένοι προσφέρουν τη σύνταξή τους στα βάρη της ογένειας. Η βασική παροχή οικονομικής βοήθειας όμως στην Ελλάδα, είναι η ταβίβαση της ακίνητης περιουσίας από τους γονείς στα παιδιά. Η μεταβίβαση αυτή μβαίνει συνήθως τη στιγμή του γάμου του παιδιού και όχι με τη μορφή ηρονομιάς μετά το θάνατο του ηλικιωμένου. Στην πλειοψηφία τους οι ηλικιωμένοι ταβιβάζουν τις δικές τους κατοικίες, ενώ άλλες φορές αγοράζουν ή νοικιάζουν οιοιο διαμέρισμα. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας ενισχύουν συχνά οικονομικά και τα γόνια τους. Η σύνταξή τους καλύπτει τις ανάγκες στέγασης, σπουδών και οχαγωγίας των εγγονιών τους.

Μια ακόμα σημαντική προσφορά των ηλικιωμένων είναι η φύλαξη των αιδιών. Ο κοινωνιολόγος Μάρβιν Σούσμαν χαρακτηρίζει τους υπερήλικες ως «σπιτοφύλακες» ιδιαίτερα λόγω της εργασίας της μητέρας. Η Πουλοπούλου τονίζει τι : «Η μεγάλη έλλειψη βρεφονηπιακών σταθμών και οι μη ικανοποιητικές συνθήκες ειτουργίας τους, αναγκάζουν τις περισσότερες μητέρες να χρησιμοποιούν τις αριάδες για τη φύλαξη των παιδιών» Η ηλικιωμένη γυναίκα θεωρεί υποχρέωσή της μ προσέχει τα εγγόνια της όταν οι γονείς τους εργάζονται, ως συνέχεια της νατροφής των δικών της παιδιών. Ο ηλικιωμένος άνδρας νιώθει ευχαρίστηση όταν ηγαίνει και φέρνει τα εγγόνια του στο σχολείο ή όταν περνάει το χρόνο του μαζί ους. Τα μικρά παιδιά εισπράττουν όλη την αγάπη και τη στοργή των υπερηλικών, ώ οι ίδιοι νοιώθουν χαρά και ότι έχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους.

Επίσης οι ηλικιωμένοι βοηθούν στα θέματα του σπιτιού, εφόσον η υγεία τους ναι καλή και τους το επιτρέπει. Με την πείρα τους στη ζωή, συμπαραστέκονται και οστηρίζουν την οικογένεια. Η βοήθεια έγκειται κυρίως στις οικιακές εργασίες.

Σημαντικός είναι και ο μορφωτικός ρόλος των ηλικιωμένων. Τα άτομα της οίτης ηλικίας συντελούν στον εμπλουτισμό των γνώσεων και της προσωπικότητας ον παιδιών και νέων. Μεταφέρουν τις οικογενειακές παραδόσεις, αφηγούνται ορίες ενώ άλλες φορές συνοδεύουν τα εγγόνια τους σε θέατρα και μουσεία. Επίσης

νέοι μέσα από τους υπερήλικες, εξοικειώνονται με τα προβλήματα της ζωής που θα αντιμετωπίσουν στο μέλλον. Μιούνται με ήπιο τρόπο στην έννοια των γηρατειών.

Εν κατακλείδι, η οικογένεια έχει να κερδίσει σημαντικά πράγματα από τη χνή επαφή με τους ηλικιωμένους. Η αγάπη, η στοργή και η συμπαράσταση τους αι καθοριστική για την επιβίωση στις οικογενειακές δυσκολίες, σε κάθε τομέα.

Προσφορά της οικογένειας στους ηλικιωμένους

Ο κανόνας που χαρακτηρίζει την κατάσταση στην ελληνική κοινωνία, είναι ότι γεράματα αποτελούν οικογενειακή υπόθεση. Η οικογένεια είναι ο βασικός φορέας όνοιας των ηλικιωμένων, που τους παρέχει φροντίδα και οικονομική βοήθεια. Οι ρισσότεροι ηλικιωμένοι είναι ικανοί να αυτοεξυπηρετηθούν οπότε δε χρειάζονται μμαντική βοήθεια για την καθημερινή επιβίωσή τους. Οι ηλικιωμένοι όμως που αι ασθενείς, ανάπηροι ή κατάκοιτοι, στηρίζονται στη βοήθεια των δικών τους. ατά την Πουλοπούλου, οι περισσότεροι από αυτούς ζουν με συγγενείς και φίλους. λλοι μόνοι τους κι ένα μικρό ποσοστό σε δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα.

Η οικογενειακή βοήθεια προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας εξαρτάται από την οινωνική τους τάξη, τον τρόπο ζωής, καθώς και το μέγεθος της οικογένειας.

Τα προβλήματα των ηλικιωμένων που απασχολούν τα παιδιά τους, είναι κυρίως υγεία, η στέγαση, η φροντίδα και ο ελεύθερος χρόνος. Όσον αφορά την υγεία, τα αιδιά φροντίζουν για τη λήψη των φαρμάκων από τους ηλικιωμένους. Στις αστικές εριοχές, οι νέοι φροντίζουν για την είσοδο των ηλικιωμένων σε νοσοκομείο όταν ρειάζεται. Στις αγροτικές περιοχές, φροντίζουν για τη μεταφορά των ηλικιωμένων τα νοσοκομεία των αστικών περιοχών.

Μια ακόμα προσφορά της οικογένειας προς τους ηλικιωμένους, είναι η οικονομική στήριξη. Οι χαμηλές συντάξεις και συχνά η έλλειψη άλλων εισοδημάτων, εν βοηθούν τους ηλικιωμένους να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες τους. Οι νέοι υνεισφέρουν οικονομικά για την καλύτερη διαβίωση των γονέων τους. Επίσης τους ρηθούν οικονομικά σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, όπως είναι η αντιμετώπιση όός προβλήματος υγείας. Η μη οικονομική υποστήριξη από τους νέους αφορά τις γαασίες του σπιτιού, το μαγείρεμα, τα ψώνια, το καθάρισμα και γενικότερα την κικιακή βοήθεια. Σημαντική είναι και η συναισθηματική υποστήριξη. Τα παιδιά και α εγγόνια, παρέχουν συντροφιά, στοργή και αγάπη στους ηλικιωμένους γονείς που ην έχουν ανάγκη. Με αυτόν τον τρόπο, ο ελεύθερος χρόνος των ατόμων γίνεται ημουργικός και ευχάριστος. Οι ηλικιωμένοι, περνώντας χρόνο με τους νέους, οιώθουν αποδεκτοί και χρήσιμοι στην οικογένειά τους.

Τέλος, ειδικότερα οι ηλικιωμένοι που είναι χωρισμένοι ή χήροι, ενθαρρύνονται να τα παιδιά τους να αναπτύξουν κοινωνικές επαφές. Η κοινωνική αλληλεπίδραση ή τους βοηθά να καταπολεμήσουν τη μοναξιά που αισθάνονται και να περάσουν άριστα την ζωή τους.

Φροντίδα ηλικιωμένων

Στην Ελλάδα ο πιο σταθερός θεσμός προστασίας και φροντίδας των ηλικιωμένων είναι η οικογένεια. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται όμως με το πέρασμα των χρόνων, δημιουργούν δυσκολίες στην ανάληψη της περίθαλψης των ηλικιωμένων από το παραδοσιακό οικογενειακό πλαίσιο.

«Η μετακίνηση του πληθυσμού από τις αγροτικές περιοχές προς τα αστικά κέντρα και η επακόλουθη διάσπαση των μεγάλων οικογενειακών μονάδων σε μικρότερο κλίμα με την αυξημένη προσδοκώμενη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων σφραγίζουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων από την οικογένεια, ενώ οι νεότεροι ανησυχούν για τα δικά τους γεράματα» (Πουλοπούλου, 1999).

Σύμφωνα με τον Γ. Ι. Μωυσιάδη (2004) η βοήθεια που προσφέρουν τα μέλη της οικογένειας περιλαμβάνει :

- Καθάρισμα και συντήρηση του σπιτιού τους
- Μεταφορές
- Διαχείριση των χρημάτων τους
- Πληρωμή λογαριασμών, ψώνια και εκπλήρωση συνταγών
- Συμβουλές
- Ενθάρρυνση για κοινωνικές επαφές
- Επεξηγήσεις και αποσαφηνίσεις διαφόρων θεμάτων
- Υποστήριξη και καταπολέμηση ανησυχιών, φόβων και προλήψεων
- Ενθάρρυνση και εμφύσηση αισιοδοξίας
- Συνοδεία στο γιατρό και στο νοσοκομείο

- Μαγείρεμα
- Χορήγηση φαρμάκων ή υπενθύμιση λήψη τους
- Παρακολούθηση των πράξεών τους
- Εκτέλεση ιατρικών παραγγελιών για τη θεραπεία τους
- Διαπραγμάτευση για λογαριασμό του ηλικιωμένου
- Βοήθεια να κάνουν μπάνιο, να ξυριστούν, να ντυθούν

Μεγάλο πρόβλημα στην φροντίδα των ηλικιωμένων είναι το στρες που προκαλεί στα μέλη της οικογένειας. Οι συνέπειες από το άγχος μπορεί να είναι ψυχικές ή και σωματικές. Ο βαθμός του στρες, σύμφωνα με τους Pearlin, Mullan Sempile και Skaff (1990) εξαρτάται από το φύλο, τη μόρφωση, την ηλικία, την προσωπικότητα, την εργασία, το οικογενειακό ιστορικό και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Το στρες όμως έχει και θετικές συνέπειες όπως η αίσθηση αυξανόμενης ικανότητας που θα αποκτήσει ο φροντιστής (Gatz et al.,1990).

B. ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Το πέρασμα της ελληνικής κοινωνίας στη σύγχρονη κοινωνική της οργάνωση σύμφωνα με τις πυρηνικές οικογένειες, η απομόνωση των ανθρώπων στις πολυκατοικίες, η γοργή εξάπλωση των Μ.Μ.Ε. ο καταναλωτισμός ως νέος τρόπος ζωής οδήγησαν σε μια κοινωνία με μεγάλη πολυπλοκότητα των ανθρώπινων σχέσεων. Οι αλλαγές στην νοολογία επηρέασαν τις κοινωνικοπολιτιστικές αξίες, τις στάσεις, τους ρόλους και την ψυχολογία όπως επίσης και τις ψυχοκοινωνικές διεργασίες δηλαδή τις εσωτερικές δομές και ταυτότητα των ατόμων. Οι συγκρουσιακές και ανταγωνιστικές σχέσεις σε κοινωνικό επίπεδο αντανακλώνται και στο επίπεδο της οικογένειας. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία των ατόμων η οποία είναι περισσότερο έντονη στις ευάλωτες ομάδες του γηρασμού, δηλαδή στα παιδιά και τους ηλικιωμένους.

Σύμφωνα με τους Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκη (2000), στην παραδοσιακή κοινωνία οι ηλικιωμένοι κατείχαν σημαντικούς ρόλους τους οποίους διατηρούσαν μέχρι βαθιά γεράματα τους. Ήταν πηγή γνώσης, εμπειρίας και βοήθειας για τους νεότερους. Ήταν ενεργοί και ανάλογα με τις φυσικές τους δυνάμεις συμμετείχαν στα κοινά του χωριού τους ενώ οι γύρω τους τους σέβονταν. Ο ρόλος τους σιγά-σιγά άρχισε να υποβαθμίζεται και να υποτιμάται. Οι συγκρούσεις μεταξύ των γενιών είχαν ως αποτέλεσμα να χαλαρώσουν οι σχέσεις, οι ηλικιωμένοι να περιθωριοποιηθούν και να τους δημιουργηθεί αίσθηση πικρίας, στέρησης και αποθάρρυνσης. Στις μέρες μας αν και οι ηλικιωμένοι έχουν ακόμη ορισμένους ρόλους εντούτοις οι ρόλοι αυτοί ασκούνται υποβαθμισμένα με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται οι ίδιοι και να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η κοινωνία μας δεν έχει τοποθετήσει τον ηλικιωμένο σε ευνοϊκή θέση. Προτεραιότητα έχουν οι νέοι. Το γεγονός αυτό είναι οδυνηρό για τον ηλικιωμένο που διαμορφώνει μια προσωπικότητα αντίστοιχη με τα αισθήματά του, των αδυναμιών και του επερχόμενου θανάτου και με τη σύγκριση των ανθρώπων απέναντί του. Εάν στο περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται ο ηλικιωμένος σέβονται τους γέροντες για τη "σοφία" τους ή την προσφορά τους κοινωνικά θα ενισχυθεί ψυχολογικά και θα μπορέσει να αντιμετωπίσει την ένταση από τον επερχόμενο θάνατο.

Κατά τον Τζημουράκα (1985), εξαιτίας της νοοτροπίας των νέων της εποχής μας, της απροθυμίας των συγγενικών και των συνθηκών της ζωής και της οικογένειας γενικά που έχουν ριζικά

άξει, είναι συχνό φαινόμενο τα ηλικιωμένα άτομα να παραμελούνται και να αμύνουν στο περιθώριο της ζωής και σχεδόν να βρίσκονται σε ψυχική απομόνωση.

Σύμφωνα με τον Νικόλαο Β. Πετρούλακη ο αρνητικός τρόπος με τον οποίο μετωπίζεται η τρίτη ηλικία έχει σαν συνέπεια την "λατρεία" της νεολαίας και την ώθησή της στην πρώτη γραμμή των κοινωνικών ενδιαφερόντων. Οι νέοι είναι αυτοί που ευθύνουν την οικονομική ζωή και ο επαγγελματικός κόσμος αναφέρεται αποκλειστικά αυτούς.

Σημαντικό είναι ότι οι νόμοι όλων των κρατών ευνοούν τους νέους στην εξεύρεση σίας για παράδειγμα οι επιχειρήσεις προσλαμβάνουν συνήθως προσωπικό μεταξύ 20-ετών. Από την άλλη βέβαια υπάρχουν δουλειές στις οποίες η νεανική ηλικία είναι ισσότερο κατάλληλη αλλά υπάρχουν και δουλειές τις οποίες θα μπορούσε να κάνει ένα μο μέσης ηλικίας καλύτερα εξαιτίας της μόρφωσης και της εμπειρίας του. Ίσως αυτή η ωγή να γίνεται με κριτήριο ότι ο νέος θα δουλέψει περισσότερο χρόνο και θα είναι πιο δοτικός εξαιτίας της ηλικίας του. Στις γυναίκες συμβαίνει κάτι διαφορετικό. Μερικές ρειρήσεις προσλαμβάνουν μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες καθότι μια νέα μπορεί να ρσει τη δουλειά της για λόγους κήσεως και τοκετού ή για να συνοδέψει το σύζυγό της μια άλλη περιοχή.

Γ. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999), η εργασία αποτελεί την πρωταρχική και ιστική μορφή κοινωνικής ένταξης και οικονομικής επιβίωσης. Η επαγγελματική ηριότητα δεν είναι μόνο πηγή εισοδήματος αλλά επίσης ένας πολύ σημαντικός οντας που συνδέει το άτομο με την κοινωνία και ιδιαίτερα προς ορισμένο άλλον.

Η μόρφωση επίσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην διατήρηση των νερόντων και στην συμμετοχή των ηλικιωμένων στην κοινωνική ζωή.

ασχόληση των ηλικιωμένων

Ο όρος εργασία περιλαμβάνει εκτός από τις αμειβόμενες και τις μη αμειβόμενες ηριότητες, όπως είναι οι οικιακές ασχολίες, η εθελοντική εργασία καθώς και α ανεπίσημη απασχόληση που είναι δυνατόν να ενισχύει το εισόδημα από την ήα αλλά και από την σύνταξη, η οποία τις περισσότερες φορές είναι ιδιαίτερα ήη. Οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την φροντίδα του σπιτιού, είναι μία ηντική απασχόληση που δεν σταματά με την γήρανση και την συνταξιοδότηση. Στις ήρο αναπτυγμένες χώρες όπου η συγκατοίκηση είναι πολύ συχνή, οι ηλικιωμένοι ήκογένειας σε πολλές περιπτώσεις έχουν την πρωταρχική ευθύνη της φροντίδας του ήού και των παιδιών όταν οι νέοι γονείς εργάζονται.

Πολύ συχνά το κοινωνικό σύνολο αξιολογεί αρνητικά τον μη εργαζόμενο, έστω ήν το άτομο αυτό έχει προσφέρει 30-40 χρόνια παραγωγικής δραστηριότητας. Η ήόμενη απασχόληση αναγνωρίζεται κοινωνικά. Η συνταξιοδότηση θεωρείται από ήύς ότι αποκόβει το εργαζόμενο άτομο από τις συνήθειες του, τον ρόλο του, την ήτοχή του στην παραγωγή, την ενημέρωση και αλλάζει τις σχέσεις του με τα μέλη ήκογένειάς του.

Σχετικά με την απασχόληση διακρίνονται δύο κατηγορίες ηλικιωμένων : οι ήόμενοι που εργάζονται και αυτοί που επιθυμούν να εργαστούν αλλά δεν μπορούν. ήγοι για τους οποίους οι υπερήλικες επιθυμούν να εργάζονται είναι : οι οικονομικές ήβες, η κοινωνική τους θέση, οι κοινωνικές τους σχέσεις, και η προσωπική τους ήποίηση από την εργασία. Η απομάκρυνση από τον χώρο εργασίας δημιουργεί

φορές το αίσθημα του μη παραγωγικού μέλους της ομάδας και της επιβάρυνσης την οικογένεια και την κοινωνία. Η επιθυμία των ηλικιωμένων για απασχόληση var ανάλογα με το φύλο και την κοινωνικό-οικονομική τάξη. Οι ηλικιωμένοι από την άποψη της επιθυμίας για απασχόληση ή συνταξιοδότηση μπορεί να χωριστούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: α) εκείνοι που είναι ευχαριστημένοι με την πλήρη αποχώρηση από την οικονομικά ενεργό ζωή που συνήθως είναι άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά πρόβλήματα υγείας ή που είναι εργαζόμενοι σε βαριές ανθυγιεινές δουλειές, β) εκείνοι που έχουν για νέες δραστηριότητες και γ) εκείνοι που δεν μπορούν ακόμα και αν το θέλουν να εργαστούν λόγω σωματικής ή πνευματικής ασθένειας.

Επίσης διατυπώνεται η άποψη ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι συχνά υποτιμούνται από τους εργοδότες τους γιατί υπάρχει η αντίληψη ότι η κατηγορία των εργαζομένων βρίσκεται στο τέλος της σταδιοδρομίας της. Η πρόωγη διακοπή της αγγελεσματικής δραστηριότητας αποτελεί συχνό φαινόμενο ενώ άτομα άνω των 50 αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος των μακράς διάρκειας ανέργων. Στις λιγότερες αναπτυγμένες χώρες παρατηρούνται δυσκολίες στην πρόσληψη, στην αγωγή, στην εκπαίδευση ατόμων άνω των 45 ετών, τα οποία είναι συχνά θύματα της ανεργίας λόγω ηλικίας. Οι υψηλότερες εργοδοτικές εισφορές για τους ηλικιωμένους καθιστούν τους καθιστούν ασύμφορους και εμφανή στόχο για απολύσεις.

Στην παραπάνω άποψη υπάρχει ο αντίλογος. Λόγω του αυξημένου κόστους των απολύσεων και της έλλειψης του νέου εργατικού δυναμικού στην αγορά σε μερικές χώρες, η προσοχή θα πρέπει να επικεντρωθεί στην δυνατότητα αναβολής της συνταξιοδότησης. Όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, οι πρακτικές εμπειρίες ορισμένων ηλικιωμένων έχουν εντοπίσει θετικά οφέλη από την απασχόληση ηλικιωμένων, όπως μικρότερο κόστος αποσυμμετώπισης λόγω ασθένειας, υψηλά επίπεδα εμπειρίας και μία διαφορετική προσέγγιση σε ότι συνιστά την καλή εξυπηρέτηση του πελάτη.

Μετά την ηλικία των 50 ετών τα άτομα που είναι υποχρεωμένα να εγκαταλείψουν την εργασία τους για διάφορους λόγους δυσκολεύονται να εξασφαλίσουν μία νέα απασχόληση. Οι ηλικιωμένοι άνδρες κυρίως, συχνά αναγκάζονται να δεχθούν θέσεις εργασίας με χαμηλές αμοιβές και κατώτερης κοινωνικό-οικονομικής κατηγορίας από τις θέσεις του συνολικού πληθυσμού και στις περισσότερες περιπτώσεις κατώτερες από τις προηγούμενες απασχολήσεις τους. Ωστόσο οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που εργάζονται είναι ευχαριστημένοι με την εργασία τους αν και εκείνοι που άλλαξαν απασχόληση θα μπορούσαν την προηγούμενη εργασία τους. Στις περισσότερες χώρες οι διακρίσεις στην αγορά εργασίας να διαφαίνονται από την ηλικία των 40 ετών και άνω, ενώ για τις γυναίκες η κατάσταση είναι χειρότερη.

Επίσης, οι ευκαιρίες απασχόλησης για τους ηλικιωμένους είναι μειωμένες. Τα άτομα άνω των 65 ετών βρίσκονται σε μειονεκτική θέση στην αγορά εργασίας, η οποία είναι αφιλόξενη για τα άτομα μεγάλης ηλικίας και δείχνει προτίμηση για νέα άτομα. Όταν οι ηλικιωμένοι χάσουν την εργασία τους, αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στην ανεύρεση νέας απασχόλησης και επιπλέον αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα υγείας, φυσιολογική κάμψη, υποτίμηση και αμφισβήτηση των ειδικότητων τους καθώς και οικονομικές κρίσεις λόγω ηλικίας. Ωστόσο τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν δεν οφείλονται

ηλικία αλλά στην ίδια την εργασία που αλλάζει και απαιτεί νέες προσαρμογές και ειδικεύσεις.

Όσο αυξάνει η ανεργία, η οποία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τα άτομα άνω των 50 ετών, η επανένταξη στον χώρο εργασίας γίνεται δυσκολότερη. Για την ανεργία των ηλικιωμένων μεγάλης ηλικίας, μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισαν να γίνονται αθροιστικές άθροιστες για την αντιμετώπισή της, σε αντίθεση με την ανεργία των νέων, για την οποία δίνουν ιδιαίτερη έμφαση τα κρατικά προγράμματα. Τα μέτρα που έχουν ληφθεί σε διάφορες χώρες συνίστανται στην ειδίκευση σε νέες ειδικότητες, σε μαθήματα τα οποία αφορούν την ειδικότητα που έχουν ήδη αποκτήσει καθώς και την επιδότηση των εργαζομένων. Παρόλα αυτά, μέχρι σήμερα έχουν αποδειχθεί ανεπαρκή και μη αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση του μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων που δεν βρίσκονται ενώ θέλουν να εργαστούν.

Παραγωγικότητα και παραγωγικότητα ηλικιωμένων

Όπως αναφέρει η Α.Ευκλείδη (1999), η απόδοση των ηλικιωμένων στην εργασία φαίνεται να μειώνεται με πολλές έρευνες δεν μειώνεται με την ηλικία. Άξιο να σημειωθεί είναι ότι υπάρχουν διάφορα μέτρα βάσει των οποίων κρίνεται η απόδοση και τα αποτελέσματα των ερευνών τείνουν να διαφοροποιούνται ανάλογα με το μέτρο που χρησιμοποιείται. Σε περίπτωση που το μέτρο είναι οι εκθέσεις των προϊσταμένων, φαίνεται να υπάρχει μικρή πτώση της απόδοσης στην μεγάλη ηλικία. Όταν όμως το μέτρο είναι οικονομικό όπως για παράδειγμα, οι πωλήσεις, δεν υπάρχει διαφορά, ούτε γενικότερη πτώση της ηλικίας με την επαγγελματική απόδοση. Αλλά και στις διευθυντικές θέσεις δεν έχει σημειωθεί πτώση της απόδοσης, αν και οι ηλικιωμένοι διευθυντές τείνουν να παίρνουν αποφάσεις σε πιο αργούς ρυθμούς. Αντίθετα, στις εργασίες απαιτείται η σωματική ικανότητα, η αντιληπτική ή η ψυχοκινητική ταχύτητα, η οποία αρχίζει να μειώνεται τις περισσότερες φορές ήδη από την μέση ηλικία. Σε ό,τι αφορά τους εργάτες από μετρήσεις που έγιναν στην Βρετανία και Η.Π.Α., η μέγιστη απόδοση παρατηρείται γύρω στα 40 χρόνια και έκτοτε τείνει να εμφανίζει μια συνεχή πτώση. Από την άλλη η εργασία των πιο μεγάλων σε ηλικία εργαζομένων συχνά να είναι πιο αργή σε σύγκριση με τους ενήλικες των 20 χρόνων αλλά πιο ακριβή και με λιγότερα ατυχήματα.

Οι ηλικιωμένοι αναφέρονται περισσότερο στις προσωπικές ικανοποιήσεις απ' την εργασία τους και λιγότερο στην οικονομική πλευρά της σε αντίθεση με τους νέους. Η ικανοποίηση απ' την εργασία φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία αλλά αυτό εξαρτάται από το είδος της εργασίας. Οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερο εσωτερικές αμοιβές απ' την εργασία τους και λιγότερο εξωτερικές. Είναι πιο ικανοποιημένοι απ' την δουλειά τους σε σύγκριση με τους νεότερους διότι κατέχουν πλέον πιο υψηλές θέσεις, νιώθουν πως τα καταφέρνουν καλά και μπορούν μέσα απ' τα τόσα χρόνια εργασίας και τις επιλογές τους να προσαρμόσουν την εργασία τους στις προσωπικές τους ανάγκες.

Πρόσθετα, η Πουλοπούλου αναφέρει ότι η παραγωγικότητα των ηλικιωμένων παύει από το είδος της απασχόλησης. Μερικές απασχολήσεις απαιτούν σκληρή ύλη και οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, κινδυνεύουν την υγεία τους με αποτέλεσμα η παραγωγικότητά τους να μειώνεται με την προχώρηση της ηλικίας. Αντίθετα υπάρχουν απασχολήσεις που γίνονται σε περιβάλλον στο οποίο οι ηλικιωμένοι είναι ικανοί να διατηρήσουν ακόμη και να αυξήσουν την παραγωγικότητά τους και να αξιοποιήσουν την εμπειρία τους. Οι ηλικιωμένοι τρόφιμοι ευγηρίας έχουν δημιουργική ικανότητα διαφόρων βαθμών, γνώσεις, ειδικευση και εμπειρία. Επομένως η δημιουργικότητα και η παραγωγικότητα των ατόμων δεν σταματά ποτέ με την ηλικία αλλά εντάσσεται στους κόλπους κάποιου ιδρύματος. Αντίθετα πολλές φορές η ζωή σε γηροκομείο μπορεί να αποτελέσει την ευκαιρία ανάπτυξης ικανοτήτων.

Σήμερα η ικανότητα για εργασία διατηρείται σε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό από ότι πριν ως εκτιμάται. Στις μεγάλες ηλικίες είναι δυνατόν να αυξάνεται η αποδοτικότητα της εργασίας και η υγεία και όχι να μειώνεται.

Καλλιτεχνική δημιουργικότητα στα γηροκομεία

Η Πουλοπούλου αναφέρει ότι η καλλιτεχνική δημιουργικότητα στα γηροκομεία ενισχύεται όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον στις μέρες μας, αφού συχνά συνδυάζεται με την παραγωγικότητα την οποία ο πολιτισμός μας εκτιμά και έχει την τάση να την ενισχύει με την νεότητα. Η ικανότητα για δημιουργικότητα στα γηροκομεία είναι μια από τις πλευρές της γήρανσης. Οι ηλικιωμένοι δημιουργικοί άνθρωποι μπορεί να είναι και να παραγωγικοί, εάν ήταν και στην προηγούμενη ζωή τους.

Την δημιουργικότητα των ηλικιωμένων έχουμε δει πολλές φορές μέσα από την ζωγραφική όπως είναι τα τελευταία αυτοπορτραίτα του Ρέμπραντ, τα έργα του Μιχαήλ Άγγελου, την γλυπτική, τις δημιουργίες του Πικάσο και του Σαγκάλ καθώς και άλλων μεγάλων ζωγράφων, την συγγραφή πολύ σημαντικών έργων για τον πολιτισμό μας, όπως είναι «ο Πρωτότυπος επί Κολωνώ» του Σοφοκλή, «Ανθρώπινη γνώση» του Μπ. Ράσσελ, και πολλά αξιόλογα έργα, την φιλοσοφία όπως είναι ο Πλάτωνας, ο Ισοκράτης κ.ά. καθώς και άλλους άλλους κλάδους.

Η δημιουργικότητα των ηλικιωμένων αποτελεί πηγή ικανοποίησης στους ίδιους ηλικιωμένους και εμπνευσσης στις νεότερες γενιές που κοιτάζουν με ανάμεικτα ενδιαφέροντα τα χρόνια που έρχονται μπροστά τους.

Αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου

Σύμφωνα με τον Ι. Βασιλείου και την Εγκυκλοπαίδεια Υγεία (3^{ος} τόμος,) δεν είναι μόνο να θεωρούνται τα γηροκομεία ως το θλιβερό τέλος της ζωής. Ο άνθρωπος συνεχίζει να ζει, να σκέφτεται, να αισθάνεται, να κινείται και να ελπίζει. Θα μπορούσαμε να τα

ηρίσουμε ως μια αλλαγή, ως ένα φτάσιμο σε μια εποχή όχι λιγότερο αξιόλογη και έρουμε. Μια εποχή η οποία θα μπορούσε να είναι ευχάριστη και με πολλές οίσεις. Με περισσότερη ξεγνοιασιά και ηρεμία και αντιμετωπίζοντας τους με εγκαρδιότητα.

Η έλλειψη από ευθύνες και δεσμεύσεις, η ατάραχη και ξεκούραστη ζωή λουν θετικά στο να ασχοληθεί κανείς με δραστηριότητες που του προσφέρουν οίηση και χαρά. Οι θετικές εμπειρίες που προσφέρουν τα νιάτα είναι πιθανό να ουθούν να υπάρχουν και ύστερα από αυτά. Οι ηλικιωμένοι σε καμία περίπτωση έπει να παραμένουν άπραγοι. Δεν πρέπει να περιπέσουν σε αποχαυνωτική νωση χωρίς ζωντανά ενδιαφέροντα. Ένας ηλικιωμένος με θέληση και ωριμότητα κέψη, με κάποια πνευματική καλλιέργεια μπορεί να κάνει και να χαρεί πολλά ατα. Για τον ηλικιωμένο που δεν έχει καμία απασχόληση θα επέλθει γρήγορα ο μός. Πολλοί ηλικιωμένοι απομονώνονται, χάνουν κάθε επαφή με τον υπόλοιπο , δεν βγαίνουν από το σπίτι τους παρά μόνο για να καλύψουν συγκεκριμένες ες τους όπως να αγοράσουν τρόφιμα. Έχοντας έναν τέτοιο τρόπο ζωής δεν θα ουν να αδρανοποιηθούν. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε όσους είναι λιγότερο ομένοι, εργάτες, αγρότες. Είναι πολύ σημαντικό να παρακινούνται για ψυχαγωγία, όληση, να έχουν ενδιαφέροντα . Η πάροδος των ετών δεν επηρεάζει έναν ομένο στο να ξεκινήσει μια δημιουργική δραστηριότητα. Ακόμα και απλά ατα όταν γίνονται με αγάπη και μεράκι αποκτούν διαφορετική σημασία. Στη εια παρατίθενται ορισμένες προτάσεις δοκιμασμένες από άτομα έτσι όπως τις ραν στην εφημερίδα Ελευθεροτυπία (2005):

κηπουρική, ενασχόληση με φυτά στο μπαλκόνι ή εσωτερικού χώρου.

Η απαραίτητη σωματική κίνηση αλλά και η προσδοκία του ανθίσματος ή του ξεπετάγματος προσφέρουν ευεξία

ενασχόληση με ένα κατοικίδιο ζώο, όπως γάτα, ψάρια σε ενυδρείο ή ωδικά πτηνά

διάβασμα εφημερίδας ή περιοδικών

ενασχόληση με δραστηριότητες οι οποίες προάγουν τις πνευματικές δυνάμεις όπως το σκάκι, το τάβλι, τα χαρτιά, τα σταυρόλεξα

συμμετοχή σε κάποιο πρόγραμμα του δήμου όπως ζωγραφική, μουσική, αγγειοπλαστική

παρακολούθηση ομιλιών και τοπικών εκδηλώσεων

γλυπτική και ξυλογλυπτική

συλλογές διάφορων αντικειμένων

μαγειρική

Σύμφωνα με τους Ι. Βασιλείου και Νικόλαο Β. Πετρουλάκη, μεγάλη ικανοποίηση να νιώσει ο ηλικιωμένος διαβάζοντας βιβλία εφόσον είναι σε θέση. Αποτελούν ή ανάγκη και καταφύγιο ιδιαίτερα στις μεγάλες ηλικίες και θα πρέπει να ονται ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις του ηλικιωμένου. Ακόμη οι επισκέψεις σε μουσεία, πινακοθήκες και θέατρα, μαστορική ψάρεμα, μες με άτομα της ίδιας ηλικίας, συνέχιση σπουδών για λήψη και άλλου πτυχίου, σπορ ή προκειμένου για ηλικιωμένους θρησκευόμενους συμμετοχή στους μελέτης της Αγίας Γραφής και παρακολούθηση Ιερών Ακολουθιών.

Όταν ο ηλικιωμένος μαθαίνει έναν καινούριο ρόλο οργανώνει διαφορετικά τη ζωή άνοι νέες γνωριμίες. Χρειάζεται τη βοήθεια των συγγενών του και των φίλων του εν εξεύρεση αυτών των ρόλων. Η βοήθεια αυτή μπορεί να προέλθει και από ιτιστικά σωματεία, λέσχες, θρησκευτικά σωματεία. Υπάρχουν οργανώσεις που αμματίζουν ψυχαγωγικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικές ημερίδες για τους ομένους.

Υπάρχουν όμως και άτομα τα οποία δεν χρειάζονται βοήθεια. Είναι ικανά να ώσουν μόνα τους την ζωή τους. Μερικοί από τους υπερήλικες περνούν το χρόνο με τα παιδιά και τα εγγόνια τους προσφέροντας πολύτιμες υπηρεσίες. Ένα μεγάλο πτό ασχολείται με την φιλανθρωπία και την θρησκεία.

Παίδευση και επιμόρφωση ηλικιωμένων

Όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, πολλοί ηλικιωμένοι είναι ικανοί να διατηρήσουν ειτουργικότητα τους σε απόλυτα ικανοποιητικό επίπεδο, αρκεί να τους παρέχονται ιτάλληλα ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα. Με την πάροδο της ηλικίας ορισμένες ές της νοητικής λειτουργίας του ατόμου βελτιώνονται και άλλες εξασθενούν. ο ο χρόνος αντίδρασης του σε διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος γίνεται ύτερος. Η μάθηση εξαρτάται από την ταχύτητα με την οποία ανταποκρίνεται το ο. Οι δυσχέρειες των ηλικιωμένων στην μάθηση, είναι δυνατόν να οφείλονται σε ες ασθένειες που αντιμετωπίζει. Άλλες πάλι φορές, το ηλικιωμένο άτομο δίνει την ωση ότι δεν μπορεί να κατανοήσει κάτι, όχι γιατί δεν το έχει μάθει, αλλά επειδή δεν οδνεύει να κάνει λάθος. Οι ηλικιωμένοι μπορούν να έχουν τα ίδια αποτελέσματα υς νέους στον τομέα της μάθησης, αρκεί η πορεία της διδασκαλίας να λαμβάνει η τον ρυθμό τους και η πληροφόρηση να γίνεται σε πιο υψηλό τόνο και με όση έμφαση στον ήχο και τις εικόνες. Η διατήρηση του ενδιαφέροντος ομμένων επιδεξιοτήτων αλλά και η ανάπτυξη νέων απαιτεί πέρα από την συνεχή εια και συνεργασία της οικογένειας και της κοινωνίας, εκπαιδευτικά προγράμματα. αίδευση των ηλικιωμένων μπορεί να στοχεύει στην ενημέρωση σε θέματα ονης γνώσης, αλλά και σε θέματα ευγηρίας και μακροβιότητας.

Παρόλα αυτά όμως ένα μεγάλο ποσοστό των υπερηλίκων συναντά μεγάλες λίες στην επικοινωνία τους με τους νέους, ειδικά όσον αφορά την πρόσφατη α εξέλιξη της εκπαίδευσης, αλλά ακόμα και πολλές δραστηριότητες που οι νέοι ν με μεγάλη ευκολία, δεν μπορούν να γίνουν από τους ηλικιωμένους χωρίς ι βοήθεια. Στις μέρες μας το πρόβλημα του αναλφαβητισμού στους ηλικιωμένους ός οξύνεται. Σαν παράδειγμα των καθημερινών εμποδίων που δημιουργούνται από αλφαβητισμό, μπορεί να αναφερθεί ότι πολλοί υπερήλικες δεν είναι σε θέση να τουν ή να γράψουν ένα γράμμα, να διαβάσουν τις οδηγίες των φαρμάκων τους

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του αγροτικού πληθυσμού σε συνδυασμό με ς παράγοντες έχει σαν αποτέλεσμα το χαμηλό βιοτικό επίπεδο και την εγκατάλειψη αίθρου. Η έλλειψη ευκαιριών για δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση στην ο συντελεί στην αναχώρηση πολλών νέων που επιθυμούν να σπουδάσουν. Όσοι θώνουν να μορφωθούν σπάνια επιστρέφουν στα χωριά τους γιατί βρίσκουν όληση στον τριτογενή τομέα των αστικών περιοχών, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός αίθρου να αποτελείται σε πολύ μεγάλο ποσοστό από ηλικιωμένους. Το άβητο άτομο, ανεξαρτήτως φύλου, μπορεί να γίνει αντικείμενο εκμετάλλευσης και λές περιπτώσεις είναι κοινωνικά ευάλωτο. Πληθυσμιακές ομάδες όπως είναι οι ξιούχοι ανειδίκευτοι εργάτες και οι πολύ ηλικιωμένες γυναίκες με ιδιαίτερα ώ μορφωτικό επίπεδο αντιμετωπίζουν δύσκολες συνθήκες ζωής. Το χαμηλό δο εκπαίδευσης περιορίζει τα ενδιαφέροντα και εμποδίζει, ιδιαίτερα τους άβητους, να παρακολουθήσουν τα μη μεταγλωττισμένα προγράμματα της ρασης, που όπως προκύπτει από έρευνες αποτελεί πρώτη πηγή ψυχαγωγίας.

Ο αναλφαβητισμός και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο όχι μόνο υποθάλπουν και νουν τις οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες αλλά και αποτελούν αλτικούς παράγοντες στη συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων στα κοινά και οιο στην ανάπτυξη συλλογικών πρωτοβουλιών και δραστηριοτήτων. Πρόκειται για όβλημα με πολιτισμικές διαστάσεις. Ο αναλφαβητισμός και το χαμηλό επίπεδο ωσης των γυναικών ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές αποτελεί σοβαρό εμπόδιο οινωνική και οικονομική χειραφέτησή τους.

Η μεταβολή της τεχνολογίας με ταχύ ρυθμό καθιστά τις γνώσεις των ατόμων ης ηλικίας γρήγορα ξεπερασμένες. Πολλοί αναλφάβητοι υπερήλικες με ή χωρίς ίξεις και με στοιχειώδη ασφαλιστική κάλυψη υγείας, αποπροσανατολισμένοι στις ες πόλεις όπου δεν γνωρίζουν ούτε τις επιγραφές των δρόμων να διαβάσουν, ούτε άσεις του λεωφορείου που τους εξυπηρετεί και δεν μπορούν να καλύψουν τι κενές ώρες με το διάβασμα μιας εφημερίδας ή ενός βιβλίου, ή να παρακολουθούν τα άματα με υπότιτλους που προβάλλει η τηλεόραση.

αιδευτικά προγράμματα ηλικιωμένων

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, μεγάλος αριθμός Συλλόγων και Σωματείων σκοπό την ανάπτυξη εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ηλικία όπως αναφέρει η Πουλοπούλου . Υπάρχει ποικιλία προγραμμάτων δύο τύπων: α) αξιοποίησης του πλούτου των εμπειριών των ηλικιωμένων προς όφελος των νεότερων και όλης της κοινωνίας, β) συνεχούς εκπαίδευσης αυτών των

Άτομα τρίτης ηλικίας ξεκινούν και συνεχίζουν διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες όπως προγράμματα προετοιμασίας συνταξιούχων, μαθήματα Τρίτης Ηλικίας, προγράμματα συνεργασίας ηλικιωμένων και νεότερων ηλικιών, προγράμματα δράσης με συγκεκριμένους στόχους όπως εφαρμόζονται σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αφορούν τις μεγάλες ηλικίες και όλα τα κοινωνικά επίπεδα.

Στην Ελλάδα, οργανώνονται από το Κράτος, τις κοινότητες και διάφορες μη κυβερνητικές και αθροιστικές οργανώσεις, Κέντρα Διδασκαλίας Ενηλίκων για την αντιμετώπιση του αναλφαριθμητισμού. Στο Λύκειο Ελληνίδων, στο Σχολείο αναλφαριθμητιών ΕΝ, ηλικιωμένες γυναίκες μαθαίνουν γραφή και ανάγνωση. Η Γενική Γραμματεία για την Επιδόρφωση είχε οργανώσει στην περίοδο 1986-1989 μαθήματα αντιμετώπισης αναλφαριθμητισμού, τα οποία παρακολούθησαν και ηλικιωμένοι, χωρίς να υπάρχουν στοιχεία για τον αριθμό τους και την αναλογία τους στο σύνολο των «μαθητών».

Άξιο να σημειωθεί είναι ότι πολλοί ηλικιωμένοι είναι εκπαιδευτές, καθηγητές και ερευνητές Πανεπιστημίων. Στην Αγγλία και την Ουαλία υπάρχει ένα εθνικό πρόγραμμα, στο οποίο οι ηλικιωμένοι συμβάλλουν στην εκπαίδευση των παιδιών στα σχολεία και στην αντιμετώπιση με την εκπαίδευση των ηλικιωμένων. Στην Ελλάδα υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα σε ορισμένα ΚΑΠΗ. Τα μέλη του ΚΑΠΗ άλλοτε είναι εκπαιδευόμενοι και άλλοτε εκπαιδευτές. Για παράδειγμα, οι ηλικιωμένοι διδάσκουν παραδοσιακούς χορούς και άλλες δραστηριότητες σε ηλικίες ή κουκλοθέατρο σε παιδιά του δημοτικού.

Πανεπιστήμια τρίτης ηλικίας

Σε πολλούς ηλικιωμένους είναι έντονη η επιθυμία για μάθηση, χωρίς να απαιτείται συνήθως από την επιθυμία απόκτησης κάποιου πτυχίου. Σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει διαπιστωθεί η ανάγκη ύπαρξης προγραμμάτων για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Τα πανεπιστήμια της τρίτης ηλικίας είναι από τους πιο δημοφιλείς θεσμούς σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην Γαλλία και την Ουαλία οργανώθηκαν τα πρώτα πανεπιστήμια της τρίτης ηλικίας. Στεγάζονται σε πανεπιστημιακούς χώρους τις ώρες που δεν χρησιμοποιούνται από τους φοιτητές και αποτελούν ενεργειακά μέλη του διδακτικού προσωπικού των ΑΕΙ και άλλοι επιστήμονες. Στην Ελλάδα η κατάρτιση του προγράμματος λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία των ηλικιωμένων να ενδιαφέροντά τους. Διδάσκονται μαθήματα με την μορφή διαλέξεων γύρω από θέματα ιστορίας, γεωγραφίας, ψυχολογίας, βοτανικής, ποίησης κλπ. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει με μουσική, κινηματογραφική προβολή και διάλογο μεταξύ τους και έχουν την

ατότητα συμμετοχής όλοι οι ηλικιωμένοι, χωρίς περιορισμό μόρφωσης, γγέλματος και ηλικίας (Πουλοπούλου, 1999).

Σχετικά με το πανεπιστήμιο της τρίτης ηλικίας οι απόψεις δίστανται. Για πολλούς πανεπιστήμιο της τρίτης ηλικίας ανατρέπει την αντίληψη ότι τα πανεπιστήμια είναι υδα της νεότητας αλλά ανοίγουν για να συνυπάρξουν και να διασταυρωθούν στους ρόμους νέοι και ηλικιωμένοι. Αντίθετα άλλοι υποστηρίζουν ότι ο υπερήλικας μετέχει στο πανεπιστήμιο ως μειονότητα, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Στην Ιαπωνία υπάρχουν σε μερικές κοινότητες κολέγια για ηλικιωμένους. Στις Α τα εκπαιδευτικά προγράμματα για τους ηλικιωμένους βασίζονται σε πανεπιστήμια κοινοτικά κολέγια. Στην Γαλλία λειτουργούν από το 1972 και το 1998 ουργούσαν 82 πανεπιστήμια τρίτης ηλικίας. Στην Ελλάδα δεν έχει γίνει καμιά κίνηση να εφαρμοστεί κάποιο σύστημα ανάλογο προς το Γαλλικό πανεπιστήμιο τρίτης ήας. Παρόλο ότι και τα ελληνικά ΑΕΙ θα μπορούσαν να ξεκινήσουν συστηματικά αιδευτικά προγράμματα για τους ηλικιωμένους, πρωτοβουλία που ιδιαίτερα στην φέρεια θα τα συνέδεε περισσότερο με τις τοπικές κοινωνίες, το διδακτικό προσωπικό ανεπαρκές τόσο για την εκπαίδευση των φοιτητών όσο και εκείνων που θα αραφούν στα προγράμματα σπουδών επιλογής. Επομένως, μια τέτοια πρωτοβουλία για ερισσότερα τμήματα των ΑΕΙ καθίσταται ανέφικτη. Το ανοιχτό πανεπιστήμιο που ουργεί με ποικιλία θεμάτων, είναι ανοιχτό σε άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, όπου οι υδές είναι ελεύθερες για όλους τους ανθρώπους άνω των 25 ετών με προϋπόθεση την ρχή τίτλου δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Δ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Α. Ασφαλιστικό και συνταξιοδοτικό σύστημα

Η Πουλοπούλου (1999) αναφέρει ότι κατά τον μεσαίωνα και μέχρι τις αρχές του 19^{ου} αιώνα η φροντίδα των ηλικιωμένων και των ασθενών βασιζόταν στην αλληλεγγύη και την ελεημοσύνη. Στις παραδοσιακές αγροτικές κοινωνίες, την φροντίδα των ηλικιωμένων αναλάμβανε η οικογένεια. Τα γηρατειά, οι αναπηρίες, ο θάνατος και η ανεργία δημιούργησαν την ανάγκη των κοινωνικών ασφαλίσεων. Πρόδρομος υπήρξαν τα Ταμεία Αλληλοβοήθειας, τα οποία εμφανίστηκαν και στην Ελλάδα τον 19^ο αιώνα. Στην Ευρώπη οι κοινωνικές ασφαλίσεις εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά από τον Γερμανό καγκελάριο Μπίσμαρκ. Κατά την διάρκεια του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου, το 1942 η έκθεση Beveridge προώθησε την αντίληψη ότι το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανεπάρκειες της αγοράς και να εγγυηθεί την μείωση της φτώχειας και ένα ελάχιστο εισόδημα σε όλους τους ηλικιωμένους. Μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης εφαρμόστηκε αρχικά στην Αγγλία και σταδιακά σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Σημαντικό μέτρο που εισήγαγε ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης ήταν η εγγυημένη σύνταξη που στηριζόταν στην μισθωτή εργασία.

Η φιλοσοφία του θεσμού είναι ότι τα νεότερα και υγιή μέλη της κοινωνίας υποχρεωτικά πληρώνουν για να ζήσουν τα αδύναμα μέλη της κοινωνίας όπως είναι οι ηλικιωμένοι, οι χήρες και τα ορφανά, διότι στο μέλλον και οι ίδιοι ή δικά τους άτομα θα γίνουν αντιμετώπι με την ίδια κατάσταση. Η υποχρέωση όλων στην αλληλεγγύη συνιστά την ηθική δικαίωση της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία είναι κοινωνικό-οικονομικός θεσμός, κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα των εργαζομένων που σχετίζεται με την απασχόληση και την αμοιβή. Η κάλυψη μπορεί να είναι άμεση δηλαδή να αφορά τους ίδιους τους εργαζόμενους ή να είναι έμμεση, δηλαδή να επεκτείνεται και στα πρόποια μέλη της οικογένειας. Αντίστοιχη είναι και η υποχρέωση της πολιτείας να εξασφαλίζει στους εργαζόμενους τις βασικές παροχές που επιτρέπουν μία αξιοπρεπή ζωή. Η κοινωνική ασφάλιση ως θεμελιώδες δικαίωμα των πολιτών διατυπώθηκε σε πολλές διεθνείς διακηρύξεις και βρίσκεται στα Συντάγματα πολλών χωρών, όπως και της Ελλάδας.

Κράτος πρόνοιας και κοινωνική ασφάλιση

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, στις Σκανδιναβικές χώρες, στην Γερμανία και την Γαλλία το κράτος πρόνοιας είναι ένα συγκροτημένο σύστημα προστασίας που φέρνει στους εργαζόμενους εξασφάλιση υψηλού βιοτικού επιπέδου και εγγύηση υσφορών σε θέματα υγείας, συνταξιοδότησης κλπ. που είναι ικανοποιητικές σε ισότητα και ποιότητα και αφορούν σχεδόν όλο τον πληθυσμό, σε αντίθεση με τις ήρες της Νότιας Ευρώπης, όπου οι δαπάνες και οι παροχές υστερούν σημαντικά. Στην καετία του 1990 όμως, το κράτος πρόνοιας, έτσι όπως εφαρμοζόταν από τις αρχές της καετίας του 1950, αμφισβητήθηκε έντονα στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. και ιτηγορήθηκε για γραφειοκρατία, συγκεντρωτισμό, έλλειψη ελευθερίας επιλογών και ιατάλη. Άρχισαν να λαμβάνονται κάποια περιοριστικά μέτρα στις πλούσιες παροχές υ κράτους πρόνοιας με στόχο να προσεγγισθούν τα κριτήρια του Μάαστριχ, γιατί οι ινωνικές δαπάνες αποτελούν μία από τις πηγές τροφοδότησης των δημοσιονομικών ιειμμάτων.

Στην Ελλάδα λόγω των κοινωνικό-πολιτικών και οικονομικών συνθηκών, το ράτος πρόνοια δεν αναπτύχθηκε μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο όπως στις άλλες ήρες της Ευρώπης. Δεν υπήρξε αποτέλεσμα συνολικού σχεδιασμού αλλά διαφόρων ρθμίσεων που προέκυπταν από συμβιβασμούς ανάμεσα στην κεντρική πολιτική ρουσία και τις διάφορες ομάδες πίεσης – συμφερόντων οι οποίες συνέβαλαν στον ιτακερματισμό και την πολυδιάσπασή του. Το κενό καλύπτει η οικογένεια, η οποία ιατηρεί σχέσεις αλληλοβοήθειας, αλληλεγγύης και συναισθηματικής στήριξης των ελών της, χωρίς τη βοήθεια του κράτους, με μεγάλη οικονομική επιβάρυνση και με υυχολογικό κόστος. Στην Ελλάδα, το κοινωνικό κράτος είναι υποτυπώδες, οι παροχές α το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού είναι ανεπαρκείς ποσοτικά και για πολλούς υνύπαρκτες. Αλλά και ποιοτικά είναι απαράδεκτες, διότι οι περισσότερες συντάξεις δεν ιαρκούν για την στοιχειώδη διαβίωση. Επίσης είναι γνωστή και η ταλαιπωρία που ρίστανται οι Έλληνες ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι στις υπηρεσίες υγείας των σφαλιστικών φορέων και των κρατικών νοσοκομείων. Ωστόσο όμως υπάρχουν σφαλισμένοι που ευνοούνται από το σύστημα όπως είναι οι υπάλληλοι των ΔΕΚΟ και υν τραπεζών που συνταξιοδοτούνται νωρίτερα και έχουν περισσότερα προνόμια από υς ασφαλισμένους του ΙΚΑ και των λοιπών ταμείων. Παρόλα αυτά όμως, ο ιωνικός διάλογος» αποβλέπει στην «μεταρρύθμιση» του ασφαλιστικού και ιαίτερα του συνταξιοδοτικού συστήματος. Στην συρρίκνωση δηλαδή των ανεπαρκών υντάξεων και στον μεγαλύτερο περιορισμό των παροχών υγείας, οι οποίες σήμερα δεν ιλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού και κυρίως των κατώτερων εισοδηματικών ιξων.

Οι φορείς του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης

Η Κοινωνική Ασφάλιση αναπτύχθηκε στην Ελλάδα αποσπασματικά και χωρίς ικροχρόνιο σχεδιασμό. Η διαμόρφωση άρχισε από το 1836 με την ίδρυση των ιλληλοβοηθητικών Ταμείων. Το 1861 η πολιτεία

συνταξιοδοτεί τα πολιτικά και στρατιωτικά όργανα της. Το 1867 ιδρύθηκε το Ταμείο Συντάξεων Υπαλλήλων της Εθνικής Τράπεζας και το 1901 η ασφάλιση των εργαζομένων στα μεταλλεία. Τα περισσότερα Ταμεία κύριας ασφάλισης ιδρύθηκαν την περίοδο 1927 –1937. Το 1928 το ΤΣΑΥ, το 1929 το Ταμείων Νομικών και Φημεριδοπωλών, το 1930 το ΤΑΚΕ, το 1931 το Ταμείο Εκτελωνιστών και το Ταμείο Υπογράφων, το 1932 το ΤΣΑ, το 1934 το ΤΣΜΕΔΕ, το Ταμείο Εργατών Τύπου και το ΤΕΒΕ, το 1935 το Ταμείο Χρηματιστών, το 1937 το ΙΚΑ. το 1940 το ΤΑΕ, το 1961 ο ΟΓΑ, το 1982 επεκτάθηκε το ΙΚΑ σε όλη την Ελλάδα και ιδρύθηκε το ΤΕΑΜ. Τα Ταμεία, τα οποία δεν συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις άμεσης και έμμεσης κάλυψης, χαρακτηρίζονται ανασφάλιστα και κατά την τρίτη ηλικία καλύπτονται από τις προνοιακές παρεμβάσεις εφόσον δεν έχουν άλλους οικονομικούς πόρους (Πουλοπούλου, 1999).

Οι περισσότεροι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν ένα μικρό αριθμό ασφαλισμένων και συνταξιούχων. Οι κυριότεροι ασφαλιστικοί φορείς σήμερα είναι : α) το ΙΚΑ, που καλύπτει τους εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα, β) ο ΟΓΑ, που καλύπτει τους αγρότες, γ) το ΤΕΒΕ, που καλύπτει τους ελεύθερους επαγγελματίες και το ΤΑΕ που καλύπτει τους εμπόρους, δ) το ασφαλιστικό σύστημα των Δημοσίων Υπαλλήλων, ε) οι ασφαλιστικοί φορείς που καλύπτουν το προσωπικό των τραπεζών, της ΔΕΗ, του ΟΤΕ, τους Τυπογράφους και τους εργαζόμενους στο θέατρο και στον κινηματογράφο. Επίσης γιατροί, οι δικηγόροι, οι μηχανικοί και άλλες κατηγορίες επιστημόνων καλύπτονται από τους δικούς τους φορείς ασφάλισης. Με την επωνυμία Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) ενοποιούνται τρία ταμεία το ΤΕΒΕ, το ΤΑΕ και το ΤΣΑ. Το ΙΚΑ, το ΟΓΑ, το ΤΕΒΕ και το Δημόσιο χορηγούν συντάξεις στους περισσότερους συνταξιούχους.

Οι φορείς αντλούν τους πόρους τους κυρίως από τις εισφορές των εργοδοτών για τους εργαζομένους τους ή και από τους ίδιους τους ασφαλισμένους. Οι πόροι μερικών φορέων προέρχονται συμπληρωματικά από την επιχορήγηση του κρατικού προϋπολογισμού και από κοινωνικούς πόρους, οι οποίοι διαφέρουν ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα.

Παροχές του ασφαλιστικού συστήματος

Η Πουλοπούλου αναφέρει ότι η Κοινωνική Ασφάλιση για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες από την επέλευση των ασφαλιστικών κινδύνων χορηγεί παροχές, οι οποίες διακρίνονται σε :

- παροχές σύνταξης αναπηρίας, γήρατος και επιζώντων
- παροχές ασθένειας σε είδος και χρήμα
- παροχές της πρόνοιας, κυρίως εφάπαξ βοηθήματα
- παροχές ανεργίας
- παροχές οικογενειακών επιδομάτων

Από τους φορείς της κύριας ασφάλισης άλλοι παρέχουν περισσότερα από ένα δη παροχών ενώ άλλοι περιορίζονται στις παροχές σύνταξης. Για παράδειγμα, ένας ορέας με ευρύτερη κάλυψη κινδύνων είναι το ΙΚΑ.

Στην Ελλάδα οι κοινωνικές ασφαλίσεις, η δημόσια υγεία και η κοινωνική πρόνοια παρουσιάζουν μία συνεχή ανεπάρκεια, παρόλο που τα τελευταία 10 χρόνια έχουν αυξηθεί ραγδαία οι κοινωνικές δαπάνες. Στον κλάδο των συντάξεων σημειώνεται μεγάλη αύξηση των ασφαλιστικών δαπανών. Χαρακτηριστικά του ελληνικού προβλήματος είναι ότι η Κοινωνική Ασφάλιση διατηρεί μερικές εντυπωσιακές ιδιότητες ενώ η κοινωνική πρόνοια αγωνίζεται για την αναβάθμισή της με τα πενιχρά μέσα. Επίσης οι παροχές είναι εντυπωσιακά χαμηλότερες σε σύγκριση με τις αντίστοιχες των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η αύξηση των εξόδων των ασφαλιστικών φορέων οφείλεται στην αύξηση του αριθμού των προσώπων που δικαιούνται παροχές, στην αύξηση των παροχών λόγω γενικών ή ειδικών αυξήσεων και στην ποιοτική βελτίωση των παροχών. Άξιο να σημειωθεί είναι και η μεγάλη αύξηση των παροχών της επικουρικής σύνταξης.

Ελλείμματα ασφαλιστικών φορέων

Οι περισσότεροι ασφαλιστικοί φορείς αξιοποιώντας σωστά τα περιουσιακά τους στοιχεία έχουν πλεονάσματα και όχι ελλείμματα. Όπως τονίζει η Πουλοπούλου, αυτό παρατηρείται σε αρκετούς φορείς της κύριας ασφάλισης και στους περισσότερους φορείς της επικουρικής ασφάλισης. Τα ελλείμματα κυρίως παρουσιάζονται στον τομέα των συντάξεων και των ασθενειών. Αρχικά τα δημόσια προγράμματα συνταξιοδότησης είχαν πλεονάσματα, αργότερα όμως με την αλλαγή των δημογραφικών και των οικονομικών δεδομένων τα πλεονάσματα μετατράπηκαν σε ελλείμματα.

Το οξύτερο πρόβλημα είναι ότι ορισμένοι φορείς παρουσιάζουν σοβαρά λειτουργικά ελλείμματα, τα οποία εκδηλώθηκαν για πρώτη φορά το 1982 στον κυριότερο ασφαλιστικό φορέα, το ΙΚΑ και διογκώθηκαν τα επόμενα χρόνια. Τα ελλείμματα δεν καλύπτονται με προγραμματισμένο και συστηματικό τρόπο, αλλά ως αναγκαστική ανάγκη της κρατικής πολιτικής να αποτρέψει την κοινωνική αναταραχή από την διακοπή των ασφαλιστικών παροχών. Καλύπτονται επίσης από τα πλεονάσματα του προϋπολογισμού της επικουρικής ασφάλισης.

Επικουρική ασφάλιση

Στις αναπτυγμένες χώρες όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, η επιθυμία των εργαζομένων για ευρύτερη προστασία προσαρμοσμένη στις ειδικές συνθήκες εργασίας και στα επίπεδα των αμοιβών τους, πραγματοποιείται με την επικουρική ασφάλιση. Ο

όλος της είναι συμπληρωματικός στις παροχές της ήδη υπάρχουσας Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι φορείς της επικουρικής ασφάλισης αποβλέπουν στην προσαύξηση των παροχών του φορέα της κύριας ασφάλισης με συμπληρωματικές παροχές. Η προώθηση γίνεται από τις ενώσεις των εργαζομένων, από τους εργοδότες και από το κράτος στην περίπτωση των επαγγελματικών κλάδων που δεν έχουν δημιουργήσει ταμεία συμπληρωματικών συντάξεων. Οι περισσότεροι φορείς της επικουρικής ασφάλισης αξιοποιούν σωστά τα περιουσιακά τους στοιχεία, με αποτέλεσμα να έχουν λεονάσματα που συνεχώς αυξάνουν. Αυτό οφείλεται στο ότι πολλοί επαγγελματικοί κλάδοι έχουν ενταχθεί στην επικουρική ασφάλιση.

Το ποσό της επικουρικής σύνταξης αποτελεί συνήθως μικρό ποσοστό της κύριας σύνταξης. Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις όπου η επικουρική προσεγγίζει ή υπερβαίνει το ποσό της κύριας σύνταξης και παρατηρείται αναπλήρωση εισοδήματος ανώτερη του 100% του εισοδήματος από την εργασία. Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν μερικούς μεγαλοσυνταξιούχους που λαμβάνουν υψηλές συντάξεις από δύο ή περισσότερους φορείς κύριας ή και επικουρικής ασφάλισης εκμεταλλευόμενοι ειδικές ρυθμίσεις.

Η επικουρική ασφάλιση και οι εφάπαξ παροχές έχουν ως εξής : α) ασφάλιση μισθωτών του ιδιωτικού τομέα: η επικουρική ασφάλιση των μισθωτών του ιδιωτικού τομέα παρέχεται από τους κλάδους επικουρικής ασφάλισης του ΙΚΑ, TEAM και ΟΤΕΑΜ. Υπάρχουν επίσης πολλοί φορείς επικουρικής ασφάλισης διαφόρων επαγγελματικών κλάδων, όπως για παράδειγμα των Δικηγόρων, των Συμβολαιογράφων, των Χημικών κ.α. β) ασφάλιση μισθωτών του δημόσιου τομέα: το σύνολο σχεδόν των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα καλύπτεται με επικουρική ασφάλιση.

Ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης βρίσκεται σε κρίσιμη φάση, καθώς η αναλογία συνταξιούχων προς εργαζόμενους είναι μεγαλύτερη από τους περισσότερους φορείς κύριας ασφάλισης μικρότερη από την αναλογία 1 προς 1. Η διαχρονική εξέλιξη της σχέσης μεταξύ συνταξιούχων και ασφαλισμένων στους περισσότερους φορείς της Κοινωνικής Ασφάλισης έχει μεγάλη σημασία στα πλαίσια αυτού του συστήματος, καθώς εάν ο αριθμός των συνταξιούχων αυξάνει με ταχύτερο ρυθμό από τον αριθμό των ασφαλισμένων, τότε η εμφάνιση μιας σειράς χρηματοοικονομικών προβλημάτων είναι αναπόφευκτη. Και τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των συνταξιούχων αυξάνεται με ταχύτερους ρυθμούς από ότι των ασφαλισμένων., με αποτέλεσμα, στην Κεντρική Διοίκηση οι συνταξιούχοι να είναι περισσότεροι από τους ασφαλισμένους, κάτι το οποίο δεν παρατηρείται σε κανέναν άλλον κοινωνικό-ασφαλιστικό φορέα στην χώρα μας.

Στην Ελλάδα έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση της δημόσιας συνταξιοδοτικής δαπάνης. Οι συντάξεις προσαυξάνονται με δύο τρόπους: α) με τις εφάπαξ παροχές και β) με τα οικογενειακά επιδόματα που είναι κατά βάση συνάρτηση του μισθού ή κάποιου

υγκεκριμένου ποσού και των ετών ασφάλισης. Τις εφάπαξ παροχές όμως δεν καιούνται όλοι οι μισθωτοί ασφαλισμένοι αλλά μόνο όσοι εργάζονται στο Δημόσιο, ε Τράπεζες κλπ. β) με τα οικογενειακά επιδόματα: οι ασφαλιστικοί φορείς που τονέμουν αναλογικές συντάξεις προβλέπουν την παροχή οικογενειακών επιδομάτων τους συνταξιούχους με παιδιά, αντίστοιχα με τα οικογενειακά επιδόματα των ισθωτών.

γ) Προσαρμογή στην σύνταξη

Σύμφωνα με τους Κωσταρίδου – Ευκλείδη (1999), υπάρχουν διάφορες θεωρίες α την προσαρμογή στην σύνταξη (Lemme, 1995). Οι κυριότερες είναι :

- Η θεωρία της κρίσης. Στηρίζεται στην άποψη ότι η απώλεια της εργασίας οδηγεί ε χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και θέση, σε απόσυρση, απομόνωση, ασθένεια και μειωμένη ικανοποίηση από την ζωή. Τέτοιες περιπτώσεις εμφανίζονται κυρίως σε άτομα που ήδη ήταν ασθενή πριν από την σύνταξη. Αντίθετα, αντίστοιχη έρευνα είχνει ότι η σύνταξη δεν επηρεάζει την ψυχολογία των ηλικιωμένων σε τόσο μεγάλο αθμό.

- Η θεωρία της συνέχειας. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία στους περισσότερους συνταξιούχους δίνονται επαρκείς ευκαιρίες για ικανοποίηση και διατήρηση της εικόνας του εαυτού και οι δραστηριότητες δεν αλλάζουν μετά την σύνταξη. Πραγματικά το 70% των συνταξιούχων δεν αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα προσαρμογής. Ωστόσο υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές, δηλαδή ορισμένοι ηλικιωμένοι περνούν κάποια κρίση, άλλοι χαίρονται με την συνταξιοδότηση, άλλοι έχουν μερική απασχόληση για να εξασφαλίσουν μια επαρκή οικονομική κατάσταση και άλλοι διευρύνουν την επαγγελματική και προσωπική τους ζωή.

Σύμφωνα με τον Ι. Βασιλείου, η επαγγελματική απασχόληση για κάθε μέλος της κοινωνίας αποτελεί όχι μόνο πηγή εισοδήματος αλλά και προσωπικών ικανοποιήσεων και κοινωνικής καταξίωσης. Γι' αυτούς τους λόγους η φάση κατά την οποία ένα άτομο σταματά να εργάζεται προκειμένου να συνταξιοδοτηθεί είναι πολύ σημαντική και μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις ανάλογα με την προσωπικότητα, τα ενδιαφέροντα και την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου. Απ' την άλλη βέβαια η συνταξιοδότηση μπορεί να είναι ένα ευτυχές γεγονός ειδικά στην περίπτωση που το άτομο εργαζόταν κάτω από ανθυγιεινές και γενικότερα όχι ευχάριστες συνθήκες.

Όποιο επάγγελμα κι αν εξασκούσε κανείς στη ζωή του, καθώς προχωρά ηλικιακά, γρήγορα περιορίζονται η διάθεσή του και η ικανότητά του να συνεχίσει με τον ίδιο ρυθμό. Οι δυνατότητες για δημιουργική δραστηριότητα συνεχώς περιορίζονται. Σε μερικές φορές παρασύρεται να πιστεύει πως δεν έχουν αλλάξει όλα και πως η ζωή του δεν διαφέρει σε σχέση με πριν. Πως μπορεί ακόμη να σκέφτεται και να ενεργεί όπως παλιά. Γρήγορα όμως συνειδητοποιεί πως τα παλιά όλο και χάνονται. Σ' αυτό το σημείο

οιόμενος χρειάζονται η δύναμη και η θέλησή του. Μπορεί αυτήν την εποχή να την βρει μια ωραία κατάληξη της ζωής, περισσότερο ξεκούραστη, με διάθεση για αντάνια, ενδιαφέροντα, δραστηριότητες και ικανοποιήσεις.

Όταν ο ηλικιωμένος αφήνει τον κόσμο της εργασίας για να περάσει στην σύνταξη, έρχεται ταυτόχρονα το τέλος. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα ξεκίνημα για μια νέα ψυχική κατάσταση, έναν άλλον τρόπο ζωής που μπορεί να περιλαμβάνει ορισμένα μειονεκτήματα αλλά δεν λείπουν οι καλές και ευνοϊκές πλευρές. Είναι σχετικά δύσκολη η προσαρμογή όταν κανείς σταματά να εργάζεται επαγγελματικά και γίνεται συνταξιούχος. Δεν συμβιβάζεται εύκολα με αυτή τη νέα κατάσταση και δεν του είναι εύκολο να ξεχάσει τον ρυθμό και την νομιμιάς όλα τα χρόνια που εργαζόταν. Γενικότερα αναστατώνεται από αυτή την αλλαγή στον τρόπο και στον ρυθμό της ζωής του. Είναι κρίσιμες οι πρώτες ημέρες όταν αποφασίζει κάποιος να εργάζεται. Το πέραςμα στην σύνταξη αποτελεί για τον ηλικιωμένο ψυχικό τραύμα και του δημιουργούνται κάποια ψυχολογικά προβλήματα. Αισθάνεται πικρία και μελαγχολία. Πιστεύει πως έχει ακόμη τις ίδιες ικανότητες και αισθάνεται ίδιος με τις ίδιες δυνατότητες καταδικάζεται στην αδράνεια και περνάει τον χρόνο περιθώριο.

Καθώς απ' τα νεανικά του χρόνια είχε τη δουλειά του ως απασχόληση, ψυχαγωγία και ευχαρίστηση και ήταν αφοσιωμένος σε αυτή, τώρα δεν ξέρει τι να κάνει όλον αυτόν τον χρόνο που έχει στη διάθεσή του με αποτέλεσμα να χάνει την καλή του διάθεση, την αυτοπεποίθηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Μερικές φορές φτάνει στο σημείο να αισθάνεται πως δεν έχει νόημα η ζωή του, πως δεν είναι πλέον χρήσιμος και πως το να μην κάνει τίποτα είναι άνεργος είναι ντροπή.

Σύμφωνα με τους Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκη (2000), η απομάκρυνση από την εργασία στερεί στον ηλικιωμένο ένα μεγάλο μέρος του εισοδήματός του αν και κανείς κανείς πως και τα πιο υγιή ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν χαμηλές συντάξεις σε σχέση με το εισόδημά του όταν εργαζόταν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται ικανοποιητικά οι ανάγκες των ηλικιωμένων. Τα προβλήματα υγείας που συχνά έχουν, δημιουργούν περισσότερα έξοδα και οι μετακινήσεις τους πρόσθετες δαπάνες μιας και δεν είναι σε θέση να οδηγήσουν ή να χρησιμοποιήσουν τα μέσα μεταφοράς.

Η γυναίκα προσαρμόζεται ευκολότερα στη νέα της ζωή όταν συνταξιοδοτείται καθώς και γειμίζει τις ώρες της με τις ασχολίες στο σπίτι.

Από την άλλη υπάρχουν ηλικιωμένοι οι οποίοι περιμένουν ανυπόμονα να συνταξιοδοτηθούν ώστε να είναι ελεύθεροι και αδέσμευτοι απ' τις υποχρεώσεις της εργασίας τους. Μάλιστα αναζητούν ή έχουν αποφασίσει με τι θα ασχολούνται από εδώ και πέρα.

Ο Παρασκευόπουλος (1999) αναφέρει τους παράγοντες που συνδέονται με την επιτυχημένη συνταξιοδότηση :

- Η συνταξιοδότηση στην αναμενόμενη ηλικία. Έτσι το άτομο θα έχει τον κατάλληλο χρόνο να προετοιμαστεί ψυχολογικά για το γεγονός.

- Η συνταξιοδότηση από μια αγχογόνο, δυσάρεστη εργασία είναι τελείως διαφορετική από την αποχώρηση από μια καλή ικανοποιητική εργασία.
- Οι επαρκείς οικονομικές απολαβές.
- Η ικανότητα εύρεσης καινούργιων φίλων και ενδιαφερόντων
- Ένας σταθερός γάμος που μπορεί να αντέχει τον πολύ περισσότερο χρόνο που θα περνούν τώρα μαζί οι σύζυγοι.

Ηλικία συνταξιοδότησης

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, ως ηλικία συνταξιοδότησης νοείται η ελάχιστη ηλικία που πρέπει να έχει κάποιος για να μπορέσει να συνταξιοδοτηθεί και ως όριο ηλικίας εννοείται η ηλικία κατά την οποία ο εργαζόμενος είναι υποχρεωμένος να αφήσει την εργασία του. Διεθνής σύσταση προβλέπει ότι σαν χρόνος αποχώρησης πρέπει να καθορίζεται εκείνος κατά τον οποίο οι άνθρωποι καθίστανται συνήθως ανίκανοι για ποδοδοτικοί εργασία και στους οποίους ο κίνδυνος ασθένειας ή αναπηρίας γίνεται σοβαρότερος και ο κίνδυνος της ανεργίας, μόνιμος. Η υποχρεωτική συνταξιοδότηση σε ορισμένη ηλικία είναι δυνατόν να έχει δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις σε ορισμένα άτομα καθώς και να προκαλέσει προβλήματα στην κοινότητα και στην δημόσια οικονομία. Θα πρέπει να εξαιρεθεί η εντύπωση ότι τα άτομα που αποχωρούν από τον χώρο της εργασίας στο συμβατικό όριο ηλικίας παύουν να είναι χρήσιμα για την κοινωνία. Η ηλικία συνταξιοδότησης σε κάθε χώρα καθορίζεται με βάση την νομοθεσία και την κοινωνική προστασία και απαιτεί έρευνα για την κατάσταση της υγείας, την δυνατότητα εργασίας και εκμάθησης των ηλικιωμένων καθώς και την επιθυμία τους να εργάζονται με πλήρη ή μερική απασχόληση.

Η ηλικία συνταξιοδότησης ποικίλλει ανάλογα με την χώρα, το φύλο, το επάγγελμα, τα χρόνια υπηρεσίας, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό και την κατάσταση υγείας των παιδιών, καθώς και τον χρόνο πρόσληψης. Για τους περισσότερους φορείς η ηλικία συνταξιοδότησης είναι τα 65 για τους άνδρες και τα 60 για τις γυναίκες. Σε μερικούς φορείς η ηλικία συνταξιοδότησης είναι κοινή και για τα δύο φύλα και σε άλλους ορίζονται διαφορετικές ηλικίες, συνήθως μικρότερη κατά 5 χρόνια για τις γυναίκες.

Τα όρια ηλικίας που ισχύουν για τα ταμεία μεγάλων ομάδων εργαζομένων του ΟΓΑ, του ΙΚΑ και του ΤΕΒΕ δεν είναι ευνοϊκότερα από τα ισχύοντα σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης σε όλες τις χώρες υπάρχουν ρυθμίσεις για τα βαρέα και τα ανθυγιεινά επαγγέλματα καθώς και για τις συντάξεις αναπηρίας. Το ΙΚΑ υποχρεωτικά ακολουθεί πιστά τα Ευρωπαϊκά πρότυπα στις συντάξεις γήρατος. Μόνο

ληφθούν υπόψη οι συντάξεις αναπηρίας κατεβαίνει η μέση ηλικία συνταξιοδότησης αισθητά κάτω του Ευρωπαϊκού μέσου όρου. Οι συντάξεις αναπηρίας ως 45 ετών για τους άνδρες και 40 για τις γυναίκες αντιστοιχούν σε πραγματική αναπηρία.

Στην Ελλάδα ευνοϊκότερα όρια συνταξιοδότησης υπάρχουν εκτός από τους τρεις παραπάνω φορείς στο Δημόσιο, στις Τράπεζες και στους Οργανισμούς Κοινής Ωφέλειας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι πολλά άτομα δεν χρησιμοποιούν τις ευνοϊκότερες ρυθμίσεις. Τα όρια συνταξιοδότησης σ' αυτούς τους φορείς άλλαξαν με τους νόμους της δεκαετίας του 1990.

α) Αίτια αύξησης δαπανών για τις συντάξεις

Η Πουλοπούλου αναφέρει ότι σύμφωνα με μελέτες ξένων εμπειρογνομόνων και εθνικών Οργανισμών, το κόστος των συντάξεων ανέβηκε κατακόρυφα τα τελευταία χρόνια όχι μόνο λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, που οφείλεται στην μείωση των γεννήσεων και την αύξηση της προσδοκώμενης ζωής των ηλικιωμένων, αλλά και λόγω επέκτασης της κάλυψης και βελτίωσης των παροχών, ωρίμανσης των συστημάτων συντάξης, μείωσης της ηλικίας συνταξιοδότησης και λόγω της ανεργίας. Η ένταξη στην κοινωνική ασφάλιση ομάδων εργαζομένων στους οποίους παρέχεται δυνατότητα συνταξιοδότησης με μειωμένες προϋποθέσεις, η συνταξιοδότηση μεγάλου αριθμού ανενεργών ατόμων και η έλλειψη αποτελεσματικότητας του διοικητικού μηχανισμού και του διαχειριστικού μηχανισμού είχαν ως αποτέλεσμα την απώλεια σημαντικών εσόδων.

Στην Ελλάδα επίσης παρόλο που οι περισσότερες συντάξεις παραμένουν πενιχρές και η περίθαλψη βρίσκεται σε απαράδεκτα επίπεδα, οι δαπάνες της Κοινωνικής Ασφάλισης και των συντάξεων σημείωσαν εντυπωσιακή αύξηση τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα ορισμένων ασφαλιστικών φορέων, ιδιαίτερα του ΙΚΑ και του ΝΑΤ. Στην χώρα μας η αύξηση των δαπανών για τις συντάξεις, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασφαλιστικοί φορείς και τα τεράστια ελλείμματα ιδιαίτερα του ΙΚΑ παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες που θα ήταν αδιανόητες στις χώρες της Ευρώπης και στην Αμερική. Οι παράγοντες που ευθύνονται για την αύξηση των δαπανών για τις συντάξεις και τα ελλείμματα των ασφαλιστικών φορέων στην Ελλάδα είναι οι δημογραφικοί, οι οικονομικοί, οι θεσμικοί και οι οργανωτικοί.

- Ο Δημογραφικός παράγοντας. Η μείωση των γεννήσεων και η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής συντελούν στην σημαντική αύξηση των δαπανών για τις συντάξεις και στην ασθένεια. Με την γήρανση του πληθυσμού, τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα εξαρτώνται από τις συντάξεις και τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό και ιδιαίτερα σε σχέση με αυτούς που εργάζονται.

Σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ευρώπης, η Ελλάδα δεν έχει σημειώσει τυπωσιακή αύξηση των γεννήσεων μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο αλλά αύξησης αναλογίας των ηλικιωμένων. Παρόλα αυτά όμως η δημογραφική γήρανση δεν είναι σημαντικότερος παράγοντας που ευθύνεται για την κρίση του ασφαλιστικού και για την δημιουργία ελλειμμάτων των ασφαλιστικών φορέων.

- Οι Οικονομικοί παράγοντες. Οι οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τόσο τα έσοδα όσο και τα έξοδα των ασφαλιστικών φορέων. Τα έξοδα επηρεάζονται από την οικονομική συγκυρία και από την βελτίωση του επιπέδου των παροχών. Στα έσοδα έχουν επίδραση πολλοί παράγοντες όπως η αύξηση της ανεργίας, η μη αξιοποίηση της παρουσίας των ασφαλιστικών φορέων λόγω κυβερνητικών παρεμβάσεων, η εμπορική αγορά μετοχών, η απόκτηση ακινήτων χωρίς ουσιαστική απόδοση και οι επιπτώσεις του πληθωρισμού.

- Οι Θεσμικοί παράγοντες. Σημαντικοί θεσμικοί παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των δαπανών για τις συντάξεις και τα ελλείμματα είναι:

Η ωρίμανση των συστημάτων σύνταξης ή ωρίμανση των ταμείων, η οποία είναι η επίπτωση του λόγου των εργαζομένων προς τους συνταξιούχους με αποτέλεσμα την εμφάνιση ελλειμμάτων και την αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών για να διατηρηθεί το επίπεδο των παροχών. Στην επιτάχυνση της ωρίμανσης συμβάλλει η χαμηλή ηλικία συνταξιοδότησης, η πρόωρη συνταξιοδότηση και η γήρανση του πληθυσμού.

Η ένταξη στα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα εκτεταμένου τμήματος της οικονομίας και τριτογενούς παραγωγής. Εντυπωσιακός είναι ο αριθμός και το είδος των επαγγελμάτων που θεωρούνται βαρέα και ανθυγιεινά. Στο ΙΚΑ, το ποσοστό των συντάξεων αναπηρίας προς το σύνολο των συντάξεων παραμένει υψηλό τα τελευταία χρόνια αφού σχεδόν 1 στους 5 συνταξιούχους έχει λάβει σύνταξη αναπηρίας.

Η πρόωρη συνταξιοδότηση, η οποία νοείται ως την συνταξιοδότηση των εργαζομένων με μειωμένες προϋποθέσεις σε ηλικία μικρότερη της κανονικής και αφορά τους εργαζόμενους σε προβληματικές επιχειρήσεις, τις μη πραγματικές συντάξεις αναπηρίας που δεν αφορούν πραγματικά άτομα με αναπηρία αλλά άτομα που επωφελήθηκαν από την καταχρηστική εφαρμογή των διατάξεων σχετικά με αυτό το είδος συντάξεων αυτών και τέλος τις γυναίκες με λίγα χρόνια απασχόλησης που λόγω των ευεργετικών ρυθμίσεων συνταξιοδοτούνται νωρίτερα.

Η πρόωρη σύνταξη πολλών ατόμων και κυρίως γυναικών, που πολλές φορές αποσύρονται από την εργασία και πριν τα 40 τους χρόνια, σημαίνει ότι δεν έχουν καταβάλει παρά ελάχιστα ασφάλιστρα και συνεπώς συνταξιοδοτούνται σε βάρος των πατήσεων των μη προνομιούχων που συνταξιοδοτούνται στα 60 ή 65 τους χρόνια και των φορολογουμένων. Όσο πιο νέος είναι ο συνταξιούχος τόσο περισσότερο βαρύνει το ασφαλιστικό σύστημα. Στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διεθνώς οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης είναι πολύ πιο αυστηρές από ότι στην Ελλάδα.

Οι αθεμελίωτες ρυθμίσεις για συνταξιοδοτικές παροχές. Στον κλάδο των εντάξεων εντοπίζεται πληθώρα μη ορθολογικών διατάξεων που επηρεάζουν σημαντικά τις δαπάνες. Το κράτος ασκεί κοινωνική πολιτική συνταξιοδοτώντας άτομα που δεν έχουν πληρώσει τις ανάλογες εισφορές χωρίς να καταβάλλει στους ασφαλιστικούς φορείς το ποσό που αντιστοιχεί σε αυτές τις παροχές.

Οι ανασφάλιστοι εργαζόμενοι. Συνεχώς αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που εργάζονται χωρίς να ασφαρίζονται. Ως ανασφάλιστοι εργαζόμενοι κυρίως παρατηρούνται οι αλλοδαποί και οι συνταξιούχοι και γενικότερα άτομα που εργάζονται στην παραοικονομία αλλά και στην επίσημη οικονομία με δελτίο παροχής υπηρεσιών, να αποφεύγουν οι εργοδότες τις ασφαλιστικές εισφορές.

- **Οργανωτικοί παράγοντες.** Η έλλειψη αποτελεσματικότητας του διοικητικού μηχανισμού και του διαχειριστικού μηχανισμού έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια σημαντικών εσόδων. Η πρόσληψη υπαλλήλων με κριτήρια κομματικά και όχι ανάλογα με τις πραγματικές ανάγκες, συντελεί στην προβληματικότητα και ελλειμματικότητα των ασφαλιστικών φορέων.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των δαπανών για τις εντάξεις και τα ελλείμματα είναι: η ευθύνη των συνδικαλιστικών οργανώσεων, οι απόψεις της κοινής γνώμης, η ηλικία συνταξιοδότησης και η αύξηση της.

Μέτρα αντιμετώπισης του ασφαλιστικού συστήματος

Αναμφίβολα το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα και ελλείψεις και είναι απαραίτητο να γίνουν κάποιες μεταρρυθμίσεις με βασικές αρχές : α) να μην θίγεται το δικαίωμα στην Κοινωνική Ασφάλιση που προστατεύεται από το Σύνταγμα, β) η αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ για την κοινωνική προστασία σε επίπεδο του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ, γ) οι ρυθμίσεις να μην βλάψουν τους νεοεισερχομένους στην αγορά εργασίας και να μην θίγονται τα εκκτημένα δικαιώματα, δ) η ιδιωτική ασφάλιση δεν μπορεί να υποκαταστήσει τον κοινωνικό φορέα.

Σημαντική επίσης λύση του προβλήματος θα είναι η αύξηση της κρατικής συμμετοχής και η αξιοποίηση της κινητής και της ακίνητης περιουσίας των φορέων προς όφελος των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων.

Όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, το κοινωνικό κράτος που παρέχει υψηλό επίπεδο προστασίας και ικανοποιητικές σε ποιότητα και ποσότητα υπηρεσίες δεν αποτελεί εμπόδιο στο δυναμικό της οικονομίας της χώρας. Πρώτο μέλημά του πρέπει να είναι η αναδιανομή του εισοδήματος, Η αύξηση της απασχόλησης, ο περιορισμός της ανεργίας, η αύξηση των αμοιβών η βελτίωση των δεξιοτήτων των εργαζομένων είναι η αναγκαία λύση στην μείωση του κόστους παραγωγής εις βάρος των μισθών και της

ινωνικής προστασίας. Τα κοινωνικά δικαιώματα περιλαμβάνουν το δικαίωμα όλων των ηλικιωμένων σε μια βασική σύνταξη που να τους επιτρέπει μία αξιοπρεπή διαβίωση

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η κοινωνική ασφάλιση αντιμετωπίζει κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά προβλήματα. Χωρίς την κρατική στήριξη, θα αποδυναμωθεί κάθε προσπάθεια για την ανάπτυξη της οικονομίας της χώρας και θα εξασθενήσει η συνοχή του κοινωνικού ιστού.

Ιδιωτική ασφάλιση

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί η επέκταση της ιδιωτικής ασφάλισης για τις παροχές ασθένειας και σύνταξης. Σύμφωνα με την Πουλοπούλου οι ελληνικές και ξένες εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα προσφέρουν συμπληρωματική σύνταξη λόγω ανικανότητας ή θανάτου, εφάπαξ, νοσοκομειακή περίθαλψη και κατευθύνονται σε ομάδες με ελλιπή κοινωνικό- ασφαλιστική κάλυψη όπως είναι οι ταγγελματίες, οι βιοτέχνες, οι αγρότες, οι νοικοκυρές και απασχολούμενοι στην πρωτογενή οικονομία. Για πολλά άτομα η ιδιωτική σύνταξη αποτελεί την κύρια πηγή εισοδήματος.

Η ιδιωτική ασφάλιση διακρίνεται σε κερδοσκοπική και σε μη κερδοσκοπική. Η μη κερδοσκοπική είναι εκείνη που παρέχεται από Ταμεία ΝΠΔ ή από ειδικούς οργανισμούς που η δημιουργία τους απορρέει από συλλογικές συμβάσεις εργασίας. Η εισφορά των ασφαλιστικών υπηρεσιών δεν αποσκοπεί στην επιδίωξη κέρδους. Η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση από ιδιωτικές επιχειρήσεις στοχεύει στην κάλυψη κινδύνων και προσφέρεται από ασφαλιστικές εταιρείες με στόχο την αύξηση του κέρδους τους.

Η ταχεία ανάπτυξη της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης οδηγεί στην υποβολή της, ως εναλλακτική λύση απέναντι στην κρίση της κοινωνικής ασφάλισης. Οι απόψεις διίστανται : άλλοι πιστεύουν στο συμπληρωματικό ρόλο της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης και τονίζουν τα πλεονεκτήματά της ενώ άλλοι υπογραμμίζουν τις αδυναμίες και τους κινδύνους της. Για τους υποστηρικτές της, τα πλεονεκτήματά της είναι ότι το σύστημα είναι κεφαλαιοποιητικό και ενισχύει την αποταμίευση αφού οι εισφορές αποταμιεύονται και κατευθύνονται σε παραγωγικές επενδύσεις, είναι λιγότερο γραφειοκρατικό, πιο αποκεντρωτικό και λειτουργεί με μεγαλύτερη διαφάνεια. Λειτουργεί ανταποδοτικά και δεν επηρεάζεται από τα δημογραφικά δεδομένα. Επίσης δύναται η ευκαιρία στους πολίτες να ενισχύσουν οι ίδιοι την σύνταξη τους και η πολιτεία πρέπει να ενθαρρύνει αυτή τους την προσπάθεια με ισχυρά φορολογικά κίνητρα. Η ιδιωτική ασφάλιση παρόλο που έχει σαν πρωταρχικό σκοπό το κέρδος, λόγω ανταγωνισμού είναι περισσότερο αποδοτική από το δημόσιο σύστημα. Μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού και να ευκολύνει το έργο των ασφαλιστικών φορέων.

Αντίθετα, κάποιος δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στους κινδύνους της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης. Θεωρούν ότι η ιδιωτικοποίηση της κοινωνικής ασφάλισης

ποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο για το κοινωνικό-ασφαλιστικό σύστημα της χώρας. Η ιδιωτική ασφάλιση δεν καλύπτει τους πιθανούς και βέβαιους κινδύνους σε υψηλό κόστος τόσο για τις χαμηλές όσο και για τις μεσαίες εισοδηματικές τάξεις και ωφελεί οικονομικά μόνο ορισμένες ασφαλιστικές εταιρείες που για να αυξήσουν τα κέρδη τους να μειώσουν τον κίνδυνο επιλέγουν τους πελάτες τους. Αφορά κυρίως τα άτομα με υψηλά εισοδήματα, ενώ για το υπόλοιπο μέρος του πληθυσμού δεν υπάρχουν ευκαιρίες ασφαλιστικής κάλυψης. Η ιδιωτική ασφάλιση θα καταργήσει την κοινωνική αλληλεγγύη. Επομένως η ιδιωτική ασφάλιση δεν μπορεί να υποκαταστήσει τον κοινωνικό φορέα, ενέχει τον κίνδυνο κατάργησης της κοινωνικής αλληλεγγύης και αφορά μόνο τους σχετικά νέους και εύπορους για τους οποίους μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπλήρωμα και όχι ως υποκατάστατο της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους

Οι υπηρεσίες που απευθύνονται αποκλειστικά στους ηλικιωμένους παρέχονται από το κράτος, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και την ιδιωτική-επιχειρηματική πρωτοβουλία.

Υπηρεσίες στην κοινότητα

Οι υπηρεσίες της κοινότητας ανήκουν :

Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, τα ΚΑΠΗ αποτελούν υπηρεσίες για άτομα τρίτης ηλικίας σε τοπικό επίπεδο που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης,

αγωγικά προγράμματα και κάποιες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Τα ΚΑΠΗ ως σύστημα είναι ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών σε ηλικιωμένα άτομα που συναντούν μόνο τους ή σαν μέλη μιας οικογένειας.

Γίνονται δεκτοί άνδρες και γυναίκες ηλικίας 60 ετών και άνω οι οποίοι είναι κάτοικοι του Δήμου όπου λειτουργεί το ΚΑΠΗ.

Διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο στο οποίο πρόεδρος είναι ο δήμαρχος ή ο αντιδήμαρχος. Το προσωπικό αποτελείται από ιατρό με μερική απασχόληση, επισκέπτρια αδελφή ή νοσοκόμα τριετούς φοίτησης, κοινωνικό λειτουργό, ψυχοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, οικογενειακή βοηθό.

Σκοπός των Κ.Α.Π.Η.: Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

Υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.: Κοινωνική συμμετοχή του ηλικιωμένου μέσω δραστηριοτήτων, προληπτική ιατρική, ενεργοποίηση και αξιοποίηση των ηλικιωμένων σύμφωνα με τα ταλέντα και τις ικανότητές τους, ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και ιδιαίτερα των νέων σε θέματα που αφορούν τα άτομα τρίτης ηλικίας, αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, διασυνδέσεις - συνεργασίες με άλλους φορείς, ιατροκοινωνική μελέτη.

Η κατ' οίκον βοήθεια. Πρόκειται για παροχή πρακτικών υπηρεσιών σε μέλη των Κ.Α.Π.Η. στο σπίτι τους. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα περιλαμβάνει ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια, νοσηλευτικές υπηρεσίες, κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και κοινότητες, κοινωνική εργασία με την οικογένεια, φυσικοθεραπεία. Είναι σημαντικό να ο ηλικιωμένος εξυπηρετείται σε πρακτικά θέματα όπως τα ψώνια, η εξόφληση των λογαριασμών, το μαγείρεμα, η καθαριότητα του σπιτιού.

Επίσης στο πρόγραμμα περιλαμβάνεται και η στήριξη και ανακούφιση της οικογένειας μέσω συζήτησης με τα μέλη της, ανάληψης εξολοκλήρου του βάρους των ευθυνών του υπηρετούμενου για ορισμένο χρονικό διάστημα ώστε οι συγγενείς να ανακουφιστούν από το διάστημα αυτό.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Σύμφωνα με την Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία» (2005) και πληροφορίες από την ηλεκτρονική διεύθυνση www.mpra.gr, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας με στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε:

- Μοναχικά άτομα, χωρίς οικογενειακό-υποστηρικτικό περιβάλλον
- Άτομα μέσης ή τρίτης ηλικίας με χρόνιες κινητικές δυσλειτουργίες και ψυχοκινητικά προβλήματα
- Άτομα με εισοδηματικό επίπεδο κάτω του μέσου όρου, σε συνδυασμό με σοβαρά προβλήματα υγείας
- Άτομα που διαβιούν με την οικογένειά τους, αλλά χρήζουν ψυχο-συναισθηματικής στήριξης είτε οι ίδιοι είτε ο οικογενειακός τους περίγυρος

Σκοπός του είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας, η διατήρηση της συνοχής

της οικογένειας, καθώς επίσης και η βελτίωση της καθημερινής ποιότητας ζωής τους.

παρέχει :

- νοσηλευτική μέριμνα
- συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη
- συντροφιά, φροντίδα του νοικοκυριού
- μικροαγορές
- πληρωμή λογαριασμών
- βοήθεια στην ατομική υγιεινή
- άλλες υπηρεσίες, που κρίνονται αναγκαίες

εξασφαλίζει :

- την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση
- την παραμονή στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον
- την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» υλοποιείται από εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο αποτελείται από έναν κοινωνικό λειτουργό, μία νοσηλεύτρια και δύο οικογενειακούς βοηθούς. Στις αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού είναι η ψυχοσυναισθηματική στήριξη του ηλικιωμένου, η συμβουλευτική βοήθεια στην οικογένειά του, η ενημέρωση και υπεράσπιση των προνοιακών τους δικαιωμάτων, η συνεργασία με ιατρικούς, κοινωνικούς, εθελοντικούς φορείς και οργανώσεις της κοινότητας, η παραπομπή των ηλικιωμένων και μελών της οικογένειας σε αρμόδιους φορείς κ.ά.

Σήμερα εφαρμόζεται σε 751 ΟΤΑ της χώρας (πάνω από το 80% των Δήμων) με ετήσιο κόστος λειτουργίας 35,76 εκ. € (12,19 δις δρχ.), συγχρηματοδοτούμενο από το Γ' ΠΣ. Υλοποιείται με ευθύνη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών. Έχουν δημιουργηθεί 1.016 συνεργεία για την υλοποίηση του προγράμματος από τα οποία τα 760 λειτουργούν και τα 256 βρίσκονται στο στάδιο του προσλαμβάνουν προσωπικό. Επίσης έχουν διατεθεί 500 αυτοκίνητα που λειτουργούν ως κινητές μονάδες και πρόκειται σύντομα να διατεθούν άλλα 120. Ο στόχος είναι να λειτουργήσει το πρόγραμμα και στους 900 Δήμους της χώρας και να προσφέρει, στην πλήρη ανάπτυξή του, υπηρεσίες σε περίπου 80.000 ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες.

ο πρόγραμμα του Τηλεσυναγερμού

Σύμφωνα με την Α.Κωσταρίδου – Ευκλείδη (1999), το πρόγραμμα αυτό αρμόζεται στο σπίτι των ηλικιωμένων σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη από τον Ελληνικό κωφό Σταυρό με την συνεργασία του Υπουργείου Υγείας. Σκοπός του είναι η παροχή εσης βοήθειας σε έκτακτες καταστάσεις μέσα από σύγχρονα τεχνολογικά μέσα σε κωφωμένα, μοναχικά άτομα, άτομα με ειδικές ανάγκες και χρόνιες παθήσεις. Ο κεντρικός σταθμός είναι εγκατεστημένος στο κτίριο του Ε.Ε.Σ και οι περιφερειακοί κωφοί συμπληρώνονται από έναν ειδικό δέκτη που είναι τοποθετημένος στο σπίτι του κωφου υπηρετούμενου ατόμου. Θα πρέπει να υπάρχει τηλεφωνική συσκευή και ένας κωφός πομπός που φοριέται διαρκώς και τίθεται σε λειτουργία στην περίπτωση που κωφου μπορεί ο εξυπηρετούμενος να φτάσει τη συσκευή του τηλεφώνου. Εφόσον γίνει κωφοματη κλήση του κεντρικού σταθμού, ο χειριστής ενημερώνεται για το περιστατικό κωφου του αρχείου του ηλεκτρονικού υπολογιστή και αναλαμβάνει συγκεκριμένες κωφοργίες, ειδοποιεί συγγενείς και γείτονες που έχουν οριστεί από τον συνδρομητή, το ΚΑΒ για πρώτες βοήθειες ή την πυροσβεστική υπηρεσία ή την Άμεση Δράση, αν κωφοειαστεί. Η διαδικασία ένταξης στο πρόγραμμα και η επιλογή του συνδρομητή γίνεται κωφοτερα από αίτηση προς τον ΕΕΣ και την πραγματοποίηση κοινωνικής έρευνας και κωφομετρικής έγκρισης, αφού ληφθεί υπόψη η κατάσταση της υγείας και η κοινωνική κωφοστάση του ηλικιωμένου. Τα άτομα που μπορούν να τύχουν της μέριμνας αυτού του κωφοπρογράμματος είναι άτομα από κοινωνικές οργανώσεις, την τοπική αυτοδιοίκηση, τα ΚΑΠΗ, από ασφαλιστικούς οργανισμούς, ασφαλιστικά ταμεία και ιδιώτες.

οι Λέσχες Φιλίας

Σύμφωνα με την εφημερίδα «Ελευθεροτυπία» (2005) και την Πουλοπούλου, οι κωφολεσχες Φιλίας του Δήμου Αθηναίων είναι θεσμός που εξυπηρετεί ανάγκες κωφοατόμων κωφοεργαλύτερης ηλικίας που είναι δημότες και κάτοικοι της Αθήνας. Ιδρύθηκαν το 1985 κωφοστα διαμερίσματα και τις συνοικίες της Αθήνας και αποτελούνται από άτομα και των κωφοφο φύλων 60 ετών και άνω που διαμένουν στη συνοικία και λειτουργούν από τις 8 το κωφορωμάτι έως τις 8 το βράδυ.

Στόχος τους είναι να προσφέρουν στους ηλικιωμένους φροντίδα, υποστήριξη, κωφοαγωγία και δημιουργική απασχόληση, πολιτιστικά προγράμματα, δράσεις για την κωφοαγαμάτωση της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, κοινωνικές υπηρεσίες και κωφοαποληπτική ιατρική. Επίσης παρέχεται συμβουλευτική για θέματα τρίτης ηλικίας, κωφοαπονοντας σημαντικές πληροφορίες.

Το προσωπικό αποτελείται από υπαλλήλους του Δήμου, κοινωνικούς κωφοαειτουργούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές καθώς και κάποιο βοηθητικό προσωπικό.

Στους χώρους των Λεσχών υλοποιούνται ποικίλα προγράμματα σύμφωνα πάντα κωφοα τις ανάγκες των μελών. Οι ηλικιωμένοι απασχολούνται σε ομάδες κωφοαχειροτεχνίας, κωφοαμουσικής, ζωγραφικής. Μπορούν επίσης να παρακολουθήσουν θεατρικές παραστάσεις

εισιτήρια που τους προμηθεύει ο δήμος καθώς και να συμμετάσχουν σε εκδρομές που η μετακίνησή τους είναι δωρεάν. Οι Λέσχες Φιλίας στηρίζονται στις αρχές «ροτείνουν τα μέλη, αποφασίζουν τα μέλη, δραστηριοποιούνται τα μέλη» και σε καμία περίπτωση δεν προσφέρουν υλικά αγαθά αλλά ενδιαφέρον, ψυχαγωγία, επιμόρφωση τα οποία συντελούν στο να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι «ζωντανοί» και να μην ωρούνται «ξοφλημένοι».

Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ συν ως σκοπό τη δημιουργία ενός ιδιαίτερου και μόνιμου χώρου στον οποίο οι ηλικιωμένοι συναντώνται και αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους, αξιοποιώντας τον ελεύθερο χρόνο τους ομαδικά και δημιουργικά.

Πολλά προγράμματα για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, το πρόγραμμα *Ageing Well Europe* είναι ένα ευρωπαϊκό, πρωτοποριακό πρόγραμμα υγείας για τους ηλικιωμένους και έχει ως στόχο να παρατείνει την ενεργό και μη εξαρτημένη διάρκεια ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας μέσω της μείωσης των ασθενειών και των αναπηριών και γενικότερα μέσω της προαγωγής της καλής τους υγείας. Για τις ανάγκες του προγράμματος εκπαιδεύονται παράλληλα εθελοντές μεγάλης ηλικίας οι οποίοι προάγουν υγιείς τρόπους ζωής και παρέχουν πληροφορίες για θέματα υγείας σε άτομα της ίδιας κοινωνικής ομάδας με αυτούς χρησιμοποιώντας ποικίλους τρόπους όπως παροχή υπηρεσιών σε κέντρα υγείας, σεμινάρια, συγκεντρώσεις των ενδιαφερομένων. Παράλληλα υπάρχει συνεργασία με νοσοκομεία, τοπικούς φορείς υγείας και πρόνοιας, υπηρεσίες υγείας, οργανώσεις ηλικιωμένων, ερευνητικά ιδρύματα, μη κυβερνητικές οργανώσεις, μέσα μαζικής ενημέρωσης. Στην Ελλάδα το συγκεκριμένο πρόγραμμα ξεκίνησε το 1996 από την Ελληνική Γηροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία και σκοπός του είναι η δημιουργία ενός δικτύου προαγωγής υγείας για και μαζί με τους ηλικιωμένους.

Πρόγραμμα για το ρόλο της αγωγής υγείας στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων άρχισε το 1995 ως μια πιλοτική προσπάθεια με ομιλίες ειδικών, εργασίες με ομάδες ηλικιωμένων, ατομική συμβουλευτική και γραπτές πληροφορίες. Ως σκοπό έχει να ετοιμάσει φυλλάδια για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων για τους ηλικιωμένους καθώς και οδηγούς αγωγής υγείας και πρόληψης.

Προγράμματα προαγωγής υγείας ηλικιωμένων ατόμων. Σε μερικές περιοχές της Ελλάδας εφαρμόζονται προγράμματα που έχουν ως σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και την παροχή φροντίδας και κοινωνικής αλληλεγγύης στα ηλικιωμένα άτομα. Περιλαμβάνουν εκτίμηση και καταγραφή των κοινωνικών αναγκών και των προβλημάτων υγείας, φροντίδα ειδικών αναγκών όπως παρακολούθηση διαβητικών, υπέρτασικών, ενημέρωση, εκπαίδευση και

υαισθητοποίηση σε θέματα πρόληψης, διατροφής και υγιεινού τρόπου ζωής, άσκηση, εξοπορία, υδροκινησιοθεραπεία, δημιουργία ομάδων εθελοντών με στόχο την ημιουργία δικτύου κοινωνική αλληλεγγύης.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία. Υπάρχουν ορισμένες οργανώσεις και σύλλογοι που χουν ως στόχο την φροντίδα και εξυπηρέτηση ατόμων που έχουν ανάγκη εισαγωγής σε οσοκομεία, γηροκομεία ή παρέχουν φαρμακευτική περίθαλψη σε οικονομικά αδύνατα αι ασθενή άτομα.

Ανάδοχες οικογένειες. Ως ανάδοχη χαρακτηρίζεται η ανάληψη φροντίδας ενός λήρως ή μερικώς εξαρτημένων ατόμων ανηλίκων ή ενηλίκων από μια οικογένεια ή τομο για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα κατά κανόνα έναντι αμοιβής – επιδόματος μισθού. Ως στόχος της αναδοχής είναι η αποασυλοποίηση – αποϊδρυματοποίηση και η ποκέντρωση με έμφαση στο τοπικό επίπεδο. Απευθύνεται κυρίως σε παιδιά ή άτομα με ιδικές ανάγκες κάθε ηλικίας. Η αναδοχή φιλοξενίας της τρίτης ηλικίας συνάντησε υσκολίες. Ωστόσο μερικοί ηλικιωμένοι έζησαν τη φιλοξενία μιας ημέρας σε οικογένειες του Ελληνικού Συλλόγου Ανάδοχων οικογενειών. Στην Ελλάδα όμως δεν χει καθιερωθεί η μακροχρόνια αναδοχή ηλικιωμένων όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες.

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Σύμφωνα με την Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως (αριθ.φύλλ.1845, 13 Δεκεμβρίου 004),τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) είναι μονάδες μερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν πόλυτα των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή ντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και δυνατεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα που έχει αναλάβει. Σκοπός τους είναι η ελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς και η διατήρηση μιας φυσιολογικής κοινωνικής αι εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος που σχολούνται με την φροντίδα των ατόμων αυτών.

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων διασυνδέονται σε λειτουργικό πίπεδο με ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Συνεργάζονται πίση με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εφαρμόζουν νάλογα ή παρεμφερή προγράμματα, καθώς και με μονάδες υγείας.

Παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες ημερήσια και ολιγόωρη φιλοξενία όπου εριλαμβάνεται:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης

Ατομική υγιεινή

Τα προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και ανάπτυξης δεξιοτήτων

Το προσωπικό τους αποτελείται από νοσηλεύτη / νοσηλεύτρια, κοινωνικούς φροντιστές και βοηθητικό προσωπικό

Ψυχιατρική φροντίδα

Η παρακάτω ενότητα δεν θα αναλυθεί διεξοδικά, θα γίνει μια απλή αναφορά ήδη ξεφεύγει από το ενδιαφέρον των μελετητών.

Σύμφωνα με τους Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκη (2000) και την Λοπούλου (1999), το γηροκομείο αποτελεί την έσχατη και αναπόφευκτη λύση στην πτωση που δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο μπορεί το ηλικιωμένο άτομο να συνεχίσει ομαλά την ζωή του, ή όταν αποκλειστεί εντελώς η θαλάση του στο σπίτι και για τους μοναχικούς οικονομικά αδύνατους υπερήλικες.

Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης έχει το μικρότερο ποσοστό ατόμων τρίτης ηλικίας που διαμένουν σε ίδρυμα (0,6% των ατόμων ηλικίας 65 ετών διαμένει σε ίδρυμα). Όμως υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες όπως η αύξηση του ποσοστού της προσδοκώμενης ζωής των ατόμων μεγάλης ηλικίας και οι αλλαγές στην κοινωνικοοικονομική οικογένεια» σύμφωνα με τους οποίους πιστεύεται πως το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί τα επόμενα χρόνια. Στην Ελλάδα ως επί το πλείστον τα ηλικιωμένα άτομα μένουν μόνο τους στα σπίτια τους ή με τα παιδιά τους. Ακόμη και ηλικιωμένοι με ειδικές ανάγκες συνεχίζουν να δέχονται την φροντίδα της οικογένειας, των φίλων ή και ακόμη και τους γείτονες.

Υπάρχουν τα κρατικά, ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οίκοι ευγηρίας. Σημαντική είναι η δράση και η προσφορά των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η λειτουργία τους στηρίζεται σε δωρεές, χορηγήματα και στα έσοδα από την εκμετάλλευση της περιουσίας τους. Το κράτος υποστηρίζει τον προϋπολογισμό αρκετών ιδρυμάτων. Διοικούνται από διοικούσα επιτροπή και διαθέτουν ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία, φυσικοθεραπευτήριο, κοινωνική υπηρεσία, αίθουσες αναψυχής. Η ανεπάρκεια θέσεων στα κρατικά μη κερδοσκοπικά ιδρύματα είχε ως συνέπεια την έντονη και αυξανόμενη παρουσία των ιδιωτικών λεγόμενων οίκων ευγηρίας. Οι ιδιωτικές αυτές επιχειρήσεις χρησιμοποιούν μικρού ή μεσαίου μεγέθους κτίρια και παρέχουν κατοικία, τροφή, υγιεινές συνθήκες ανέσεις και όταν υπάρχει ανάγκη ιατρική περίθαλψη. Το κόστος συνήθως είναι αρκετά υψηλό σε σχέση με τα κρατικά ιδρύματα. Εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων οι ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας δεν διαθέτουν τα κατάλληλα κτίρια, εξοπλισμό και ειδικευμένο προσωπικό. Σπάνια υπάρχουν διπλωματούχες νοσηλεύτριες και κοινωνικοί λειτουργοί και η εποπτεία από το κράτος είναι περιορισμένη.

Η εκκλησία δείχνει ιδιαίτερη ευαισθησία στα θέματα που αφορούν τα ηλικιωμένα άτομα. Έχει ιδρύσει κέντρα υπερηλίκων κατά περιφέρειες και αυτό για να αναγκάζει τους ηλικιωμένους να αποκοπούν από το φυσικό τους περιβάλλον. Δεν ώκει την ίδρυση μεγάλου μεγέθους ιδρυμάτων επειδή στις μικρές ομάδες υπάρχει οικιακή σχέση μεταξύ περιθαλλομένων και προσωπικού και αποφεύγονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις από την απότομη αλλαγή του τρόπου ζωής και τον απομακρυστισμό. Παράλληλα επιδιώκει την εθελοντική προσφορά μέσω της οποίας δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ασκούν έργο αγάπης.

ηλικιωμένος ως θύμα κακοποίησης

Η κακοποίηση και η παραμέληση των ηλικιωμένων δεν είναι νέο φαινόμενο. Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, η κακοποίηση των ηλικιωμένων παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με την κακοποίηση των παιδιών. Και οι δυο κατηγορίες αποτελούνται από άτομα εξαρτημένα από την οικογένεια, στην οποία δημιουργούν οικονομικές ανάγκες, σωματική κόπωση και μείωση της ελευθερίας των κινήσεων της. Στο οικογενειακό περιβάλλον ικανοποιούνται οι ανάγκες τους για αγάπη, τροφή, στέγαση, ασφάλεια και υγεία. Ωστόσο πολλές φορές τα μέλη της οικογένειας θεωρούν υποχρεωτική την φροντίδα των παιδιών, χωρίς να αισθάνονται το ίδιο και για την φροντίδα των ηλικιωμένων μελών της.

Τα ηλικιωμένα άτομα γίνονται θύματα πράξεων ή παραλήψεων που σε μεγάλο βαθμό συνιστούν αξιόποινες πράξεις. Ο υπερηλίκος μπορεί να είναι θύμα ψυχολογικής εγκατάλειψης από την οικογένειά του, θύμα περιθωριοποίησης και οικονομικής αδιαφορίας. Στους κόλπους της οικογένειας, της κοινωνίας και των ιδρυμάτων ηλικιωμένα άτομα έχουν υποστεί σωματική, ψυχολογική, υλική και ιατρική κακοποίηση. Η πιο συνηθισμένη μορφή κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι η ψυχολογική, η οποία συνδέεται με την εγκατάλειψη.

Ορισμός κακοποίησης των ηλικιωμένων

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ιατρική Εταιρεία όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, η κακοποίηση των ηλικιωμένων ορίζεται κάθε πράξη ή παράλειψη που καταλήγει σε βλάβη ή απειλή βλάβης στην υγεία ή ευημερία του ηλικιωμένου. Η κακοποίηση – παραμέληση τους διακρίνεται σε τρία επίπεδα : α) σε επίπεδο κοινωνίας, για παράδειγμα οι ανεπαρκείς συντάξεις, η δύσκολη ή ανύπαρκτη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, η κακοποίηση τους μέσα στα ιδρύματα και το υψηλό κόστος της φροντίδας στο οποίο δεν μπορούν να ανταποκριθούν, β) σε επίπεδο κοινότητας, για παράδειγμα η αντικοινωνική συμπεριφορά όπως είναι η κακοποίηση τους από

ιορίες, οι διακρίσεις εις βάρος των ηλικιωμένων και η περιθωριοποίηση τους, γ) πλαίσιο της οικογένειας.

ίτια της κακοποίησης

Η Πουλοπούλου αναφέρει ότι ο θύτης συχνά είναι ένα άτομο που δυσκολεύεται ανταποκριθεί στον ρόλο του φροντιστή. Σπάνια η παραμέληση οφείλεται στην κακή θέση, συνήθως είναι αποτέλεσμα των απαιτήσεων της κατάστασης, στις οποίες δεν ορεί να ανταποκριθεί ο φροντιστής λόγω έλλειψης σωματικών και ψυχικών ικανοτήτων. Σε πολλές περιπτώσεις, ο θύτης μπορεί να είναι και το άτομο το οποίο οφείλει να φροντίσει τον ηλικιωμένο. Η θυματοποίηση λοιπόν, έχει άμεση σχέση με την δυσκολία της οικογένειας να φροντίσει το ηλικιωμένο μέλος της, η οποία δεν λαμβάνει καμία βοήθεια από την πολιτεία. Ο ρόλος του φροντιστή περιλαμβάνει οικονομικά μέσα, περιορισμό στις δραστηριότητές του, δυσχέρειες στα οικογενειακές σχέσεις, προσωπικά προβλήματα, σωματική κόπωση, ατυχήματα, προβλήματα υγείας και κοινωνική απομόνωση. Πολλές φορές επίσης συμβαίνει συγκρούσεις που δεν έχουν οφείλη στην προηγούμενη τους ζωή να οδηγήσουν στην κακοποίηση και την παραμέληση μέσω τιμωρίας. Οι υπερήλικες που κακοποιούνται από τα παιδιά τους δέχονται την συμπεριφορά που επέδειξαν οι ίδιοι προς αυτά, δηλαδή τα ανήλικα θύματα γίνονται οι ίδιοι θύματα. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες της κακοποίησης μπορεί να είναι η απουσία χώρου, η σύγκρουση γενεών και οι αλλαγές των ρόλων μέσα στην οικογένεια.

Το ηλικιωμένο θύμα σπάνια αναφέρει ή καταγγέλλει την κακοποίηση εξαιτίας φόβου του για την εγκατάλειψη ή την εισαγωγή σε ίδρυμα καθώς και εξαιτίας της σωματικής σύγχυσης ή της φυσικής του ανικανότητας. Ωστόσο και άλλα άτομα που οφείλουν να γνωρίζουν την ανάρμοστη συμπεριφορά της οικογένειας προς τα ηλικιωμένα μέλη της, δεν την καταγγέλλουν διότι θεωρούν ότι δεν πρέπει να αναφέρονται στα οικογενειακά ζητήματα των άλλων ή γιατί δεν είναι αρμόσιοι να ασυστοποιημένοι.

Παράγοντες που μπορεί να προστατεύσουν τους ηλικιωμένους από καταστάσεις παραμέλησης και κακοποίησης είναι το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον, το οικονομικό εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνική του θέση και κυρίως η κατάσταση της υγείας του.

Μορφές κακοποίησης των ηλικιωμένων

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, οι μορφές της κακοποίησης σε βάρος των ηλικιωμένων είναι:

- *Η ενεργητική κακοποίηση*, η οποία είναι η ηθελημένη σωματική, ψυχολογική και οικονομική βλάβη είτε αυτή τιμωρείται από τον ποινικό νόμο είτε όχι. Για παράδειγμα

η βιαιοπραγία, η θανάτωση και ο περιορισμός ελευθερίας κίνησης είναι μορφές ενεργητικής κακοποίησης.

Η παθητική κακοποίηση, η οποία είναι η άρνηση ή η μη εκπλήρωση της υποχρέωσης του φροντιστή.

Η οικονομική ή υλική κακοποίηση. Παρατηρείται συχνά, παιδιά, συγγενείς, αμειβόμενοι φροντιστές ή εργαζόμενοι σε ιδρύματα, να κλέβουν χρήματα και άλλα αντικείμενα αξίας από τους ηλικιωμένους. Οι υπεύθυνοι για τα οικονομικά τους πολλές φορές δεν τα διαχειρίζονται σωστά ή τους εμποδίζουν να διαθέσουν το εισόδημα και την περιουσία τους όπως αυτοί επιθυμούν. Ακόμα παρατηρούνται περιπτώσεις κλοπής επιταγών συντάξεων από απατεώνες που τις εισπράττουν με πλαστές εξουσιοδοτήσεις με την σφραγίδα της αστυνομίας.

Η ψυχολογική κακοποίηση, η οποία περιλαμβάνει την πρόκληση ψυχικής οδύνης και φόβου με ταπεινώσεις, απειλές, άδικες λεκτικές επιθέσεις, προσβολές, εκφοβισμούς και γελοιοποίηση που έχουν ως συνέπεια την ψυχική και σωματική κατάρρευση. Μία μορφή ψυχολογικής κακοποίησης των υπερηλίκων είναι η συμπεριφορά προς αυτούς σαν να είναι βρέφη ή άτομα χωρίς προσωπικότητα.

Η σωματική κακοποίηση, η οποία περιλαμβάνει τον ξυλοδαρμό, το σπρώξιμο, τα καψίματα, το δέσιμο του ηλικιωμένου στο κρεβάτι,

Η εγκατάλειψη παραμέληση του ηλικιωμένου η οποία μπορεί να είναι εσκεμμένη ή ακούσια και περιλαμβάνει την αδιαφορία της οικογένειας ή άλλων φροντιστών για την διατροφή, την φαρμακευτική αγωγή, την σωματική υγιεινή των υπερηλίκων, την απομόνωσή τους σε κάποιο δωμάτιο είτε στην οικογένεια είτε στο ίδρυμα, την έλλειψη σεβασμού καθώς και την καταρράκωση της αξιοπρέπειάς τους.

Η παραμέληση εγκατάλειψη του περιβάλλοντος. Συχνά παρατηρείται οι ηλικιωμένοι να εγκαταλείπονται αβοήθητοι σε ακατάλληλες για την διαβίωσή τους κατοικίες.

Η λεκτική κακοποίηση, η οποία περιλαμβάνει την εξύβριση, την απειλή και την προσβολή.

Η ιατρική κακομεταχείριση, η οποία συνίσταται σε υπερβολική δόση φαρμάκων που ναρκώνουν τους ηλικιωμένους που είναι χρόνια ασθενείς με άνοια.

Η στέρηση των ατομικών και κοινωνικών τους δικαιωμάτων, η οποία περιλαμβάνει τον έλεγχο της αλληλογραφία τους, την στέρηση του δικαιώματος τους για την λήψη των αποφάσεων και για την επιλογή των ατόμων που επιθυμούν να συναναστρέφονται και την απαγόρευση του εκκλησιασμού τους. Συχνά οι ηλικιωμένοι οδηγούνται βίαια σε ιδρύματα όπου στερούνται το

δικαίωμα εξόδου ή να δέχονται τις επισκέψεις των αγαπημένων τους προσώπων σε ώρες που δεν διευκολύνουν το ίδρυμα.

Η παραβίαση του εκλογικού δικαιώματος, η οποία περιλαμβάνει είτε την υπεξαίρεση της ψήφου είτε την μη παροχή της δυνατότητας στους ηλικιωμένους να μεταβούν σε κάποιο εκλογικό κέντρο για να ασκήσουν το εκλογικό τους δικαίωμα.

πάνια επίσης συναντάται η σεξουαλική κακοποίηση, ο βιασμός και η ασέλγεια των ηλικιών.

Άα κατά των ηλικιωμένων στην οικογένεια

Αμερικανικές έρευνες, όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, έδειξαν ότι η κακοποίηση είναι πιο συχνή σε ηλικιωμένες γυναίκες, ευάλωτες με σωματική και μαθησιακή αναπηρία. Γενικότερα υποστηρίζεται ότι η σωματική και οικονομική κακοποίηση συνδέονται με την εξάρτηση του θύματος από τον θύτη, ενώ η ψυχολογική κακοποίηση και η παραμέληση σχετίζεται με το άγχος του φροντιστή.

Μέσα στην οικογένεια οι ηλικιωμένοι συνήθως κακοποιούνται από άτομα που κατοικούν μαζί του όπως είναι ο /η σύζυγος, τα παιδιά, τα εγγόνια και τα αδέρφια. Σύμφωνα με Ελληνικές έρευνες, θύματα κακοποίησης είναι συνήθως οι ηλικιωμένοι άνω των 70 ετών και κυρίως γυναίκες. Ωστόσο στα στοιχεία της αστυνομίας ως θύματα κάποιας μορφής κακοποίησης αναφέρονται περισσότερο οι άνδρες. Αυτό οφείλεται με βάση το είδος της κακοποίησης, καθώς στα αρχεία της αστυνομίας καταγράφονται περισσότερο κλοπές και άλλες υλικές κακοποιήσεις, ενώ γίνονται λιγότερες αναφορές σε μορφές λεκτικής ή σωματικής κακοποίησης. Ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που κακοποιούνται είναι άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι, είναι απορριπτόμενοι από πρόσωπα του άμεσου οικογενειακού τους περιβάλλοντος για λόγους ηλικίας, έχουν κάποια μορφή σωματικής ή διανοητικής μειονεξίας, αισθάνονται μοναξιά, είναι συχνά άτομα κοινωνικά απομονωμένα και περιθωριοποιημένα.

Σύμφωνα με Ελληνικές έρευνες, στην Ελληνική κοινωνία η κακοποίηση των ηλικιωμένων δεν είναι τόσο έντονη όσο σε άλλα κράτη και τα βαριά περιστατικά είναι λιγότερα. Οι συχνότερες μορφές κακοποίησης είναι η ψυχολογική και ιδιαίτερα η λεκτική κακοποίηση. Ωστόσο για τους υπερήλικες αυτή η μορφή βίας ενδέχεται να είναι πιο οδυνηρή και πολλές φορές περισσότερο από την σωματική.

Βββ κατά των ηλικιωμένων στην κοινότητα και τα ιδρύματα

Η βία κατά των ηλικιωμένων στα πλαίσια της κοινότητας όπως αναφέρει η Πουλοπούλου, δεν είναι καινούργιο φαινόμενο. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια

απλασιάστηκαν οι επιθέσεις που έχουν θύματα ηλικιωμένα άτομα και κυρίως ίκες. Στις μεγαλουπόλεις παρατηρούνται συχνότερα οι επιθέσεις των κακοποιών ς υπερήλικες τόσο μέσα στα σπίτια τους όσο και στον δρόμο. Συχνό αποτέλεσμα ν των επιθέσεων συχνά είναι ο τραυματισμός και η αναπηρία των ηλικιωμένων.

Ο Μωυσιάδης (2004) αναφέρει, ότι πολλοί ηλικιωμένοι που ζουν μακριά από τα ιά τους, μέσα στην μοναξιά τους επιζητούν την συντροφιά άλλων ατόμων που ές φορές είναι άγνωστα σ' αυτούς. Έχοντας έντονη την ανάγκη να μιλήσουν σε ιον και αγνοώντας κάθε κίνδυνο ανοίγουν την πόρτα τους σε όποιον χτυπήσει. λές είναι οι φορές που σε αυτήν την περίπτωση εμφανίζονται στους ηλικιωμένους :εώνες ή και εγκληματίες ως πωλητές, ως μέλη φιλανθρωπικών οργανώσεων, ως ιστοί προσφιλών τους προσώπων με απώτερο σκοπό την οικονομική τους :τάλλευση ή ακόμα και την κλοπή χρημάτων και άλλων αντικειμένων υψηλής αξίας. λικιωμένοι στην προσπάθεια του να αντισταθούν πέφτουν θύματα σωματικής ιοποίησης με αποτέλεσμα πολλές φορές και τον θάνατο. Άξιο να αναφερθεί είναι ης και το ενδεχόμενο να πέσουν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης από επιτήδειους ιενικότερα από άτομα που εκμεταλλευόμενοι την ανάγκη των ηλικιωμένων για ιτροφιά ικανοποιούν τις σεξουαλικές τους επιθυμίες.

Έχοντας πάντα την ανάγκη για συντροφιά οι μοναχικοί ηλικιωμένοι, συνάπτουν ικές σχέσεις με άτομα συνήθως μικρότερης ηλικίας και αλλοδαπούς-ες που έχουν πό την οικονομική τους εκμετάλλευση. Μέσα στην νέα τους σχέση πολλοί ιωμένοι κακοποιούνται σωματικά ή έχουν άσχημη αντιμετώπιση από τους τρόφους τους. Συχνό είναι το φαινόμενο οι ηλικιωμένοι να κληροδοτούν ένα μεγάλο ς της περιουσίας τους ή την συνολική στους νέους τους συντρόφους, ιουργώντας έτσι έντονες δυσαρέσκειες στα παιδιά τους που πολλές φορές οδηγούν ι διακοπή των οικογενειακών σχέσεων τους. Η μειωμένη όραση, ακοή, γεύση, ή ιρηση επιβαρύνουν την αντίληψη των υπερηλίκων για κάθε κίνδυνο, οδηγώντας τους σε επικίνδυνες καταστάσεις.

Στα ιδρύματα η βία που σπάνια καταγγέλλεται αποτελεί την τραγωδία των ιωμένων αλλά και κοινωνικό πρόβλημα. Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, υπάρχουν ιματα στα οποία το προσωπικό συμπεριφέρεται υποτιμητικά, παραμελεί και ιοποιεί άτομα ευάλωτα και αδύναμα να αντιδράσουν. Ωστόσο η παραμέληση και η ιοποίηση του ηλικιωμένου είναι επακόλουθο της ανικανότητας του προσωπικού να ιντίσει ικανοποιητικά τους υπερήλικες λόγω φόρτου εργασίας.

Επιπτώσεις της παραμέλησης - κακοποίησης των ηλικιωμένων

Η Πουλοπούλου (1999) αναφέρει ότι η κακοποίηση –παραμέληση των ιωμένων έχει επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική τους υγεία. Οι απαράδεκτες ιθήκες διαβίωσης έχουν αποτέλεσμα την νοσοκομειακή περίθαλψη, την κατάχρηση ιμάκων ακόμη και τον θάνατο. Πολλές φορές υπερήλικες που γίνονται θύματα ιημάτων μπορεί να υποστούν νευρικό κλονισμό, αποδιοργάνωση της ιωπικότητάς τους και αδυναμία να αντιμετωπίσουν την ζωή τους.

Η κακοποίηση έχει επίσης και κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις. Όταν η βία ρχεται από την οικογένεια, οι συγκρούσεις δυσχεραίνουν την συμβίωση. Η άρνηση ηλικιωμένου να συμμετέχει στην φροντίδα των εγγονών και του σπιτιού, ενώ πριν θιζε, οδηγεί στην προβληματική του παρουσία μέσα στην οικογένεια. Με την ποίηση ο ηλικιωμένος γίνεται περισσότερο εξαρτημένος. Το οικονομικό κόστος νοσηλευτικής του περίθαλψης μπορεί να επιβαρύνει ιδιαίτερα τα οικονομικά της γένειας. Εξάλλου η εγκατάλειψη των ηλικιωμένων σε νοσοκομεία συνηθίζεται και ως κατά την περίοδο των Χριστουγέννων, του Πάσχα και των καλοκαιρινών οπών.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

« ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΠΟΛΗ - ΧΩΡΙΟ »

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να μελετηθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές των ηλικιών διαβίωσης των ηλικιωμένων ατόμων που κατοικούν στην πόλη και στο χωριό.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι στόχοι του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας είναι να μελετηθούν :

- Το επαγγελματικό και μορφωτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων
- Οι κοινωνικές τους σχέσεις, οι τρόποι ψυχαγωγίας τους και οι σχέσεις με την γένειά τους
- Οι συνθήκες διαμονής των ηλικιωμένων, οι καθημερινές τους ανάγκες, οι υγειονομικές τους συνήθειες και η κατάσταση της υγείας τους
- Η επάρκεια της παροχής υπηρεσιών από το Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν είναι :

- Ποιο το επαγγελματικό, μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο των ηλικιωμένων

- Ποιες οι σχέσεις των ηλικιωμένων με την οικογένειά τους και το κοινωνικό τους περιβάλλον και ποιους τρόπους επιλέγουν προκειμένου να ψυχαγωγηθούν
- Ποιες είναι οι συνθήκες διαμονής τους, οι καθημερινές τους ανάγκες, οι οικονομικές τους συνθήκες και η κατάσταση της υγείας τους
- Είναι επαρκής η παροχή των υπηρεσιών από το Κ.Α.Π.Η. και το πρόγραμμα «Στήθεια στο Σπίτι»

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Επιλογή μεθοδολογίας :

Βασική επιδίωξη των ερευνητών είναι ο πιο σωστός τρόπος προσέγγισης του φαινομένου, η συγκέντρωση και η ανάλυση των δεδομένων με τρόπο αξιόπιστο και τελεσματοκό.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η ερευνητική επισκόπηση και η έρευνα είναι ποσοτική. Ως εργασία συλλογής στοιχείων επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο. Απευθύνεται στους ηλικιωμένους και συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου.

• **Ερευνητική επισκόπηση :** Η επισκόπηση είναι μια περιγραφική μέθοδος. Η ανάλυση των δεδομένων γίνεται σ'ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, με σκοπό να περιγράψει τη φύση υπαρχόντων συνθηκών ή να εντοπίσει σταθερές με βάση τις οποίες συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιοριστούν οι σχέσεις που υπάρχουν μέσα σε συγκεκριμένα γεγονότα. Αυτό αποτελεί και τον λόγο επιλογής της συγκεκριμένης μεθόδου. Έχουν διάφορους βαθμούς πολυπλοκότητας από απλές περιγραφές συχνότητας μέχρι ανάλυση σχέσεων, επίσης παίζει ρόλο η έκταση που καλύπτουν, δηλαδή μεγάλης ή μικρής κλίμακας. (Cohen, 1994)

• **Ποσοτική Ανάλυση:** Η έρευνα που έχει ως στόχο την στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

• Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο είναι 28.

Πληθυσμός και δείγμα :

Ο πληθυσμός της έρευνας αποτελούνταν από όλους τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 180 ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών, οι οποίοι υπηρετούνται από το Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) και από πρόγραμμα « Βοήθεια στο σπίτι».

Ο χώρος διεξαγωγής της έρευνας ήταν το Κ.Α.Π.Η και το πρόγραμμα «Βοήθεια σπίτι» των παρακάτω περιοχών :Δήμος Εύοσμου του Ν. Θεσσαλονίκης, Βαμβακιά του Μητρουσίου του Ν.Σερρών, Δήμος Καρπενησίου του Ν. Ευρυτανίας, Αγία Τριάδα του Κτημενίων του Ν. Ευρυτανίας, Δήμος Λιβαδειάς Ν. Βοιωτίας, Κυριάκι Βοιωτίας.

Ως εργαλείο για την συλλογή στοιχείων επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο.

Η χρονική περίοδος συλλογής των δεδομένων με τα ερωτηματολόγια ήταν μεταξύ 15 Ιουνίου έως 30 Ιουλίου 2005.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων αφού ολοκληρώθηκε η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων έγινε με το πρόγραμμα Microsoft Excell 2000.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαία δειγματοληψία. Μέσα από έναν κατάλογο ατόμων που δέχονται τις υπηρεσίες του Δήμου και της Κοινότητας, επιλέχθηκε τυχαία ο απαιτούμενος αριθμός των υποκειμένων που θα αποτελέσουν το δείγμα που ερευνήθηκε, προαναφέρθηκε, αποτελείται από ηλικιωμένους άνω των 65 ετών οι οποίοι υπηρετούνται από το Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Στο σύνολό τους τα ερωτηματολόγια ήταν 180.Από αυτά, τα 90 συμπληρώθηκαν από ηλικιωμένους που κατοικούν στη πόλη και 90 από ηλικιωμένους που κατοικούν στο χωριό. Τα 90 ερωτηματολόγια στην πόλη κατανεμήθηκαν ως εξής :

- 15 ερωτηματολόγια στο Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Εύοσμου Θεσσαλονίκης
- 15 ερωτηματολόγια στο Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Καρπενησίου Ευρυτανίας
- 15 ερωτηματολόγια στο Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λιβαδειάς Βοιωτίας
- 15 ερωτηματολόγια στο «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Εύοσμου Θεσσαλονίκης
- 15 ερωτηματολόγια στο «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Καρπενησίου Ευρυτανίας
- 15 ερωτηματολόγια στο «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Λιβαδειάς Βοιωτίας

90 ερωτηματολόγια στο χωριό κατανεμήθηκαν ως εξής:

- 15 ερωτηματολόγια στο Κ.Α.Π.Η. της Βαμβακιάς του Δήμου Μητρουσίου Σερρών
- 15 ερωτηματολόγια στο Κ.Α.Π.Η. του Κυριακίου Βοιωτίας
- 15 ερωτηματολόγια στο «Βοήθεια στο Σπίτι» της Βαμβακιάς του Δήμου Μητρουσίου Σερρών
- 30 ερωτηματολόγια στο «Βοήθεια στο Σπίτι» της Αγίας Τριάδας του Δήμου Κτημενίων Ευρυτανίας. Εξαιτίας της έλλειψης υπηρεσίας Κ.Α.Π.Η. στο συγκεκριμένο χωριό.
- 15 ερωτηματολόγια στο « Βοήθεια στο Σπίτι» του Κυριακίου Βοιωτίας.

Η επιλογή των ηλικιωμένων στις συγκεκριμένες περιοχές αποσκοπεί στο να ρχει ποικιλομορφία στο δείγμα και γιατί η μελέτη αυτή είναι συγκριτική. Ο αριθμός ός (180 ερωτηματολόγια) μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικός του γενικού πληθυσμού μπορεί να παρουσιάσει μέσα από τα αποτελέσματά του ορισμένες τάσεις που ατηρούνται στην σύγχρονη κοινωνία.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Ως εργαλείο συλλογής στοιχείων επιλέχθηκε το γραπτό ερωτηματολόγιο για τους ς λόγους :

- απευθύνεται σε μία μεγάλη ομάδα ατόμων.
- απαιτεί λιγότερο χρόνο και αυτό διευκολύνει τους ερωτώμενους.
- Τα στοιχεία είναι πιο εύκολο να αναλυθούν ποσοτικά.(Cohen,1994)

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τα μέλη του προγράμματος «Βοήθεια π' σπίτι» έγινε με κατ'οίκον επισκέψεις των ερευνητών, ενώ τα μέλη του Κ.Α.Π.Η ιπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια στον χώρο της υπηρεσίας.

Επιλέχθηκαν 28 ερωτήσεις προκατασκευασμένου κλειστού τύπου, γιατί με τον πο αυτό διευκολύνεται ο ερωτώμενος να απαντήσει σε πιο κατανοητές ερωτήσεις σε ότερο χρόνο. Επίσης αποφεύγονται οι αποκλίσεις των απαντήσεων στην δικοποίηση.

Αξιοπιστία-Εγκυρότητα

Για να εξασφαλιστούν κατά το δυνατό ο βαθμός εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ωτηματολογίου, οι ερευνητές προέβησαν στις παρακάτω ενέργειες :

- Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου κατασκευάστηκαν με βάση τους άξονες ν ερευνητικών υποθέσεων,
- Χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλές μεταβλητές των οποίων η επιλογή βασίστηκε ν τεκμηριωμένη βιβλιογραφική επισκόπηση. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές αυτές σκονται στις ερωτήσεις 1 έως 7.
- εξαρτημένες μεταβλητές βρίσκονται στις υπόλοιπες ερωτήσεις 8 έως 28.

• Η ερευνητική ομάδα ακολούθησε τις αρχές της δεοντολογίας της κοινωνικής ννας. Πιο συγκεκριμένα : Τη συνειδητή συναίνεση των συμμετεχόντων, τη διαφύλαξη ν ανθρώπινης αξιοπρέπειάς τους, την ηλικία των ερευνημένων, εάν οι σκοποί της ννας είναι υπονομευτικοί, το πώς θα επεξεργαστούν, θα χρησιμοποιηθούν και θα

δημιουργηθούν τα δεδομένα, το αν και πώς θα δημοσιευθούν τα αποτελέσματα, αξιοπιστία και ανωνυμία.

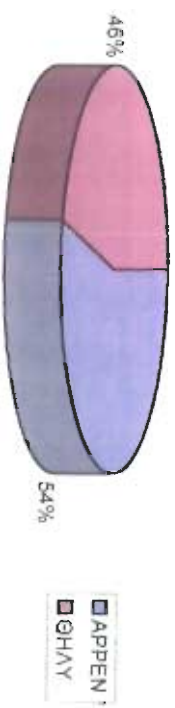
- Έγινε, η όσο το δυνατόν πιο προσεγγμένη διατύπωση των ερωτήσεων, έτσι ώστε να γίνεται κατανοητό το ζητούμενο τους και οι απαντήσεις που θα ληφθούν να είναι σαφείς και αξιόπιστες.

Στην συνέχεια ακολουθούν οι πίνακες με τα αποτελέσματα της έρευνας. Η αντιστοίχιση των πινάκων αντιστοιχεί στην αρίθμηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

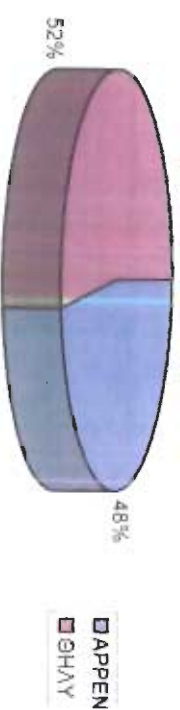
B. ΠΙΝΑΚΕΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. ΦΥΛΟ

ΦΥΛΟ - ΧΩΡΙΟ



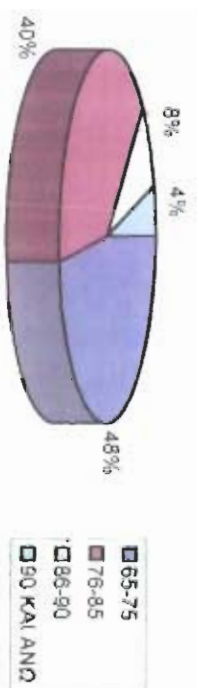
ΦΥΛΟ - ΠΟΛΗ



Από τα 90 ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι συμμετείχαν ως εγγεγραμμένοι του Κ.Α.Π.Η. και του " Βοήθεια στο σπίτι " του χωριού παρατηρείται ότι το 54% ήταν άνδρες και το 46% γυναίκες. Αντίθετα στην πόλη, από τα 90 ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι συμμετείχαν ως εγγεγραμμένοι στις παραπάνω υπηρεσίες, ήταν 48% για τους άνδρες και 52% για τις γυναίκες.

2. ΗΛΙΚΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ - ΧΩΡΙΟ



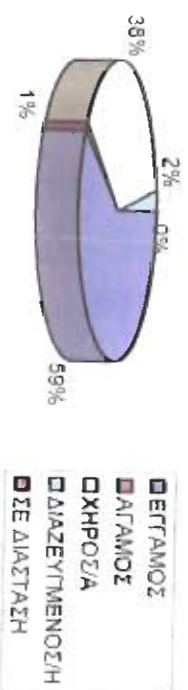
ΗΛΙΚΙΑ - ΠΟΣΗ



Στο χωριό το 48% των ερωτώμενων ηλικιωμένων ήταν ηλικίας 65-75 ετών, το 40% ηλικίας 76-85 ετών, το 8% ηλικίας 86-90 ετών και το 4% ηλικίας άνω των 90. Στην πόλη τα ποσοστά των ερωτώμενων ηλικιωμένων για την ηλικία 65-75 ήταν 37%, όμοια με το χωριό για την ηλικία 76-85 ήταν 40%, για την ηλικία 86-90 ήταν 17% και το 6% αποτέλεσαν ηλικιωμένοι άνω των 90 ετών.

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΧΩΡΙΟ



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΠΟΛΗ

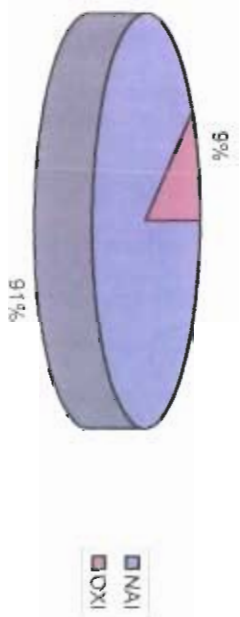


Στο Χωριό το 59% των συμμετεχόντων στην έρευνα ηλικιωμένων ήταν έγγαμοι, το 38% χήροι/ες, το 2% διαζευγμένοι, το 1% άγαμοι, ενώ μηδενικό είναι το ποσοστό των εν διαστάσει ηλικιωμένων.

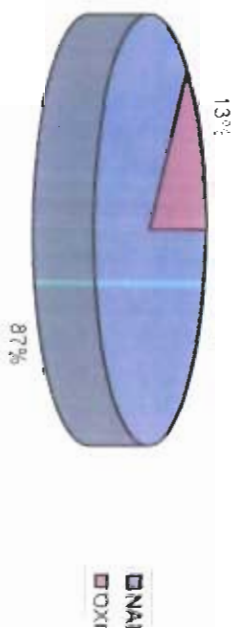
Παρόμοια με μικρές αποκλίσεις είναι τα αντίστοιχα ποσοστά στην πόλη. Δηλαδή το 53% είναι έγγαμοι, το 40% χήροι/ες, το 3% διαζευγμένοι, το 4% άγαμοι και όμοια με το Χωριό μηδενικό είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που είναι σε διάσταση.

5α. ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

ΠΑΙΔΙΑ - ΧΩΡΙΟ



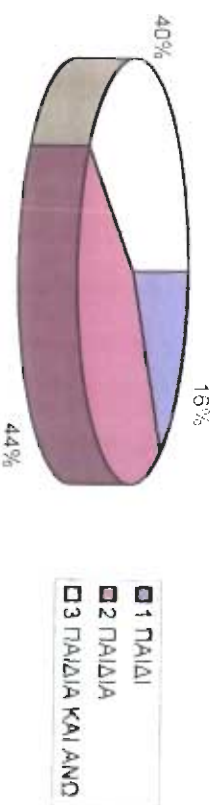
ΠΑΙΔΙΑ - ΠΟΛΗ



Στο χωριό το 91% των ερωτηθέντων έχουν παιδιά και το 9% δεν έχουν. Ομοίως και στην πόλη το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει παιδιά με ποσοστό 87%, ενώ το 13% απτών δεν έχει.

5β. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ - ΧΩΡΙΟ



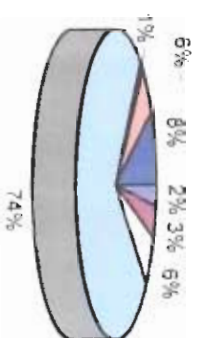
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ - ΠΛΩΛΗ



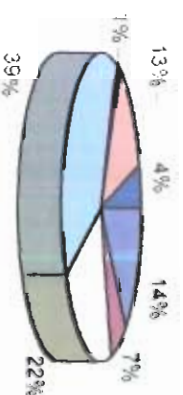
Στο χωριό το 44% των υπερηλικών έχει 2 παιδιά, το 40% τρία παιδιά και άνω και το 16% ένα παιδί. Αντίθετα στην πύλη παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν ένα παιδί με ποσοστό 45%. Επίσης το 32% αυτών έχει δύο παιδιά και το 23% έχει από τρία και άνω παιδιά.

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΧΩΡΙΟ



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΠΟΛΗ

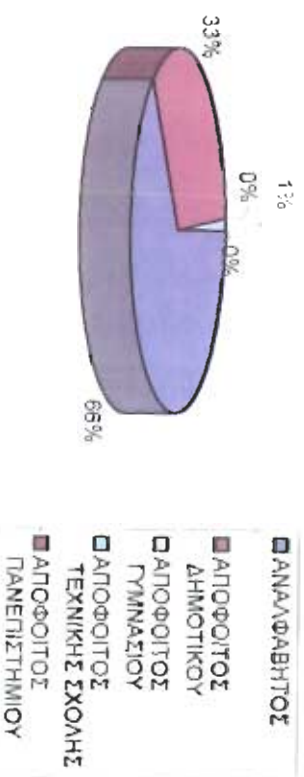


Από τους ερωτηθέντες στο χωριό το 74% ήταν αγρότες, το 8% ελεύθεροι επαγγελματίες, το 6% ιδιωτικοί υπάλληλοι, επίσης το 6% εισοδηματίας, το 3% δημόσιοι υπάλληλοι, το 2% άνεργοι και το 1% επιχειρηματίες.

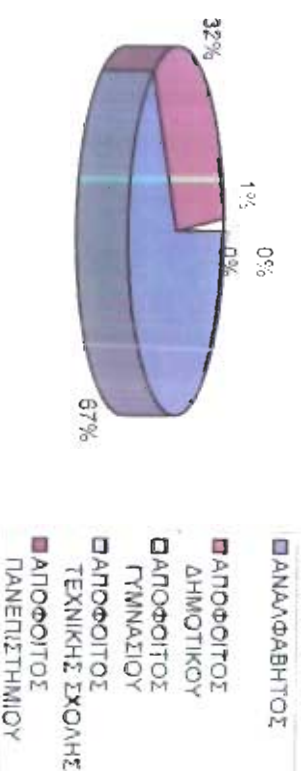
Όμοια και στην πόλη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι στην έρευνα είναι αγρότες με ποσοστό 39% παρόλο που είναι μικρότερο από αυτό του χωριού. Μικρότερο από το χωριό είναι και το ποσοστό 4% των ελεύθερων επαγγελματιών στην πόλη. Αντίθετα με το χωριό στην πόλη παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά για τους ιδιωτικούς υπαλλήλους 22%, για τους εισοδηματίες 13% και για τους δημόσιους υπαλλήλους 14%. Όμοια με το χωριό ήταν το ποσοστό 1% των επιχειρηματιών.

7. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ - ΧΩΡΙΟ



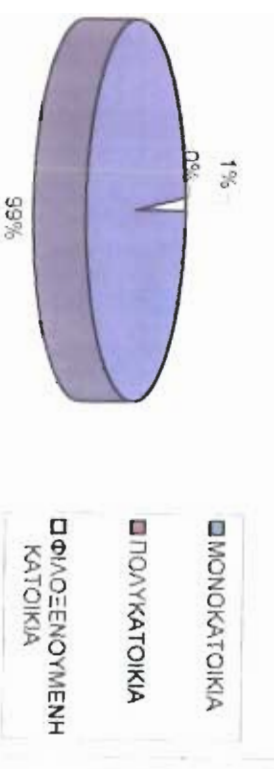
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ - ΠΟΛΗ



Στο χωριό το 66% των ηλικιωμένων είναι αναλφάβητοι, το 33% απόφοιτοι δημοτικού και το 1% απόφοιτοι τεχνικής σχολής, ενώ μηδενικά είναι τα ποσοστά των αποφοίτων του γυμνασίου και των αποφοίτων πανεπιστημίου Παράλληλα, στην πόλη το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων είναι αναλφάβητοι με ποσοστό 67%. Επίσης το 32% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 15 απόφοιτοι γυμνασίου και μηδενικά είναι τα ποσοστά των αποφοίτων τεχνικής σχολής και του πανεπιστημίου.

8. ΖΕΙΤΕ ΣΕ

ΚΑΤΟΙΚΙΑ - ΧΩΡΙΟ



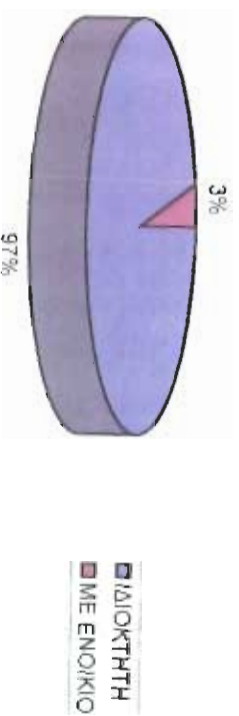
ΚΑΤΟΙΚΙΑ - ΠΟΛΗ



Στο χωριό το 99% των συμμετεχόντων στην έρευνα ζει σε μονοκατοικία, το 1% διαμένει σε φιλοξενούμενη κατοικία, ενώ δεν υπήρξε ηλικιωμένος που ζει σε πολυκατοικία. Όμοια στην πόλη οι περισσότεροι ηλικιωμένοι συμμετέχοντες στην έρευνα ζουν σε μονοκατοικία με ποσοστό 86% και το 1% ζει ως φιλοξενούμενα. Αντίθετα με το χωριό, στην πόλη το 13% των ερωτηθέντων ηλικιωμένων ζει σε πολυκατοικία.

9. Η ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ:

Η ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ - ΧΩΡΙΟ



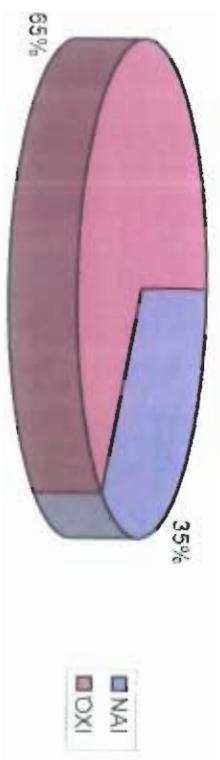
Η ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ - ΠΟΛΗ



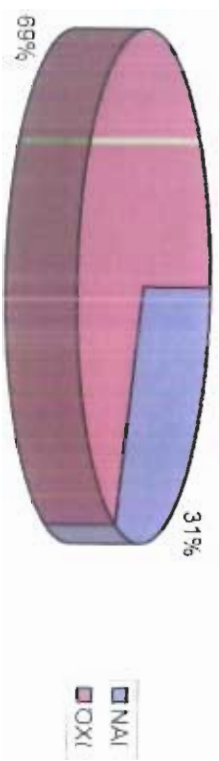
Στα χωριά το 97% των ηλικιωμένων διαμένει σε ιδιόκτητη κατοικία και το 3% σε ενοικιαζόμενη κατοικία. Όμοια με μικρές αποκλίσεις είναι τα αντίστοιχα ποσοστά στην πόλη αφού το 94% των ερωτηθέντων ηλικιωμένων ζει σε ιδιόκτητη κατοικία και το 6% σε ενοικιαζόμενη.

10. ΖΕΙΤΕ ΜΟΝΟΣ/Η;

ΖΕΙΤΕ ΜΟΝΟΣ / Η - ΧΑΡΙΠΙΟ



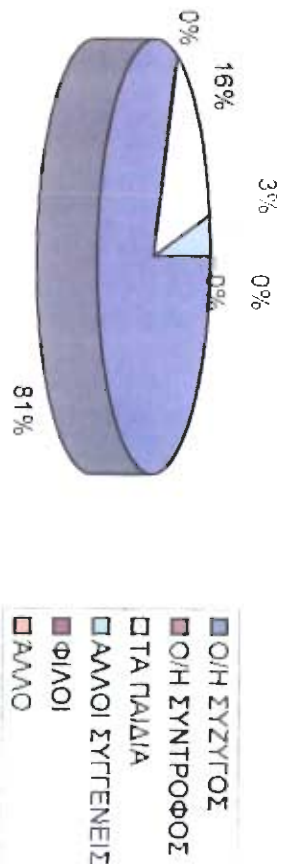
ΖΕΙΤΕ ΜΟΝΟΣ / Η - ΠΟΛΗ



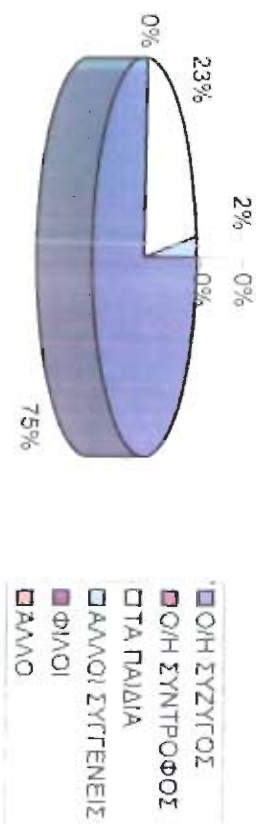
Στο Χωριό οι περισσότεροι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι ζουν με άλλα άτομα σε ποσοστό 65%, ενώ το 35% ζει μόνο του. Όμοια την πόλη το 69% των ερωτηθέντων διαμένει με άλλα άτομα και το 31% ζει μόνο του.

11. ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΙΑ ΑΛΛΑ ΑΤΟΜΑ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ

ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΑΤΟΜΑ - ΧΩΡΙΟ



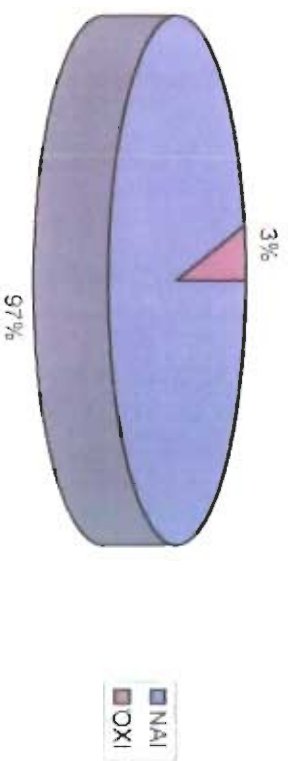
ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ ΜΕ ΑΛΛΑ ΑΤΟΜΑ - ΠΟΛΗ



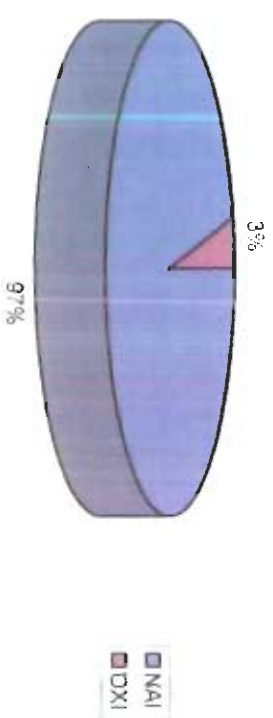
Στο χωριό το 81% των ηλικιωμένων διαμένει με τον/την σύζυγο, το 16% με τα παιδιά, το 3% με συγγενείς ενώ δεν βρέθηκαν ηλικιωμένοι να διαμένουν με σύντροφο με φίλους ή με άλλα άτομα. Όμοια στην πόλη οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζουν με τον/την σύζυγό τους σε ποσοστό 75%. Επίσης το 23% των ερωτηθέντων ζει με τα παιδιά τους και το 2% με συγγενείς. Και στην πόλη όπως και στο χωριό δεν βρέθηκαν ηλικιωμένοι να ζουν με σύντροφο, με φίλους ή με άλλα άτομα.

12α. ΕΧΕΤΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ;

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ - ΧΩΡΙΟ



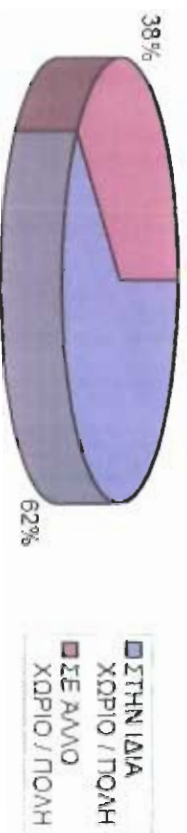
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ - ΠΟΛΗ



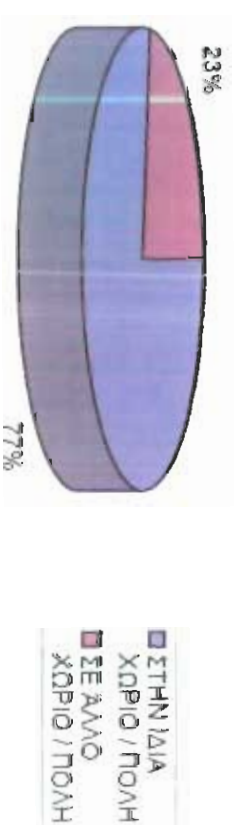
Ταύτηση παρουσιάζουν τα ποσοστά των ερωτηθέντων ηλικιωμένων στο χωριό και στην πόλη όσον αφορά το εάν έχουν συγγενείς. Το 97% των ερωτηθέντων και στις δύο περιοχές έχουν συγγενείς ενώ το 3% δεν έχει.

12β. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΥΓΓΕΝΩΝ - ΧΩΡΙΟ



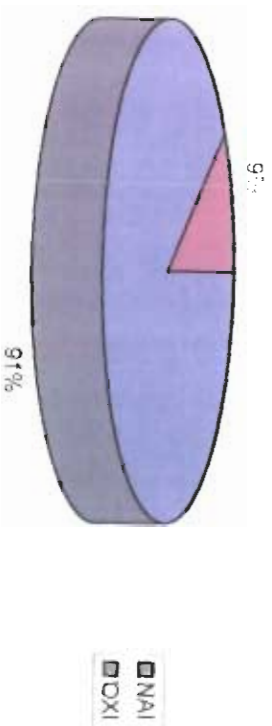
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΥΓΓΕΝΩΝ - ΠΟΛΗ



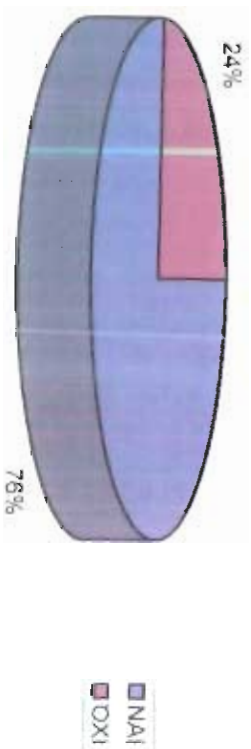
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες τόσο στο χωριό όσο και στην πόλη έχουν συγγενείς που μένουν στο ίδιο χωριό/πόλη με αυτούς σε ποσοστό 62% για το χωριό και 77% για την πόλη. Επίστης το 38% των ηλικιωμένων του χωριού και το 23% των ηλικιωμένων της πόλης έχουν συγγενείς που ζουν σε άλλη περιοχή.

12Υ. ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΑΖΙ ΤΟΥΣ;

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ - ΧΩΡΙΟ



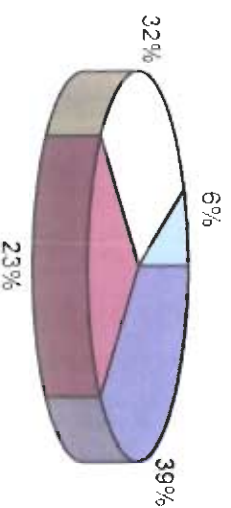
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ - ΠΟΛΗ



Και στις δύο περιπτώσεις οι περισσότεροι ηλικιωμένοι επικοινωνούν με τους συγγενείς τους, σε ποσοστό 91% για το χωριό και 76% για την πόλη. Τα ποσοστά των ερωτηθέντων που δεν έχουν επικοινωνία με τους συγγενείς τους είναι 9% για το χωριό και 24% για την πόλη.

13. ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ;

ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ - ΧΩΡΙΟ



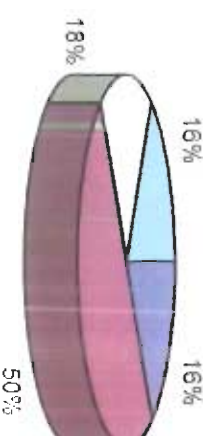
ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ

ΘΑΕΦΩΝΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΜΟΝΟ ΣΕ ΓΙΟΡΤΕΣ

ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ - ΠΟΛΗ



ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ

ΘΑΕΦΩΝΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

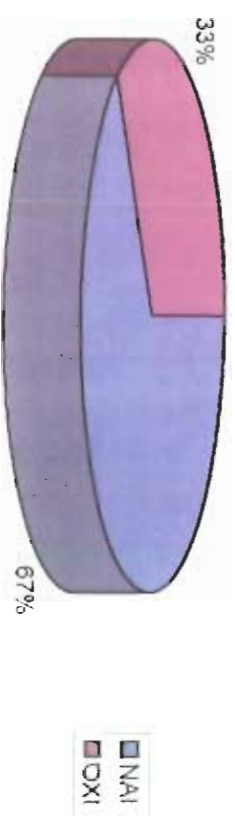
ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΜΟΝΟ ΣΕ ΓΙΟΡΤΕΣ

Στο χωριό τα άτομα τρίτης ηλικίας επικοινωνούν με τους συγγενείς τους με επισκέψεις στο σπίτι των συγγενών τους σε ποσοστό 39%, το 32% έχει τηλεφωνική επικοινωνία, το 23% με επισκέψεις των συγγενών στο σπίτι τους και το 8% με επισκέψεις μόνο σε γιορτές.

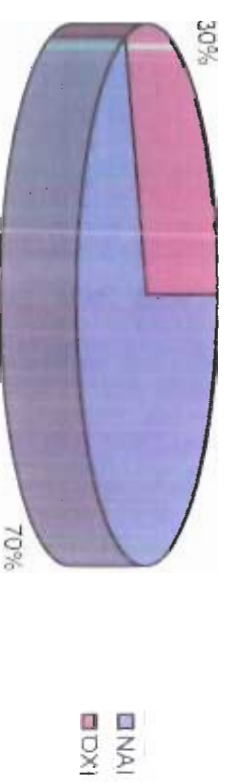
Σε αντίθεση με το χωριό, στην πόλη οι περισσότεροι ερωτηθέντες σε ποσοστό 50% επικοινωνούν με τους συγγενείς τους μέσω των επισκέψεων τους στο σπίτι των ηλικιωμένων. Το 18% έχει τηλεφωνική επικοινωνία και το 16% επικοινωνεί με επισκέψεις στο σπίτι των συγγενών και με επισκέψεις μόνο στις γιορτές.

14α. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΣΑΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗ;

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ - ΧΩΡΙΟ

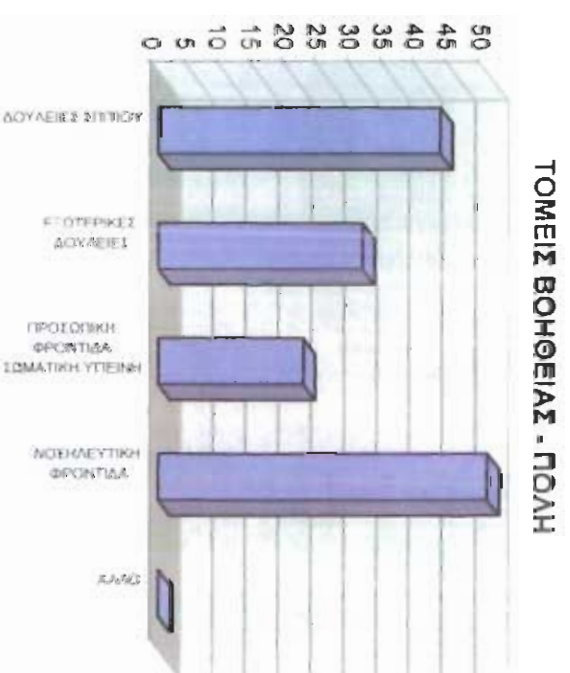
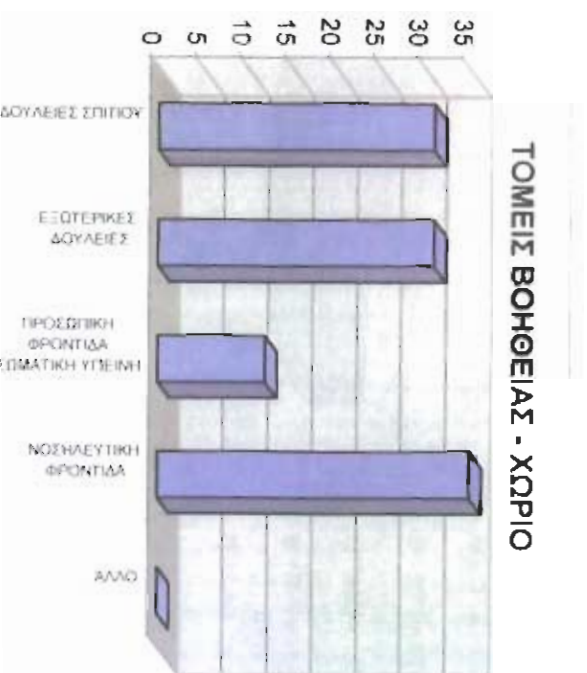


ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗ - ΠΟΛΗ



Και στις δύο περιοχές οι περισσότεροι ηλικιωμένοι σε ποσοστό 67% για το χωριό και 70% για την πόλη θεωρούν πως χρειάζονται βοήθεια στην καθημερινή τους διαβίωση. Τα ποσοστά των ερωτηθέντων που πιστεύουν πως δεν χρειάζονται βοήθεια στην καθημερινή τους διαβίωση είναι 33% για το χωριό και 30% για την πόλη.

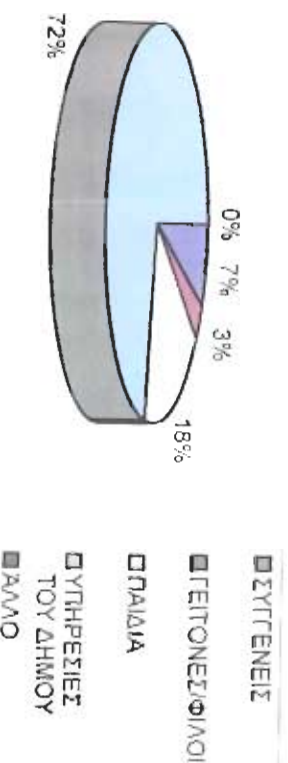
14β. ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ;



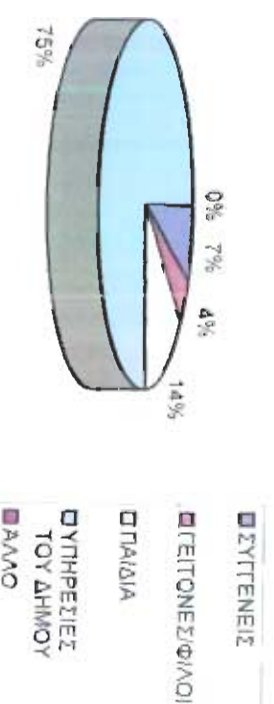
Στο χωριό παρατηρήθηκε ότι 35 άτομα έχουν ανάγκη βοήθειας στην νοσηλευτική τους φροντίδα, 31 άτομα στις εξωτερικές δουλειές και στις δουλειές του σπιτιού και 12 άτομα στην σωματική τους υγείνη. Παρόμοια στην πόλη παρατηρήθηκε ότι 50 άτομα έχουν ανάγκη βοήθειας στην νοσηλευτική τους φροντίδα, όμοια με το χωριό 31 άτομα χρειάζονται βοήθεια στις εξωτερικές δουλειές, 43 άτομα στις δουλειές του σπιτιού και 22 άτομα στην σωματική τους υγείνη.

14Υ. ΠΟΙΑ ΑΤΟΜΑ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΛΑΒΕΙ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΑΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΤΟΜΕΙΣ ;

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ: ΧΩΡΙΟ



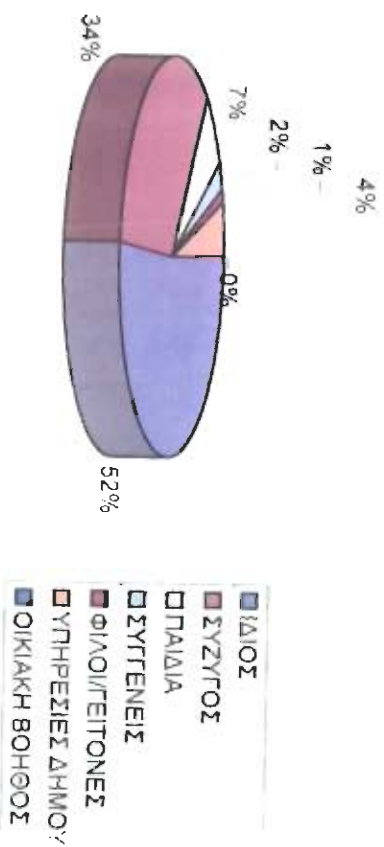
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ: ΠΟΛΗ



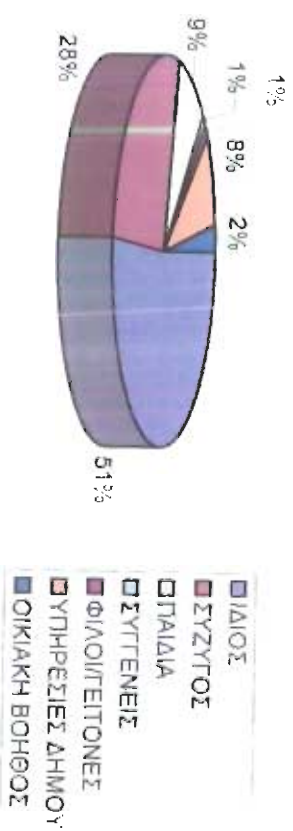
Το 72% των ηλικιωμένων στο χωριό δέχονται φροντίδα από τις υπηρεσίες του Δήμου, το 18% από τα παιδιά τους, το 7% από συγγενείς και το 3% από γείτονες και φίλους. Όμοια, στην πόλη οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δέχονται φροντίδα από τις υπηρεσίες του Δήμου σε ποσοστό 75%. Επίσης το 14% δέχεται την φροντίδα των παιδιών τους, το 7% την φροντίδα από τους συγγενείς και το 4% την φροντίδα από γείτονες και φίλους.

ΠΟΙΟΣ ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΣΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗ;

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΧΩΡΙΟ



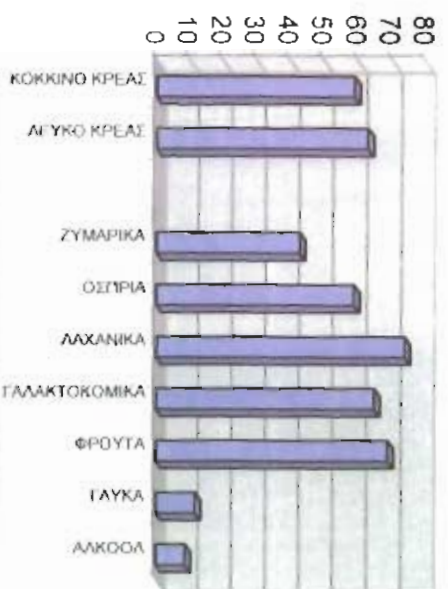
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΠΟΛΗ



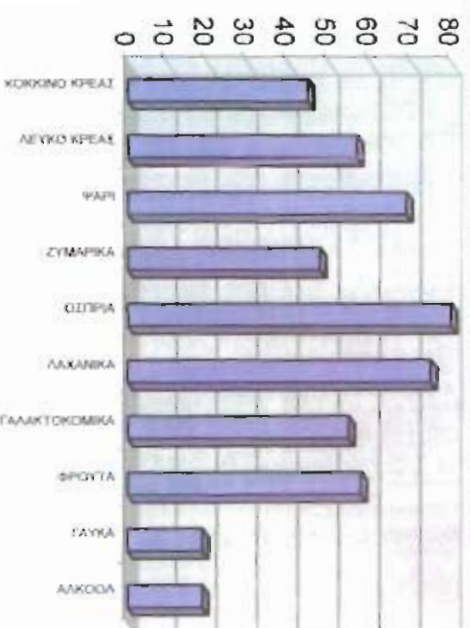
Στο χωριό το 52% των ηλικιωμένων φροντίζει την διατροφή του μόνο του, το 34% με την βοήθεια των συζύγων, το 7% με την βοήθεια των παιδιών, το 4% με την βοήθεια των υπηρεσιών του Δήμου, το 2% μέσω συγγενών, το 1% από φίλους- γείτονες, ενώ μηδενικό είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που οικιακή βοήθος φροντίζει την διατροφή τους. Όμοια και στην πόλη το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων φροντίζει μόνο του την διατροφή του σε ποσοστό 51%. Το 28% δέχεται την φροντίδα του/της συζύγου, το 9% των παιδιών, το 1% των υπηρεσιών του Δήμου και φίλων/γειτόνων και το 2% της οικιακής βοήθου

16. ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΙΟ

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ - ΧΩΡΙΟ



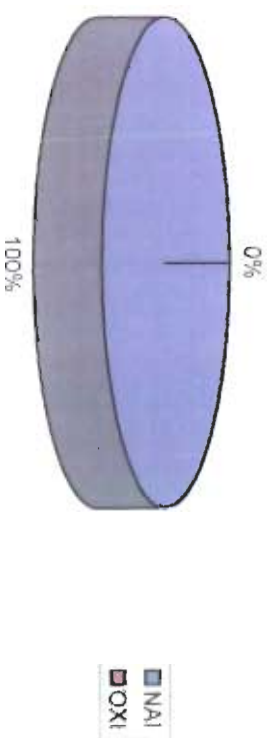
ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ - ΠΟΛΗ



Στο χωριό επιλέγουν στο εβδομαδιαίο διατροφολόγιό τους τα λαχανικά 74 άτομα, τα φρούτα 69, τα γαλακτοκομικά 65, το λευκό κρέας 63, το ψάρι 62, το κόκκινο κρέας και τα όσπρια 59, τα ζυμαρικά 43, τα γλυκά 12 και το αλκοόλ 9 άτομα. Αντίθετα στην πόλη παρατηρήθηκε ότι τα όσπρια καταλαμβάνουν πρώτη θέση στις προτιμήσεις των ερωτηθέντων, καθώς 80 άτομα επέλεξαν αυτή την κατηγορία. Επίσης 75 άτομα επέλεξαν τα λαχανικά, 58 τα φρούτα, 55 τα γαλακτοκομικά, 57 το λευκό κρέας, 69 τα ψάρι, 45 το κόκκινο κρέας, 48 τα ζυμαρικά, 19 τα γλυκά και το αλκοόλ.

17α. ΕΧΕΤΕ ΔΙΚΑ ΣΑΣ ΧΡΗΜΑΤΑ;

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ - ΧΩΡΙΟ



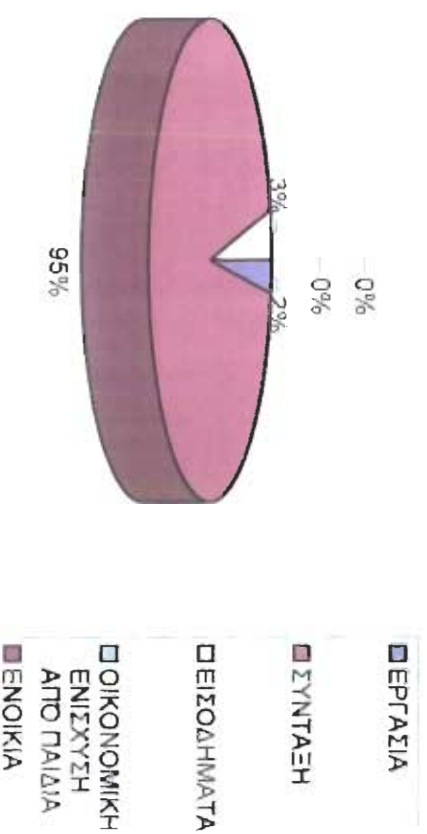
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ - ΠΟΛΗ



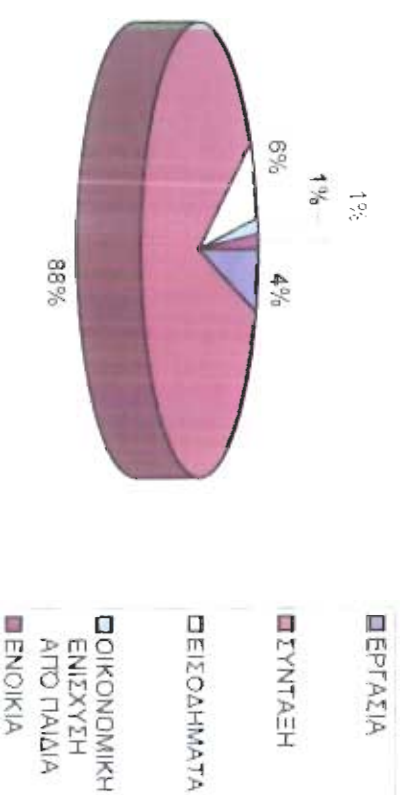
Οι ερωτηθέντες το χωριού σε ποσοστό 100% έχουν δικά τους χρήματα, σε αντίθεση με την πόλη, όπου το 12% των ερωτηθέντων δεν έχει δικά του χρήματα και το 88% αυτών έχει.

173. ΑΝ ΝΑΙ, ΑΠΟ ΠΟΙΕΣ ΠΗΓΕΣ;

ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΩΝ - ΧΩΡΙΟ

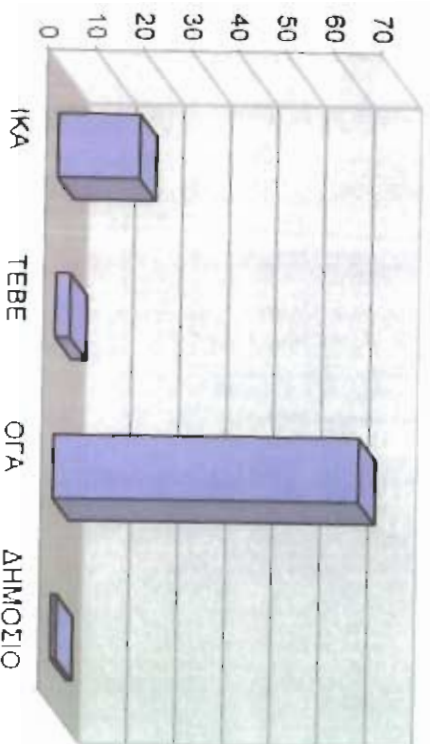


ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΩΝ - ΠΟΛΗ

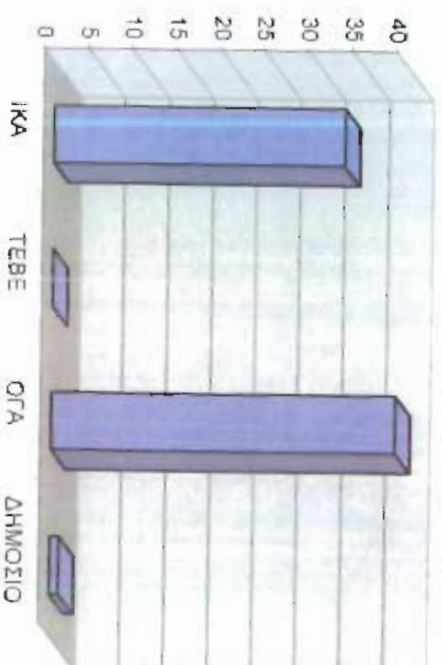


Στο χωριό οι ηλικιωμένοι σε ποσοστό 95% έχουν έσοδα από την σύνταξή τους, 3% από εισοδήματα, 2% από την εργασία τους, ενώ δεν βρέθηκαν άλλες κατηγορίες εισοδημάτων. Και στην πόλη όπως και στο χωριό οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν έσοδα από την σύνταξή τους σε ποσοστό 88%. Επίσης το 6% ενισχύεται οικονομικά από εισοδήματα, το 4% από την εργασία τους και το 1% ενισχύεται οικονομικά από τα παιδιά τους και από ενοίκια.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ - ΧΩΡΙΟ



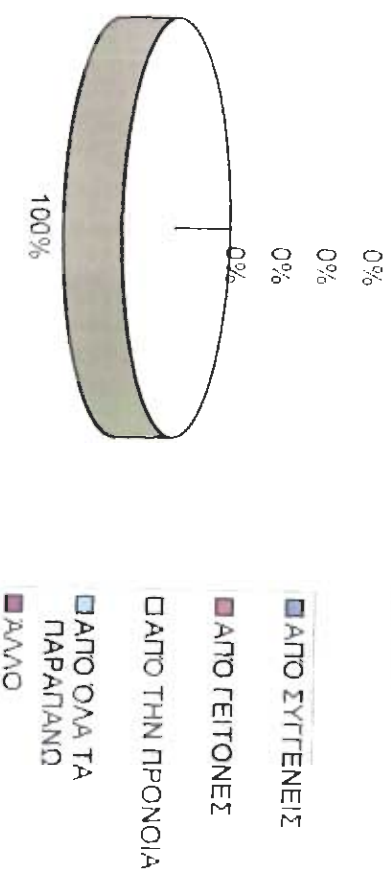
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ - ΠΟΛΗ



Στο χωριό τα άτομα που λαμβάνουν σύνταξη από τον ΟΓΑ είναι 64, από το ΙΚΑ 17, από το ΤΕΒΕ 3 και από το ταμείο του Δημοσίου 1. Όμοια και στην πόλη τα περισσότερα άτομα και συγκεκριμένα 39 λαμβάνουν σύνταξη από τον ΟΓΑ. Επίσης 33 άτομα λαμβάνουν σύνταξη από το ΙΚΑ, 1 άτομο από το Δημόσιο, ενώ δεν βρέθηκε άτομο να λαμβάνει σύνταξη του ΤΕΒΕ.

ΑΝ ΟΧΙ, ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΕΝΙΣΧΥΕΣΤΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ;

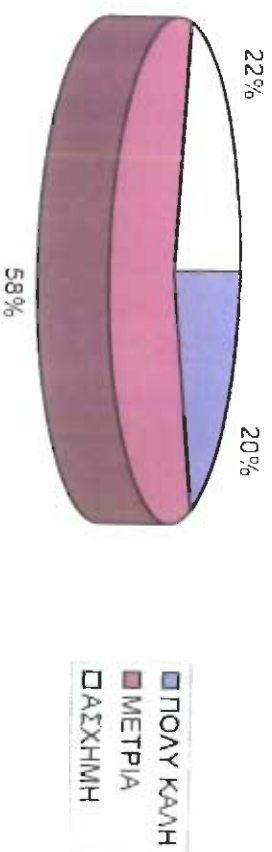
ΑΛΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ - ΠΟΣΗ



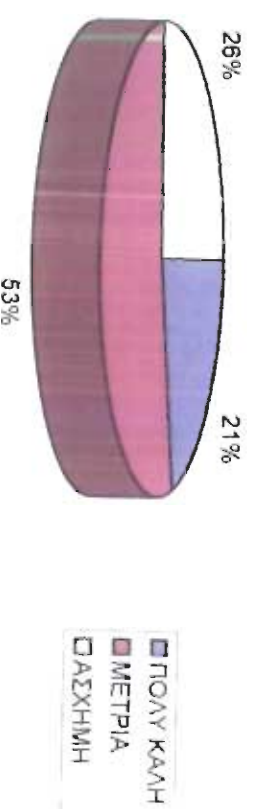
Οι ηλικιωμένοι της πόλης που δεν έχουν δικά τους χρήματα, καθώς στο χωριό δεν βρέθηκαν άτομα να μην έχουν δικά τους χρήματα, ενισχύονται οικονομικά σε ποσοστό 100% από την Πρόνοια ενώ δεν βρέθηκαν ποσοστά στις υπόλοιπες κατηγορίες.

18. ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΧΩΡΙΟ



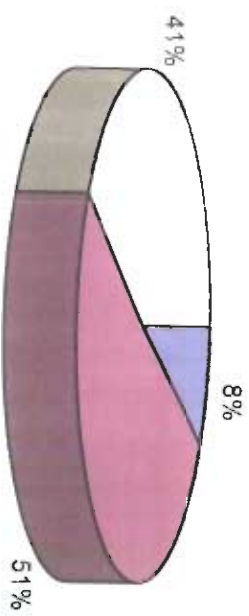
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΠΟΛΗ



Οι ερωτηθέντες του χωριού σε ποσοστό 58% χαρακτηρίζουν την οικονομική τους κατάσταση μέτρια, άσχημη σε ποσοστό 22% και πολύ καλή σε ποσοστό 20%. Όμοια και στην πόλη οι περισσότεροι ερωτηθέντες χαρακτηρίζουν την οικονομική τους κατάσταση μέτρια σε ποσοστό 53%. Επίσης το 26% αυτών την χαρακτηρίζει ως άσχημη και το 21% ως πολύ καλή.

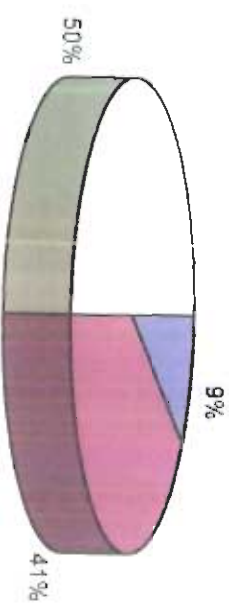
ΓΕΝΙΚΑ ΘΑ ΛΕΓΑΤΕ ΠΩΣ Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ:

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΧΩΡΙΟ



ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
 ΚΑΛΗ
 ΔΕΣΧΗΜΗ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΟΛΗ

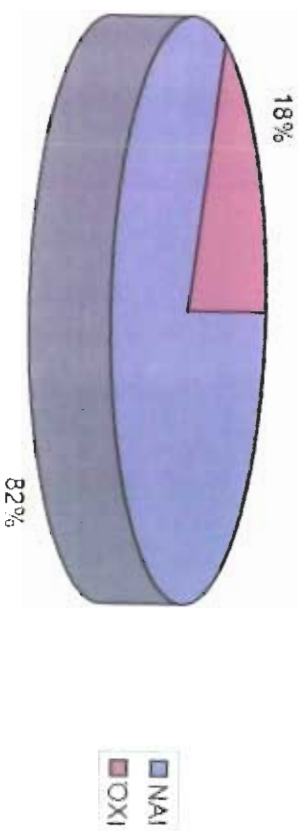


ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
 ΚΑΛΗ
 ΔΕΣΧΗΜΗ

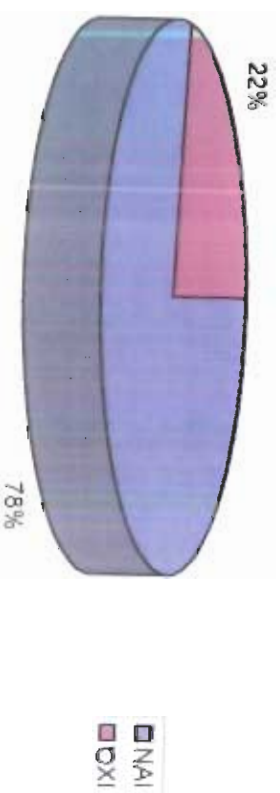
Το 51% των ηλικιωμένων στο χωριό θεωρούν πως η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή, το 41% πιστεύουν πως είναι άσχημη και το 8% πολύ καλή. Αντίθετα στην πόλη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι στην έρευνα σε ποσοστό 50% χαρακτηρίζουν την υγεία τους άσχημη. Το 41% την χαρακτηρίζει καλή και το 9% πολύ καλή.

20α. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΧΩΡΙΟ



ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΟΛΗ



Στο χωριό το 82% των ηλικιωμένων αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, ενώ το 18% δεν αντιμετωπίζει. Αλλά και στην πόλη οι περισσότεροι ηλικιωμένοι με ποσοστό 78% αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, ενώ το 22% δεν αντιμετωπίζει.

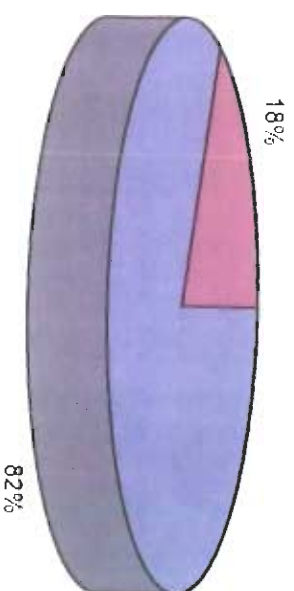
20β. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ / ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ:



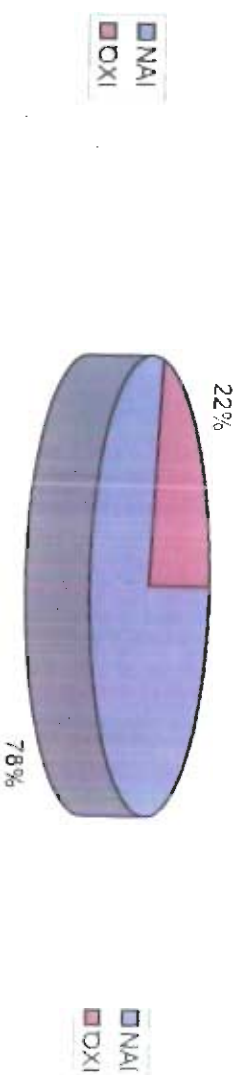
Στο χωριό τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη είναι 32, που έχουν κινητικά προβλήματα 27, που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια 19, που αντιμετωπίζουν άλλα προβλήματα υγείας 13, από κατάθλιψη 8, από νεφρική ανεπάρκεια 4, από εγκεφαλικά επεισόδια 3, ενώ δεν αναφέρθηκαν άτομα που να πάσχουν από καρκίνο. Αντίθετα στην πόλη βρέθηκε ότι τα περισσότερα άτομα και συγκεκριμένα 23 υποφέρουν από κινητικά προβλήματα. Επίσης 20 άτομα αντιμετωπίζουν σακχαρώδη διαβήτη και καρδιακή ανεπάρκεια, 7 άλλα προβλήματα υγείας, 11 την κατάθλιψη, 8 τα εγκεφαλικά επεισόδια, 3 τον καρκίνο, κανείς την νεφρική ανεπάρκεια και τέλος όμοια με το χωριό 10 άτομα αντιμετωπίζουν την οστεοπόρωση.

21. ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ;

ΦΑΡΜΑΚΑ - ΧΩΡΙΟ



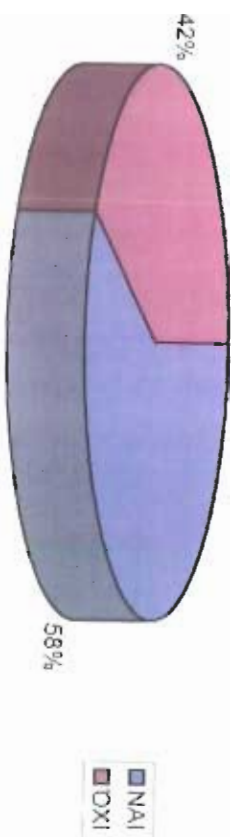
ΦΑΡΜΑΚΑ - ΠΟΛΗ



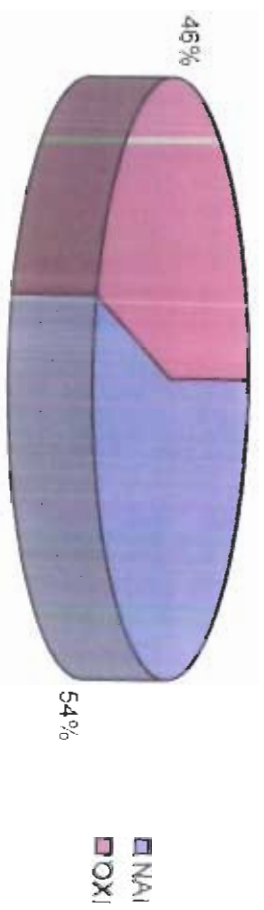
Στο χωριό το ποσοστό των ατόμων τρίτης ηλικίας που παίρνει φάρμακα είναι 82%, ενώ το υπόλοιπο 18% δεν παίρνει. Όμοια με το χωριό και στην πόλη οι περισσότεροι ερωτηθέντες ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή σε ποσοστό 78% ενώ το 22% δεν ακολουθεί.

ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΜΟΝΙΜΑ;

ΜΟΝΙΜΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ - ΧΩΡΙΟ



ΜΟΝΙΜΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ - ΠΟΛΗ

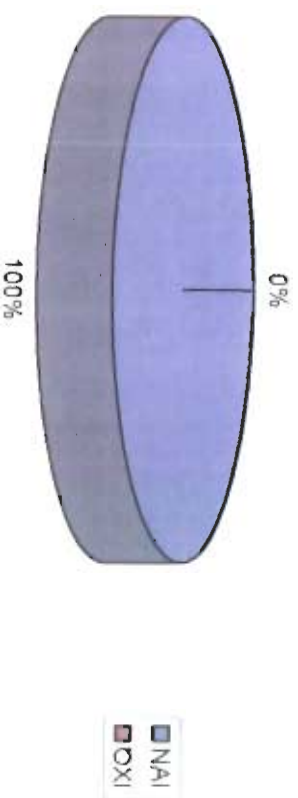


Στο χωριό το ποσοστό των ηλικιωμένων που παρακολουθείται μόνιμα από γιατρό είναι 58%, ενώ το υπόλοιπο 42% δεν παρακολουθείται μόνιμα από γιατρό και στην πόλη με ποσοστό 54% οι περισσότεροι ερωτηθέντες παρακολουθούνται μόνιμα από κάποιον γιατρό ενώ 46% αυτών δεν παρακολουθείται.

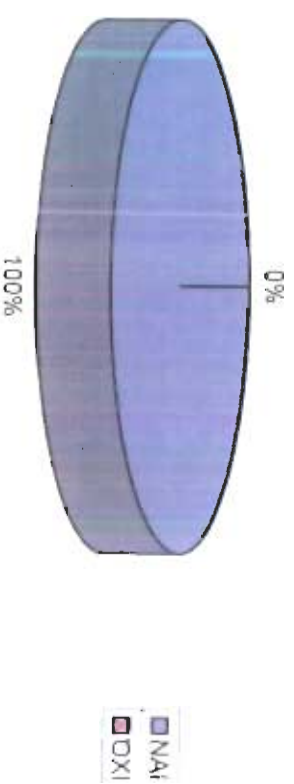
23α. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ / ΔΟΜΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΣΑΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΣΑΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΟΥΝ;

ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ / ΔΟΜΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ

- ΧΩΡΙΟ

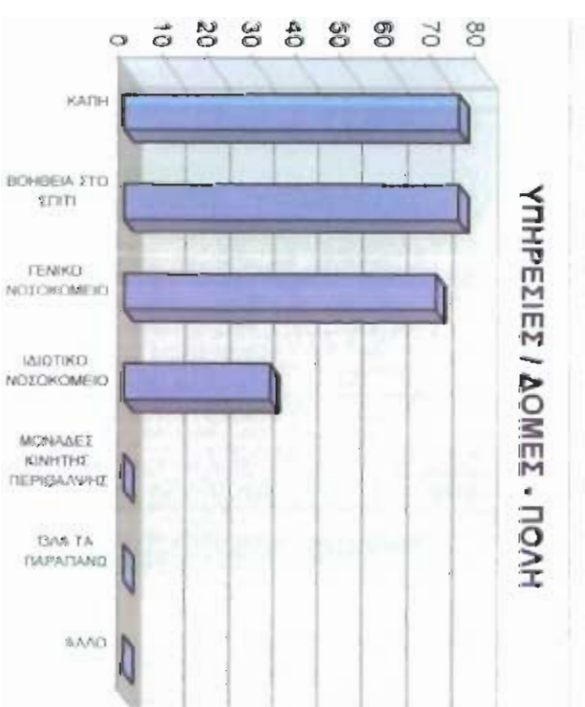
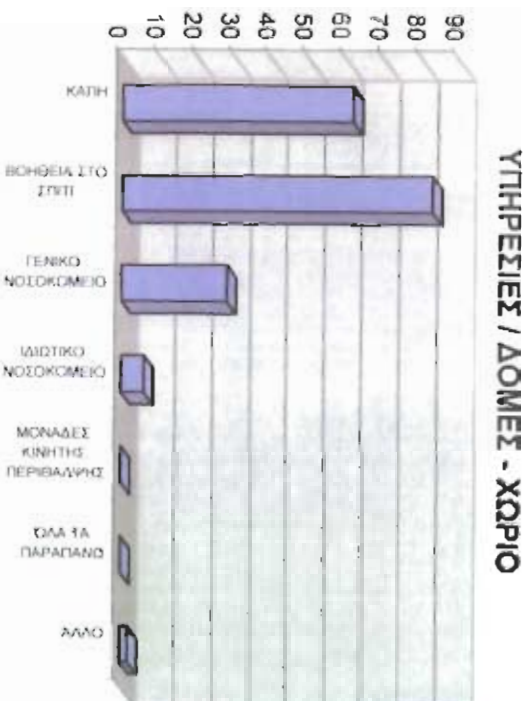


ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ / ΔΟΜΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ - ΠΟΛΗ



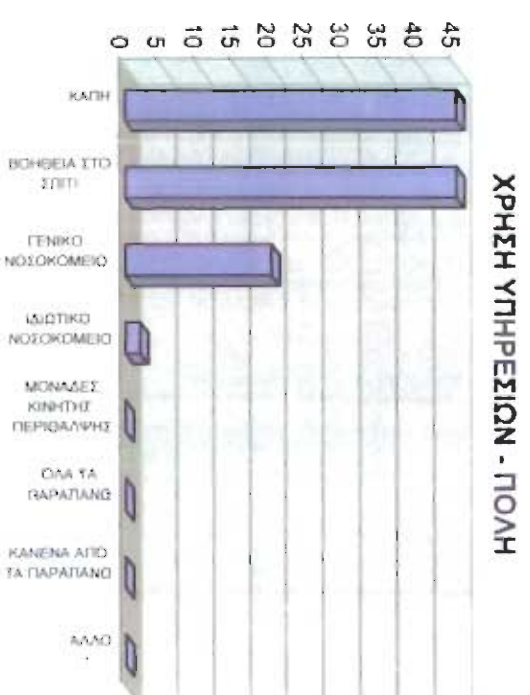
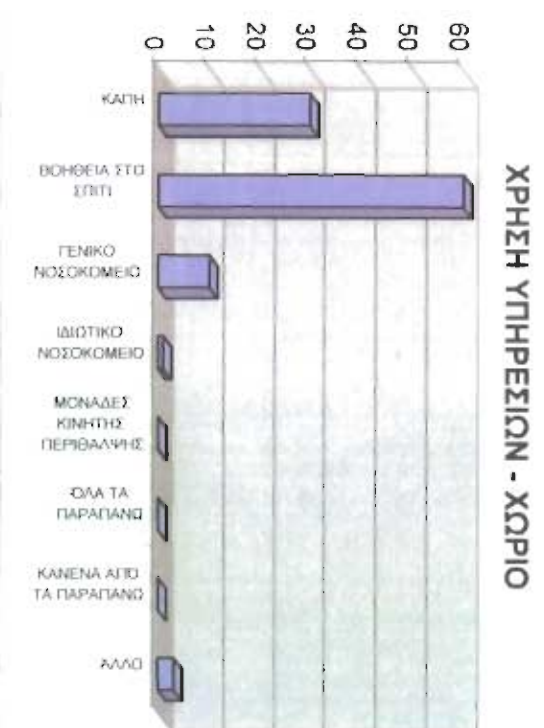
Τόσο στη πόλη, όσο και στο χωριό σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων υπάρχουν υπηρεσίες/δομές που μπορούν να τους εξυπηρετήσουν σε ποσοστό 100%.

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ;



Στο χωριό ο αριθμός ατόμων που γνωρίζει το "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι 83, το Κ.Α.Π.Η. 62, το Γενικό Νοσοκομείο 28, το Ιδιωτικό Νοσοκομείο 6 άλλες υπηρεσίες/ δομές 2, ενώ δεν εμφανίστηκε αριθμός ατόμων που να γνωρίζει τις υπόλοιπες κατηγορίες. Στην πόλη παρατηρήθηκε ότι το πρόγραμμα " Βοήθεια στο σπίτι " και το Κ.Α.Π.Η. είναι οι πιο γνωστές υπηρεσίες/δομές στους ερωτηθέντες καθώς επιλέχθηκαν από 75 άτομα. Επειδή αρκετά γνωστές είναι και οι υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου, καθώς επιλέχθηκε από 70 άτομα. Αιχότερο γνωστές στους ερωτηθέντες είναι οι υπηρεσίες του Ιδιωτικού Νοσοκομείου καθώς επιλέχθηκε από 33 άτομα, ενώ δεν εμφανίστηκε αριθμός ατόμων που να γνωρίζει κάποια άλλη κατηγορία

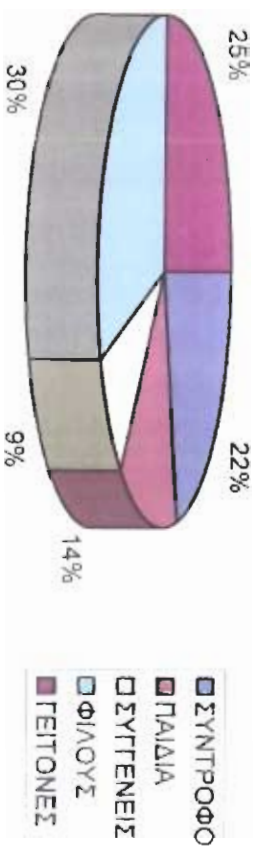
24 ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΧΕΤΕ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙ ;



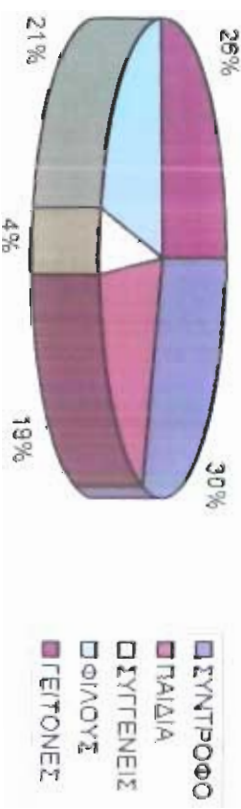
Στο χωριό ο αριθμός ατόμων που έχει απευθυνθεί στο "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι 60, στο Κ.Α.Π.Η. 30, στο Γενικό Νοσοκομείο 10, σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο 1, σε άλλες υπηρεσίες 3, ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες δεν εμφάνισαν αριθμό ατόμων που να έχει κάνει χρήση τους. Αντίθετα στην πόλη το Κ.Α.Π.Η. και το "Βοήθεια στο σπίτι" είναι οι υπηρεσίες/δομές που έχουν απευθυνθεί οι περισσότεροι και συγκεκριμένα 45 άτομα. Επίσης 2 άτομα έχουν απευθυνθεί στο Γενικό Νοσοκομείο, 2 στο Ιδιωτικό Νοσοκομείο και κανείς στις άλλες υπηρεσίες/δομές.

25. ΟΤΑΝ ΝΙΩΘΕΤΕ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΑΡΕΑ ΠΟΥ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΣΤΕ;

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΠΑΡΕΑΣ - ΧΩΡΙΟ



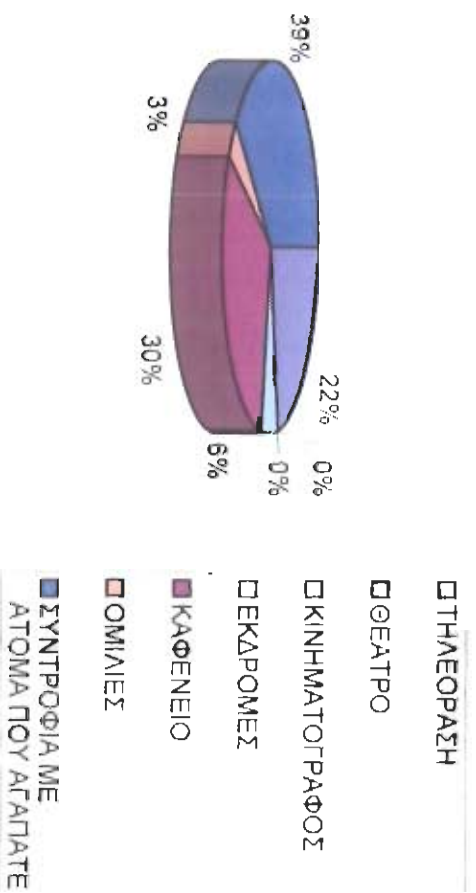
ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΠΑΡΕΑΣ - ΠΟΛΗ



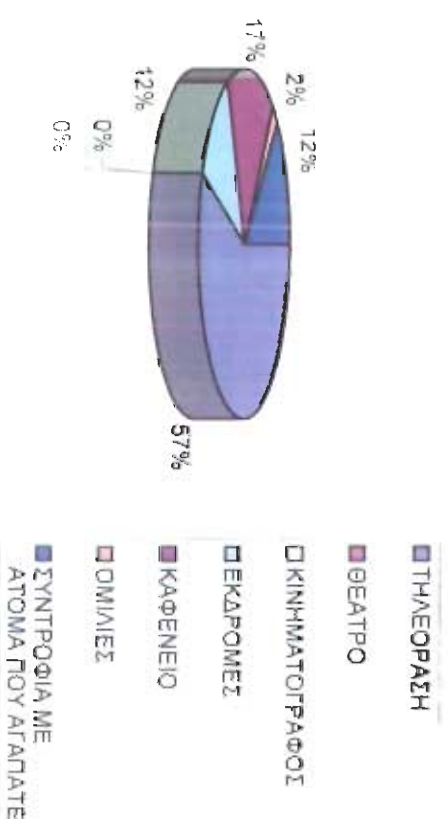
Οι ηλικιωμένοι στο χωριό όταν νιώθουν την ανάγκη παρέας απευθύνονται στους φίλους σε ποσοστό 30%, στους γείτονες σε ποσοστό 25%, στο/η σύντροφο σε ποσοστό 22%, στα παιδιά τους σε ποσοστό 14% και στους συγγενείς σε ποσοστό 9%. Αντίθετα στην πόλη οι περισσότερο ερωτηθέντες όταν έχουν την ανάγκη για παρέα απευθύνονται στον σύντροφό τους σε ποσοστό 30%. Επίσης το 26% αυτών απευθύνεται στους γείτονες, το 21% στους φίλους, το 19% στα παιδιά τους και το 4% στους συγγενείς.

26. ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΕΠΙΛΕΓΕΤΕ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΨΥΧΑΓΩΓΗΘΕΙΤΕ;

ΜΕΣΟ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ - ΧΩΡΙΟ



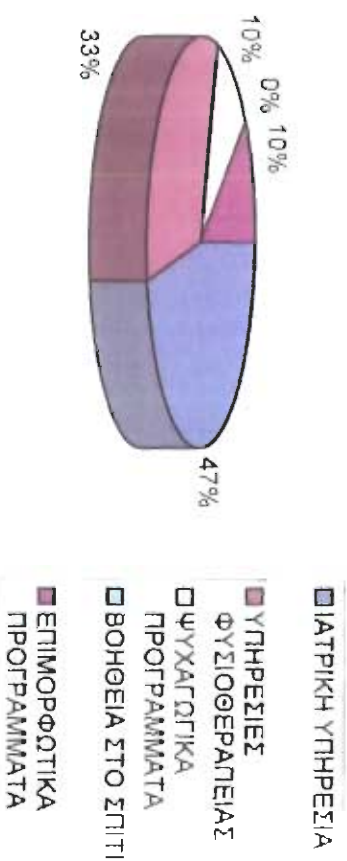
ΜΕΣΟ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ - ΠΟΛΗ



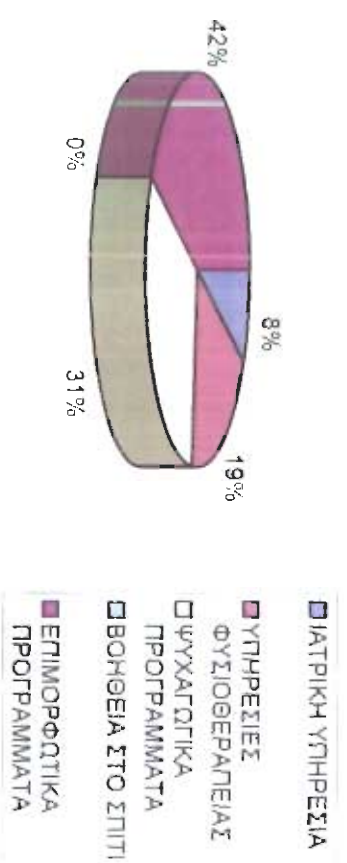
Στο χωριό το ηλικιωμένα άτομα προκειμένου να ψυχαγωγηθούν επιλέγουν την συντροφιά με άτομα που αγαπούν σε ποσοστό 39%, 30% το καφέ, 22% την τηλεόραση, 6% τις εκδρομές, 3% τις ομιλίες, ενώ δεν βρέθηκαν άτομα να επιλέγουν το θέατρο και τον κινηματογράφο ως μέσο ψυχαγωγίας τους. Σε αντίθεση με το χωριό στην πόλη, οι περισσότεροι ερωτηθέντες με ποσοστό 57% επιλέγουν την τηλεόραση ως μέσο ψυχαγωγίας τους. Το 17% επιλέγει το καφέ, 12% προκειμένου να ψυχαγωγηθεί, το 12% την συντροφιά των ατόμων που αγαπούν και τις εκδρομές, το 2% τις ομιλίες. Όμοια με το χωριό και στην πόλη δεν βρέθηκαν άτομα να επιλέγουν το θέατρο και τον κινηματογράφο προκειμένου να ψυχαγωγηθούν.

27. ΑΝ ΥΠΗΡΧΑΝ ΣΤΗΝ ΓΕΙΤΟΝΙΑ ΣΑΣ ΟΙ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΠΟΙΕΣ ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΣΑΤΕ;

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - ΧΩΡΙΟ



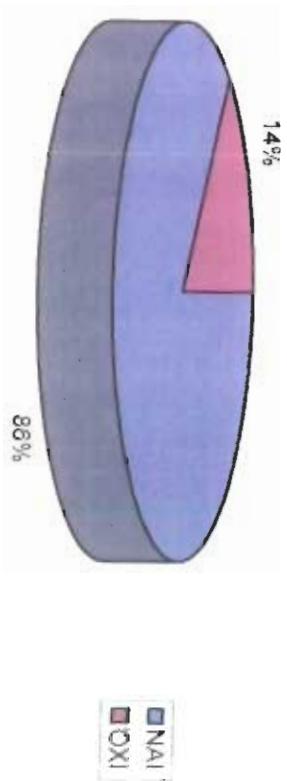
ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - ΠΟΛΗ



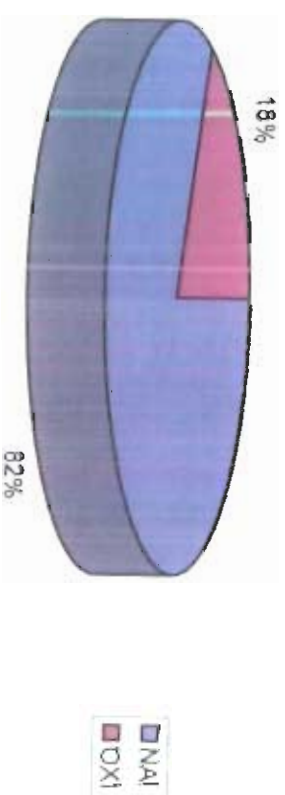
Τα ηλικιωμένα άτομα του χωριού θα χρησιμοποιούσαν την ιατρική υπηρεσία σε ποσοστό 47%, τις υπηρεσίες φυσιοθεραπείας σε ποσοστό 33%, τα ψυχολογικά και επιμορφωτικά προγράμματα σε ποσοστό 10%, ενώ μηδενικό είναι το ποσοστό στην κατηγορία "Βοήθεια στο Σπίτι". Αντίθετα στην πόλη οι περισσότεροι ερωτηθέντες θα έκαναν χρήση των επιμορφωτικών προγραμμάτων σε ποσοστό 42%. Το 31% θα συμμετείχε σε ψυχολογικά προγράμματα, το 19% σε υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, το 8% σε ιατρικές υπηρεσίες. Όμοια με το χωριό δεν βρέθηκαν άτομα που θα χρησιμοποιούσαν το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι".

28α. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ / ΧΩΡΙΟ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ;

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ - ΧΩΡΙΟ



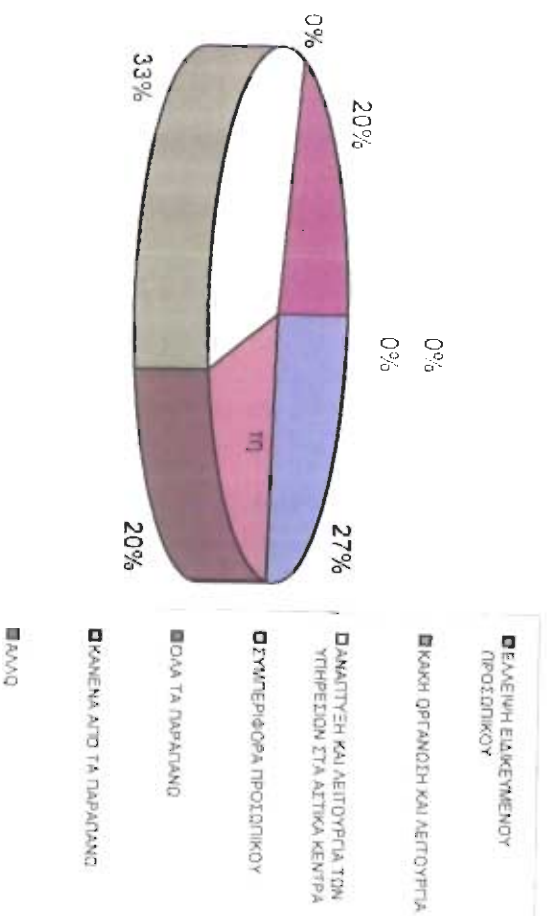
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ - ΠΟΛΗ



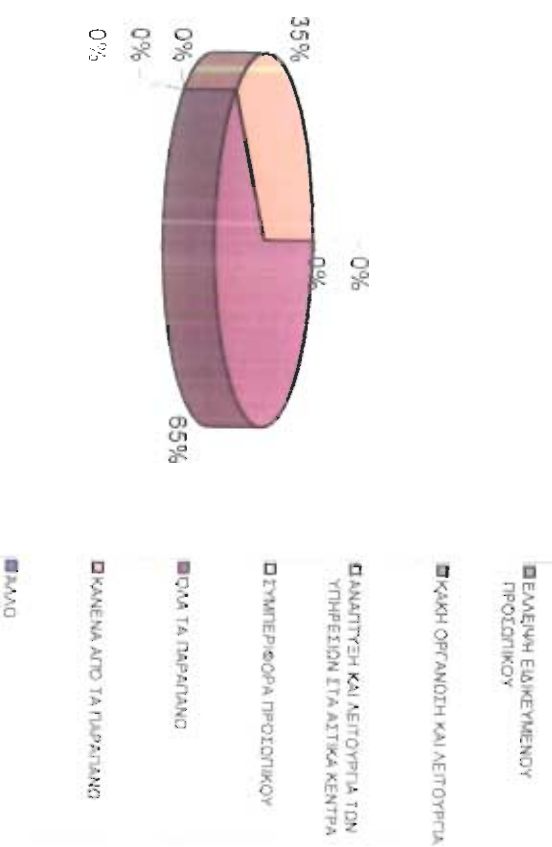
Το 86% των ηλικιωμένων στο χωριό πιστεύει πως οι υπηρεσίες που λειτουργούν στην περιοχή είναι επαρκείς ενώ το 14% τις θεωρεί ανεπαρκείς. Όμοια και στην πόλη οι περισσότεροι ερωτηθέντες σε ποσοστό 82% θεωρούν ότι οι υπηρεσίες είναι επαρκείς ενώ το 18% τις χαρακτηρίζει ανεπαρκείς.

ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑ ΤΙ ΟΙΟΝ /ΤΙΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΣ;

ΛΟΓΟΙ ΜΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ - ΧΩΡΙΟ



ΛΟΓΟΙ ΜΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ - ΠΟΛΗ



Στο χωριό οι ηλικιωμένοι θεωρούν τις υπηρεσίες ανεπαρκείς λόγω της ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών στο αστικό κέντρο σε ποσοστό 33%, 27% λόγω έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού, κακής οργάνωσης και λειτουργίας κατά 20%, ενώ το 20% συμφωνεί με όλους τους λόγους που προαναφέρονται.

Αντίθετα στην πόλη οι ηλικιωμένοι ανέφεραν ως σημαντικότερο λόγο ανεπάρκειας των υπηρεσιών την κακή οργάνωση και λειτουργία σε ποσοστό 65%, ενώ το 35% πιστεύει σε άλλους λόγους.

Γ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα αποτελέσματα του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας, κλητεύονται τα στοιχεία της ΕΣΥΕ ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του ηλικιωμένου ηθυσμού στην Ελλάδα το αποτελούν γυναίκες. Παρόλα αυτά, μέσα από την έρευνα πιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων στο χωριό που εξυπηρετούνται από τα ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι άντρες. Αντίθετα στην πόλη, κυρίως οι γυναίκες, είναι αυτές που συμμετέχουν στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ και εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». (Πίνακας 1, σελ 5)

Τα ποσοστά ηλικιών των ατόμων τρίτης ηλικίας που συμπλήρωσαν ανθρωπολογία στην πόλη και στο χωριό, κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα και ολόκληρα ταυτίζονται με μικρές αποκλίσεις με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ (Πίνακας 3, σελ 158 του παραρτήματος).

Μία ακόμη ομοιότητα πόλης και χωριού είναι ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι έγγαμοι και ακολουθούν αυτοί που είναι χήροι/ες. Ενώ παρατηρείται ότι το ποσοστό των άγαμων και των διαζευγμένων στην πόλη είναι μεγαλύτερο από αυτό του χωριού.

Μια άλλη επίσης ομοιότητα μεταξύ πόλης και χωριού είναι το μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων που έχουν παιδιά και το ελάχιστο αυτών που δεν έχουν.

Χαρακτηριστικό είναι πως από αυτούς που ζουν στο χωριό οι περισσότεροι έχουν δύο παιδιά ενώ από αυτούς που ζουν στην πόλη έχουν ένα παιδί. Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων στο χωριό έχουν τρία παιδιά και άνω σε αντίθεση με μικρότερο ποσοστό των ηλικιωμένων που ζουν στην πόλη στην κατηγορία αυτή.

Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων σε πόλη και χωριό ήταν αγρότες. Χαρακτηριστικό είναι το ποσοστό των έργων στην πόλη που είναι μεγαλύτερο από αυτό του χωριού καθώς και ότι στην πόλη το ποσοστό των ιδιωτικών και δημόσιων υπαλλήλων, εισοδηματιών είναι μεγαλύτερο από αυτό του χωριού. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες είναι περισσότεροι στο χωριό, ενώ το ποσοστό των επιχειρηματιών είναι όμοιο και στις δύο περιοχές. Όσον αφορά την ανεργία και στη θεωρία τονίζεται το μεγάλο ποσοστό των ανέργων ηλικιωμένων στην πόλη.

Σχετικά με το **μορφωτικό επίπεδο**, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι σε πόλη και χωριό είναι αναλφάβητοι. Όπως αναφέρεται και στη θεωρία ο αναλφαβητισμός στελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της ηλικίας αυτής γεγονός που τους ριθωριοποιεί. Επίσης τα ποσοστά των ηλικιωμένων, που έχουν αποφοιτήσει από το μοτικό σε πόλη και σε χωριό είναι παρόμοια.

Σχετικά με το **είδος της κατοικίας** τους συμπεραίνεται ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι και των δύο περιοχών ζουν σε ιδιόκτητη μονοκατοικία. Αυτό έρχεται σε μφωνία με την γενικότερη άποψη που θέλει τους ηλικιωμένους να προτιμούν τη μωνή σε ιδιόκτητη μονοκατοικία. Επίσης συνάγεται ότι οι περισσότεροι από αυτούς μένουν με άλλα άτομα τόσο στην πόλη όσο και στο χωριό γεγονός το οποίο, γκλίνει με την θεωρία που θέλει τους ηλικιωμένους να συγκατοικούν σε μεγάλο θμό με την εκτεταμένη οικογένεια.

Όσον αφορά την **οικογενειακή κατάσταση** των ηλικιωμένων συμπεραίνεται ότι περισσότεροι έχουν συγγενείς με τους οποίους και διατηρούν επαφή γεγονός που χεται σε αντίθεση με την γενικότερη άποψη που παρουσιάζει τους ηλικιωμένους ομονωμένους από τον οικογενειακό τους περίγυρο.

Αναφορικά με την **ύπαρξη των παρεχόμενων υπηρεσιών** διαπιστώνεται ότι και ο κύριος φορέας στήριξης και βοήθειας στην καθημερινή διαβίωση των ηλικιωμένων και συγκεκριμένα στην νοσηλευτική τους φροντίδα. Όπως έχει πιστωθεί από την θεωρία, στην τρίτη ηλικία, ο τομέας της υγείας είναι πολύ μμαντικός καθότι τα άτομα είναι ευάλωτα στην εμφάνιση ασθενειών και στα υχήματα. Σκοπός των προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους, είναι η παροχή ειδικευμένων υπηρεσιών στους υπερήλικες για να βοηθηθούν να διατηρήσουν την ονομία τους και να παραμείνουν στο φυσικό, οικογενειακό τους περιβάλλον. Το Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) και το πρόγραμμα «Βοήθεια ο Σπίτι» είναι ευρέως διαδεδομένα και καλύπτουν τις ανάγκες των περισσότερων ηλικιωμένων. Τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση με την άποψη άλλων θεωρητικών ο υποστηρίζουν ότι ο κύριος φορέας στήριξης των ηλικιωμένων είναι η οικογένεια. Η ηλικιωμένοι θεωρούν επαρκείς τις υπάρχουσες υπηρεσίες της περιοχής τους. Παρόλαυτα επιθυμούν την ύπαρξη περισσότερων ιατρικών υπηρεσιών στο χωριό και οργαγωγικών προγραμμάτων στην πόλη.

Σχετικά με την **φροντίδα της καθημερινής διατροφής**, τα άτομα της τρίτης ηλικίας φροντίζουν τα ίδια την διατροφή τους. Παρόλαυτα και η συνεισφορά των ογραμμάτων σε αυτόν τον τομέα είναι σημαντική. Σύμφωνα με την θεωρία, μία από ε παρεχόμενες υπηρεσίες των προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους είναι και η οντίδα της καθημερινής διατροφής.

Και στην πόλη και στο χωριό ακολουθούν σε γενικές γραμμές έναν υγιεινό όπο διατροφής. Το γεγονός αυτό συγκλίνει με την θεωρία στην οποία αναφέρεται ότι ο υπόθεση για μια καλή υγεία είναι η σωστή διατροφή. Όσον αφορά το αλκοόλ, μφωνα και με την θεωρία, στην αγροτική Ελλάδα παρατηρείται η συχνή

τανάλωση κρασιού από τους ηλικιωμένους και κυρίως κατά την διάρκεια των γευμάτων τους.

Στον τομέα της υγείας, οι υπερήλικες του χωριού, χαρακτηρίζουν την κατάσταση της υγείας τους «καλή» και στην πόλη «άσχημη». Μέσα από την έρευνα και την θεωρία διαπιστώνεται ότι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας και αποτελούν μια ευπαθή κοινωνική ομάδα. Η συνύπαρξη πολλών και διαφορετικών ασθενειών, οδηγεί στην λήψη πολλών φαρμάκων. Γι'αυτό και οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση παρενεργειών απ'ότι οι νέοι άνθρωποι.

Όσον αφορά την **ψυχαγωγία**, σύμφωνα με θεωρητικές προσεγγίσεις οι κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων συμβάλλουν σημαντικά στην διατήρηση της ψυχολογικής τους ισορροπίας. Με βάση τα παραπάνω οι ηλικιωμένοι του χωριού βλέπουν ως μέσο ψυχαγωγίας την συντροφιά με άτομα που αγαπούν και επομένως διατηρούν τις κοινωνικές τους σχέσεις. Αντίθετα οι κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων της πόλης δεν διατηρούνται σε μεγάλο βαθμό μιας και επιλέγουν ως μέσο ψυχαγωγίας την τηλεόραση.

Η **οικονομική κατάσταση** των ηλικιωμένων και στις δύο περιοχές χαρακτηρίζεται «μέτρια». Στην θεωρία αναφέρεται ότι οι συντάξεις στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα χαμηλές με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται επαρκώς οι ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Ενθαρρυντικό είναι όμως το γεγονός ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν δικά τους χρήματα και δεν επιβαρύνουν τα παιδιά τους οικονομικά. Η κύρια πηγή εσόδων τους είναι η σύνταξη και κυρίως αυτή του ΟΓΑ.

Δ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως προκύπτει από το θεωρητικό και ερευνητικό μέρος της πτυχιακής γασίας, γίνονται σημαντικές προσπάθειες για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ηλικιωμένους. Παρόλα αυτά κρίνεται απαραίτητο να ενισχυθούν υπάρχοντα προγράμματα και υπηρεσίες για την αποτελεσματικότερη προστασία και στήριξη τους. Επίσης αναγκαία είναι η δημιουργία υπηρεσιών και προγραμμάτων σε όλες τις περιοχές της Ελλάδος, ιδιαίτερα στις αγροτικές, όπου το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων είναι υψηλό. Για παράδειγμα, αναγκαίο είναι να εκταθεί η λειτουργία του προγράμματος του «τηλεσυναγερμού», το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό και σε άλλες περιοχές της Ελλάδος, πέραν της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Μέσο επίτευξης της παραπάνω πρότασης είναι η στελέχωση των υπηρεσιών με προσωπικό ειδικευμένο σε θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία.

Είναι εμφανές ότι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες είναι ο αναλφαβητισμός. Το πρόβλημα αυτό τους εμποδίζει να συμμετέχουν ενεργά μέσα στο κοινωνικό σύνολο και τους απομονώνει. Οι ηλικιωμένοι συχνά εξαιτίας των παραπάνω πέφτουν θύματα μεταλλάξεως όντας ευάλωτοι να αντιμετωπίσουν δυσμενείς καταστάσεις. Τα προγράμματα επιμόρφωσης για αυτή την ηλικία κρίνονται απαραίτητα για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων και θα συμβάλλουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης τους. Επίσης και τα ψυχαγωγικά προγράμματα μπορούν να συμβάλλουν στην επικοινωνιακή αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και να αποτελέσουν πηγή δημιουργικότητας και έμπνευσης.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας πολλές φορές αντιμετωπίζονται με προκατάληψη και ρατσισμό, καθώς υπερισχύει η άποψη ότι ενεργό μέλος της κοινωνίας θεωρείται το παραγωγικό νέο άτομο. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητή η σημαντικότητα και η προσφορά των ηλικιωμένων. Η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας μπορεί να αρχίσει από πολύ νωρίς, από το σχολείο ακόμα. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την τήρηση συνύπαρξη νέων με ηλικιωμένους και την αξιοποίηση της σοφίας, των γνώσεων και της εμπειρίας τους ως καθοδηγητικό στοιχείο στην πορεία ζωής τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

5. α) Έχετε παιδιά ; ΝΑΙ ΟΧΙ

β) Αν ναι, πόσα; 1 παιδί

2 παιδιά

3 και άνω

6. Επαγγελματική κατάσταση :

α) Άνεργος

β) Δημόσιος υπάλληλος

γ) Ιδιωτικός υπάλληλος

δ) Αγρότης

ε) Επιχειρηματίας

στ) Εισοδηματίας

ζ) Ελεύθερος επαγγελματίας

7. Μορφωτικό επίπεδο :

α) Αναλφάβητος

β) Απόφοιτος Δημοτικού

γ) Απόφοιτος Γυμνασίου

δ) Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής

ε) Απόφοιτος Πανεπιστημίου

8. Ζείτε σε :

α) Μονοκατοικία

β) Πολυκατοικία

γ) Φιλοξενούμενη κατοικία

9. Η κατοικία σας είναι :

α) Ιδιόκτητη

β) Με ενοίκιο

10. Ζείτε μόνος /η ; ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Αν όχι, ποια άλλα άτομα διαμένουν μαζί σας;

α) ο/η σύζυγος

β) ο/η σύντροφος

γ) τα παιδιά

δ) άλλοι συγγενείς

ε) φίλοι

στ)άλλο:.....

12.α) Έχετε συγγενείς; ΝΑΙ ΟΧΙ

β) Αν ΝΑΙ ,ζουν :

α) στην ίδια πόλη/ χωριό με εσάς

β) σε άλλη πόλη / χωριό από εσάς

γ) Έχετε επικοινωνία μαζί τους ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13. (Στην ερώτηση αυτή απαντάτε μόνο στην περίπτωση που έχετε συγγενείς)

Με ποιους τρόπους επικοινωνείτε με τους συγγενείς σας;

- α) με επισκέψεις στο σπίτι των συγγενών
- β) με επισκέψεις των συγγενών στο σπίτι σας
- γ) μόνο με τηλεφωνική επικοινωνία
- δ) με επισκέψεις μόνο σε γιορτές (Χριστούγεννα, Πάσχα κλπ.)

14.α) Πιστεύετε ότι χρειάζεστε βοήθεια στην καθημερινή σας διαβίωση ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

β) Αν ναι, σε ποιους τομείς χρειάζεστε βοήθεια ; (Μπορείτε ν' απαντήσετε σε περισσότερες από μία απαντήσεις).

- α) Στις δουλειές του σπιτιού
- β) Στις εξωτερικές δουλειές (ψώνια, κήπο κλπ)
- γ) Στην προσωπική σας φροντίδα – σωματική υγιεινή
- δ) Στην νοσηλευτική σας φροντίδα
- ε) Άλλο:.....

γ) Ποια άτομα έχουν αναλάβει τη βοήθεια και την στήριξή σας στους παραπάνω τομείς;

- α) οι συγγενείς
- β) οι γείτονες/ φίλοι
- γ) τα παιδιά σας
- δ) οι υπηρεσίες του Δήμου

ε) Άλλο:.....

15. Ποιος φροντίζει την καθημερινή σας διατροφή;

- α) ο ίδιος
- β) ο/ η σύζυγος
- γ) τα παιδιά
- δ) οι συγγενείς
- ε) οι φίλοι / γείτονες
- στ) οι υπηρεσίες του Δήμου
- ζ) η οικιακή βοηθός

16. Τι από τα παρακάτω περιλαμβάνει κυρίως το εβδομαδιαίο διατροφολόγιό σας ; (Μπορείτε να απαντήσετε σε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- α) το κόκκινο κρέας
- β) το λευκό κρέας
- γ) το ψάρι
- δ) τα ζυμαρικά
- ε) τα όσπρια
- στ) τα λαχανικά
- ζ) τα γαλακτοκομικά
- η) τα φρούτα
- θ) τα γλυκά
- ι) το αλκοόλ

17.α) Έχετε δικά σας χρήματα ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

β) Αν ΝΑΙ, από ποιες πηγές έχετε χρήματα;

α) Από την εργασία

β) Από την σύνταξη

Ταμείο.....

γ) Εισοδήματα

δ) Οικονομική ενίσχυση από παιδιά:

ε) Ενοίκια

γ) Αν ΟΧΙ, με ποιους τρόπους ενισχύεστε οικονομικά για να επιβιώσετε;

α) Οικονομική ενίσχυση από συγγενείς

β) Οικονομική ενίσχυση από γείτονες/ φίλους

γ) Οικονομική ενίσχυση από την Πρόνοια

δ) Από όλα τα παραπάνω

ε) Άλλο :.....

18. Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;

α) Πολύ καλή για να επιβιώσω

β) Μέτρια για να επιβιώσω

γ) Άσχημη για να επιβιώσω

19.Γενικά θα λέγατε πως η υγεία σας είναι:

- α) Πολύ καλή
- β) Καλή
- γ) Άσχημη

20.α) Αντιμετωπίζετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας; ΝΑΙ ΟΧΙ

β) Αν ΝΑΙ, ποιο/ ποια από τα παρακάτω χρόνια προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε;

- α) Κατάθλιψη
- β) Εγκεφαλικά Επεισόδια
- γ) Σακχαρώδης Διαβήτης
- δ) Κινητικά Προβλήματα
- ε) Οστεοπόρωση
- στ) Καρδιακή Ανεπάρκεια
- ζ) Νεφρική Ανεπάρκεια
- η) Καρκίνος
- θ) Άλλο :.....

21. Παίρνετε φάρμακα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

22. Σας παρακολουθεί κάποιος γιατρός μόνιμα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

23.α) Υπάρχουν υπηρεσίες/ δομές στην περιοχή σας που μπορούν να σας εξυπηρετήσουν ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

β) Αν ΝΑΙ, ποιες από τις παρακάτω γνωρίζετε;

α) ΚΑΠΗ

β) Βοήθεια στο σπίτι

γ) Γενικό Νοσοκομείο

δ) Ιδιωτικό Νοσοκομείο

ε) Μονάδες κινητής περίθαλψης

στ) Όλα τα παραπάνω

ζ) Κανένα από τα παραπάνω

η) Άλλο:.....

24. Σε ποιες υπηρεσίες έχετε απευθυνθεί ;

α) ΚΑΠΗ

β) Βοήθεια στο σπίτι

γ) Γενικό Νοσοκομείο

δ) Ιδιωτικό Νοσοκομείο

ε) Μονάδες κινητής περίθαλψης

στ) Όλα τα παραπάνω

ζ) Κανένα από τα παραπάνω

η) Άλλο :.....

25. Όταν νιώθετε την ανάγκη για παρέα που και σε ποιους απευθύνεστε;

- α) Τον/ την σύντροφο
- β) Στα παιδιά σας
- γ) Στους συγγενείς σας
- δ) Στους φίλους σας
- ε) Στους γείτονές σας

26. Ποιους τρόπους επιλέγετε προκειμένου να ψυχαγωγηθείτε;

- α) Την τηλεόραση
- β) Το θέατρο
- γ) Τον κινηματογράφο
- δ) Τις εκδρομές
- ε) Το καφενείο
- στ) Τις ομιλίες
- ζ) Την συντροφιιά με άτομα που αγαπάτε

27. Αν υπήρχαν στην γειτονιά σας οι ακόλουθες υπηρεσίες, ποιες θα χρησιμοποιούσατε;

- α) Την Ιατρική υπηρεσία (γιατρός)
- β) Την υπηρεσία της Φυσιοθεραπείας (φυσιοθεραπευτής)
- γ) Τα ψυχαγωγικά προγράμματα (εκδρομές, κινηματογράφο, ομιλίες κλπ.)

δ) Την υπηρεσία “Βοήθεια στο σπίτι”

ε) Τα επιμορφωτικά προγράμματα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (π.χ. μαθήματα αναλφαβητισμού, φωτογραφίας, ζωγραφικής κλπ.)

28.α) Πιστεύετε ότι οι Υπηρεσίες που λειτουργούν στην πόλη/ στο χωριό σας είναι επαρκείς;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

β) Αν ΟΧΙ, για ποιον/ ποιους λόγους δεν είναι επαρκείς;

α) Η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού

β) Η κακή οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών

γ) Η ανάπτυξη και η λειτουργία των υπηρεσιών αυτών μόνο στα αστικά κέντρα

δ) Η άσχημη συμπεριφορά του προσωπικού

ε) Όλα τα παραπάνω

στ) Κανένα από τα παραπάνω

η) Άλλο.....

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Ομάδες Ηλικιών	Σύνολο
65-69	625.202
70-74	546.243
75-79	329.529
80-84	188.470
85-89	105.331
90-94	29.566
95-99	5.483
>=100	1.716

**ΠΗΓΗ : ΕΣΥΕ
ΑΠΟΓΡΑΦΗ 2001**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Α. Αβεντσιάν-Παγοροπούλου, *Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993
2. Α. Παγοροπούλου, *Η γεροντική κατάθλιψη*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
3. Ι. Βασιλείου *Χαρούμενη Δύση*, Εκδόσεις Βιβλιοπωλείο της «Εστίας» Ι.Δ. ΚΟΛΛΑΡΟΥ & ΣΙΑ Α.Ε., Αθήνα 1981
4. Α.Κωσταρίδου-Ευκλείδη *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
5. Ν. Μάνου *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Αναθεωρημένη Έκδοση – Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997
6. Γ.Ι. Μωυσιάδης, *Τρίτη ηλικία-Προβλήματα και αντιμετώπισή τους*, Θεσσαλονίκη 2004
7. Ι.Ν. Παρασκευόπουλος *Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία* Γ' έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
8. Ν.Β. Πετρουλάκη . *Ψυχολογία της Προσαρμογής*, Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1961
9. Η.Ε. Πουλοπούλου *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες ,παρελθόν, παρόν & μέλλον*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
10. Α. Τζημουράκα *Τα γηρατειά και τα προβλήματά τους*, Θεσσαλονίκη 1985
11. Γ.Ν.Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης *Η τρίτη ηλικία*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000

ΞΕΝΗ

1. L.Cohen, L.Manion *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*, Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα 1994
2. Ρ.Καστενμπάουμ *Η Τρίτη Ηλικία*, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1982
3. R. Slater *Γηρατειά « Θλιμμένος Χειμώνας ή Δεύτερη Άνοιξη; » Η ψυχολογία της γήρανσης*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003

ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

Ειδική Έκδοση Εφημερίδας «Ελευθεροτυπία», *Τρίτη Ηλικία Και Υγεία*, σελ. 4-6, 26, 46. 19/3/2005

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ

Οδηγός Υγιεινής, *Υγεία*, 3^{ος} τόμος, Εκδόσεις Δομική, Σελ. 515, 535 – 545, 568. 1978

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

1. Ακαδημία Αθηνών, Δημοσιεύματα του Κέντρου Ερεύνης της Ελληνικής Κοινωνίας, *Το Δημογραφικό Πρόβλημα Της Ελλάδος – Υπογεννητικότητα Και Γήρανση Του Πληθυσμού*, Αθήνα 1990

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ (INTERNET)

1. www.mpa.gr
2. www.statistics.gr

