

Α.Τ.Ε.Ι.

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σπουδάστριες:

Προβιδάκη Ευανθία

Σιώνη Μαρίνα

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Γεωργίου Κωνσταντίνα

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Αναγνώριση	4
<u>Κεφάλαιο I</u>	
Εισαγωγή	
1.1. Το πρόβλημα	5
1.2. Σκοπός Μελέτης	7
1.3. Ορισμοί Όρων	8
<u>Κεφάλαιο II</u>	
Τρίτη Ηλικία	
2.1. Οι διαφοροποιήσεις της έννοιας της ηλικίας	10
2.2. Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας	13
2.2.1. Η ψυχολογική μελέτη της τρίτης ηλικίας	13
2.2.2. Βιοσωματικές αλλαγές της τρίτης ηλικίας	23
2.2.3. Νοητικές ικανότητες στην τρίτη ηλικία	28
2.2.4. Προσωπικότητα της τρίτης ηλικίας	33
2.3. Η θέση των ηλικιωμένων στην παραδοσιακή και σύγχρονη κοινωνία	38
2.4. Στερεότυπες αντιλήψεις για την τρίτη ηλικία	42
2.5. Χαρτογράφηση της πραγματικότητας των ηλικιωμένων	46
<u>Κεφάλαιο III</u>	
Κακοποίηση της τρίτης ηλικίας	
3.1. Ιστορική αναφορά της κακοποίησης της τρίτης ηλικίας	51
3.2. Ορισμοί και είδη κακοποίησης	54

3.3. Οι διαστάσεις του φαινομένου της κακοποίησης	56
3.4. Αίτια που επιδρούν στην κακοποίηση των ηλικιωμένων	60
3.5. Συνέπειες της κακοποίησης	73
3.6. Χαρακτηριστικά των θυμάτων	76

Κεφάλαιο IV

Νομικό και Προστατευτικό Σύστημα

4.1. Κοινωνικοπρονοιακό πλαίσιο και τρίτη ηλικία	78
4.2. Ποινικό Δίκαιο και τρίτη ηλικία	87
4.3. Η τρίτη ηλικία στην ποινική διαδικασία	94
4.4. Μέτρα που αφορούν την απονομή δικαιοσύνης	96

Κεφάλαιο V

Ο ρόλος της Κοινωνικής εργασίας και του Κοινωνικού Λειτουργού	98
---	----

Κεφάλαιο VI

Έρευνα

6.1. Σκοπός και στόχοι έρευνας	104
6.2. Μεθοδολογία έρευνας	
6.2.1. Δείγμα	105
6.2.2. Εργαλείο έρευνας	106
6.2.3. Άξονας ερωτήσεων	107
6.2.4. Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας	109
6.3. Αποτελέσματα έρευνας	110
6.4. Συζήτηση έρευνας	115
6.5. Συμπεράσματα έρευνας	117
Βιβλιογραφία	118
<u>Παράρτημα</u>	122

Ερωτηματολόγιο

Αναγνώριση

Στα πλαίσια της υλοποίησης της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας κρίνουμε απαραίτητο να ευχαριστήσουμε την κα. Γεωργίου Κωνσταντίνα, που με την εμπειρία της και τις γνώσεις της σε συνδυασμό με την υπομονή της μας κατεύθυνε καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης μας, καθώς και στην εκτέλεση της έρευνάς μας, πρωτόγνωρης εμπειρίας για εμάς.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους έξι κοινωνικούς λειτουργούς του Νοσοκομείου Χανίων και Ιωαννίνων καθώς και τους έξι κοινωνικούς λειτουργούς από τα Προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» των αντίστοιχων αυτών νομών που αφιέρωσαν τον πολύτιμο χρόνο τους και μας βοήθησαν στη διεξαγωγή της έρευνας παραθέτοντας μας τις εμπειρίες τους σχετικά με περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Το πρόβλημα

Η σύγχρονη βιομηχανική κοινωνία μας, έχει δημιουργήσει μια νέα ηλικία για τον άνθρωπο: τα γηρατειά. Σήμερα, τα γηρατειά είναι μια περίοδος που μπορεί ο άνθρωπος να τη ζήσει με ασφάλεια και θα μπορούσε να τη ζήσει και με ευτυχία αν η σύγχρονη κοινωνία δεν δημιουργούσε παράλληλα και μερικά άλλα φαινόμενα που δεν είναι και τόσο ευχάριστα και που επηρεάζουν ιδιαίτερα το θέμα της μεγάλης ηλικίας.

Ο ακριβής αριθμός των ηλικιωμένων στη δυτική κοινωνία έχει αυξηθεί δραματικά κατά τη διάρκεια του αιώνα μας. Στις μέρες μας, ο μέσος όρος αναλογίας των ηλικιωμένων καθόλη την έκταση του κόσμου είναι περίπου 4%, ενώ στην Ευρώπη, ο μέσος όρος είναι περίπου 14%. Είναι αξιοσημείωτο ότι τα άτομα που φθάνουν και ξεπερνούν το 63^ο έτος της ηλικίας γίνονται διαρκώς περισσότερα. Από την άποψη αυτή οι ηλικιωμένοι θα αυξάνονται διαρκώς κατέχοντας ένα σημαντικό ποσοστό στον πληθυσμό κάθε χώρας.

Οι τεχνολογικές πρόοδοι της Ιατρικής και τα προγράμματα Κοινωνικών ασφαλίσεων παρέχουν ολοένα και σε περισσότερους ανθρώπους τη δυνατότητα της μακροβιότητας. Σύμφωνα με ορισμένους υπολογισμούς ένα παιδί το οποίο γεννήθηκε το 1984 έχει κερδίσει κατά μέσο όρο $\frac{1}{4}$ του αιώνα περισσότερη ζωή σε σχέση με ένα παιδί που γεννήθηκε το 1900.

Στις σύγχρονες τεχνολογικά ανεπτυγμένες αστικές κοινωνίες, η ζωή είναι πολυπλοκότερη και πιο απαιτητική από ότι στις παραδοσιακές. Για

τον λόγο αυτό η φροντίδα και περιποίηση ενός ηλικιωμένου όπου κάποτε ήταν αυτονόητο και αποτελούσε απλό έργο της οικογένειας, είναι πλέον μια δύσκολη και δυσβάσταχτη υπόθεση και η συμβίωση με ηλικιωμένα άτομα δημιουργεί ψυχικές εντάσεις.

Έτσι τα άτομα τρίτης ηλικίας διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να γίνουν θύματα παραμέλησης, βίας ή κακοποίησης σωματικής, ψυχολογικής, ή ακόμα και σεξουαλικής. Το εάν η κακοποίηση ηλικιωμένων αποτελεί νομικό πρόβλημα, έγκλημα ή απλώς σύμπτωμα των κοινωνιών που δεν έχουν προετοιμαστεί για την φροντίδα των ηλικιωμένων μελών τους, είναι ένα από τα κεντρικά ζητήματα του κοινωνικού αυτού φαινομένου.

Η παρούσα εργασία, μελετά τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων, τις δυσκολίες και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους, και εστιάζει στο φαινόμενο των παραγόντων που επιδρούν στην κακοποίηση των ηλικιωμένων από συγγενικά πρόσωπα.

1.2. Σκοπός Μελέτης

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η διερεύνηση του φαινομένου της κακοποίησης (σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική, οικονομική και παραμέληση) της τρίτης ηλικίας από τα μέλη του οικογενειακού τους περιβάλλοντος.

Επιμέρους στόχοι αυτής της πτυχιακής είναι:

- 1) Να δοθούν οι διαφοροποιήσεις της τρίτης ηλικίας
- 2) Να παρουσιασθούν τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας
- 3) Να αναλυθούν τα είδη της κακοποίησης
- 4) Να δοθούν οι διαστάσεις του φαινομένου της κακοποίησης
- 5) Να προσδιοριστούν τα αίτια και τα συμπτώματα του φαινομένου
- 6) Να εξετασθούν τα χαρακτηριστικά των θυμάτων
- 7) Να παρουσιαστεί το νομικό και προστατευτικό σύστημα
- 8) Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

1.3. Ορισμοί Όρων

Παρακάτω αναφέρονται επιλεκτικά κάποιοι ορισμοί με σκοπό την επεξήγηση των όρων που χρησιμοποιούνται στην παρούσα μελέτη. Οι ορισμοί αυτοί είναι οι εξής:

Κακοποίηση: είναι η χρησιμοποίηση φυσικής βίας, η βάνουση πράξη που επιφέρει βλάβη με συνώνυμα την βιαιοπραγία και τον βασανισμό. (Κριαράς, 1995)

Παραμέληση: είναι η έλλειψη φροντίδας για κάτι, η μη εκδήλωση του απαιτούμενου ενδιαφέροντος.

Τρίτη ηλικία: είναι τα χρόνια στη ζωή κάποιου, κατά τα οποία θεωρείται ηλικιωμένος, γέρος. (Μπαμπινιώτης, 1998) Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, θεωρεί, ότι η τρίτη ηλικία αρχίζει από τα 60 έως τα 74.

Γηρατειά: είναι μια νοητική κατάσταση η οποία καθορίζεται είτε από εξωτερικά κριτήρια, όπως η χρονολογική ηλικία, είτε από την προσωπική μας κρίση. (Kastenbaum, 1982)

Γηριατρική: αποτελεί τμήμα της Ιατρικής επιστήμης και ασχολείται με την πρόληψη και θεραπεία των ασθενειών και των αναπηριών της γεροντικής ηλικίας.

Γεροντολογία: είναι ο κλάδος που ασχολείται με την μελέτη και την ανάλυση όλων των προβλημάτων που έχουν σχέση με τα γηρατειά.

Επικαλείται τη συνεργασία πολλών ειδικών επιστημών και χρησιμοποιεί τις γνώσεις και τα πορίσματά τους. (Πρακτικά Συνεδρίου «Η τρίτη ηλικία», 1985)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1. Οι διαφοροποιήσεις της έννοιας της ηλικίας

Το φτάσιμο στην τρίτη ηλικία δεν καθορίζεται ανάλογα με τα χρόνια που έχουν περάσει, από την ημέρα που ο άνθρωπος γεννιέται. Η πραγματική ηλικία δεν είναι αυτή που γράφεται στην ταυτότητα. Άλλοι γερνάνε νωρίτερα. Άλλοι πολύ αργότερα. Υπάρχουν, σε ανθρώπους με την ίδια ηλικία, μεγάλες διαφορές σε πολλές εκδηλώσεις. Στην όλη τους παρουσίαση, στην υγεία, σε κάθε είδους δραστηριότητες και δυναμικότητες. Έχουν βρεθεί νεανικοί ιστοί σε γέροντες και γεροντικοί σε νέους. (Βασιλείου, 1981)

Το γήρας (η «τρίτη ηλικία») είναι περίπλοκη λειτουργία, βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική, η οποία παρουσιάζει μεγάλες ατομικές διαφορές τόσο στην έναρξή της όσο και στη εξέλιξή της. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993) Το σύνορο, το πότε αρχίζει η γεροντική ηλικία δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί. Η γραμμή αυτή ποικίλλει κατά εποχές, κλίματα, λαούς αλλά και κατά ατομικές περιπτώσεις. Δεν μπορεί να προσδιορίσει κανείς με σαφήνεια πότε μπαίνει σε αυτή την περίοδο ο άνθρωπος. Ο καθένας περνάει αυτό το στάδιο της ζωής με τον δικό του ρυθμό και στο δικό του χρόνο. Άλλοτε η ώρα αυτή έρχεται πολύ νωρίς, άλλοτε πολύ αργά. (Παπανούτσος, 1984)

Εξαιτίας της περιπλοκότητας της λειτουργίας και των μεγάλων ατομικών διαφορών, η ψυχολογική βιβλιογραφία κάνει λόγο για τέσσερις τουλάχιστον έννοιες με τις οποίες ορίζεται η ηλικία: Χρονολογική, Βιολογική, Ψυχολογική και Κοινωνική.

Η έναρξη της τρίτης ηλικίας τοποθετείται συνήθως μετά τα 60. Σήμερα το όριο αυτό θεωρείται ότι είναι τα 65 χρόνια, ενώ προβλέπεται να τροποποιηθεί στο μέλλον και να καθοριστεί στα 70 χρόνια. Οποιοδήποτε όμως και αν είναι το όριο, δεν παύει να σηματοδοτεί την ηλικία κατά μία και μόνο διάσταση, τη **χρονολογική**. Η χρονολογική, και μόνο, ηλικία ενός ανθρώπου αποτελεί μη ακριβή δήλωση της πραγματικής ηλικίας του από άποψη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική.

Η **βιολογική ηλικία** αναφέρεται σε μια δεδομένη στιγμή της ζωής του ατόμου σε σχέση με την προσδοκώμενη μέση διάρκεια ζωής του είδους. Αναφέρεται ακόμη και στις φυσιολογικές λειτουργίες του ατόμου. Καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις του σώματος, όπως η δύναμη, η φυσική αντοχή, η ταχύτητα, η οξύτητα των αισθήσεων, η κατάσταση του δέρματος, το χρώμα και η καλή ποιότητα των μαλλιών κ.ά. Όμως, η φθορά των περισσότερων οργανικών συστημάτων έχει ήδη αρχίσει από την πρώτη νεότητα και συγκεκριμένα μετά την ηλικία των 30 ετών, με ένα αργό και σταδιακό ρυθμό.

Η **ψυχολογική ηλικία** αναφέρεται στις συμπεριφορικές και γνωσιακές ικανότητές του κατά την πορεία του στον χρόνο. Καθορίζεται από τις διάφορες μετρήσεις των νοητικών λειτουργιών (μνήμη, δημιουργικότητα, ευελιξία κ.ά.) αλλά και εκτιμάται με βάση στάσεις που ο ηλικιωμένος έχει υιοθετήσει απέναντι στα θέματα της τρέχουσας πραγματικότητας.

Μια άλλη διάσταση της έννοιας της ηλικίας είναι η **κοινωνική ηλικία**. Η κοινωνική ηλικία εξυπνοεί τις κοινωνικές προσδοκίες που καλλιεργούνται για τα διάφορα άτομα, ανάλογα με το επίπεδο της ωριμότητας και τη χρονολογική τους ηλικία. Στις κοινωνικές προσδοκίες εντάσσονται οι κοινωνικοί ρόλοι, τους οποίους το άτομο διεκπεραιώνει (ή δεν διεκπεραιώνει) κατά τη διάρκεια της ζωής του, και οι

δραστηριότητες στις οποίες αναμένεται ότι το άτομο θα εμπλακεί. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Η αδυναμία πρόβλεψης, ιδιαίτερα για την τρίτη ηλικία, με βάση τη χρονολογική ηλικία, έκανε πολλούς ψυχολόγους να προτείνουν ως προσφορότερο δείκτη, τη **λειτουργική ηλικία**. Αντί να αναφέρεται στη χρονολογική ηλικία, ο δείκτης αυτός αναφέρεται στην κατάσταση υγείας του ατόμου, στις συμπεριφορικές του δεξιότητες και στις γνωσιακές του ικανότητες, ανεξάρτητα από τη χρονολογική του ηλικία. Η «λειτουργική ηλικία», με όλα τα μειονεκτήματά της ως δείκτη, έχει καλύτερη εφαρμογή στα προχωρημένα στάδια της ζωής. (Χριστοδούλου, Κονταξιάκης, 2000)

Σ' αυτές τις έννοιες μπορούμε να προσθέσουμε και την **ιατρική ηλικία**, σύμφωνα με την οποία εκτιμάται η λειτουργική ικανότητα του ατόμου, δηλαδή η ικανότητά του να εμπλέκεται σε σκόπιμη δραστηριότητα. Από την άποψη αυτή, ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί ηλικιωμένο, είτε είναι 40 ετών, είτε είναι 80, αφού αυτό εξαρτάται από τη γενική κατάσταση της υγείας του, αφ' ενός, και των στάσεων που υιοθετεί σε τρέχοντα θέματα, αφ' ετέρου.

Από εξελικτική άποψη, η ηλικία είναι μια διεργασία συνεχής, η οποία διαρκεί εφ' όρου ζωής. Επομένως, δεν υπάρχει ένα καθοριστικό σημείο έναρξης από το οποίο κάποιος αρχίζει να θεωρείται «γέρος». Η έλευση του γήρατος είναι μάλλον το αποτέλεσμα της σύνθετης αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο – οικονομικών παραγόντων. Ως εκ τούτου, η μελέτη της ηλικίωσης θα πρέπει να αποτελεί ένα διεπιστημονικό εγχείρημα, όπου θα εμπλέκονται μια σειρά από ειδικότητες και επαγγέλματα. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

2.2. Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας

2.2.1. Ψυχολογική μελέτη της τρίτης ηλικίας

Η αντικειμενική εκτίμηση ή καταγραφή της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων μπορεί να γίνει μέσα από την επιστήμη της Ψυχολογίας. Με τον τρόπο αυτό εκτιμάται η ακρίβεια των όσων μας λένε οι ηλικιωμένοι, και η συνέπεια των λόγων και έργων. Ο στόχος της ψυχολογικής μελέτης είναι να κατανοήσουμε καλύτερα τη φύση της ηλικίωσης και τις ψυχοκοινωνικές αλλαγές που σημειώνονται με την πάροδο της ηλικίας. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Η **ανάγκη για συναισθηματικές εμπειρίες** (ιδιαίτερα ευχάριστες) είναι τόσο μεγάλη, που δεν θα ήταν υπερβολή να λέγαμε ότι αυτή η ανάγκη είναι η μεγαλύτερη, αν όχι η μόνη, που έχει ο άνθρωπος. Οι υγιείς γέροντες στην κοινωνία είναι πολλές φορές απασχολημένοι εντατικά με συλλόγους, ταξίδια και άλλες απασχολήσεις, πράγμα που υπογραμμίζει ότι μπορούν να δεχτούν καινούριες συναισθηματικές εμπειρίες. Όλα αυτά δείχνουν ότι οι γέροντες έχουν μια ζωντανή συναισθηματική λειτουργία, και δεν είναι υπερβολή να υποστηρίξουμε ότι αυτή η λειτουργία τους βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Βέβαια η ανάγκη για συναισθηματικές εμπειρίες είναι μικρότερη στους γέροντες (όπως π.χ. η ανάγκη για περιπέτεια). Αλλά και η ανάγκη για αισθήματα δεν είναι μικρότερη. Ακόμη και οι γέροντες αγωνίζονται για να κερδίσουν ευχαρίστηση και να αποφεύγουν δυσαρέσκειες. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

Μια συνηθισμένη αλλαγή που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία είναι η **ανάληψη του ρόλου του παππού και της γιαγιάς**. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι άνθρωποι που αποκτούν εγγόνια βρίσκουν ότι ο ρόλος του

παππού και της γιαγιάς είναι πιο εύκολος από τον ρόλο του γονέα, και συχνά αντλούν μεγάλη ευχαρίστηση από αυτόν. (Tucker, 1999) Οι σχέσεις είναι πολύ καλύτερες όταν τα εγγονάκια είναι μικρά. Οι ψυχολογικές ανάγκες και των δύο, αλληλοσυμπληρώνονται. Σήμερα ιδιαίτερα, η εξωσπιτική εργασία της μητέρας εμπιστεύεται στους ηλικιωμένους γονείς του ζεύγους, που συζούν με την οικογένεια των παιδιών τους, νέα παιδαγωγικά καθήκοντα. Ο παππούς και η γιαγιά παίζουν ένα τριτεύοντα, φαινομενικό ρόλο, αλλά δίνουν κάτι που το έχει ιδιαίτερη ανάγκη το παιδί: την ατμόσφαιρα την φανταστική και παραμυθένια! Ο παππούς και η γιαγιά αποτελούν έννοιες συνδεδεμένες με το παραμύθι, τις ιστορίες που διηγούνται με υπομονή. Ακόμα ο παππούς παίζει τον ρόλο του «καλού» που επεμβαίνει πάντα προστατευτικά υπέρ του εγγονού, του σοφού και έμπειρου αφηγητή ή της μορφής που μεταδίδει ένα κύρος «αποστασιακό» προκαλώντας τον θαυμασμό. (Κοσμοπούλου, 1980)

Ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα της εισόδου στην τρίτη ηλικία, είναι η όλο και αυξανόμενη τάση που έχουν οι ηλικιωμένοι να μιλούν για τα περασμένα γεγονότα της ζωής τους. **Η αφήγηση και η επαναξιολόγηση των περασμένων**, είναι μια διαδικασία που οδηγεί σε ανώτερο βαθμό συνειδητότητας. Εξ αντιθέτου, η αδυναμία επανενθύμησης της περασμένης ζωής, που υποδηλώνει κυρίως φόβο στροφής προς τα περασμένα, υποδηλώνει αποτυχία στο να περάσει κανείς με επιτυχία αυτήν την κρίσιμη καμπή της ζωής του. (Κοβάτσης, 2004) Η αναπόληση ως μέρος της ανασκόπησης της ζωής, φαίνεται να αποτελεί μια αναγκαία (εάν όχι υποχρεωτική) δραστηριότητα, στην οποία πρέπει να εμπλέκονται όλοι οι ηλικιωμένοι προκειμένου να συμβιβαστούν με τη δική τους πορεία γήρανσης και με τον αναπόφευκτο θάνατο. Η έκφραση γνήσιου ενδιαφέροντος για το παρελθόν ενός ανθρώπου υποδηλώνει ότι υπάρχει ενδιαφέρον για τον ίδιο ως άτομο και

τον βοηθά να αισθανθεί ότι έχει να προσφέρει κάτι ουσιαστικό – γεγονός το οποίο από μόνο του είναι θετικό. Η αναπόληση ενδείκνυται ακόμη και για άτομα που βρίσκονται σε σοβαρή «σύγχυση». Ένας άνθρωπος που τελεί εν «συγχύσει» μπορεί να μην ξέρει τι έφαγε για πρωινό, θυμάται όμως πολύ καλά τα ιστορικά γεγονότα του 1936. Η αναπόληση, μπορεί να είναι από τις λίγες (ίσως και η μόνη) εμπειρίες που διεγείρουν και ενεργοποιούν τους ηλικιωμένους. (Slater, 2003)

Η τρίτη ηλικία αφήνει κάποτε τους ανθρώπους με λίγους φίλους, ενώ συγχρόνως ελαχιστοποιεί την ενέργεια και την πίστη στην ικανότητά τους να συνάπτουν καινούριες κοινωνικές σχέσεις. (Tucker, 1999)

Καινούριες παρέες δεν δημιουργούνται. Όσες υπάρχουν περιλαμβάνουν λίγα φιλικά ζευγάρια, συνομήλικα με αυτούς και συγγενείς. (Κοσμοπούλου, 1980)

Εκτός όμως από τους συγγενείς, που είναι φυσικό να δείχνουν κάποια στοργή, κάποια προσπάθεια να τον εξυπηρετήσουν, ο Βασιλείου (1981), πιστεύει ότι οι ηλικιωμένοι αποζητάνε σαν ψυχική ανάγκη, να έχουν και φίλους, ιδιαίτερα όταν η φιλία κρατάει από την παιδική ηλικία, από πολλά χρόνια. Η συνεννόηση μαζί τους είναι, ίσως ευκολότερη, παρά με τους συγγενείς. Έχουν, πάντοτε, τόσα πολλά να πουν, τόσα να θυμηθούν. Να συζητήσουν, να σχολιάσουν, να κρίνουν. Να γελάσουν γι' αυτά, τόσο καιρό έπειτα από τότε, που τα έζησαν πραγματικά. Ξαναγυρίζουν εύκολα με τις αναμνήσεις και τη φαντασία σε περασμένες εποχές. Σε παλιές ιστορίες, επεισόδια, γεγονότα. Παρασύρονται να ξαναζήσουν παλιές χαρές. Να γίνουν πάλι για λίγο παιδιά, νέοι, όπως νοσταλγικά θυμούνται πως ήταν κάποτε.

Πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι γίνονται πιο **εσωστρεφείς** με την πάροδο της ηλικίας, καθώς με τη θέλησή τους απομακρύνονται από τις κοινωνικές δραστηριότητες και προτιμούν να παραμένουν σπίτι τους. Αυτό όμως δεν συμβαίνει πάντα, μιας και για ορισμένους από αυτούς,

έχει ακόμη σημασία να διατηρούν τους δεσμούς τους με την ευρύτερη κοινότητα, να παραμένουν ενεργά μέλη της και να αντλούν ικανοποίηση από συνεχείς κοινωνικές επαφές με τους άλλους. (Tucker, 1999)

Η **συνταξιοδότηση** είναι ένα ορόσημο στην κοινωνική ζωή του ανθρώπου. Από τη μια μέρα μέχρι την άλλη το άτομο είναι υποχρεωμένο να αλλάξει τρόπους ζωής, να αλλάξει κοινωνική θέση, να διακόψει φιλικούς δεσμούς, να περιορίσει ή να σταματήσει τελείως κοινωνικές εκδηλώσεις, να χάσει εξουσίες και τιμές, που του έδινε το επάγγελμά του και σε αρκετές φορές να περιορίσει τα εισοδήματά του (Πετρουλάκης, 1984) εφ' όσον και τα πιο υγιή ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν μειωμένες συντάξεις, σε σχέση με το εισόδημα που είχε το άτομο όταν εργαζόταν. Η απομάκρυνση από την εργασία δημιουργεί το συναίσθημα ότι σταμάτησε να είναι χρήσιμος (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2000) και πρέπει να τονισθεί πως παραμένει πάντα ζωνρή η σκέψη στον νέο συνταξιούχο πως αρχίζει να περνά στα «γηρατειά». Αυτή η αλλαγή στη ζωή, του δημιουργεί πλήθος προβλημάτων προσαρμογής (Πετρουλάκης, 1984), όπου ανάλογα με την προσωπικότητα, τα ενδιαφέροντα και την προσαρμοστική του ικανότητα, μπορεί να έχει πολύ αρνητικές επιπτώσεις.

Η συνταξιοδότηση όμως μπορεί να είναι και ευτυχές γεγονός, όταν το άτομο εργαζόταν κάτω από ανθυγιεινές και γενικά δυσάρεστες συνθήκες. (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2000) Όταν το επάγγελμα που ασκούσε ήταν ιδιαίτερα κουραστικό, όταν δεν του προκαλούσε ικανοποίηση ή δεν ήταν αποδοτικό, επόμενο ήταν να προτιμά ο γέροντας τη συνταξιοδότηση και παύση εργασίας. Το ίδιο συμβαίνει και όταν η κατάσταση της υγείας δημιουργεί προβλήματα. (Κοσμοπούλου, 1980)

Η κατοχή, χρήση και κυκλοφορία αυτοκινήτου βοηθά στη διατήρηση της κινητικότητας, της ανεξαρτησίας και της προσωπικής ελευθερίας ενός συνεχώς αυξανόμενου αριθμού ηλικιωμένων, ιδιαίτερα εκείνων που

ζουν στην επαρχία ή σε απομακρυσμένες περιοχές. Γι' αυτούς τους ανθρώπους περισσότερο η ταυτότητα του «οδηγού» ίσως αποτελεί τον βασικό μοχλό στήριξης της αίσθησής τους ότι δεν έχουν ακόμη «γεράσει». Η **παραίτηση από την οδήγηση** δεν είναι καθόλου εύκολη, ακόμη και όταν τα όρια που θέτει ο ίδιος μας ο εαυτός περιστέλλουν το είδος της οδήγησης για το οποίο είμαστε ικανοί. Η οδήγηση δημιουργεί ένα θετικό κοινωνικό προφίλ.

Η οδήγηση συνεπάγεται μια ποικιλία γνωστικοκινητικών διεργασιών και μια περίπλοκη αλλά συντονισμένη νοητική και σωματική δραστηριότητα, ορισμένα από τα στοιχεία της οποίας ενδεχομένως επιβραδύνονται με το γήρας. Με το γήρας επέρχεται μια νοητική επιβράδυνση που παρατηρείται στις περίπλοκες διεργασίες λήψης αποφάσεων και στις συμπεριφορικές αντιδράσεις, και κάποιες αισθητηριακές αλλαγές. Παρατηρείται μειωμένη ευαισθησία της περιφερειακής όρασης και δυσκολίες της ακοής, στο βαθμό που οι ηλικιωμένοι δεν συλλαμβάνουν τα απαραίτητα ηχητικά σήματα. Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ιδιαίτερα μειωμένες ικανότητες στην αντιμετώπιση σύνθετων και περίπλοκων γνωστικών καταστάσεων. Η μειωμένη ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών των ηλικιωμένων οδηγών, τους καθιστά λιγότερο αποτελεσματικούς στην παρακολούθηση της επίδοσής τους, με αποτέλεσμα να μην έχουν επαρκή επίγνωση των λαθών τους, συχνά μάλιστα να μην θυμούνται καν ότι έχουν κάνει λάθος.

Με δεδομένες τις προαναφερθείσες διακυμάνσεις που παρουσιάζουν οι ατομικές επιδόσεις κατά τη γήρανση, θα ήταν καθαρά πράξη διάκρισης, αναποτελεσματικότητας και αδικίας να υποστηρίξουμε ότι όλα τα άτομα πρέπει να σταματούν την οδήγηση μετά από κάποια ηλικία. Αυτό που χρειάζεται είναι δοκιμασίες (*test*) λειτουργικής ικανότητας οι οποίες θα προβλέπουν την ατομική επίδοση οδήγησης. (Slater, 2003)

Σύμφωνα με επιδημιολογικές εκτιμήσεις, περίπου το 30% του πληθυσμού των 65 χρόνων και άνω πάσχει από διάφορες **ψυχικές διαταραχές**. Οι μισές από αυτές είναι *μελαγχολίες*. Στην ψυχιατρική αντιλαμβάνονται τη μελαγχολία σαν μια κατάσταση, όπου ο άρρωστος δεν αισθάνεται και δεν είναι καλά. Είναι όμως μια αρρώστια και όχι μια φυσιολογική κατάσταση. Η απόσταση από τη φυσιολογική κατάσταση ως την αρρώστια δεν είναι μεγάλη, και πολλές φορές βρίσκεται κανείς για καιρό στο διαχωριστικό όριο. Ο άρρωστος μπορεί επί χρόνια να ζει μια ζωή χωρίς χαρά, χωρίς ενεργητικότητα και ενδιαφέρον. Μια ζωή που χαρακτηρίζεται από αόριστες θλιβερές σκέψεις, διάχυτη πίκρα, δυσφορική απελπισία και υποτίμηση του εγώ. Το φαινόμενο ότι τόσοι πολλοί γέροντες πάσχουν από μελαγχολίες δεν εξηγείται εύκολα. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

Στην τρίτη ηλικία το άτομο μπορεί να πέσει σε *κατάθλιψη* ή να γίνει πολύ *απαθής*. (Wagstaff & Coakley, 1997) Τα σημάδια της κατάθλιψης είναι: πεσμένη διάθεση ή κακοδιαθεσία, που μπορεί να συνοδεύεται από κλάμα ή παράπονο. Απώλεια ενδιαφέροντος για το γύρω περιβάλλον, τον έξω κόσμο. Αίσθημα κόπωσης και απάθειας, σαν τίποτε να μην «αξίζει τον κόπο». Πιο συγκεκριμένα, η ζωή του ατόμου διαποτίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και για τους άλλους. Όλα φαίνονται μάταια και ανούσια, και η ζωή δεν έχει νόημα. Η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να καταλήξει ακόμη και σε ψυχική δυσλειτουργία, αν η ψυχολογική κρίση δεν επιλυθεί θετικά. (Parry, 1996) Οι δραστήριοι, οι χαρούμενοι και οι δημοφιλείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη από όσους είναι μοναχικοί ή απομονωμένοι. (Tucker, 1999)

Πολλοί ηλικιωμένοι, μετά από μια ενεργό εργασιακή ζωή, αντιμετωπίζουν εντονότατα **προβλήματα προσαρμογής** τα οποία μπορεί να καταλήξουν πολύ γρήγορα στην **κοινωνική απομόνωση** και τη

μοναξιά. (Μαντιαφού – Κανελλοπούλου, 2003) Το αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης που αισθάνονται οι ηλικιωμένοι είναι λόγω αποδυνάμωσης του συστήματος αλληλεγγύης μεταξύ μελών της ίδιας οικογένειας, (Πρακτικά Συνεδρίου «η Τρίτη Ηλικία ως Θύμα», 2000) και λόγω της μείωσης κοινωνικών επαφών με τους γνωστούς και φίλους που διαπιστώνεται στο κοινωνικό επίπεδο. Τα ενδογενή προβλήματα της τρίτης ηλικίας (μειωμένη κινητικότητα, άνοια, μειωμένη ακοή ή όραση κτλ) συντελούν και αυτά ουσιαστικά στην επιδείνωση του φαινομένου της μοναξιάς των ηλικιωμένων.

Η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά πλήττουν λιγότερο αυτούς που εντάσσονται ενεργά στο οικογενειακό περιβάλλον και συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες. (Μαντιαφού – Κανελλοπούλου, 2003) Αν φροντίζουμε τους ηλικιωμένους όπως φροντίζουμε και τις άλλες ομάδες ηλικιών, βοηθάμε στο να βγει το ηλικιωμένο άτομο από την απομόνωση και το αίσθημα μοναξιάς που έχει, και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του. (www.disabled.gr)

Η μείωση της αυτοεκτίμησης είναι μια βασική αιτία που ωθεί το άτομο στην *απομόνωση* και τη *μοναξιά*, με όλες τις τραγικές συνέπειες, όπως η *αυτοκτονία*. (Μαντιαφού – Κανελλοπούλου, 2003) Το ποσοστό των αυτοκτονιών στα άτομα άνω των 65 ετών είναι τρεις φορές περισσότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Το ποσοστό των αυτοκτονιών στους άνδρες κορυφώνεται περίπου στα 80. Στις γυναίκες κορυφώνεται στα 50 και μετά μειώνεται. Ο θάνατος του/της συζύγου, η εισαγωγή σε ίδρυμα, μια σοβαρή ασθένεια, η απώλεια της εργασίας ή το διαζύγιο, όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή κατάθλιψη, η οποία σε ορισμένες περιπτώσεις οδηγεί στην αυτοκτονία. (Tucker, 1999)

Οι ψυχολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι το αυτοσυναίσθημα αυξάνει με την ηλικία, και οι μεγαλύτεροι ενήλικες σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τους νέους ενήλικες. Αντίστοιχα, το

αυτοσυναίσθημα τείνει να μειώνεται στην τρίτη ηλικία. Η **κάμψη του αυτοσυναισθήματος** στην τρίτη ηλικία συνδέεται περισσότερο με τα βιοσωματικά και ψυχοκοινωνικά γεγονότα που συμβαίνουν σε αυτήν, παρά με το γεγονός της ίδια της γήρανσης. Για παράδειγμα, ηλικιωμένα άτομα που διακατέχονται από αρνητικό αυτοσυναίσθημα είναι αυτά που είχαν ελπίσει ότι θα είχαν καλύτερο επίπεδο ζωής στη μεγάλη ηλικία, καθώς και αυτά που αναγκαστικά ζουν μόνο τους, ή με συγγενείς, επειδή έχουν χάσει το σύντροφό τους.

Νεώτερες έρευνες έχουν δείξει ότι η διατήρηση του θετικού αυτοσυναισθήματος στην τρίτη ηλικία είναι μεγάλης σημασίας. Χάρης σε αυτό, αυξάνεται η αντοχή του ηλικιωμένου ατόμου στο άγχος και τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις, και επιπλέον θωρακίζεται η φυσική και ψυχολογική του υγεία. Οι ηλικιωμένοι κατορθώνουν να διατηρήσουν θετικό αυτοσυναίσθημα και υψηλή αυτοεκτίμηση, ενώ κρατούν σε χαμηλά επίπεδα τις προσωπικές τους ενοχές και την αυτο-μορφή.

Η κακή κατάσταση της υγείας και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο είναι οι δύο κυριότεροι παράγοντες εξ αιτίας των οποίων τα ηλικιωμένα άτομα **αισθάνονται αδύναμα και ανίσχυρα**. Αντίθετα, η φυσική και ψυχολογική υγεία των ηλικιωμένων ενισχύονται από το γεγονός ότι, ακόμη και στην ηλικία που βρίσκονται, ασκούν κάποιο έλεγχο στα σημαντικά γεγονότα της ζωής τους.

Πολλοί από τους ηλικιωμένους αποφεύγουν ή δείχνουν απροθυμία να εμπλακούν σε μετρήσεις των ικανοτήτων τους επειδή φοβούνται ότι θα φανούν ανόητοι, αστείοι, ή απλώς επειδή κινδυνεύουν να αποτύχουν. Φαίνεται ότι ο **φόβος της αποτυχίας** ανήκει στα συναισθήματα που βιώνει πολύ έντονα ο ηλικιωμένος, και προέρχονται από το αυξημένο αίσθημα κατωτερότητας που βιώνει ο ηλικιωμένος μέσα σε έναν διαρκώς μεταβαλλόμενο κόσμο. Οι εξωτερικές συμπεριφορές που προκύπτουν από τη βίωση τέτοιων συναισθημάτων είναι συνήθως η μεγάλη

επιφυλακτικότητα, η παθητικότητα και η χαμηλή αυτοπεποίθηση. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Για το ηλικιωμένο πρόσωπο οι πιθανότητες θανάτου είναι πολλές και ο χρόνος ζωής, που μένει ακόμη, άγνωστος. Το ηλικιωμένο πρόσωπο φτάνει το «τερματικό στάδιο», όταν συνειδητοποιήσει και πιστέψει πως ο θάνατος μπορεί να έρθει «κάθε στιγμή», εξαιτίας φυσικών λόγων και όταν η συμπεριφορά του επηρεάζεται από το γεγονός αυτό. Μερικοί γέροντες υποφέρουν και βρίσκονται σε διαρκή ψυχική ένταση, εξαιτίας του **προσδοκώμενου θανάτου**. Άλλα πρόσωπα είναι ήρεμα – κυρίως τα θρησκευόμενα, που πιστεύουν ότι στη μετά θάνατο ζωή, είναι η «αληθινή ζωή» - και άλλα αντιμετωπίζουν τον θάνατο με χιούμορ. Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές αντιλήψεις για τον θάνατο. Έτσι κάθε άτομο τον αντιμετωπίζει ανάλογα με την κοσμοθεωρία του. (Πετρουλάκης, 1984) Οι πιο ηλικιωμένοι, που είναι πιο ευχαριστημένοι από τη ζωή τους και έχουν ήδη βιώσει τους θανάτους των συνομηλίκων τους, είναι συνήθως περισσότερο προετοιμασμένοι για τον δικό τους θάνατο, όταν αυτός έρθει. Τα άτομα που νιώθουν ότι είναι ακόμη πολύ νέα ή ότι η ζωή δεν τους πρόσφερε τις ικανοποιήσεις που προσδοκούσαν ότι θα έπαιρναν, ίσως νιώσουν πικρία κατά τις τελευταίες μέρες της ζωής τους. (Tucker, 1999)

Οι ψυχαναλυτικοί πιστεύουν ότι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο συμπεριφέρεται στην ηλικία αυτή έχει άμεση σχέση με το στυλ συμπεριφοράς και προσωπικότητας που το άτομο αυτό έχει υιοθετήσει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η μεγάλη ηλικία έχει το χαρακτηριστικό ότι απογυμνώνει τον άνθρωπο από τα περισσότερα ψυχολογικά στηρίγματα που κατείχε στη νεώτερη ηλικία. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Ο Έριχ Φρομ (1981) πιστεύει ότι ο πραγματικός χαρακτήρας ενός ατόμου φαίνεται πιο καθαρά και γνήσια στα γηρατειά. Μέχρι τώρα ο

ηλικιωμένος παρουσίαζε μια ζωτικότητα γιατί αυτό ήταν απαραίτητο (π.χ. λόγω εργασίας). Όταν έπαψε να είναι απαραίτητο, άφησε να φανεί ο εκφυλισμός στον οποίο είχε υποκύψει. Είναι λάθος να αποδίδουμε το δύστροπο χαρακτήρα που συναντάμε συχνά σε ηλικιωμένους ανθρώπους σε κάποιον εκφυλισμό που προκαλούν τα γηρατειά. Η αλήθεια είναι πως πολλοί από τους ανθρώπους αυτούς νιώθουν για πρώτη φορά ελεύθεροι να είναι ο εαυτός τους. Αυτό όμως δεν ισχύει μόνο για τους ιδιότροπους ανθρώπους, ισχύει και για τους πολύ καλόβολου. Όταν γεράσει κάποιος ίσως νιώσει ελεύθερος να είναι ο εαυτός του, με αυτή τη θετική έννοια, και τότε θα γίνει πολύ πιο καλοσυνάτος από όσο του επέτρεπαν οι κοινωνικές συνθήκες των νεώτερών του χρόνων, που λόγω της υπερβολικής του καλοσύνης μπορούσε να παρεξηγηθεί.

Η ευτυχία, τελικά, σαν συναίσθημα και κατάσταση, χαρακτηρίζει τον καλά προσαρμοσμένο υπερήλικα. Μια ευτυχία που εκδηλώνεται με την καλή συνεργασία με τους άλλους, με την απουσία εκείνων των χαρακτηριστικών συναισθηματικών «παθητικών» εντάσεων της ηλικίας, (γκρίνια, μελαγχολία, ψιθυριστό παράπονο) και κυρίως με την αποδοχή της ηλικίας και της γεροντικής προσωπικότητας. (Κοσμοπούλου, 1980)

2.2.2. Βιοσωματικές αλλαγές στην τρίτη ηλικία

Είναι φυσικό ύστερα από ορισμένη ηλικία, που διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και ποικίλλει από τα 50, τα 60, τα 70 χρόνια ή και παραπάνω, οι φυσιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού να πάψουν να γίνονται κανονικά και να σημειώνονται ορισμένες – λίγες στην αρχή, αλλά περισσότερες αργότερα – ανωμαλίες, που οδηγούν σε μια βαθμιαία κατάπτωση.

Φυσιολογικές αλλαγές

Φανερή είναι η **ελάττωση των φυσικών δυνάμεων**. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος το άτομο αναγκάζεται να εγκαταλείψει καθημερινές του συνήθειες, που πολλές φορές είναι ζωτικές, στην περίπτωση κυρίως που το επάγγελμα ή τα *hobbies* του ατόμου συνδέονταν με έντονες σωματικές δραστηριότητες (άθληση, μακρά πορεία, αγροτικές ασχολίες κλπ.). Η κατάσταση είναι ελαφρότερη στην περίπτωση ατόμων που η καθημερινή τους ζωή – επάγγελμα ή ασχολίες ελεύθερου χρόνου – δεν απαιτούσαν καταβολή έντονων σωματικών κινήσεων. (Πετρουλάκης, 1984)

Μετά το 60ό έτος της ηλικίας του, κάθε άτομο έχει χάσει σημαντικό αριθμό νευρικών κυττάρων και έχει αρχίσει να υφίσταται **μείωση της κινητικότητάς** του και της απόδοσης των δύο κυρίων αισθητηρίων: της **όρασης** και της **ακοής**. (Σπινέλλη, 1991) Συνήθως παρατηρείται μια βαθμιαία προοδευτική απώλεια της ακοής, η οποία είναι γνωστή ως πρεσβυακοΐα. Αρχικώς έχουμε απώλεια των τόνων υψηλής συχνότητας και η αντίληψη στους ήχους του περιβάλλοντος γίνεται ιδιαίτερα δύσκολη. Υπάρχει σχεδόν μια μη ανεκτικότητα στο δυνατό θόρυβο και είναι λάθος να φωνάζουμε δυνατά στους γέροντες ασθενείς. Είναι πιο σημαντικό να μιλάμε αργά και με ευκρίνεια. (Wagstaff & Coakley, 1997) Πολλοί άνθρωποι δεν χάνουν την ένταση όσο χάνουν την ευκρίνεια,

οπότε δεν συνειδητοποιούν ότι χάνουν την ακοή τους. Ένα άτομο με απώλεια της αισθησιακονευρικής ακοής (γνωστής ως πρεσβιακουσίας ή νευρικής κώφωσης), που είναι σχεδόν καθολική για τους υπερήλικες, μπορεί να μας ακούει αλλά μπορεί να μην μας καταλάβει. Ειδικά οι υψηλές συχνότητες ήχοι, μπορούν να γίνουν ασαφείς και φθόγγοι όπως το «σ», «φ» και «ζ» είναι δυνατό να μην διακρίνεται το ένα από το άλλο. Όταν τους μιλάμε ζητάνε να επαναλάβουμε και όταν το κάνουμε με πιο δυνατή φωνή λένε να μην φωνάζουμε γιατί δεν είναι κουφοί! (Καλαϊτζή, 2004)

Με την αύξηση του γήρατος, η ικανότητα των φακών του ματιού να κεντράρουν σε διαφορετικές αποστάσεις μειώνεται και αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως πρεσβυωπία, και οι περισσότεροι γέροι χρειάζονται γυαλιά για το διάβασμα. Η όραση μπορεί επίσης να ελαττωθεί λόγω του καταρράκτη, γλαυκώματος ή της γεροντικής κηλιδώδους εκφύλισης. Η όραση μειώνεται σταδιακά και τελικά μπορεί να απολεσθεί ολοκληρωτικά. Η μειωμένη όραση παρουσιάζεται συχνά σαν αιτία της ακινησίας στη γεροντική ηλικία. (Wagstaff & Coakley, 1997) Υπάρχουν επίσης κάποιες πιο λεπτές αλλαγές στην όραση που εμφανίζονται συνήθως σε μεγάλη ηλικία, αλλαγές τις οποίες ο ηλικιωμένος είναι δυνατό να μη συνειδητοποιήσει αλλά οι οποίες θα προσκολλήσουν τις καθημερινές ασχολίες. Για παράδειγμα, τα ηλικιωμένα μάτια δεν βλέπουν καλά στο αμυδρό φως, τυφλώνονται περισσότερο από τη λάμψη και δεν μπορούν αν εστιάσουν γρήγορα από κοντά σε μακριά ή από το φως στο σκοτάδι. Επίσης δεν διαχωρίζουν εύκολα τα χρώματα και τις αντιθέσεις, όπως το άκρο ενός σκαλοπατιού και ακολουθούν με δυσκολία τα κινούμενα αντικείμενα, όπως τα αυτοκίνητα στον αυτοκινητόδρομο. (Καλαϊτζή, 2004)

Σε άλλες περιπτώσεις εξαιτίας **εγκεφαλικών επεισοδίων** παρουσιάζονται παραλύσεις μελών του σώματος, δυσκολίες – μικρές ή

μεγάλες – στην ομιλία και στη διαδικασία της σκέψης. Ανάλογα με την έκταση και τη θέση της ζημιάς στον εγκέφαλο, το ηλικιωμένο πρόσωπο θα υποφέρει και από απώλεια των πνευματικών και αντιληπτικών του ικανοτήτων. (Πετρουλάκης, 1984)

Η εγκεφαλική βλάβη αποτελεί πάντα την αιτία **επιληψίας** (εκτός της σπάνιας ιδιοπαθούς επιληψίας, που θεωρείται κληρονομική νόσος). Επιληψία είναι η παθολογική κατάσταση στην οποία εμφανίζονται και επαναλαμβάνονται επιληπτικές κρίσεις. Η θέση και το είδος της εγκεφαλικής βλάβης διαφέρει και γι' αυτό μπορεί η αρρώστια να δώσει πολλά και διαφορετικά συμπτώματα. Οι επιληπτικές κρίσεις εμφανίζονται ύστερα από υπέρμετρη νευρονική εκφόρτιση του εγκεφάλου η οποία ξεπερνάει το επίπεδο ερεθιστικότητας του ανθρώπου. Αυτό το επίπεδο ερεθιστικότητας είναι χαμηλό κατά το γήρας, ώστε οι γέροντες να έχουν προδιάθεση για επιληπτικές κρίσεις. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

Οι μεταβολές στο ήπαρ και τους νεφρούς που παρατηρούνται με την ηλικία έχουν ιδιαίτερη σημασία όσον αφορά στη φαρμακευτική θεραπεία. (Wagstaff & Coakley, 1997) Τα πιο ηλικιωμένα νεφρά είναι λιγότερο αποτελεσματικά στη διατήρηση των υγρών και τα μηνύματα δίψας δεν ταξιδεύουν τόσο αποτελεσματικά, ειδικά αν το άτομο πάσχει από άνοια. Ως αποτέλεσμα, ένα μεγαλύτερο άτομο μπορεί να αφυδατωθεί εύκολα και να αρχίζει να συγχύζεται, να κουράζεται, να αφαιρείται και να αδυνατίζει καθώς το σώμα του στεγνώνει, και παρ' όλα αυτά να μην έχει συνειδητοποιήσει ότι χρειάζεται νερό. Με τον καιρό, το να αγνοεί κανείς τις ανάγκες του σώματος για υγρά μπορεί να του δημιουργήσει εντερικά προβλήματα, νεφρικές δυσκολίες, μολύνσεις της ουρικής οδού ακόμα και ντελίριο. (Καλαϊτζή, 2004)

Η **δύναμη του μύος εξασθενεί** σε αυτούς που δεν ασκούνται κανονικά και προοδευτικά σε μεγάλη ηλικία, τα οστά γίνονται

ασθενέστερα (**οστεοπόρωση**) και αυτό δημιουργεί τα κατάγματα. Η **καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία μειώνεται** και αυτό μπορεί να καταστεί σημαντικό, όταν ο ασθενής έχει άγχος κατά τη διάρκεια της αρρώστιας.

Ο μηχανισμός που ελέγχει την ισορροπία, τη στήριξη και την ισορροπία στην κίνηση μπορούν σχεδόν να προσβληθούν. Η οπτική διαστημική αντίληψη και διάγνωση μπορεί να φανεί λιγότερο ακριβής λόγω των εκφυλιστικών αλλοιώσεων στον ινιακό λοβό του εγκεφάλου. Εκφυλιστικές **αλλοιώσεις στο νευρικό σύστημα** μπορούν σχεδόν να περιπλέξουν τον φυσιολογικό μηχανισμό της θερμορυθμίσεως και να προδιαθέσουν υποθερμία. (Wagstaff & Coakley, 1997)

Η **καταβολή** είναι ιδιαίτερα φανερή **στη γοναδική λειτουργία** με αποτέλεσμα τη σεξουαλική ανικανότητα και συχνά την απώλεια και αυτής της επιθυμίας. Αυτό επιτείνεται και από την υπερτροφία του προστάτη. Έτσι παρατηρείται στους υπερήλικες νευρικότητα, εύκολη, ασταθής και ακραία συγκινητικότητα, πονοκέφαλοι, ευκολία στην κούραση, (διανοητική και φυσική) γενική χαλάρωση των δυνάμεων.

Οι αρρώστιες που τους κυκλώνουν, πολλές. Κυριαρχούν παθήσεις του κυκλοφορικού, του μεταβολισμού, διανοητικές, των αρθρώσεων καθώς και καρκίνος. Ο εγκέφαλος χάνει σε βάρος, τα σπλάχνα ατροφούν, η καρδιά μεταφέρεται από το κέντρο σχεδόν του στήθους που βρίσκεται στη νεαρή ηλικία προς τα άκρα και η θέση της γίνεται περισσότερο οριζόντια παρά όρθια. Η αρτηριοσκλήρυνση, και δη της αορτής, δημιουργεί υψηλή πίεση, δύσκολη θρέψη και χώνεψη. Ελαττώνεται πολύ η γεύση με αποτέλεσμα όλες οι τροφές να φαίνονται άνοστες. (Κοσμοπούλου, 1980)

Εξωτερικές αλλαγές

Άλλες βιοσωματικές αλλαγές είναι η **γεροντική πορφυρά** η οποία αυξάνεται λόγω του ότι τα τριχοειδή αγγεία του δέρματος αιμορραγούν πολύ ευκολότερα. Ένα πολύ ελαφρύ τραύμα είναι ικανό να δημιουργήσει έναν μεγάλο μώλωπα.

Περίπου ένα 40% των γερόντων αναπτύσσουν υπόλευκους αδιαφανείς κύκλους γύρω από τα μάτια, γνωστούς ως **γεροντότοξο**. Αυτό οφείλεται στην εναπόθεση λιπιδικών ουσιών. Αυτό δεν είναι αιτία των οπτικών προβλημάτων που οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν ότι έχουν καθώς μεγαλώνουν. (Wagstaff & Coakley, 1997)

Φυσιολογικά επίσης σημάδια των γηρατειών είναι και οι βαθιές ρυτίδες και τα κρεμασμένα μάγουλα. Τα δόντια έχουν πέσει, η επιδερμίδα λέπτυνε και στα βαθιά γεράματα παρουσιάζει σκοτεινούς λεκέδες. Οι φλέβες των χεριών ευδιάκριτες, οι βραχίονες πλαδαροί, οι ώμοι πεσμένοι. Τα δευτερεύοντα σεξουαλικά χαρακτηριστικά μαραίνονται, η φωνή γίνεται λεπτή και γενικά δεν διακρίνονται έντονα οι διαφορές των φύλων σε σημείο που τα άτομα της ηλικίας αυτής να δίνουν εντύπωση «τρίτου» ή «ουδέτερου» φύλου. (Κοσμοπούλου, 1980)

Η διαφορά στην ποιότητα ζωής ανάμεσα σε ένα ηλικιωμένο άτομο που έχει διατηρηθεί σε φόρμα και σε ένα συνομήλικό του άτομο που δεν έχει κρατηθεί σε φόρμα μπορεί να είναι τεράστια. Στην πραγματικότητα, η μεγαλύτερη έκπτωση που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία έχει να κάνει περισσότερο με τις επιδράσεις διαφόρων χρόνιων ασθενειών, που εξασθενούν το άτομο, παρά με την ίδια την τρίτη ηλικία. (Tucker, 1999)

2.2.3. Νοητικές ικανότητες στην τρίτη ηλικία

Σύμφωνα με μια ευρέως διαδεδομένη άποψη, στην τρίτη ηλικία οι νοητικές ικανότητες φθίνουν, οι δραστηριότητες είναι περιορισμένες, οι μεγάλοι άνθρωποι έχουν φτωχή μνήμη, δεν είναι σε θέση να σκεφτούν καθαρά και δεν ενδιαφέρονται να μάθουν καινούρια πράγματα. Η αλήθεια είναι ότι η τρίτη ηλικία μπορεί να είναι μια περίοδος δημιουργικότητας και ανάπτυξης από νοητική άποψη.

Έρευνα του Cole το 1979 έδειξε ότι οι ηλικίες των 60 και των 70, συνεχίζουν να θεωρούνται ως δημιουργική περίοδος, όσον αφορά τις επιστήμες και τις τέχνες. Κατά συνέπεια, οι δημιουργικές επιδόσεις δεν περιορίζονται σε μια χρονολογική περίοδο, αλλά εκτείνονται χωρίς όριο. Έχοντας εξασφαλίσει ένα άτομο τις κατάλληλες ικανότητες, καλή υγεία, αρκετή ενθάρρυνση από το περιβάλλον και τη δυνατότητα, κυρίως οικονομική, μπορεί να είναι δημιουργικό σε κάθε ηλικία. Ατυχώς, οι δυνητικά δημιουργικοί άνθρωποι, και ιδιαίτερα αυτοί της τρίτης ηλικίας που διαθέτουν και τον περισσότερο ελεύθερο χρόνο, μένουν ουσιαστικά ανεκμετάλλευτοι. Το δυναμικό τους παραμένει αδιάθετο και οι ίδιοι μάταια αναζητούν μια ευκαιρία για να αξιοποιήσουν τη δημιουργική τους έφεση. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Νοητικές και Γνωσιακές αλλαγές

Οι Birren και Fisher (1992) τονίζουν ότι η μείωση της ταχύτητας αντίδρασης είναι ουσιαστικής σημασίας για την κάμψη των ανώτερων νοητικών ικανοτήτων του ατόμου. Ως «ταχύτητα αντίδρασης» ορίζεται γενικά ο απαιτούμενος χρόνος για την εκτέλεση κάθε έργου το οποίο απαιτεί επεξεργασία από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Οι ίδιοι προσθέτουν ότι:

... η ηλικία (με τη χρονολογική της έννοια) δεν φαίνεται από μόνη της να ασκεί και τόσο μεγάλη επίδραση στη νοητική λειτουργία με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές όμως στην ταχύτητα, που συνδέονται με την ηλικία, ερμηνεύουν μεγάλο ποσοστό της διακύμανσης η οποία αφορά αλλαγές στις νοητικές ικανότητες. Μολονότι τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ταχύτητα είναι θεμελιώδους σημασίας στην αλλαγή των νοητικών ικανοτήτων με την αύξηση της ηλικίας, είναι προφανές ότι οι μεταβολές στην ταχύτητα της συμπεριφοράς, δεν μπορούν να ερμηνεύσουν όλες τις αλλαγές στις ικανότητες.

Έρευνες επίσης έδειξαν ότι κάποιος βαθμός *stress* μας βοηθά να «παραμένουμε σε εγρήγορση». Άτομα που είχαν βιώσει μεγαλύτερο αριθμό στρεσογόνων γεγονότων κατά τα τελευταία πέντε χρόνια της ζωής τους, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στην ταχύτητα της αντίληψης συγκριτικά με εκείνους που είχαν βιώσει λιγότερες στρεσογόνες εμπειρίες.

Η σωματική άσκηση μπορεί να επιτύχει τον πιο αποτελεσματικό μεταβολισμό των νευρομεταβιβαστών, των χημικών ουσιών που λειτουργούν ως οχήματα επικοινωνίας μεταξύ των νευρώνων, που είναι οι βασικές κυτταρικές μονάδες του νευρικού συστήματος. Έτσι, η άσκηση μπορεί να ανακόψει εν μέρει την επιβράδυνση της ταχύτητας αντίδρασης που έρχεται με το γήρας, και ενδεχομένως να αυξήσει την εγρήγορση αυξάνοντας την ετοιμότητα για δράση.

Μια πιθανή επίσης εξήγηση της μείωσης των νοητικών ικανοτήτων είναι το καρδιαγγειακό σύστημα, και ιδιαίτερα εκείνο που αφορά την τροφοδοσία αίματος στον εγκέφαλο. Μολονότι υπάρχουν ενδείξεις για την ανάμειξή του, ακόμη και όταν τα άτομα εξετάζονται για εγκεφαλικές ή αγγειακές διαταραχές, εξακολουθεί να παρατηρείται ένας

βαθμός επιβράδυνσης στις δοκιμασίες του χρόνου αντίδρασης όσο αυξάνεται η ηλικία.

Δεδομένου ότι η τροφοδοσία με οξυγόνο αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες συντήρησης του εγκεφάλου, δεν προκαλούν ιδιαίτερη έκπληξη οι αναφορές που υποστηρίζουν ότι κάποια νοσήματα όπως η χρόνια βρογχίτιδα, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή παροχή οξυγόνου στο αίμα, συνδέονται με επιδείνωση των γνωστικών ικανοτήτων. Σε αυτή την περίπτωση τα ερευνητικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι οι συγκεκριμένες καταστάσεις επηρεάζουν τη «ρέουσα» νοημοσύνη.

Φαίνεται πιθανό ότι με τη βελτίωση της υγείας (και ιδιαίτερα του μεταβολισμού του οξυγόνου) μπορούν επίσης να βελτιωθούν διάφορες πλευρές της γνωστικής λειτουργίας, και ότι αντίθετα, η κακή υγεία του σώματος ενδέχεται να έχει επιβλαβείς συνέπειες.

Ο διαβήτης, ο οποίος εμφανίζεται πιο συχνά στον ύστερο βίο, μπορεί να συνδέεται με τη μειωμένη μνημονική ικανότητα και την απόδοση της «ρέουσας» νοημοσύνης.

Είναι βέβαιο ότι η κατάθλιψη, συνιστά μια ψυχολογική κατάσταση που μειώνει από μόνη της τη γνωστική ικανότητα και μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα αλλαγής των γνωστικών διεργασιών. Πράγματι, οι παθήσεις της απώλειας μνήμης και της γνωστικής δυσλειτουργίας συνιστούν ούτως ή άλλως συμπτώματα κατάθλιψης. (Slater, 2003)

Η ικανότητα της γνωστικής λειτουργίας εξελίσσεται και διατηρείται με τη συνεχή άσκηση. Η καθημερινή ζωή όμως δίνει στους γέροντες μικρότερο αριθμό ευκαιριών για άσκηση των γνωστικών λειτουργιών. Έτσι, με την έλλειψη ασκήσεως επέρχεται μια βαθμιαία άμβλυνση της γνωστικής λειτουργίας και ικανότητας. Είναι αυτό που παρατηρείται συχνά στους γέροντες, μια ελαφρά, δηλαδή, περαστική

θόλωση της διανοίας. Θεωρείται ότι αυτή η κατάσταση είναι φυσιολογική, γιατί έτσι νομίζεται ότι πρέπει να είναι οι γέροντες. Αλλά κατά το πλείστον δεν είναι έτσι. Αυτές οι καταστάσεις είναι παθολογικές και μπορούν να θεραπευθούν.

Αλλαγές στη Μνήμη

Οι μέχρι τώρα έρευνες δείχνουν ότι η μνήμη χειροτερεύει στους γέροντες. Ιδιαίτερα αυτό που χειροτερεύει είναι η ικανότητα να θυμάται κανείς πράγματα που ακούει ή διαβάζει στο παρόν. Η λεγόμενη βραχεία (πρόσφατη) μνήμη χειροτερεύει και η μάθηση δυσκολεύεται. Αλλά, όταν έχει μάθει κανείς κάτι, το θυμάται (έστω και αν είναι γέρος). Η ικανότητα κατανόησης και μάθησης υπάρχει στον γέροντα. Η μακρά μνήμη (θύμηση των παλιών και περασμένων) είναι φυσιολογική. Τα ίδια συμβαίνουν και με την ικανότητα προσανατολισμού. Οι υγιείς γέροντες δεν εμφανίζουν δυσκολίες. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

Ο Slater (2003) υποστηρίζει ότι άτομα με υψηλότερο δείκτη IQ αναφέρουν μεγαλύτερη φθορά στις μνημονικές τους ικανότητες και υψηλότερη συχνότητα απώλειας αντικειμένων.

Μια αρκετά συνηθισμένη εμπειρία είναι η αδυναμία των ατόμων να θυμηθούν κάτι το οποίο, όπως χαρακτηριστικά ισχυρίζονται, βρίσκεται «στην άκρη της γλώσσας τους». Με άλλα λόγια, συχνά γνωρίζουμε ότι μια συγκεκριμένη πληροφορία υπάρχει στη μνήμη αλλά δεν μπορούμε να την ανασύρουμε άμεσα. Το φαινόμενο αυτό αποτελεί εμπειρία όλων των ανθρώπων σε παγκόσμιο επίπεδο. Συχνά το άτομο «γνωρίζει» το πρώτο γράμμα της «ξεχασμένης» λέξης. Αυτή η εμπειρία φαίνεται να αυξάνει με το πέρασμα της ηλικίας. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν την τάση να περιμένουν τη λέξη να ξεπηδήσει από το μυαλό τους, ενώ οι νεότεροι καταβάλλουν πιο δραστήριες προσπάθειες να τη θυμηθούν. (Slater, 2003)

Βασική αιτία της πτώσεως της μνήμης αποτελεί η έλλειψη κινήτρων για προσοχή και μνήμη, προϋπόθεση που ήταν απαραίτητη για την ανταπόκριση στα επαγγελματικά κλπ καθήκοντα της νεανικής και ώριμης ηλικίας. Η μνημονική απόδοση του ηλικιωμένου επηρεάζεται από τη γενικότερη διανοητική καταβολή και από το κατά πόσο αισθάνεται ευτυχής στις συνθήκες της ζωής του. (Κοσμοπούλου, 1980)

Μερικές φορές στην ηλικία αυτή είναι δυνατό να εμφανιστεί η νόσος του *Alzheimer*. Η νόσος αυτή συνδέεται με αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου, οι οποίες καταλήγουν σε σταδιακή αποδιοργάνωση της λειτουργίας του, με σοβαρές επιπτώσεις στη νόηση. Η νόσος του *Alzheimer* εμφανίζεται στο 5% των 70άρηδων, αν και το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 15% στους 80χρονους και στο 30% στους 90άρηδες. (Tucker, 1999)

Φαίνεται ότι η ζωή χωρίς προκλήσεις και απαιτήσεις καταλήγει στην επιβράδυνση των λειτουργιών του εγκεφάλου. Οι γνωστικές λειτουργίες είναι αρκετά εύπλαστες και οι ηλικιωμένοι είναι πολύ πιο ικανοί από όσο υποθέτουμε. Το ζητούμενο είναι το ενδιαφέρον των άλλων, οι οποίοι θα τους παρακινήσουν σε διάφορες δραστηριότητες και θα τους δημιουργήσουν τα απαραίτητα κίνητρα ώστε να παραμείνουν δραστήριοι σε πολλούς τομείς της ζωής τους. (Slater, 2003) Οι γέροντες που έχουν ενδιαφέροντα παρουσιάζουν πολύ σπάνια μείωση της γνωστικής λειτουργίας. Γενικά οι γέροντες που έχουν ικανοποιητική ομαδική ζωή, έχουν αρκετές ευκαιρίες για άσκηση όλων των λειτουργιών τους, οι οποίες έτσι διατηρούνται καλύτερα. (Παπασπυρόπουλος, 1991) Η διαύγεια του πνεύματος είναι πολλές φορές μεγάλη έως το τέλος, και γενικότερα, είναι δυνατό να παραμείνει κανείς πολύ δραστήριος σε μεγάλη ηλικία. (Πρακτικά Συνεδρίου «Η Τρίτη Ηλικία ως Θύμα, 2002)

2.2.4. Προσωπικότητα της τρίτης ηλικίας

Η ψυχολογική εκτίμηση της προσωπικότητας στην τρίτη ηλικία έχει αποδειχθεί ότι είναι αρκετά δυσχερείς. Πολλοί λίγοι άνθρωποι καταφέρνουν να προσαρμοστούν άψογα, έτσι ώστε η προσωπικότητά τους να χαρακτηριστεί «καλή», ή δεν πετυχαίνουν να προσαρμοστούν, και η προσωπικότητά τους χαρακτηρίζεται «κακή». Η πλειονότητα των ατόμων τρίτης ηλικίας κατέχουν ένα μείγμα από καλά και κακά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, έτσι ώστε να απομακρύνονται από τους απόλυτους διαχωρισμούς ανάμεσα στο κακό και το καλό, στο μαύρο και το άσπρο, και να υπάγονται σε κάποια ενδιάμεση γκριζα περιοχή (περισσότερο ή λιγότερο γκρι κατά περίπτωση).

Η μέτρηση της προσωπικότητας και ειδικά στην τρίτη ηλικία με τις τόσες ψυχοκοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν στους ηλικιωμένους (υγεία, μειωμένοι οικονομικοί πόροι, συνταξιοδότηση, απώλειες λόγω θανάτου), απαιτεί μεγάλη προσοχή. Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος για τον οποίο έχουν διαμορφωθεί αξιόλογες θεωρίες και έχουν γίνει πολλές έρευνες. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Η προσωπικότητα περιγράφεται συχνά με όρους «τύπων» ή «χαρακτηριστικών». Οι «τύποι» υποδηλώνουν ασυνέχεια, με την έννοια ότι στο άτομο αποδίδεται ο χαρακτηρισμός ενός συγκεκριμένου «τύπου». Με άλλα λόγια θεωρείται ότι υπάρχει ένας αριθμός ανθρώπων με παρόμοια χαρακτηριστικά, οι οποίοι λόγω της ομοιότητάς τους, είναι επαρκώς διαφορετικοί από άλλους και έτσι δικαιολογούν την ταξινόμησή τους σε μια κατηγορία. Τα «χαρακτηριστικά» είναι δηλωτικά πιο λεπτών βαθμών διαφοροποίησης.

Οι Costa και McCrae (1989), αφού εξέτασαν τον πιο δημοφιλή ίσως κατάλογο «τύπων» προσωπικότητας (τον Myers-Briggs Type Indicator – MBTI), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο καλύτερος τρόπος για την

περιγραφή της προσωπικότητας είναι τέσσερις «μεγάλοι» παράγοντες ή διαστάσεις: νευρωτισμός, εξωστρέφεια, δεκτικότητα σε εμπειρίες και προσήνεια. (Slater, 2003) Τα χαρακτηριστικά αυτά συνιστούν ευρείες προδιαθέσεις, σύμφωνα με τις οποίες αξιολογείται η ανθρώπινη προσωπικότητα γενικά.

1. Ο **νευρωτισμός** περιλαμβάνει κάθε διαταραγμένη συμπεριφορά που εμποδίζει την καλή προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον. Το άτομο δεν είναι συναισθηματικά σταθερό και καλά προσαρμοσμένο, αλλά ψυχολογικά ευάλωτο και επιρρεπές στη συναισθηματική αστάθεια. Ο νευρωτισμός περιλαμβάνει κάθε εκδήλωση άγχους, εχθρικότητας, κατάθλιψης και συναισθηματικής διαταραχής που μπορεί να εκδηλώσει το άτομο.

2. Η **εξωστρέφεια** περιλαμβάνει τις συμπεριφορές ανοικτής επικοινωνίας με τους άλλους, όπως είναι η δοτικότητα, η θερμή συναισθηματικότητα, η ενεργητικότητα και η διεκδικητικότητα. Η εξωστρέφεια καταγράφει σε ποιο βαθμό το άτομο αισθάνεται άνετα με τους άλλους, είναι ευτυχές και εμπλέκεται με ενθουσιασμό στη ζωή, και σε ποιο βαθμό το άτομο αισθάνεται άνετα να ζει μια πιο μοναχική και αποτραβηγμένη ζωή.

3. Η **δεκτικότητα σε εμπειρίες** περιλαμβάνει τη βούληση του ατόμου να παίρνει ρίσκα, να αναζητά καινούριες εμπειρίες και να προσπαθεί για καινούριες κατακτήσεις. Η δεκτικότητα σε εμπειρίες καταγράφει σε ποιο βαθμό το άτομο αρέσκεται να περπατά σε απάτητα μονοπάτια, να δοκιμάζει νέες εμπειρίες ή αντίθετα προτιμά να είναι συντηρητικό, προφυλαγμένο, και δεν μετακινείται εύκολα από τις δοκιμασμένες λύσεις και τη συμβατική νοοτροπία. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

4. Η **προσήνεια** περιλαμβάνει στοιχεία όπως η εμπιστοσύνη, η ευθύτητα, ο αλτρουισμός, η ενδοτικότητα, η μετριοφροσύνη και η τρυφερότητα.

Αυτή η θεωρία χαρακτηριστικών είναι καθαρά εμπειρική και περιγραφική. Δεν προσφέρει καμία εξήγηση για τη γένεση της προσωπικότητας ή για τους μηχανισμούς που εξηγούν τις ατομικές διαφορές στα ψυχομετρικά προφίλ. (Slater, 2003)

Σύμφωνα με αυτούς τους ερευνητές η μέτρηση των τεσσάρων αυτών προδιαθέσεων της προσωπικότητας, διαχρονικά μας επιτρέπει να εξετάσουμε την αλήθεια που περιέχεται σε πολλές θεωρίες σχετικά με τις ηλικιο-εξαρτώμενες μεταβολές στην προσωπικότητα.

Η διάκριση μεταξύ των τύπων προσωπικότητας των ηλικιωμένων έχει μια σχετικά μακρά ερευνητική ιστορία στην γεροντολογία. Εμείς θα παρουσιάσουμε την έρευνα των Reichard, Livson και Petersen που διενεργήθηκε το 1962 αλλά μέχρι και σήμερα θεωρείται κλασική στο είδος της. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι τύποι προσωπικότητας είναι οι εξής πέντε:

1. Οι **ώριμοι ή δημιουργικοί ηλικιωμένοι** είναι όσοι έχουν προσαρμοστεί με ιδανικό τρόπο. Αποδέχονται τους εαυτούς τους, με τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους και, το πιο σημαντικό, αποδέχονται το παρελθόν τους. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν δυναστεύονται από νευρωτικές συγκρούσεις, ενώ διατηρούν στενές διαπροσωπικές επαφές και ικανοποιητικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Συνεχίζουν να γερνούν χωρίς να μετανιώνουν για πολλά πράγματα.

2. Οι **τύποι της κουνιστής πολυθρόνας** είναι όσοι έχουν επιτύχει μια σχετικά καλή προσαρμογή αποσυρόμενοι από τις βαριές υπευθυνότητες. Οι ηλικιωμένοι αυτοί βλέπουν τον εαυτό τους σε συσχετισμό με την ηλικία τους, αισθάνονται ότι είναι ελεύθεροι από υποχρεώσεις, και επιθυμούν να φέρουν στην επιφάνεια τον παθητικό εαυτό τους. Οι τύποι

αυτοί χαρακτηρίζονται, όπως και οι προηγούμενοι, από υψηλό επίπεδο αυτοαποδοχής, και η αποδοχή αυτή είναι συνήθως παθητική. Αισθάνονται καλά όταν είναι εξαρτημένοι από τους άλλους.

3. Οι **θωρακισμένοι τύποι** βρίσκονται κάπου στη μέση, από άποψη ψυχολογικής προσαρμογής, στις διεργασίες της γήρανσης. Οι θωρακισμένοι στηρίζονται έντονα σε αμυντικούς μηχανισμούς ώστε να αντεπεξέλθουν και να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά συναισθήματα που γεννιούνται μέσα τους. Για παράδειγμα, φροντίζουν να είναι διαρκώς απασχολημένοι ώστε να δείχνουν πόσο ανεξάρτητοι είναι. Οι θωρακισμένοι είναι τυπικά καλά προσαρμοσμένοι, αλλά κρύβουν τον άκαμπτο χαρακτήρα τους με τη βοήθεια αμυντικών μηχανισμών.

4. Οι **θυμωμένοι** είναι όσοι δεν είναι καλά προσαρμοσμένοι στις διεργασίες της γήρανσης. Η εξωτερική τους συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από θυμό τον οποίο στρέφουν ενάντια στους άλλους. Αποκτούν τη συνήθεια να εκφράζουν την πικρία τους, στρεφόμενοι επιθετικά εναντίον των άλλων. Συχνά κατηγορούν ανοιχτά τους άλλους για τις αποτυχίες τους, ή απογοητεύονται εύκολα όταν οι καταστάσεις δεν παίρνουν την τροπή που θα ήθελαν οι ίδιοι.

5. Οι **μισούμενοι** συνιστούν έναν άλλο τύπο κακής προσαρμογής στην γήρανση. Μοιάζουν με τους θυμωμένους, αλλά τον θυμό τον στρέφουν εναντίον του εαυτού τους. Νιώθουν καταπιεσμένοι και κατηγορούν τον εαυτό τους για τις αποτυχίες και τις απογοητεύσεις τους. Τρέφουν αρνητικά συναισθήματα για το γεγονός ότι γερνούν, και για τους άλλους ηλικιωμένους γενικά. Η μεγάλη ηλικία είναι για αυτούς μια άχρηστη, καθόλου ενδιαφέρουσα περίοδος της ανθρώπινης ύπαρξης.

Οι πρώτοι τρεις τύποι βιώνουν τη γήρανση με επιτυχία, ενώ οι άλλοι δύο τελευταίοι βιώνουν τη γήρανση αρνητικά, χωρίς προσαρμογή σε αυτήν.

Οι τυπολογίες της προσωπικότητας στη μεγάλη ηλικία δείχνουν ότι η δομή της προσωπικότητας του ηλικιωμένου είναι καθοριστικός παράγοντας που δείχνει εάν και κατά πόσο το άτομο θα γεράσει με επιτυχία. Όσο πιο καλά συγκροτημένη είναι η προσωπικότητα του ηλικιωμένου ατόμου, με τόση μεγαλύτερη επιτυχία και αποτελεσματικότητα θα χειριστεί τις αναγκαίες προσαρμογές του στη μεγάλη ηλικία. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

2.3. Η θέση των ηλικιωμένων στη παραδοσιακή και σύγχρονη κοινωνία

Στα πλαίσια της παραδοσιακής κοινωνίας, οι ηλικιωμένοι, τόσο στο επίπεδο της κοινότητας όσο και στο επίπεδο της οικογένειας η οποία ήταν εκτεταμένου τύπου και αποτελείτο από τρεις γενεές (παππούδες, γονείς, παιδιά) αποτελούσαν σημαντικά πρόσωπα. Οι ηλικιωμένοι λειτουργούσαν μέσα από πλήθος ρόλων, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Συχνά εκαλούντο να ανταποκριθούν σε πλήθος ρόλων, ανεξάρτητα αναγκών, και να δώσουν λύσεις σε υπάρχοντα προβλήματα. Μέσα από αυτούς τους ρόλους παρέμεναν ενεργητικοί και δραστήριοι, μέχρι τα βαθιά γηρατειά. Μόνο οι λειτουργικές τους αδυναμίες, σε καθαρά σωματικό επίπεδο, τους υποχρέωναν να παραδώσουν τη σκυτάλη στις νεώτερες γενεές.

Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι το άτομο λειτουργούσε μέσα από ρόλους σαφώς καθορισμένους από τη κοινότητα. Το πέρασμα των ενήλικων μελών στην τρίτη ηλικία συντελείτο σε ένα χώρο που παρείχε ασφάλεια, σεβασμό και δυνατότητες προσαρμογής στο νέο τρόπο ζωής. Η παραδοσιακή κοινότητα είχε τη μεγάλη αρετή να παρέχει εναλλακτικές λύσεις στα ηλικιωμένα μέλη της με τη δυνατότητα συμμετοχής στα κοινά και την ύπαρξη κοινών τόπων συνάθροισης, είτε αυτό γινόταν στις γειτονιές των μεγάλων πόλεων, είτε στα χωριά της ελληνικής επαρχίας.

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

Το ηλικιωμένο άτομο τελείωνε τη ζωή του μέσα σε ένα περιβάλλον οικογενειακό και κοινωνικό που του παρείχε τη δυνατότητα προσωπικής συμμετοχής, τη δυνατότητα επιλογών και επιπλέον, παρείχε υποστήριξη

και ασφάλεια ώστε να αντιμετωπίζει τις εκάστοτε δυσκολίες (φτώχεια, μετανάστευση, αρρώστιες, θανάτους, καταστροφές κλπ.). (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Με τη συμπαράσταση της θρησκείας και της εκκλησίας, της παράδοσης, της υπακοής και του σεβασμού, η οικογενειακή ιεραρχία ήταν κάτι αυτονόητο και επιβεβλημένο. Ο οικογενειακός σύνδεσμος ήταν μεγαλύτερος και κρατούνταν σε στενότερη επαφή η προσέγγιση παιδιών και γονέων. (Βασιλείου, 1981)

Στη παραδοσιακή λοιπόν κοινωνία, όπου ακολουθούνταν η πατριαρχική μορφή οικογένειας, θεωρούσαν τον ηλικιωμένο αναμφισβήτητο αρχηγό, μάρτυρα πολιτισμού και παράδοσης. Εκείνος μεταβίβαζε την εμπειρία που είχε βιώσει και έχαιρε σεβασμού και εκτίμησης από τα μέλη της οικογένειας, τα οποία επωφελούνταν από τις δικές του γνώσεις για να ασκούν δραστηριότητες που δεν απείχαν ουσιαστικά από τις δραστηριότητες παλαιότερων εποχών. Με αυτή λοιπόν την ιδιότητα ο ηλικιωμένος ήταν αποδεκτός και αποτελούσε αναπόσπαστο στοιχείο της κοινωνίας στην οποία ανήκε.

Στη σημερινή εποχή οι συνθήκες έχουν αλλάξει, βρισκόμαστε πολύ μακριά από τη πατριαρχική οικογένεια και έχει περιοριστεί ο πειστικός ρόλος της. Η σαρωτική ορμή της ιλιγγιώδους επιστημονικής και τεχνολογικής ανάπτυξης που μεταμόρφωσε μια κοινωνία στατική σε μια κοινωνία έντονα δυναμική, έβαλε στο περιθώριο τον ηλικιωμένο με το δικαιολογητικό ότι δεν κατέχει τις νέες γνώσεις και δεν έχει να προσφέρει χρήσιμες εμπειρίες στις νέες γενιές. (Μονταλτσίνι, 1998)

Διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες επηρέασαν σημαντικά τα άτομα της τρίτης ηλικίας στις σύγχρονες κοινωνίες. Στη χώρα μας αναπτύχθηκαν φαινόμενα που προκάλεσαν έντονες κοινωνικές αλλαγές ανάμεσα στο πριν και στο τώρα ως αποτέλεσμα της αστικοποίησης, της βιομηχανοποίησης και της μετανάστευσης που εξελίχθηκαν με

γρήγορους και συχνά μη ελεγχόμενους ρυθμούς. Η δομή της οικογένειας άλλαξε, αξίες ανατράπηκαν, ρόλοι μεταβλήθηκαν, νέοι τρόποι συμπεριφοράς καθιερώθηκαν και οι ηλικιωμένοι ως μια ειδικά ευάλωτη ομάδα πληθυσμού, βρέθηκαν αντιμέτωποι με καταστάσεις για τις οποίες δεν ήταν προετοιμασμένοι και αισθάνθηκαν μετέωροι και ανασφαλείς.

Η εσωτερική μετανάστευση και η αστικοποίηση δημιούργησαν την ανάγκη μετακίνησης και άμεσης στέγασης στις πόλεις μεγάλων ομάδων πληθυσμού. Οι ηλικιωμένοι που σε πολλές περιπτώσεις είχαν τη τύχη να ακολουθήσουν τους νέους στις μεγαλουπόλεις, βρίσκονταν τις περισσότερες φορές μπροστά σε μια νέα πολύ οδυνηρή πραγματικότητα. Αποξενωμένοι από τη γη τους, τα ζωντανά τους και ότι τους έδενε με τα χωριά τους και τους κρατούσε ευχαριστημένους και ζωντανούς, ως τα βαθιά γηρατιά τους, έπρεπε να εξοικειωθούν με καταστάσεις που τους προξενούσαν ανασφάλεια, δυσαρέσκεια ή και φόβο.

Το πέρασμα της ελληνικής κοινωνίας στη σύγχρονη κοινωνική της οργάνωση, με τις πυρηνικές οικογένειες (πατέρας, μητέρα, παιδί), η απομόνωση των ανθρώπων στις πολυκατοικίες, η τυχαία εξάπλωση των μέσω μαζικής ενημέρωσης, ο καταναλωτισμός ως «νέος» τρόπος ζωής, οδήγησαν την κοινωνία σε υψηλού βαθμού συμπλοκότητα των ανθρώπινων σχέσεων. Οι συγκρουσιακές και ανταγωνιστικές σχέσεις που αντιμετωπίζουμε σε κοινωνικό επίπεδο αντανακλώνται και στο επίπεδο της οικογένειας.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η δυσλειτουργία των ατόμων, η οποία εκφράζεται πιο έντονα στις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, δηλαδή τα παιδιά και τους ηλικιωμένους.

Σε ένα κόσμο που αλλάζει καθημερινά όπου τίποτε πια δεν είναι σταθερό (πολιτικά συστήματα, εθνικοί – γεωγραφικοί χώροι κ.λ.π.), οι ηλικιωμένοι βρίσκονται να αντιμετωπίζουν καθημερινά τη σύγκρουση του χθες με το σήμερα, την ανατροπή των αξιών, τη μεταβολή των

κανόνων συμπεριφοράς που καθοδήγησαν τη ζωή τους. Οι σημερινοί ηλικιωμένοι καλούνται να λειτουργήσουν σε συνθήκες που θεωρούνται πολύ σύμπλοκες (επομένως και δύσκολες), ακόμη και για τις πιο δραστήριες ομάδες του γενικού πληθυσμού. (Χριστοδούλου, Κονταξιάκης, 2000)

Στα προβλήματα αυτά, που είναι προβλήματα όλων μας, οι άνθρωποι της σημερινής εποχής καλούνται να δώσουν λύσεις. Η παραδοσιακή κοινωνία του χωριού ή της γειτονιάς δεν υπάρχει πια. Επομένως οι παλιές δοκιμασμένες συνταγές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του ηλικιωμένου δεν μπορούν να εφαρμοστούν στη σύγχρονη εποχή. Οι νέες διεργασίες και ζυμώσεις απαιτούν την εύρεση νέων, αντίστοιχα, λύσεων, που θα δημιουργήσουν ένα γερό υποστηρικτικό σύστημα για τους ανθρώπους που μπαίνουν στη τρίτη ηλικία. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

2.4. Στερεότυπες αντιλήψεις για τους ηλικιωμένους

Οι υπερήλικες αντιμετωπίζονται ως επιβαρυντικοί παράγοντες και ως μη αποδοτικοί παραγωγικά, με αποτέλεσμα να τίθενται έμμεσα ή άμεσα στο κοινωνικό περιθώριο. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999) Γενικώς, οι συμπεριφορές προς τους ηλικιωμένους στην κοινωνία τείνει να γίνει αρνητική. Ο σεβασμός για το γήρας άλλαξε και σε πολλές περιπτώσεις δημιουργεί προκατάληψη ενάντια σ' αυτό. (Wagstaff & Coakley, 1997) Η λέξη «γέρος» γενικά είναι αρνητικά φορτισμένη και συνοδεύεται από μια σειρά δυσμενείς επιπτώσεις: την οστεοπόρωση και γενικά την ασθένεια, την έκπτωση των σωματικών και νοητικών λειτουργιών, τη μείωση του εισοδήματος, την παραμέληση και απομόνωση, την αίσθηση του μη χρήσιμου μέλους της κοινωνίας, και συχνά ακόμη και την ενδο-οικογενειακή ή άλλης μορφής βία. (Σπινέλλη, 2002)

Η Μαλικιώση – Λοΐζου (2002) αναφέρει πέντε βασικά στερεότυπα τα οποία κυριαρχούν επί του παρόντος σε μεγάλο μέρος της κοινωνίας μας σε σχέση με τους γηραιότερους συμπολίτες μας:

1. είναι γενικά αδύναμοι και έχουν κακή υγεία
2. έχουν σύγχυση και πάσχουν από άνοια
3. είναι κατά το πλείστον απομονωμένοι και νιώθουν έντονη μοναξιά
4. είναι φτωχοί, μη παραγωγικοί και επιβαρύνουν οικονομικά την κοινωνία
5. είναι σεξουαλικά αδρανείς και ψυχροί (από Slater, 2003)

Στη σχετική ψυχολογική βιβλιογραφία των τελευταίων 20 χρόνων περίπου, αναφέρονται κάποιοι σχετικοί μύθοι ή «αρνητικά στερεότυπα» για την προχωρημένη ηλικία. Πρώτο είναι «το σύνδρομο (ή το «σοκ») της συνταξιοδότησης». Ως χαρακτηριστικά του αναφέρονται η έλλειψη συγκεκριμένου χώρου απασχόλησης, αφού το άτομο αποχώρησε από την

εργασία του, οι συζυγικές προστριβές, λόγω της μεγαλύτερης διάρκειας παραμονής του συνταξιούχου στο σπίτι του, η αυξημένη επιθετικότητα, η κατάθλιψη, οι ψυχοσωματικές νόσοι και τέλος, η επίσπευση της έλευσης του θανάτου. Πέρα από το «σύνδρομο της συνταξιοδότησης» υπάρχουν και άλλα αρνητικά στερεότυπα σε σχέση με την «τρίτη ηλικία». Περιληπτικά, πιστεύεται ότι η πλειοψηφία ατόμων προχωρημένης ηλικίας υποφέρει από «γεροντική άνοια», ότι δεν υπάρχει ενδιαφέρον ή δυνατότητα για σεξουαλικές σχέσεις, ότι δεν είναι σε θέση να αποδίδει όσο άτομα νεώτερων ηλικιών, ότι παρουσιάζει ακαμψία στις γνωσιακές λειτουργίες και στη συμπεριφορά και ότι βρίσκεται στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής. (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2000)

Οι ηλικιωμένοι, ανήκοντας κατά κανόνα στην κατηγορία των συνταξιούχων, των απόμαχων δηλαδή της εργασίας και επιβαρύνοντας ουσιαστικά τους «εν ενεργεία» ασφαλισμένους αντιμετωπίζονται πολύ συχνά σαν παθητικά μέλη της κοινωνίας, σαν τα άτομα τα οποία «έφαγαν τα ψωμιά τους», όπως λέει και ο λαός μας, και συνεπώς οι απαιτήσεις τους πρέπει να είναι περιορισμένες! Γενικά, επικρατεί η αντίληψη πως οι ηλικιωμένοι είναι άτομα που ζουν στην απομόνωση και το φόβο. (Μαντιάφου – Κανελλοπούλου, 2003)

Επιπλέον, οι περισσότεροι νέοι θεωρούν μειονέκτημα και αδυναμία, πώς οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας είναι αισθηματικοί και ευκολοσυγκίνητοι. Πώς στερούνται ρεαλισμό και παρασύρονται σε υπερβολική, χωρίς μέτρο, ευαισθησία. (Βασιλείου, 1981)

Τα στερεότυπα για τους «ηλικιωμένους» που έχουμε ως νέοι είναι πιθανό να μας συνοδεύουν ακόμη και όταν εμείς γίνουμε οι «άλλοι», οι «ηλικιωμένοι». Ίσως αυτός να είναι ένας λόγος για τον οποίο κάποια από τα εν λόγω στερεότυπα υποστηρίζονται θερμά τόσο από τους νέους όσο και από τους ίδιους τους «ηλικιωμένους». Πράγματι, ορισμένα στερεότυπα για τους «ηλικιωμένους» ενδέχεται να προσυπογράφονται

πολύ περισσότερο από τους γηραιούς παρά από τους νέους, όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, σε κάποια ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε ιδρύματα ή οίκους ευγηρίας. (Slater, 2003)

Παρά τη γενική τάση των μαζικών μέσων ενημέρωσης να προβάλουν την εικόνα του ενεργητικού και δημιουργικού υπερήλικα, η αντίληψη που έχει ο μέσος άνθρωπος δεν φαίνεται να μεταβάλλεται.

Η αρνητική, ακόμα και απωθητική, στάση απέναντι στα γηρατειά μειώνεται μεταξύ των ατόμων που αγγίζουν και ξεπερνούν τα 65 χρόνια. Τα άτομα της ηλικίας αυτής τείνουν να βλέπουν πιο θετικά τον εαυτό τους και αποφεύγουν να αυτοχαρακτηρίζονται «γέροι». Η ψυχολογική έρευνα δείχνει ότι είναι πολύ δύσκολο για τους ανθρώπους όλων των ηλικιών να αποδώσουν στον εαυτό τους τις αρνητικές ιδιότητες που αποδίδονται συνήθως στους γέρους. Ο χαρακτηρισμός του γέρου βαρύνεται με τόσες προκαταλήψεις, όσες περίπου και ο ρατσισμός και ο σεξισμός.

Είναι προφανές ότι η έννοια της ηλικίωσης είναι φορτισμένη αρνητικά και αυτό επιδρά καταλυτικά στον τρόπο με τον οποίο μεταχειριζόμαστε τους ηλικιωμένους. Χαρακτηριστικά είναι και τα ανέκδοτα και γενικά το χιούμορ με το οποίο εκφράζουμε τη στάση μας απέναντι στην τρίτη ηλικία.

Εξ' άλλου, μια σειρά από αποφθέγματα και ρητά που αφορούν την τρίτη ηλικία φαίνεται ότι μπορούν να βρεθούν σε όλες τις γλώσσες και τους πολιτισμούς. Πολλά από αυτά είναι επαινετικά και τονίζουν τη σοφία ζωής που χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους. Υπάρχουν όμως και άλλα που δεν παραλείπουν να επισημάνουν την αναπόφευκτη φθορά που επέρχεται σταδιακά με την ηλικία.

Είναι προφανές ότι τα στερεότυπα που οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν για τους ηλικιωμένους δεν είναι πάντα τόσο άκαμπτα. Η αρνητική περιγραφή, ακόμα και όταν ισχύει για μερικούς, είναι αδύνατο να

γενικευτεί σε όλους τους ηλικιωμένους. Από την άλλη πλευρά, οποιαδήποτε καλή επίδοση που πετυχαίνουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας γνωρίζουμε ότι οφείλεται στην ικανότητα που κατέχουν, και ποτέ στην τύχη. Θα είμαστε πιο κοντά στην πραγματικότητα εάν υποστηρίξαμε ότι οι αντιλήψεις μας για την τρίτη ηλικία είναι ένα σύνθετο και μη ξεκαθαρισμένο αμάλγαμα ιδεών. Είναι αξιοσημείωτο, και έχει τονιστεί από διάφορους ερευνητές, πόσες αντιθετικές ιδιότητες είναι δυνατόν να χαρακτηρίζουν τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας. Πολλοί από αυτούς είναι ενεργητικοί και ικανοί, άλλοι είναι άρρωστοι και αποτραβηγμένοι. Μερικοί βρίσκονται στο απόγειο της δύναμής τους, ενώ άλλοι είναι η προσωποποίηση της απογοήτευσης. Μερικοί ζουν τα «χρυσά χρόνια» της ζωής τους, αφού δρέπουν τους καρπούς των κόπων τους και απολαμβάνουν αυτά για τα οποία προσπάθησαν στα προηγούμενα στάδια της ζωής τους, ενώ άλλοι γίνονται μια καρικατούρα του παλιού τους εαυτού. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993) Δεν μπαίνουν όλοι στο «περιθώριο» (όπως φαίνεται να είναι το γήρας) με την ίδια ψυχική διάθεση. Άλλοι μπαίνουν με καημό και απελπισία, και τότε κάνουν τη ζωή τους πάρα πολύ δύσκολη. Άλλοι με καρτερία και ευγνωμοσύνη, γιατί αξιώθηκαν να ζήσουν ένα μακρύ και υγιή βίο. (Παπανούτσος, 1984)

2.5. Χαρτογράφηση της πραγματικότητας των ηλικιωμένων

Το γήρας δεν είναι καθεαυτό καλό ή κακό. Γίνεται καλό ή κακό από τον τρόπο που θα το αντιμετωπίσει κανείς. Ο λαός μας αγαπάει να λέει ότι κάθε ηλικία έχει τις χαρές της. (Παπανούτσος, 1984) Για να συνεχίσει το ηλικιωμένο άτομο να ζει με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό, έχει ανάγκη από συμπαράσταση. Όταν αντιμετωπίζονται με σεβασμό, αξιοπρέπεια, ρεαλιστική αποδοχή των δυνατοτήτων και αδυναμιών τους, οι ηλικιωμένοι ζουν δημιουργικά τα τελευταία χρόνια της ζωής τους. (Σταθόπουλος, 1999) Δεν είναι σωστό να θεωρούνται τα γηρατειά θλιβερό τέλος της ζωής και με τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπά μας να θίγουμε και να υποτιμάμε το κύρος τους ή την προσωπικότητά τους. Δεν αρέσει άλλωστε και στους ίδιους τους ηλικιωμένους να τους βλέπουμε και να τους φερόμαστε σαν να ζουν χωρίς σκοπό, περιμένοντας να έρθει από ημέρα σε ημέρα, το τέλος της ζωής τους. Ο άνθρωπος της τρίτης ηλικίας, εξακολουθεί να ζει, να κινείται, να σκέφτεται. Να αισθάνεται και να ελπίζει. Φτάνει σε μια άλλη εποχή όχι λιγότερο αξιόλογη και ενδιαφέρουσα. Μια εποχή που μπορεί να είναι ευχάριστη, με πολλές ικανοποιήσεις, με περισσότερη μακαριότητα, ξεγνοιασιά και ηρεμία. Είναι μια αλλαγή με τα δικά της δικαιώματα, απαιτήσεις, προνόμια. Με καινούρια ψυχολογία στη συμπεριφορά και στη σκέψη. (Βασιλείου, 1981)

Ένα από τα βασικά στερεότυπα που κυριαρχούν στις μέρες μας είναι ότι οι ηλικιωμένοι γενικά έχουν κακή υγεία και συχνά συνδέονται με την ασθένεια. Είναι πραγματικότητα ότι τα αισθητήρια όργανα, ιδιαίτερα της όρασης και της ακοής, λειτουργούν λιγότερο αποδοτικά με την πάροδο της ηλικίας, με ατομικές διαφορές σχετικά με τον χρόνο έναρξης της κάμψης, την ταχύτητα και την ένταση εξέλιξής της. Όπως επίσης αποτελεί πραγματικότητα ότι η μυϊκή δύναμη μειώνεται με το

πέραςμα των χρόνων. Η γενική κατάσταση της υγείας των περισσότερων ανθρώπων άνω των 65 ετών όμως, όπως δείχνουν και διάφορες έρευνες, είναι καλή και είναι σε θέση να διεκπεραιώνουν, χωρίς βοήθεια, καθημερινές δραστηριότητες. (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2000)

Η κατάσταση της υγείας τους είναι ένα από τα προβλήματα που απασχολεί πιο ζωτικά από άλλα τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Συνδέουν στις περισσότερες περιπτώσεις το θέμα της υγείας τους με το υψηλό κόστος της φροντίδας που θα χρειαστούν σε περίπτωση που αρρωστήσουν και χρειαστούν περίθαλψη. Επίσης τους απασχολεί το θέμα της μετακίνησης προς τα νοσοκομεία και τις ιατρικές υπηρεσίες, και σε μικρότερο ποσοστό το θέμα της ιατρικής φροντίδας. Το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι απασχολούνται τόσο πολύ με την υγεία τους είναι βέβαια αναμενόμενο, ακόμη και φυσιολογικό. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Τα γεράματα επίσης συχνά συνδέονται με τη σύγχυση και την άνοια. Η άνοια δεν συνδέεται όμως αιτιολογικά με τα γεράματα. Άλλωστε η νόσος του *Alzheimer* δεν πλήττει μόνο τα ηλικιωμένα, αλλά και τα νεότερα άτομα. Πολλοί ηλικιωμένοι βέβαια πλήττονται από ψυχικές διαταραχές και εκδηλώνουν σοβαρά καταθλιπτικά φαινόμενα. Οι έρευνες όμως δείχνουν ότι οι τακτικές που οι άνθρωποι υιοθετούν για τη διαχείριση του στρες συνδέονται με τις μεθόδους που είχαν μάθει να χρησιμοποιούν σε νεαρή ηλικία προκειμένου να αντιμετωπίσουν αγχογόνες καταστάσεις.

Πολλοί επίσης θεωρούν ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι απομονωμένοι. Από διάφορες έρευνες όμως, βλέπουμε ότι βρίσκονται σε συνεχή επαφή με συγγενικά και φιλικά τους πρόσωπα. Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα οι οικογενειακοί δεσμοί παραμένουν ιδιαίτερα ισχυροί. Ο αριθμός των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους – ανεξάρτητοι αλλά όχι απομονωμένοι – έχει αυξηθεί. Το γεγονός ότι τα

άτομα ζουν μόνα τους δεν σημαίνει απαραίτητα ότι νιώθουν και μοναξιά. (Slater, 2003) Τουναντίον, οι έρευνες δείχνουν ότι έχουν αναπτύξει τρόπους αντιμετώπισης των ιδιαιτεροτήτων του μοναχικού βίου (Jerrome, 1993), ενώ παράλληλα ψυχαγωγούνται και διασκεδάζουν. (Abrams, 1988)

Η φτώχεια πάλι δεν συνδέεται τόσο με την ηλικία, όσο με την κοινωνική τάξη, τη φυλή και με διάφορες μειονεξίες. Εκτός από αυτές τις μεταβλητές, η οικονομική δυσπραγία στους ηλικιωμένους συνδέεται και με τις συντάξεις. Υπάρχουν συνταξιούχοι με επαρκείς και συνταξιούχοι με ανεπαρκείς συντάξεις. (Slater, 2003) Σε σχέση με τη φυσιολογική μείωση του εισοδήματός τους, η ανεπάρκεια οικονομικών πόρων φαίνεται ότι είναι το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Εάν όμως δούμε τους ηλικιωμένους σε σύγκριση με τις άλλες, νεότερες ηλικίες, το οικονομικό πρόβλημα δεν φαίνεται να τους απασχολεί τόσο ζωτικά. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Αναφορικά με την σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων, χρειάζεται κατ' αρχάς να επισημανθεί ότι η θετική αντιμετώπιση των γηρατειών ενισχύει τη σεξουαλική και τη διανοητική επίγνωση του ατόμου. Δύο είναι οι βασικές προκαταλήψεις που πρέπει να ξεπεραστούν: πρώτον, ότι στα γεράματα δεν υπάρχει σεξ και δεύτερον, ότι στα γεράματα δεν θα έπρεπε να υπάρχουν σεξουαλικές σχέσεις. (Slater, 2003) Φαίνεται ότι ο κύριος λόγος της ανικανότητας των ηλικιωμένων είναι η πεποίθηση πως το σεξ είναι ντροπή και λάθος σε αυτή την ηλικία. Η αλήθεια εντούτοις είναι ότι στην ερωτική ανταπόκριση δεν υπάρχει περιορισμός ηλικίας: οι επτά στους δέκα ηλικιωμένους είναι σεξουαλικά ενεργοί. (Masters & Johnson, 1970)

Σύμφωνα με μια πλατιά διαδεδομένη αντίληψη, τα γηρατειά είναι η χειρότερη περίοδος της ζωής, η πιο αποκρουστική. Αυτό όμως αποδείχθηκε τελείως αναληθές σύμφωνα με τα στοιχεία που έδωσαν οι

ίδιοι οι ηλικιωμένοι σε έρευνα που έγινε από το «Εθνικό Συμβούλιο για την Ηλικίωση» των ΗΠΑ το 1981 από τον Louis Harris και τους συνεργάτες του. Οι ηλικιωμένοι απέρριψαν την ιδέα ότι, για τους ίδιους προσωπικά, το παρόν είναι η χειρότερη περίοδος της ζωής τους. Δεν συμφώνησαν με την άποψη ότι η ζωή τους είναι ζοφερή και μονότονη. Δεν δέχθηκαν ούτε την άποψη ότι στην ηλικία τους, το παρελθόν γίνεται κυρίαρχο έναντι του παρόντος, και ότι τα ενδιαφέροντά τους διαβρώνονται. Αντίθετα ανέφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι με τους εαυτούς τους, με το ποιοι υπήρξαν στο παρελθόν, και ποιοι είναι τώρα. Οι περισσότεροι είναι ευτυχείς όσο και στο παρελθόν και θεωρούν ότι τα χρόνια που διανύουν τώρα είναι τα καλύτερα της ζωής τους. Η ικανοποίηση από τη ζωή βέβαια διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο. Γενικά, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από κακή υγεία είναι πιθανό ότι θα έχουν πεσμένο το ηθικό τους. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Πολλοί θα μπορούσαν να αναρωτηθούν τι χρειάζονται τα γηρατειά στην ζωή μας και τι χρειάζονται οι ηλικιωμένοι άνθρωποι στον κόσμο μας. Η χρησιμότητα των γηρατειών είναι η μετάδοση της πείρας για τη ζωή, της γνώσης και των αξιών του πολιτισμού σαν πνευματικής κληρονομιάς από τη μια γενιά στην άλλη. (Κοβάτσης, 2004) Σοφία των γηρατειών, πολύ χρήσιμη για τους νέους ανθρώπους. (Παπανούτσος, 1984)

Η μεγάλη ηλικία δεν είναι πάντα μια περίοδος αναπόδραστης μελαγχολίας, όπως συχνά τη φανταζόμαστε. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993) Το «παλιό», δεν είναι κάτι που έχει χρονολογική και μόνο υπόσταση. Καθετί «παλιό» μπορεί, κάτω από ορισμένες συνθήκες, να μας οδηγήσει στο ουσιαστικά «καινούριο». Το χρονολογικά «παλιό» που υπόκειται στη φθορά, δεν είναι απαραίτητα και αναχρονιστικό και οπισθοδρομικό. Το καθετί παλιό και γερασμένο γίνεται υγιές και καινούριο, όταν μας δείχνει το δρόμο για τη ζωή.

(Κοβάτσης, 2004) Τα γηρατειά είναι μέστωμα της ζωής, αποθησαυρισμένη πείρα, καταλάγιασμα και ειρήνευση της ψυχής. Όχι λοιπόν μόνο αδυναμίες, αλλά και δύναμη που δεν την έχουν άλλες φάσεις της ζωής. (Παπανούτσος, 1984)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

3.1. Ιστορική αναφορά της κακοποίησης της τρίτης ηλικίας

Τα τελευταία χρόνια, και ειδικά από τα τέλη της δεκαετίας του '70, πολλοί συγγραφείς αντιμετώπισαν το φαινόμενο της βίας σε βάρος των ηλικιωμένων ή της κακοποίησης τους ως ένα πρόβλημα του σύγχρονου πολιτισμού ή της πρόσφατης ιστορίας. Ορισμένοι μάλιστα ερευνητές, οπαδοί της θεωρίας του «εκσυγχρονισμού» (*modernization theory*), υποστήριξαν ότι κάθε τι το σύγχρονο είναι «κακό».

Πολλοί κοινωνικοί γεροντολόγοι, ωστόσο, αμφισβήτησαν την αξιοπιστία της θεωρίας του εκσυγχρονισμού σε σχέση με τα θέματα της τρίτης ηλικίας, κυρίως γιατί τη θεώρησαν υπεραπλουστευτική. Ιστορικά δεδομένα σε όλες τις χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, φέρνουν στο φως περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης ηλικιωμένων, γεγονός που φανερώνει ότι η βία κατά των υπερηλίκων δεν είναι σημερινό φαινόμενο. Πάντως, η επιστημονική μελέτη αυτής της μορφής βίας, η οποία εντάσσεται στον ευρύτερο κύκλο της ενδο – οικογενειακής βίας, αποτελεί ένα νέο εγχείρημα. Έτσι, οι πρώτες σχετικές προσεγγίσεις, τόσο στο θεωρητικό όσο και στο μεθοδολογικό επίπεδο, εμπεριέχουν θεωρίες και μεθόδους έρευνας δανεισμένες από άλλα γνωστικά αντικείμενα ή από άλλες μορφές κακοποίησης (παιδιών ή γυναικών). (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2000)

Στη δεκαετία του '80 η βία στην οικογένεια και μια μορφή της, η παραμέληση και κακοποίηση των ηλικιωμένων μέσα αλλά και έξω από την οικογένεια, άρχισε να απασχολεί σε πρακτικό και θεωρητικό επίπεδο ειδικούς διαφόρων ειδικοτήτων. Αποτέλεσε μάλιστα και θέμα διεθνών

συναντήσεων και συστάσεων του Ο.Η.Ε. και του Συμβουλίου της Ευρώπης. (Σπινέλλη, 1991)

Πολλοί συγγραφείς παρουσίασαν μελέτες, στις οποίες είχαν χρησιμοποιήσει τη «θεωρία της συναλλαγής» και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εξάρτηση του θύματος από το δράστη και η ψυχική ένταση (*stress*) που φροντίζει τις οικογενειακές σχέσεις δημιουργούν μια στρεσογόνο κατάσταση του δράστη. Αυτή ακριβώς η κατάσταση σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί στη ρήξη των οικογενειακών σχέσεων και στην κακοποίηση του ηλικιωμένου.

Η θεωρία της συναλλαγής βασίζεται στην αντίληψη ότι η κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμων, περιλαμβάνει μια συναλλαγή που γίνεται με βάση την αμοιβή και την τιμωρία. Όλα τα άτομα τείνουν να μεγιστοποιήσουν το όφελος (αμοιβή) και να ελαχιστοποιούν το κόστος (τιμωρία).

Ο περιθάλπων προσφέρει φροντίδα στον ηλικιωμένο στο μέτρο που οι απαιτήσεις του/ της δεν ξεπερνούν την ανταμοιβή (ικανοποιήσεις) και τα άλλα οφέλη που πηγάζουν από αυτήν. Όσο περισσότερο όμως εξαρτάται και εξασθενεί το ηλικιωμένο άτομο, τόσο η ισορροπία ανατρέπεται και ο περιθάλπων, πιθανότατα, αντιλαμβάνεται ότι το κόστος ξεπερνά το όφελος, διαπίστωση που μπορεί να προκαλέσει ματαίωση, θυμό και επιθετικότητα. Έτσι, όταν ένα άτομο πιστέψει ότι υπάρχει απώλεια ή έλλειψη εξουσίας στη συναλλαγή, σε μια προσπάθεια να αποκαταστήσει την ισορροπία δυνάμεων, μπορεί να καταφύγει στη βία, με ενδεχόμενα συνακόλουθα την κακοποίηση ή παραμέληση του ηλικιωμένου ατόμου. (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2000)

Σε άλλες εποχές, όπως συμβαίνει ακόμα και σήμερα στις υποανάπτυκτες, στις αναπτυσσόμενες και εν μέρει μόνο στις αναπτυγμένες χώρες, η φροντίδα των υπερηλίκων αποτελούσε ευθύνη της οικογένειας. Οι έντονες όμως διαφοροποιήσεις στον τρόπο της ζωής

και στη νοοτροπία των ανθρώπων, που παρατηρούνται κατά τα τελευταία χρόνια, έχουν κάνει την οικογένεια να είναι απρόθυμη να ανταποκριθεί στη συγκεκριμένη ευθύνη, με αποτέλεσμα η προστασία των υπερηλίκων να αποτελεί όλο και περισσότερο αντικείμενο του συνόλου της κοινωνίας. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

3.2. Ορισμοί και είδη κακοποίησης

Η μελέτη έχει στόχο τη διερεύνηση του φαινομένου της κακοποίησης των ηλικιωμένων. Είναι απαραίτητο να οριστούν επακριβώς οι μορφές συμπεριφοράς που εντάσσονται στη μελέτη και οι όροι που ανταποκρίνονται σε αυτές. Είναι αναγκαίο διότι υπάρχει διχογνωμία μεταξύ των μελετητών τόσο ως προς το τι συνιστά κακοποίηση όσο και ως προς την ταξινόμηση των διαφόρων μορφών της. Πάντως φαίνεται να είναι γενικότερα αποδεκτή η διάκρισή της κακοποίησης σε: α) σωματική (ορισμένες έρευνες συμπεριλαμβάνουν και τη σεξουαλική), β) ψυχική ή ψυχολογική και γ) οικονομική ή υλική.

Στη παρούσα μελέτη εξετάζονται δύο βασικά είδη κακοποίησης: α) η ενεργητική κακοποίηση και β) η παθητική κακοποίηση.

Ως «**ενεργητική κακοποίηση**» ορίζεται η ενέργεια που προκαλεί βλάβη, σωματική, ψυχολογική και υλική, είτε αυτή τιμωρείται από τον ποινικό νόμο είτε όχι.

Ειδικότερα, η **σωματική κακοποίηση** προσδιορίζεται ως η οποιασδήποτε μορφής άσκηση σωματικής βίας και καλύπτει μια κλίμακα βίαιων μορφών συμπεριφοράς, από σπρώξιμο, ξυλοδαρμό έως και σεξουαλική κακοποίηση. (Σπινέλλη, 1991) Είναι η πιο συνήθης μορφή κακοποίησης, είναι ορατή και μπορεί να γίνει ορατή από τρίτους. Ιδιαίτερα όταν είναι σε μορφή που χρειάζεται νοσηλεία, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να το αντιληφθεί. Περικλείει τον τακτικό ξυλοδαρμό, χτυπήματα, κατάγματα, μώλωπες, εξάρθρωση, σχίσιμο δέρματος και απότομα σπρωξίματα. Επίσης η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει το δέσιμο στο κραβάτι ή την καρέκλα. (Σταθόπουλος, 1982)

Ως μορφές **ψυχικής ή ψυχολογικής κακοποίησης** θεωρούνται οι εξυβρίσεις, οι απειλές και οποιαδήποτε πρόκληση ψυχικής οδύνης ή

φόβου και αφορούν λεκτικές κακοποιήσεις ή εξυβρίσεις. Η ψυχολογική κακοποίηση περιλαμβάνει: εξευτελισμό, μεταχείριση του ηλικιωμένου σαν να ήταν νήπιο, απειλή για εγκλεισμό σε ίδρυμα κ.λ.π.

Με τον όρο **οικονομική ή υλική κακοποίηση** αποδίδονται καταχρήσεις σε βάρος ηλικιωμένου ατόμου ή η αφαίρεση χρημάτων ή άλλων περιουσιακών στοιχείων του, με ή χωρίς βία. (Σπινέλλη, 1991) Συμπεριλαμβάνει κλοπή χρημάτων, χρυσαφικών και γενικά αντικειμένων οικονομικής αξίας, κακή χρήση της περιουσίας και των εισοδημάτων των ηλικιωμένων από τους οικείους του ή το περιβάλλον τους. Η μορφή αυτής της κακοποίησης μπορεί να θεωρηθεί «ελαφρότερη» από τις άλλες, δεν παύει όμως να είναι κακοποίηση αφού στερεί από τον ηλικιωμένο πόρους που θα μπορούσε να διαθέσει για την ευημερία του. (Σταθόπουλος, 1982)

Τέλος, η «**παθητική κακοποίηση**» αφορά τη έλλειψη προσωπικής ή ιατρικής φροντίδας, τροφής ή θέρμανσης.

Συμπεριλαμβάνεται η τυχαία βλάβη – **παραμέληση και εγκατάλειψη** – ενός ηλικιωμένου ατόμου. (Σπινέλλη, 1991) Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται καταστάσεις χρόνιας αδιαφορίας των οικείων του θύματος. Εκδηλώνεται αδιαφορία για την υγεία του θύματος, την καλή διαίτα και τις ιδιαίτερες ανάγκες για την περιποίησή του.

Η **ιατρική κακοποίηση** είναι επικίνδυνη γιατί μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στον θάνατο του θύματος. Συνιστάται κυρίως στην υπερβολική χρήση φαρμάκων που άλλοτε αδρανοποιούν το θύμα και περιορίζουν τις απαιτήσεις για φροντίδα και άλλοτε χρησιμοποιούνται για να ελέγχεται η συμπεριφορά των υπερηλίκων. (Σταθόπουλος, 1982)

3.3. Οι διαστάσεις του φαινομένου της κακοποίησης

Το φαινόμενο της βίας σε βάρος ατόμων τρίτης ηλικίας, όπως τονίστηκε σε συνάντηση του Συμβουλίου της Ευρώπης, άρχισε να διερευνάται πρόσφατα στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη και να εφαρμόζονται σχετικά προγράμματα κοινωνικής πολιτικής. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1989) Εκτιμήσεις για την εμφάνιση της κακοποίησης και παραμέλησης ηλικιωμένων ποικίλουν από 2-10% ετησίως σε περιστατικά, αν και οι βάσεις αυτών των εκτιμήσεων είναι γενικευμένες και αβέβαιες. (CNSTAT, 2002) Τα ερευνητικά δεδομένα επομένως είναι ακόμα πενιχρά. Στην Νορβηγία υπολογίζονται τα θύματα 2-3% του πληθυσμού των ηλικιωμένων. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1989) Σε έρευνα με τυχαίο δείγμα ατόμων 65 ετών και άνω που κατοικούσαν στην πόλη της Βοστώνης, διαπίστωσε ότι το 2,5-3,9% των ηλικιωμένων είχαν εμπειρία σωματικής βίας, λεκτικής επίθεσης ή παραμέλησης. Παρόμοια αποτελέσματα, με ορισμένες διαφοροποιήσεις στον προσδιορισμό της κακοποίησης, βρέθηκαν σε εθνικό επίπεδο κακοποίησης ηλικιωμένων στον Καναδά. (CBASSE, 1993) Ο Comijs και οι συνεργάτες του (1998) εξέτασαν τη σωματική και ψυχολογική βία σε ηλικιωμένους στο Άμστερνταμ. Ο συνολικός αριθμός επικράτησης κακοποίησης ηλικιωμένων ανερχόταν στο 5,6% ετησίως, με τη λεκτική κακοποίηση να είναι πιο συχνή. Η επικράτηση της σωματικής κακοποίησης ήταν στο 1,2%. (CNSTAT,2002)

Πρέπει όμως να ληφθεί υπ' όψιν ότι η κακοποίηση ηλικιωμένων έχει ένα σημαντικό σκοτεινό αριθμό. Οι ηλικιωμένοι σπάνια καταγγέλλουν το γεγονός στην αστυνομία είτε λόγω σωματικής ή διανοητικής ανικανότητας, είτε λόγω φόβου εγκλεισμού σε ίδρυμα. Ακόμη και οι γείτονες όταν αντιλαμβάνονται τέτοιες καταστάσεις, είτε θεωρούν ότι δεν πρέπει να εμπλακούν σε οικογενειακές υποθέσεις των άλλων, είτε

αποφεύγουν να καταγγείλουν τέτοια πράγματα στην αστυνομία γιατί δεν επιθυμούν να εμπλακούν. Μετά μάλιστα από λίγο καιρό χάνουν και την ευαισθησία τους και το γεγονός δεν τους αναστατώνει πλέον.

Πάντως, από όσες περιπτώσεις έχουν μελετηθεί σε Ευρωπαϊκό επίπεδο προκύπτει ότι:

- Οι γυναίκες θυματοποιούνται περισσότερο από τους άντρες.
- Οι χήρες (οι) περισσότερο από τους παντρεμένους.
- Περισσότερα θύματα έχουν κάποια σωματική ή ψυχική αναπηρία.
- Περισσότερα θύματα ζουν στο ίδιο σπίτι με τον δράστη και εξαρτώνται από αυτόν.
- Περισσότερα θύματα έχουν κακοποιηθεί πολλές φορές.
- Οι συχνότερες μορφές κακοποίησης είναι: οικονομική εκμετάλλευση (ιδιοποίηση σύνταξης ή άλλων πόρων), γλωσσική ή ψυχολογική κακοποίηση, εγκλεισμός, απομόνωση, σωματική κακοποίηση, χορήγηση υπερβολικών δόσεων φαρμάκων και βαριά παραμέληση. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1989)

Εκτός, από ορισμένες μορφές σωματικής κακοποίησης, είναι δύσκολο να αποδειχτούν οι άλλες μορφές, οι οποίες πραγματοποιούνται τόσο στο σπίτι, όσο και στα ιδρύματα. Μόνο στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης με ειδικούς επιστήμονες (όπως Κοινωνικοί Λειτουργοί και άλλοι), όπου καλλιεργείται η εμπιστοσύνη, τόσο οι δράστες, όσο και τα θύματα μπορούν να αποκαλύψουν περιστατικά κακοποίησης.

Θέλοντας να σκιαγραφήσουμε το θέμα των διαστάσεων του φαινομένου της κακοποίησης κάνουμε λόγο για το λεγόμενο «κύκλο της βίας». Σύμφωνα με αυτή την άποψη παρουσιάζεται μια σχετικά συνεπής σχέση μεταξύ των εμπειριών βίας κατά την παιδική ηλικία ή των αντιλήψεων που αποδέχονται τη βία ως μέσω επίλυσης διαφορών και

εμφάνιση αυτών των ίδιων αντιλήψεων και συμπεριφορών κατά τη μετέπειτα ζωή.

Αυτή η μεταβίβαση της βίας και κακοποίησης από γενιά σε γενιά μαζί με

(1) τα ελληνικά δεδομένα για την κακοποίηση των παιδιών στην ελληνική κοινωνία

(2) την αστικοποίηση του ελληνικού πληθυσμού που συνεπάγεται διάλυση της διευρυμένης οικογένειας και των παραδοσιακών της ρόλων και

(3) την αύξηση της προσδόκιμης ηλικίας επιβίωσης στη χώρα μας, παράλληλα με (4) την έλλειψη κατάλληλης κοινωνικοποίησης της ελληνικής νέας γενιάς ως προς την τρίτη ηλικία προοιωνίζει επίταση του προβλήματος της ενεργητικής και παθητικής κακοποίησης των ηλικιωμένων.

Τα εγκαταλελειμμένα άτομα με οικογένεια είναι περισσότερα από τα μοναχικά και οι οικογένειες που αδιαφορούν για τον ηλικιωμένο συγγενή τους περισσότερες από αυτές που αδυνατούν να τον φροντίσουν.

Δυστυχώς, η έκταση αυτού του προβλήματος δεν είναι ευχερώς διαπιστώσιμη. Τα γηρατειά είναι από κάθε άποψη μια δύσκολη υπόθεση. Αν ο ηλικιωμένος είναι μοναχικό άτομο – και αυτό δεν είναι σπάνιο σε αστικές περιοχές και σε μεγάλες ηλικίες – διατρέχει κίνδυνο κυρίως παθητικής κακοποίησης και «αυτοπαραμέλησης», χωρίς όμως να αποκλείεται και η εξωοικογενειακή ενεργητική κακοποίησή του. Αν πάλι ζει με συγγενείς, κινδυνεύει να γίνει στόχος ενδο – οικογενειακής βίας ή ενεργητικής ή και παθητικής κακοποίησης. Οι δύο αυτές προτάσεις επαληθεύθηκαν αντίστοιχα από τα στοιχεία των προσώπων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας από όλη την Ελλάδα. Σύμφωνα με αυτά η συντριπτική πλειοψηφία των παραμελημένων ηλικιωμένων ατόμων (88%), ήταν άτομα που ζούσαν μόνα. Από τα ευρήματα του δείγματος

Κ.Α.Π.Η. και της ομάδας ελέγχου προκύπτει ότι τα περισσότερα θύματα κακοποίησης και παραμέλησης (67%) δεν ζούσαν μόνα αλλά με κάποιο συγγενή, ο οποίος συνήθως ήταν και ο δράστης της κακοποίησης τους. (Σπινέλλη, 1991)

Όπως και σε άλλες χώρες, έτσι και στην Ελλάδα, η κακοποίηση ηλικιωμένων είναι σε κάποιο βαθμό ενδο – οικογενειακό πρόβλημα. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για πρώτη φορά το 1989 στο λεκανοπέδιο Αττικής σε ένα δείγμα 757 ατόμων τρίτης ηλικίας έδειξαν ότι το 51% των ερωτημένων από το δείγμα δήλωσε ότι ο θύτης ήταν συγγενής, κυρίως σύζυγος ή παιδί. Πολύ λιγότεροι, (34%) ανέφεραν ότι ο θύτης δεν ανήκε στο οικογενειακό περιβάλλον. Ενδιαφέρον είναι ότι στην ομάδα ελέγχου τα δεδομένα διαφέρουν αφού 16% των ερωτημένων απάντησαν ότι το άτομο που τους κακοποίησε ήταν συγγενής και 16% ότι ήταν άτομο μη συγγενικό ή φιλικό, ενώ η πλειοψηφία 60% δήλωσε ότι δεν γνώριζε καν το δράστη.

Ένας συνολικός αριθμός 117 ατόμων ανέφεραν ότι υπήρξαν θύματα κάποιας μορφής κακοποίησης, είτε λίγες μέρες πριν λάβει χώρα η συνέντευξη, είτε μέσα στο τελευταίο χρόνο. Επιπρόσθετα πολλά ηλικιωμένα άτομα είχαν υποστεί πολλαπλές κακοποιήσεις. Η συχνότερα αναφερόμενη περίπτωση κακοποίησης από τα δείγματα της ευρύτερης περιφέρειας Αθηνών ήταν η λεκτική κακοποίηση, ενώ έξι στους δέκα ερωτώμενους, περίπου, είχαν υποστεί σωματική βλάβη ή παραμέληση. (Χριτοδούλου, Κονταξάκης, 2000) Δίνοντας τη γνώση που επικρατεί μέχρι τώρα, προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στη συλλογή πιο συγκεκριμένων πληροφοριών σχετικά με την επικράτηση και τον ρυθμό ανάπτυξης της κακοποίησης ενάντια στους ηλικιωμένους. (CBASSE, 1993)

3.4. Αίτια που επιδρούν στην κακοποίηση των ηλικιωμένων

Παρόλο που έχουν διεξαχθεί αρκετά εκτεταμένες έρευνες σχετικά με τα αίτια της παιδικής κακοποίησης και της κακοποίησης μεταξύ συζύγων, η βιβλιογραφία για τα αίτια της κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι όχι μόνο περιορισμένη αλλά και αντιφατική. (CNSTAT, 2002) Οι περισσότερες θεωρητικές προσεγγίσεις στο θέμα της βίας κατά των ηλικιωμένων εμπεριέχουν θεωρίες δανεισμένες από άλλες μορφές ενδοοικογενειακής βίας και από βιβλιογραφία της κοινωνικής γεροντολογίας, χωρίς καμία από αυτές να μπορεί να καθορίσει επακριβώς τα αίτια της κακοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων. (Σπινέλλη, 1991)

Η συστηματική επισκόπηση των ερευνών που αναφέρονται στην αιτιολογία της κακοποίησης και παραμέλησης ηλικιωμένων δεν προσφέρει αδιαμφισβήτητα πορίσματα. (Σπινέλλη, 1991) Ωστόσο μια σύντομη αναφορά στους παράγοντες κινδύνου (risk factors), οι οποίοι ορίζονται ως οι εμπειρίες, συμπεριφορές, απόψεις για τη ζωή ή το περιβάλλον, ή προσωπικά χαρακτηριστικά που αυξάνουν τις πιθανότητες της κακοποίησης ηλικιωμένων, είναι χρήσιμη για την κατανόηση του θέματος και την ορθή προσέγγιση και αξιολόγηση του ερευνητικού υλικού.

Είναι απαραίτητο να κατηγοριοποιήσουμε αυτούς τους παράγοντες σε 3 γενικές ομάδες: 1. Παράγοντες κινδύνου επικυρωμένοι από ατράνταχτα στοιχεία, για τους οποίους υπάρχει ομοφωνία ή μερική ομοφωνία από έναν μεγάλο αριθμό ερευνών. 2. Πιθανοί παράγοντες κινδύνου, για τους οποίους τα στοιχεία είναι μπερδεμένα ή περιορισμένα. 3. Επίμαχοι παράγοντες, για τους οποίους οι πιθανότητες κινδύνου είναι απλά υποθέσεις, και υπάρχει έλλειψη αποδείξεων. Αυτές οι κατηγορίες είναι αόριστα κατασκευασμένες. Όλα τα ευρήματα πρέπει να λαμβάνονται με

προσοχή, λόγω μεθοδολογικών ελλείψεων σε έρευνες. Επιπλέον τα στοιχεία είναι πολύ περιορισμένα για να ξεκαθαρίσουν τις διακρίσεις ανάμεσα στα είδη κακοποίησης.

1. Παράγοντες κινδύνου εξακριβωμένοι από αδιάσειστα στοιχεία

Τόσο οι εκτιμήσεις από κλινικές όσο και οι περιορισμένες πρακτικές έρευνες υποστηρίζουν ότι **η διαμονή του ηλικιωμένου στο ίδιο σπίτι** με τα παιδιά του, είναι ένας ισχυρός παράγοντας κακοποίησης συγκριτικά με τον χαμηλό βαθμό κακοποίησης ηλικιωμένων που μένουν μόνοι τους. Ο Paveza και οι συνάδελφοι του (1992) βρήκαν ότι ο κίνδυνος κακοποίησης ασθενών με Alzheimer από αυτούς που τους φροντίζουν ήταν μεγαλύτερος όταν ο ασθενής κατοικούσε με τα άμεσα μέλη της οικογένειάς του (εκτός του συζύγου). Ο Lachs (1997) βρήκε ότι το να μένουν μόνοι οι ηλικιωμένοι είναι ένας προστατευτικός παράγοντας (protective factor). Οι μηχανισμοί για την επίδραση της διαμονής κάτω από την ίδια στέγη είναι ακριβείς. Η συγκατοίκηση αυξάνει τις ευκαιρίες για επαφή, και συνεπώς για διαμάχη και κακοποίηση.

Η **κοινωνική απομόνωση** έχει βρεθεί ότι είναι χαρακτηριστικό οικογενειών στις οποίες και άλλες μορφές ενδοοικογενειακής βίας λαμβάνουν χώρα. Αυτό συμβαίνει γιατί συμπεριφορές που θεωρούνται εγκληματικές τείνουν να κρύβονται. (CNSTAT, 2002) Σχετικές μελέτες αναφέρουν ότι η απομόνωση της οικογένειας, επειδή προφανώς περιορίζει τις δυνατότητες θετικών παρεμβάσεων από τρίτους, συχνά συνυπάρχει με ψυχικές εντάσεις και κούραση των μελών της και προηγείται πράξεων κακοποίησης και αδιαφορίας κατά των αδυνάτων από τα μέλη της. Έχει μάλιστα παρατηρηθεί ότι, όσο μεγαλύτερη είναι η παρέμβαση τρίτων στο περιβάλλον του ενδεχόμενου θύματος, τόσο πιο δύσκολα ο συγγενής μπορεί να γίνει δράστης κακοποίησης χωρίς να

υποστεί το κόστος των αρνητικών συνεπειών και κυρώσεων από τον ευρύτερο περίγυρο. (Σπινέλλη, 1991) Έτσι, η κακοποίηση ηλικιωμένων πιθανολογείται ότι είναι λιγότερη σε οικογένειες με δυνατό κοινωνικό δίκτυο. Έρευνες αποδεικνύουν αυτή την άποψη. Σε έρευνα του Lachs (1994) σχετικά με τους παράγοντες κακοποίησης ηλικιωμένων, το «φτωχό κοινωνικό δίκτυο» αύξανε σημαντικά τον κίνδυνο της κακοποίησης. Ο Compton (1997) βρήκε τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης να σχετίζονται με τη λεκτική και σωματική κακοποίηση από τους θύτες, όπως το ίδιο είχαν βρει και οι Wolf και Philips το 1989. Ο Philips (1983) σε έρευνα σύγκρισης περιστατικών, επίσης βρήκε τους κακοποιημένους ηλικιωμένους να είναι πιο απομονωμένοι.

Η **παραφροσύνη** είναι ένας τρίτος παράγοντας. Υπάρχουν δυο στοιχεία που εμπλέκουν την ασθένεια Alzheimer ή σχετική παραφροσύνη σαν παράγοντα κινδύνου για την κακοποίηση ηλικιωμένων. Πρώτον, διάφορες έρευνες έχουν εκτιμήσει σημαντικούς βαθμούς κακοποίησης ηλικιωμένων σε δείγματα ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με παραφροσύνη. Αυτοί οι βαθμοί μπορούν να συγκριθούν με βαθμούς του γενικότερου πληθυσμού. Ο Coyne (1993) βρήκε ότι το 11.9% των ατόμων που φροντίζουν παράφρονες ανέφεραν ότι έχουν διαπράξει σωματική κακοποίηση. Ο Paveza (1992) βρήκε ένα σημαντικό ποσοστό βαριάς σωματικής κακοποίησης (5.4%) προς τους αποδέκτες φροντίδας, το οποίο είναι κοντά στο ποσοστό των Pillmer και Suitor (1992), 5%. Δίνοντας ένα γενικό ποσοστό σωματικής κακοποίησης από 1-3% του γενικού πληθυσμού, οι ασθενείς με παραφροσύνη είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο τέτοιας κακοποίησης. Δεύτερον, αρκετές έρευνες έχουν συγκρίνει επιθετικούς και μη επιθετικούς δότες φροντίδας, εξετάζοντας την παραφροσύνη του θύματος σαν έναν από τους πολλούς παράγοντες κακοποίησης. Τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά. Ο Lachs (1994) δεν βρήκε τη γνωστική βλάβη να είναι παράγοντας κινδύνου και

οι Reis και Nahmiash (1998) δεν βρήκαν την παραφροσύνη να διακρίνει ανάμεσα σε επιθετικές και μη επιθετικές περιπτώσεις. Ωστόσο, ο Lachs (1994) βρήκε ότι η παραφροσύνη προμηνύει αναγνώριση ως θύμα κακοποίησης. Η εξήγηση αυτής της αντίφασης των αποτελεσμάτων έρχεται πρώτον από τα ευρήματα των Pillemer και Suitor (1992), ότι η βία των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με Alzheimer είναι τόσο στενά συνδεδεμένη με την εμπειρία βίας από τον αποδέκτη της φροντίδας και δεύτερον από τα ευρήματα του Compton (1997), ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς σχετίζονται τόσο με τη λεκτική όσο και με τη σωματική βία. Η παραφροσύνη από μόνη της ίσως να μην είναι παράγοντας κινδύνου, αλλά η διασπαστική συμπεριφορά που είναι αποτέλεσμα αυτής. Αυτή η εξήγηση είναι σύμφωνη με πολλές έρευνες που δείχνουν ότι η διασπαστική συμπεριφορά ασθενών με Alzheimer είναι μια πραγματικά σημαντική αιτία άγχους (*stress*) για αυτούς που τους φροντίζουν.

Οι **ενδοπροσωπικές θεωρίες** της κακοποίησης, εντοπίζουν τα αίτια της κακοποίησης σε ορισμένα **παθολογικά χαρακτηριστικά** του ατόμου που κακοποιεί, συνήθως πνευματική ασθένεια, προσωπικά χαρακτηριστικά ή χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Αυτή η προσέγγιση έχει μια μακρά ιστορία στη μελέτη της παιδικής και συζυγικής κακοποίησης, συμπεριλαμβανομένου μια διαρκή διαμάχη σχετικά με τον ρόλο των ενδοπροσωπικών παραγόντων ως παράγοντες κινδύνου για τις μορφές κακοποίησης. Σχετικά με την κακοποίηση ηλικιωμένων, υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία ότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των θυτών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κακοποίησης, με εκπληκτική ομοφωνία από έρευνες που μελέτησαν το θέμα με διαφορετικές μεθόδους. (CNSTAT, 2002)

A. Πνευματική ασθένεια

Ορισμένοι μελετητές απέδωσαν στην ψυχοπαθολογία του δράστη την κακοποίηση ηλικιωμένων, ακριβώς όπως και την κακομεταχείριση παιδιών και συζύγων. Δεν φαίνεται να υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα που να συνδέουν συγκεκριμένες ψυχικές ανωμαλίες με αυτή τη μορφή κακοποίησης. Γενικά όμως, συγκρίσεις μεταξύ ατόμων που περιποιούνταν ηλικιωμένους και τους κακοποιούσαν και εκείνων που τους φρόντιζαν ικανοποιητικά, αποκάλυψαν ότι οι πρώτοι είχαν περισσότερα διανοητικά ή συγκινησιακά προβλήματα από τους δεύτερους. Επίσης, έχουν εντοπιστεί στις Η.Π.Α. ορισμένες περιπτώσεις καθυστερημένων ή αλκοολικών ή και σχιζοφρενών ενηλίκων παιδιών που περιθάλπουν τους γονείς τους, όπως εκείνοι τα φρόντιζαν άλλοτε. Όταν όμως τα παιδιά αυτά αναλαμβάνουν το ρόλο των γονέων τους, γίνονται δράστες κακοποίησης, προφανώς από αδυναμία να εκτιμήσουν σωστά τις καταστάσεις. (Σπινέλλη, 1991)

Οι Wolf και Pillemer (1989) βρήκαν ότι το 38% των θυτών σε 3 σχετικά δείγματα, είχε ιστορία πνευματικής ασθένειας και το 39% είχε πρόβλημα με το αλκοόλ. Οι Pillemer και Finkelhor (1989) στην έρευνα σύγκρισης περιστατικών, βρήκαν ότι οι θύτες ήταν σημαντικά πιο πιθανό να έχουν την εμπειρία ψυχιατρικής νοσηλείας συγκριτικά με τους μη θύτες. Αυτές οι έρευνες δεν διέκριναν συγκεκριμένες μορφές ψυχιατρικής ασθένειας. Ορισμένες έρευνες τόνισαν συγκεκριμένα την κατάθλιψη σαν χαρακτηριστικό των αυτουργών κακοποίησης ηλικιωμένων. Ο Paveza (1992) στη έρευνα του σχετικά με τους δότες φροντίδας σε άτομα με Alzheimer, βρήκε ότι η κατάθλιψη των δοτών φροντίδας προμηνύει σωματική κακοποίηση. Στη μόνη έρευνα που διακρίνει είδη κακοποίησης, οι Reay και Browne (2001) βρήκαν ότι οι θύτες σωματικής κακοποίησης παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης από ότι αυτουργοί παραμέλησης. Συνεπώς, είναι

πιθανό να υπάρχει μια διαφοροποίηση ανάλογα με το είδος κακοποίησης, η οποία χρειάζεται να καθοριστεί σε μελλοντικές έρευνες.

B. Εχθρικότητα

Μια μελέτη δείγματος ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με Alzheimer έδειξε ότι οι επιθετικοί δότες φροντίδας (μια κατηγορία που συνδυάζει «συναισθηματική ή/ και σωματική βία») βρισκόντουσαν σε υψηλότερα επίπεδα στην κλίμακα της επιθετικότητας.

Γ. Χρήση αλκοόλ

Διάφορες έρευνες κακοποίησης ηλικιωμένων υποστηρίζουν ότι η κατάχρηση αλκοόλ από μέρους των αυτουργών είναι σχετικά συχνή. Για παράδειγμα, ο Greenberg και οι συνεργάτες του (1990) ανέφεραν 204 εξακριβωμένες περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων. Το 44% αναγνωρίστηκε ότι είχαν πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών. Έρευνες σύγκρισης περιστατικών ήρθαν να υποστηρίξουν αυτόν τον ισχυρισμό, βρίσκοντας ότι οι αυτουργοί κακοποίησης ηλικιωμένων ήταν πιο πιθανό να αναγνωριστούν ως έχοντες πρόβλημα με το αλκοόλ. Είναι πιθανό ότι ο ρόλος της κατάχρησης αλκοόλ ίσως να διαφέρει σε κάθε είδος κακοποίησης. Οι Reay και Brown (2001) βρήκαν ότι η κατάχρηση αλκοόλ από τον δότη της φροντίδας (κατανάλωση πάνω από 21 μονάδες αλκοόλ την βδομάδα) συνέβαινε σε 7 από τις 9 περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης, αλλά μόνο 1 από τις περιπτώσεις παραμέλησης.

Ένας τελευταίος εξακριβωμένος παράγοντας κινδύνου, είναι η **εξάρτηση του αυτουργού**. Ευρήματα από πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι οι αυτουργοί τείνουν να είναι εξαρτημένοι από τα άτομα που κακοποιούσαν. Το 1982, ο Wolf και οι συνεργάτες του αξιολόγησαν

περιστατικά που είχαν να αντιμετωπίσουν κέντρα της κοινότητας στη Μασαχουσέτη. Οι συγγραφείς ανακάλυψαν ένα «δίκτυο αμοιβαίας εξάρτησης» ανάμεσα στον θύτη και το θύμα. Στα 2/3 των περιπτώσεων αυτής της μελέτης, ο θύτης ήταν οικονομικά εξαρτημένος από το θύμα. Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών επιβεβαιώνουν αυτές τις δηλώσεις. Ο Pillemer (1986) βρήκε ότι οι αυτουργοί ήταν σε σημαντικό βαθμό πιο εξαρτημένοι από το θύμα σε θέματα στέγασης και οικονομικής βοήθειας, από ότι μέλη μιας άλλης συγκριτικής ομάδας.

2. Πιθανοί παράγοντες κινδύνου

Ένας από τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου είναι το **φύλο**. Αναφορές κέντρων προστασίας ενηλίκων και άλλες έρευνες από δείγματα φορέων παγκοσμίως, έδειξαν ότι η πλειοψηφία των θυμάτων είναι γυναίκες. Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρο αν αυτό είναι λόγω του υψηλότερου κινδύνου θυματοποίησης ή στον μεγαλύτερο αριθμό των γυναικών στον πληθυσμό των γηραιότερων. Οι Pillemer και Finkelhor (1988) εκτίμησαν ότι το τελευταίο είναι το πιο πιθανό. Στην έρευνα τους βρήκαν ότι ο βαθμός θυματοποίησης των αντρών είναι υψηλότερος, στο 5.1%, συγκριτικά με το 2.5% των γυναικών. Αυτό το απέδωσαν στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι πιο πιθανό να ζουν μόνες, μειώνοντας τον κίνδυνο. Οι ίδιοι συγγραφείς επισήμαναν ότι οι γυναίκες τείνουν να δέχονται πιο σοβαρή κακοποίηση και να υποφέρουν μεγαλύτερη συναισθηματική και ψυχολογική βλάβη από την κακοποίηση. Αυτό μπορεί να εξηγήσει εν συνεχεία τη μεγαλύτερη αντιπροσώπευσή τους ως θύματα στα κέντρα προστασίας ενηλίκων.

Η **σχέση του θύματος με τον θύτη** είναι ένας δεύτερος πιθανός παράγοντας κινδύνου. Παρά τις εισηγήσεις που υπάρχουν ότι τα ενήλικα παιδιά είναι πιο πιθανοί αυτουργοί κακοποίησης ηλικιωμένων, η μόνη

έρευνα σχετικά με το θέμα βασισμένη σε εκτιμήσεις, δείχνει ότι οι σύντροφοι ήταν πιο πιθανό να είναι θύτες. Ωστόσο, υπάρχουν ασαφείς δεδομένα για αυτόν τον παράγοντα κινδύνου και για αυτόν τον λόγο δεν μπορούμε να τον προσδιορίσουμε.

Ο Comijs (1998) βρήκε ότι συγκεκριμένα **χαρακτηριστικά γνωρίσματα** των ηλικιωμένων αυξάνουν τον κίνδυνο να πέσουν θύματα κακοποίησης. Σε μια εκτίμηση κοινότητας που έγινε στην Ολλανδία, εξέτασαν αν η *εχθρικότητα* και η *μαχητική συμπεριφορά* σχετίζονται με το να γίνει κάποιος θύμα χρόνιας λεκτικής, σωματικής και οικονομικής κακοποίησης. Θύματα χρόνιας λεκτικής κακοποίησης βρέθηκαν σε χαμηλότερη θέση της κλίμακας ελέγχου συναισθημάτων από ότι τα μη κακοποιημένα μέλη του δείγματος και είχαν υψηλότερο δείκτη επιθετικότητας.

Θύματα και των τριών ειδών κακοποίησης έδειξαν υψηλότερα επίπεδα επίθεσης και ήταν γενικά πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν παθητικούς τρόπους και τρόπους αποφυγής της σύγκρουσης, από ότι στρατηγικές για την ενεργητική επίλυση των προβλημάτων. Εξαιτίας της συγκλίνων φύσης της έρευνας, είναι αδύνατο να προσδιοριστεί αν αυτά τα χαρακτηριστικά είναι όντως παράγοντες κινδύνου ή συνέπειες της κακοποίησης. Παρά ταύτα, τα ευρήματα είναι επαρκώς ενδεικτικά για να αξίζουν περαιτέρω εξερεύνηση των παραγόντων προσωπικότητας σε κατά μήκος έρευνες. (CNSTAT, 2002)

Ανάμεσα στους παράγοντες που ευνοούν ή προκαλούν την κακοποίηση αναφέρονται και η *σωματική ή πνευματική αναπηρία*. Μελέτες ερευνητών από τη Βόρεια Αμερική έδειξαν ότι τα άτομα συνήθως άνω των 75 ετών που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν εξαιτίας κάποιας μειονεξίας – και ιδίως γυναίκες – διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για να γίνουν θύματα κακοποίησης. Ορισμένοι ερευνητές υπολογίζουν ότι στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο ηλικιωμένοι που βρίσκονται

εκτός ιδρυμάτων υφίστανται κακοποίηση, εγκατάλειψη ή εκμετάλλευση σε ποσοστό περίπου 4%, για τους ηλικιωμένους όμως με μειονεξίες το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 10%. (Σπινέλλη, 1991) Ωστόσο, έρευνες σύγκρισης περιστατικών δεν έδειξαν να υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της κακοποίησης ηλικιωμένων και της λειτουργικής ανικανότητας ή κακής υγείας. Οι Reis και Nahmiash (1998) δεν βρήκαν η ανικανότητα σε καθημερινές ασχολίες να σχετίζεται με την κακοποίηση ηλικιωμένων.

Τέταρτος πιθανός παράγοντας κινδύνου είναι η **εξάρτηση του θύματος και το άγχος (stress) του δότη φροντίδας**. Αν μπορούσε να σκιαγραφηθεί μια «παραδοσιακή» εικόνα της κακοποίησης ηλικιωμένων, περιληπτικά θα μπορούσε να είναι ως εξής: οι ηλικιωμένοι γίνονται αδύναμοι, δύσκολοι στη φροντίδα τους και ορισμένες φορές απαιτητικοί. Αυτά τα χαρακτηριστικά προκαλούν άγχος σε αυτόν που τους φροντίζουν. Αποτελέσματα αυτού του άγχους, είναι οι δότες φροντίδας να γίνονται επιθετικοί ή να παραμελούν τον ηλικιωμένο. Από αυτή την άποψη, η κακοποίηση φαίνεται σαν συνεπακόλουθο της διαδικασίας της γήρανσης, που οδηγεί στην ανάγκη φροντίδας από άλλους. Πρόσφατα συγκράματα δίνουν έμφαση στην εξάρτηση των ηλικιωμένων και στο αναμενόμενο άγχος του δότη φροντίδας σαν κυρίαρχη (και ορισμένες φορές μοναδική) αιτία της κακοποίησης. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη στοιχείων ότι η ανάγκη του ηλικιωμένου για φροντίδα ή το άγχος του δότη φροντίδας μπορούν όντως να οδηγήσουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης. Πρώτον, είναι ξεκάθαρο από τη γεροντολογική και γηριατρική βιβλιογραφία ότι ένας ουσιαστικός αριθμός ηλικιωμένων είναι εξαρτημένοι από τους συγγενείς τους ως έναν βαθμό. Δεύτερον, έρευνες συσχέτισης περιστατικών έχουν γενικά αποτύχει να εντοπίσουν είτε υψηλούς δείκτες εξάρτησης των ηλικιωμένων είτε μεγάλο άγχος του δότη φροντίδας στις περιπτώσεις κακοποίησης. Αρκετοί ερευνητές δεν

εντόπισαν μεγάλη εξάρτηση ή άγχος του δότη, ανάμεσα στα θύματα και τα μέλη της οικογένειάς τους, όταν συγκρίθηκαν με μη-θύματα. Μόνη εξαίρεση είναι μια έρευνα του Coyne (1993) στην οποία, άτομα που κάλεσαν σε τηλεφωνική γραμμή βοήθειας και οι οποίοι είχαν διαπράξει βία, παρείχαν φροντίδα για περισσότερο καιρό και για περισσότερες ώρες τη μέρα από ότι οι μη-θύτες και είχαν μεγαλύτερο βαθμό βάρους.

Τελευταίος πιθανός παράγοντας κινδύνου είναι η **μεταβίβαση μεταξύ γενεών**. Κοινωνιολογικές θεωρίες πιθανολογούν ότι όταν άτομα έχουν εμπειρία βίαιης συμπεριφοράς από γονείς ή από άλλους ρόλους στην παιδική ηλικία, τείνουν να επιστρέφουν σε αυτές τις μαθημένες συμπεριφορές όταν θυμώνουν ως ενήλικες. Πράγματι, έχει γίνει κοινοτυπία ότι θύματα παιδικής κακοποίησης μπορεί μεγαλώνοντας να γίνουν θύτες παιδικής κακοποίησης, σχήμα γνωστό ως «φαύλος κύκλος της βίας». (CNSTAT, 2002) Η άποψη αυτή εφαρμόζεται ανάλογα και στις περιπτώσεις κακοποίησης ατόμων της τρίτης ηλικίας: Τα παιδιά που κακοποιήθηκαν, όταν μεγαλώσουν θα κακοποιήσουν με τη σειρά τους, τους γονείς τους ή και τα παιδιά τους. Υπάρχει δηλαδή ένδειξη ότι η τάση για άσκηση βίας από τους γονείς μεταβιβάζεται στην επόμενη γενιά. Και έτσι τα ανήλικα θύματα γίνονται ενήλικοι θύτες. Η βίαιη συμπεριφορά αποτελεί απάντηση σε ερεθίσματα θυμού ή ματαίωσης (frustration) και το είδος αυτό της απάντησης, τα παιδιά το μαθαίνουν από τους γονείς τους. (Σπινέλλη, 1991) Τα αθροιστικά αποτελέσματα ερευνών υποστηρίζουν αυτή την υπόθεση, με την εμπειρία βίας από γονείς ή μαρτυρία βίας ανάμεσα στους γονείς στην παιδική ηλικία, να είναι στενά συνδεδεμένη με τη διάπραξη παιδικής ή της τρίτης ηλικίας κακοποίησης. Αυτό το θέμα, μολαταύτα, αξίζει περαιτέρω έρευνα δίνοντας τη σημασία των επιθετικών εμπειριών στην παιδική ηλικία ως παράγοντας κινδύνου για άλλες μορφές ενδοοικογενειακής βίας. (CNSTAT, 2002)

Στο θεωρητικό πλαίσιο για την αναζήτηση των αιτιών της κακοποίησης ηλικιωμένων, αναφέρονται και κάποιες σχετικές θεωρίες ή ορθότερα «ερευνητικές υποθέσεις» - αφού δεν έχουν τεκμηριωθεί εμπειρικά επαρκώς.

Μια πρώτη **υπόθεση** είναι αυτή του **εκσυγχρονισμού**. Ορισμένοι ερευνητές της δεκαετίας του '70, απέδωσαν το φαινόμενο της κακοποίησης ατόμων τρίτης ηλικίας στο σύγχρονο πολιτισμό και στα αρνητικά στοιχεία που τον συνοδεύουν. Μερίδα ειδικών επιστημόνων αμφισβήτησε την ορθότητα της θεωρίας του εκσυγχρονισμού. Κατ' αυτούς, το φαινόμενο της κακοποίησης των ηλικιωμένων προϋπήρχε της εποχής του «εκσυγχρονισμού» του δυτικού πολιτισμού, δεν αποκλείεται μάλιστα να αποτελούσε πολύ σημαντικότερο πρόβλημα σε προγενέστερες εποχές. Δεν φαίνεται να ήταν άγνωστο στην αρχαία Ελλάδα, όπως δεν είναι και στη σύγχρονη.

Πάντως υποστηρίζεται από ορισμένους, ότι η επιστημονική μελέτη της κακοποίησης των ηλικιωμένων αποτελεί σύγχρονη ενασχόληση και η αλλαγή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού έχει δυσμενείς συνέπειες στην έκταση και τη συχνότητα της κακοποίησης και της παραμέλησης των ηλικιωμένων. Ειδικότερα, οι αυξητικές τάσεις στον αριθμό και στα ποσοστά ατόμων άνω των 65 ετών, τα οποία έχουν ιδιαίτερες ιατρικές και οικονομικές ανάγκες, πιθανώς να οδηγήσουν σε ένταση του εξεταζόμενου προβλήματος, καθώς η σύγχρονη οικογένεια δεν είναι προετοιμασμένη να προβεί σε ορισμένες θυσίες ή αλλαγές στον τρόπο διαβίωσής της.

Η **υπόθεση της αλληλενέργειας και ανταλλαγής** βασίζεται στην αντίληψη, αφενός ότι η κοινωνική αλληλενέργεια περιλαμβάνει την ανταλλαγή αμοιβής και τιμωρίας (ή οφέλους και κόστους) μεταξύ των ψυχικά συναλλασσόμενων ατόμων και αφετέρου ότι κάθε άτομο προσπαθεί να μεγιστοποιεί το όφελος (ανταμοιβή) και να ελαχιστοποιεί

το κόστος (τιμωρία). Μεταφερόμενη η άποψη αυτή στην κακοποίηση των ηλικιωμένων σημαίνει ότι ο περιθάλπων – όχι φυσικά πάντα συνειδητά – προσφέρει φροντίδα στον ηλικιωμένο και «εισπράττει» κάποιο όφελος από αυτή του τη συμπεριφορά.

Η έννοια της ανταλλαγής ή συναλλαγής είναι ταυτόσημη με την έννοια της δύναμης ή εξουσίας. Έτσι όταν ο ένας από τους συναλλασσόμενους δεν έχει πλέον τη δύναμη να ανταμείψει, το άτομο για το οποίο έχει τι γνώμη ότι έχει χάσει ή δεν είχε ποτέ εξουσία στην ανταλλακτική σχέση, προσπαθεί να αποκαταστήσει την ισορροπία δυνάμεων, καταφεύγοντας στη βία, δηλαδή στην ενεργητική ή παθητική κακοποίηση. (Σπινέλλη, 1991)

Τέλος, αναφορικά, οι «**ψυχοδυναμικές θεωρίες**», υποστηρίζουν ότι τα επιθετικά συναισθήματα προς τους γονείς, τα οποία υπάρχουν από την παιδική ηλικία αλλά δεν μπορούν να εκδηλωθούν, να υφίστανται στην ενήλικη προσωπικότητα και να εκδηλώνονται με μια τάση αυταρχικότητας. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να μετατίθενται σε ασθενέστερα μέλη της κοινωνίας μέσα από διάφορες εκλογικεύσεις. Ορισμένα περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων ατόμων μέσα στην οικογένεια ή σε ιδρύματα, είναι πιθανό να αντιπροσωπεύουν μια προκατάληψη που διαμορφώθηκε με αυτόν τον τρόπο. (Slater, 2003)

Συμπερασματικά, αν και η παράθεση των παραγόντων κινδύνου και των ερευνητικών «υποθέσεων» δεν παρέχει ικανοποιητική και πλήρη απάντηση στο που οφείλεται ή πως εξηγείται η κακοποίηση ηλικιωμένων, ωστόσο αυτή η αναφορά σε ορισμένους αποδεκτούς παράγοντες οδηγεί σε μια πολυπαραγοντική προσέγγιση η οποία συντελεί σε μια πρώτη θεώρηση του θέματος από πλευράς εκλυτικών αιτιών του κοινωνικού αυτού φαινομένου. (Σπινέλλη, 1991) Η εξερεύνηση και κατανόηση των σχετικών παραγόντων της κακοποίησης ηλικιωμένων είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη μεθόδων πρόληψης. Η

αποτελεσματική προστασία μπορεί να οδηγήσει στην ελαχιστοποίηση των αρνητικών συνεπειών της κακοποίησης και να ελαττώσει την ανάγκη για εκτεταμένη θεραπεία. Αν μπορούν να εντοπιστούν οι παράγοντες κινδύνου, θα μπορέσουμε να τους μειώσουμε ή να τους εξαλείψουμε και έτσι να προλάβουμε νέα περιστατικά κακοποίησης ή να αποτρέψουμε την ανάπτυξη των περιστατικών που ήδη υπάρχουν. (CNSTAT, 2002)

3.5. Συνέπειες της κακοποίησης

Η οξεία αντίδραση των ηλικιωμένων σε γεγονότα που προκαλούν ειδική ένταση τεκμηριώνεται λ.χ. με το θάνατο του χήρου και της χήρας, τις αντίξοες συνθήκες κατοικίας, τη κακή υγεία του ίδιου ή συγγενούς, την αστοργία παιδιών κ.λ.π. Προς την ίδια κατεύθυνση οδηγούν και άλλα ερευνητικά δεδομένα που υποδηλώνουν ότι, παρά το γεγονός ότι τα ηλικιωμένα άτομα διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο να γίνουν θύματα εγκλημάτων, φοβούνται περισσότερο το έγκλημα και επίσης αποδοκιμάζουν περισσότερο τη βίαιη συμπεριφορά από ό,τι άτομα μικρότερης ηλικίας.

Μετά από σχετική μελέτη του Αυστραλιανού Ινστιτούτου Εγκληματολογίας τονίζεται ότι «τα ηλικιωμένα άτομα που γίνονται θύματα εγκλημάτων μπορεί να αναπτύξουν μια αυξημένη νευρική και δειλία. Αυτή η κατάσταση οδηγεί σε ένα εξελισσόμενο συναίσθημα δειλίας και ανασφάλειας, ακόμα και όταν παραμένουν σπίτι σε αδυναμία να αντιμετωπίζουν τη ζωή και σε φόβο επαναθυματοποίησης. Επίσης ενδέχεται να προκύψει μια αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Συγγενείς του θύματος μπορεί να χάνουν ολοένα και περισσότερο την υπομονή τους και μπορεί ακόμη και να μέμφονται το θύμα επειδή δεν προσέχει όσο πρέπει. Αυτά όλα είναι πιθανό να καταλήξουν σε προοδευτική μείωση της αυτοεκτίμησης των θυμάτων η οποία θα οδηγήσει περαιτέρω σε αύξηση των διαπροσωπικών συγκρούσεων. Οι συγγενείς ενδέχεται να απομακρυνθούν από το θύμα ή αντίθετα να αρχίσουν να το υπερπροστατεύουν. Και κάθε μία από τις αντίστοιχες αντιδράσεις θα έχει ανεπιθύμητες επιπτώσεις.

Όπως είναι γνωστό μετά το 60 έτος της ηλικίας του κάθε άτομο έχει χάσει σημαντικό αριθμό νευρικών κυττάρων και έχει αρχίσει να υφίσταται μείωση της κινητικότητας του και της απόδοσης των δύο

κυρίων αισθητηρίων(όρασης και ακοής). Παράλληλα επέρχεται βαθμιαία έκπτωση όλων των λειτουργιών. Ο χρόνος απάντησης στα ερεθίσματα επιβραδύνεται και η προσωπικότητα μεταβάλλεται.

Στις φυσιολογικές αυτές καταστάσεις άτομα με καλά δομημένη προσωπικότητα και άτομα που ζουν έξω από τα αστικά κέντρα προσαρμόζονται συνήθως ικανοποιητικά. Ωστόσο, άλλα εμφανίζουν «ψυχοπαθολογικές καταστάσεις». Ενδιαφέρον για τις συνέπειες της κακοποίησης εμφανίζουν, οι ψυχοπαθολογικές αντιδραστικές καταστάσεις που ακολουθούν κάποιο σοβαρό ψυχοτραυματικό γεγονός και έχουν αγχώδη, καταθλιπτική, συγχυτική, διεγερτική, παρανοειδή κ.λ.π. κλινική έκφραση. Οι νευρωσιόμορφες εξάλλου καταστάσεις-που είναι και οι πιο συνηθισμένες- εκδηλώνονται π.χ. με ευσυγκινησία, ευθιξία, υποχονδριακές καταστάσεις και καταθλιπτικές τάσεις.

Το ειδικό αυτό κοινωνικό πρόβλημα της κακοποίησης παρουσιάζει δύο όψεις. Μία ατομική που επικεντρώνεται κυρίως στον ηλικιωμένο ο οποίος υποφέρει και δικαιούται να τελειώσει ανώδυνα, ειρηνικά, και χωρίς εξευτελισμούς τη ζωή του. Και μια κοινωνική, σύμφωνα με την οποία η πολιτεία ή η διοίκηση του νοσοκομείου λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες για κρεβάτια προκειμένου να αντιμετωπίσει έκτακτα επείγοντα περιστατικά, εκτιμά ότι η παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο μοναχικών και εγκαταλειμμένων ηλικιωμένων καθιστά αδύνατη τη νοσηλεία καθαρώς ιατρικών περιπτώσεων και γενικώς δυσχεραίνει την ομαλή λειτουργία του ιδρύματος.

Πέρα από τις ατομικές λοιπόν συνέπειες που συνοδεύουν την ενεργητική ή και παθητική κακοποίηση αξιοπρόσεκτες είναι και οι κοινωνικές. Το κοινωνικό κόστος που πληρώνει η πολιτεία ή και η οικογένεια είναι υψηλό ακόμη και όταν ο δράστης είναι μέλος της τελευταίας. Με τη κακοποίηση του ηλικιωμένου, από οπουδήποτε και αν αυτή προέρχεται, αυξάνεται η εξάρτηση του, αν δε η βία πηγάζει από

τους ίδιους τους κόλπους της οικογένειας, οι συγκρούσεις δυσχεραίνουν τη συμβίωση. Όταν μάλιστα ο κακοποιημένος ηλικιωμένος συμμετείχε στη φροντίδα των εγγόνων του ή και του σπιτιού, μετά τη κακοποίηση δεν θα είναι σε θέση ή θα αρνείται, ενδεχομένως, να προσφέρει τις πολύτιμες υπηρεσίες του, ενώ αυξάνονται οι πιθανότητες να έχει και ο ίδιος ανάγκη από περιποίηση. Σε οικογένειες των οποίων όλα τα ενήλικα μέλη εργάζονται, είναι ευνόητο ότι η δημιουργούμενη κατάσταση είναι ακόμη πιο κρίσιμη. Σημαντικό είναι άλλωστε και το κόστος που προκύπτει, καθώς η άλλοτε θετική παρουσία του ηλικιωμένου μετατρέπεται σε προβληματική. Το συναίσθημα ασφάλειας που πηγάζει από τη σταθερότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος και από την ομαλή ολοκλήρωση του κύκλου της ζωής πλήττεται καιρία. Αλλά και η αθόρυβη-με επικοινωνία σε δεύτερο επίπεδο, θα μπορούσε να πει κανείς- μετάδοση της πολιτιστικής κληρονομιάς διασπάται.

Από την άλλη πλευρά, το οικονομικό κόστος είναι αναμφισβήτητα μεγαλύτερο στην περίπτωση θυμάτων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Ιδιαίτερα αν παραστεί ανάγκη, εκτός από την ιατροφαρμακευτική και για νοσηλευτική περίθαλψη. Και τούτο γιατί η βραδεία ανάρρωση και οι επιπλοκές είναι ο κανόνας στις περιπτώσεις αυτές. (Σπινέλλη, 1991)

3.6. Χαρακτηριστικά των θυμάτων

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε το 1991 με πληροφορίες αφενός από το υπουργείο υγείας και πρόνοιας και αφετέρου από νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής, συλλέχθηκαν τα ακόλουθα στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των θυμάτων κακοποίησης και παραμέλησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Με πολλές επιφυλάξεις θα μπορούσε κανείς να σκιαγραφήσει γενικά το τυπικό θύμα κακοποίησης ως ένα άτομο 70 ετών και κάτω και λιγότερο από 70 και άνω. Κυρίως οι ηλικιωμένες γυναίκες φαίνεται να γίνονται θύματα κακοποίησης περισσότερο από ότι οι ηλικιωμένοι άντρες και μάλιστα αυτό συμβαίνει σε κάθε ηλικιακή ομάδα των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Έχει διατυπωθεί και η άποψη ότι ηλικιωμένα άτομα τα οποία κατοικούν μόνα τους, ελαττώνονται οι πιθανότητες να γίνουν θύματα βίας σε σχέση με άτομα τα οποία ενδεχομένως θα συγκατοικούσαν. Στην πλειοψηφία τους, τα κακοποιημένα άτομα της παρούσας έρευνας ήταν άνθρωποι ανύπαντροι, διαζευγμένοι ή χήροι (56%), ενώ το υπόλοιπο (43%) ήταν παντρεμένοι.

Το κακοποιημένο άτομο συνήθως ζει με κάποιο συγγενή, δεν βρίσκεται απομονωμένο, έχει ωστόσο χαμηλό επίπεδο τηλεφωνικής επικοινωνίας με φίλους ή συγγενείς και είναι δυσαρεστημένο από τη ζωή του.

Από πολλούς συγγραφείς επισημαίνεται ο αυξημένος κίνδυνος θυματοποίησης των μη αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων ατόμων. Τα θύματα κακοποίησης της τρίτης ηλικίας έχουν επομένως συχνά κάποια σωματική ή και διανοητική δυσλειτουργία και εξαρτώνται από το άτομο που τα φροντίζει για την εξυπηρέτηση όλων ή των περισσότερων αναγκών τους. Γι' αυτό και συνηθίζεται οι δράστες της κακοποίησης των

ηλικιωμένων να είναι μέλη της οικογένειας που φροντίζει τον ηλικιωμένο και πολλές φορές είναι επιφορτισμένα με τη φροντίδα του ηλικιωμένου. Οι οικογένειες χωρίς κάποιου είδους κοινωνική υποστήριξη θεωρούνται πιο ευεπίφορες στη χρήση βίας για την αντιμετώπιση οικογενειακών κρίσεων.

Πολλές φορές ο φόβος του θύματος λόγω της εγκληματικής συμπεριφοράς κάποιου προς αυτό, μπορεί να το οδηγήσει στη μείωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων και στη κοινωνική απομόνωση. Η κοινωνική απομόνωση περιπλέκει το πρόβλημα καθώς μειώνεται η δυνατότητα υποστήριξης των ατόμων της τρίτης ηλικίας που κακοποιούνται, για να αμβλυνθεί ο φόβος τους, αλλά και στη περίπτωση θυματοποίησης να ανακουφιστεί το θύμα από τις συνέπειες του εγκλήματος. Ειδικότερα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι ο βαθμός της απομόνωσης του ηλικιωμένου ή αντίθετα της εμπλοκής τρίτων στο οικογενειακό του περιβάλλον έχει ιδιαίτερη σημασία. «Όσο μεγαλύτερη είναι η εμπλοκή, τόσο δυσκολότερα μπορεί ένας συγγενής να κακοποιήσει ένα άτομο τρίτης ηλικίας χωρίς να υποστεί εκ μέρους τρίτων το κόστος των αρνητικών συνεπειών». (Σπινέλλη, 1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

4.1. Κοινωνικοπρονοιακό πλαίσιο και τρίτη ηλικία

Η προστασία των ηλικιωμένων στη χώρα μας, στα πλαίσια της παραδοσιακής κοινότητας, ήταν «οικογενειακή υπόθεση» (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2000) με περιστασιακή αντιμετώπιση από τη πολιτεία εντασσόμενη στην κοινωνική πολιτική κατά της φτώχειας. Οι πρώτες προσπάθειες για μια πολιτική, που καθορίζει μια εξειδικευμένη κοινωνική δράση για το γήρας, αρχίζουν να παρουσιάζονται μετά το 1960. (Ακαδημία Αθηνών, 1991) Τώρα όμως, με δεδομένες τις αλλαγές των κοινωνικών δομών, η μέριμνα και προστασία των ηλικιωμένων πρέπει να αποτελεί βασική κρατική υπόθεση. (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2000)

Για να αποφανθεί κανείς εάν και ποια μέτρα πρέπει να ληφθούν για την πρόληψη και περιστολή της κακοποίησης ηλικιωμένων, είναι χρήσιμο να προηγηθεί μια απογραφή των ήδη προσφερόμενων υπηρεσιών γι' αυτές τις ομάδες ηλικιών. Κοινωνικοί φορείς ειδικά επιφορτισμένοι με την πρόληψη, την ψυχολογική συμπαράσταση και κυρίως τη νομική, κοινωνικο – οικονομική και ιατροφαρμακευτική αρωγή των ηλικιωμένων θυμάτων βίας ή παραμέλησης δεν λειτουργούν στη χώρα μας. Ωστόσο, με την υπάρχουσα υποδομή για την τρίτη ηλικία αντιμετωπίζεται σε κάποιο βαθμό το πρόβλημα. (Σπινέλλη, 1991)

Με τη μεταρρυθμιστική παρέμβαση του Ν. 2646/1998 τέθηκαν οι βάσεις για το **Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας**, το οποίο έχει στόχο την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών σε όλες τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες για την ισότιμη συμμετοχή τους στην ελληνική κοινωνία. (Slater, 2003)

Καταρχήν τα **κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα** παρέχουν νοσοκομειακή κάλυψη σε ακραία περιστατικά που απαιτούν τέτοιας μορφής αντιμετώπιση. (Σπινέλλη, 1991) Στη χώρα μας δεν λειτουργούν εξειδικευμένα γηριατρικά νοσοκομεία ή γηριατρικές μονάδες σε γενικά νοσοκομεία, με αποτέλεσμα οι υπερήλικες να εξυπηρετούνται από τις γενικές νοσηλευτικές μονάδες, οι οποίες έχουν οργανωτική δομή σχεδιασμένη κατά βάση για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Στον τομέα της κακοποίησης έρχονται να βοηθήσουν και τα **Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)**. Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ιατροκοινωνικά κρατικά προγράμματα που υλοποιούν τη σύγχρονη αντίληψη της κοινωνικής συμμετοχής, ενεργοποίησης και προληπτικής υγιεινής των ατόμων τρίτης ηλικίας. Ο θεσμός αυτός αποβλέπει στην ενεργό, αυτόνομη και ισότιμη συμμετοχή των ηλικιωμένων στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή και στην αξιοποίηση του πολιτιστικού πλούτου που είναι φορείς του. Επομένως καταδικάζει την απομόνωση, την εξάρτηση και ιδρυματοποίησή τους.

Τα Κέντρα αυτά έχουν τρεις βασικούς σκοπούς:

- Την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων ατόμων 60 ετών και άνω,
- Τη διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων, και
- Την έρευνα θεμάτων που αφορούν τους ηλικιωμένους. (Σπινέλλη, 1991)

Παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας, ανεβάζοντας θεατρικά έργα, παρουσιάζοντας μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999) Οι ηλικιωμένοι διατηρούν και δημιουργούν νέες κοινωνικές επαφές, καλλιεργούν ενδιαφέροντα και ασχολίες, καθώς επίσης

αναπτύσσουν νέες δεξιότητες. Σήμερα λειτουργούν περίπου 360 παρόμοια κέντρα σε Δήμους όλης της χώρας (Slater, 2003)

Προσωρινή και ανεπαρκείς προς το παρόν λύση στο πρόβλημα της θυματοποίησης των ηλικιωμένων αποτελούν οι **Κοινωνικοί Ξενώνες Ενηλίκων**. Οι Ξενώνες αυτοί απευθύνονται σε άτομα κάθε ηλικίας, τα οποία σε μια κρίσιμη φάση της ζωής τους βρίσκονται χωρίς στέγη. Άλλωστε είναι ελάχιστοι. Επομένως τα ηλικιωμένα άτομα με τις ιδιαίτερες και μακροχρόνιες ανάγκες τους μόνο κατ' εξαίρεση μπορούν να αντιμετωπιστούν σε αυτό το κοινωνικό πλαίσιο.

Τα **Κρατικά Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων**, αν και παρέχουν περίθαλψη σε κάθε ενήλικο άτομο, και όχι μόνο σε ηλικιωμένους, έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τις ελάχιστες, ακραίες περιπτώσεις κακοποίησης ή παραμέλησης που καταλήγουν σε αναπηρία, σε κατακλίσεις βαριάς μορφής κ.τ.λ.

Περισσότερη υποστήριξη παρέχουν ωστόσο στα άτομα που ενδέχεται να γίνουν θύματα ενεργητικής ή παθητικής κακοποίησης διάφορα **μέτρα κοινωνικής πολιτικής**. Από τις παροχές σε χρήμα, σε είδος και σε προσωπικές υπηρεσίες – εκτός από τα Κ.Α.Π.Η. – πρέπει να αναφερθούν:

- Η παροχή στεγαστικής συνδρομής με τη μορφή ενοικίου που καταβάλλεται στους ιδιοκτήτες ακινήτων. Μετά την υπογραφή ιδιωτικού συμφωνητικού στις κατοικίες αυτές εγκαθίσταται ανασφάλιστα και οικονομικά αδύνατα, μοναχικά άτομα ή αντρόγυνα άνω των 65 ετών.
- Η πρόβλεψη πρόσθετου αφορολόγητου ποσού για ηλικιωμένους που είναι ανάπηροι ή τυφλοί άνω του 67^{ου} έτους.
- Η κάρτα τρίτης ηλικίας που παρέχει δυνατότητα εκπτώσεων σε τρένα και λεωφορεία του ΟΣΕ σε άτομα 60 ετών και άνω, εντός αλλά και εκτός Ελλάδος, εφόσον ισχύει η μεταφορά μέσω «Rail Europe Senior».

- Τα κατασκηνωτικά προγράμματα για μέλη Κ.Α.Π.Η. και για όσους συμμετέχουν στο πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» καθώς και η δυνατότητα του λεγόμενου «κοινωνικού τουρισμού» (Σπινέλλη, 1991), ψυχαγωγικού χαρακτήρα προγράμματα της Εργατικής Εστίας, που καλύπτουν κάθε ηλικιωμένο άτομο μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος. (Σταθόπουλος, 1999)

- Η κατά παρέκκλιση της σειράς προτεραιότητας χορήγηση τηλεφωνικής σύνδεσης σε μοναχικά άτομα άνω των 75 ετών και σε κάθε άτομο άνω των 80, αδιάφορο αν ζει μοναχό ή με την οικογένειά του.

Το πρόγραμμα «**βοήθεια στο σπίτι**» εφαρμόζεται σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση (Σπινέλλη, 1991) και υλοποιείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (ΚΕΔΚΕ). Η πολιτεία έρχεται κοντά στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. (Slater, 2003) αποτρέποντας με τον τρόπο αυτό την εισαγωγή τους σε ίδρυμα ή ελαχιστοποιώντας το χρόνο της νοσοκομειακής τους περίθαλψης. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Το πρόγραμμα προορίζεται για άτομα με προσωπικές ανάγκες, αλλά και ανάγκες φροντίδας του σπιτιού τις οποίες δεν μπορούν να εκπληρώσουν μόνοι τους και που οι συγγενείς και οι φίλοι τους είναι απρόθυμοι ή ανίκανοι να εκπληρώσουν. Οι υπηρεσίες διαρκούν από μια ως τρεις ώρες την ημέρα για μερικές ημέρες την εβδομάδα ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου. (Wagstaff & Coakley, 1997) Οι συγκεκριμένες ανάγκες περιλαμβάνουν φροντίδα της κατοικίας, προετοιμασία του φαγητού, θεραπευτική αγωγή, ψυχαγωγία, φιλικές συναναστροφές, συνδρομή στην επίλυση διάφορων ατομικών υποθέσεων κ.α.

Η κατ' οίκον παροχή φροντίδας και περίθαλψης σε άτομα τρίτης ηλικίας αποτελεί ένα συνδυασμό πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και συστήματος κοινωνικής μέριμνας, που εφαρμόζεται από ειδικευμένα στελέχη με γνώσεις νοσηλευτικής, διαιτολογίας, ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας. Το όλο πρόγραμμα απαιτεί για την εφαρμογή του σημαντικούς οικονομικούς πόρους και εξειδικευμένο προσωπικό, παρουσιάζει όμως άριστα ψυχοκοινωνικά και ιατρικά αποτελέσματα στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων που εφαρμόζεται. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Τα **προγράμματα αναδοχής** αν και δεν είναι μια διαδεδομένη μορφή φροντίδας στη χώρα μας, αρχίζει να ενθαρρύνεται ως εναλλακτική λύση φροντίδας στην κοινότητα, με στόχο την αποτροπή της ιδρυματικής φροντίδας και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μοναχικών κυρίως υπερηλίκων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια. Άλλωστε, η αναδοχή προσφέρει τη δυνατότητα στις πυρηνικές οικογένειες της εποχής μας να δημιουργήσουν μια ουσιαστική σχέση «παππού»: ιδίως για τα μικρά παιδιά αυτή η εμπειρία μπορεί να είναι πολύτιμη. (Σταθόπουλος, 1999)

Η **προστατευόμενη στέγαση** είναι μια εναλλακτική λύση για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, που δεν είναι σοβαρά ανάκανοι. Η προστατευόμενη στέγαση υφίσταται με διάφορες μορφές και αποδείχθηκε πολύ αποτελεσματική μέθοδος διατήρησης των ηλικιωμένων ενταγμένων μέσα στην κοινωνία. Αποτελείται από μονάδες ατομικής διαβίωσης που είναι ομαδοποιημένες και λειτουργούν υπό την επίβλεψη κάποιου ειδικού. Αυτό δεν είναι διαδεδομένος τρόπος διαβίωσης γι' αυτό και πολλοί ηλικιωμένοι καταφεύγουν στην εξασφάλιση μόνιμης φροντίδας στο σπίτι. (Wagstaff & Coakley, 1997)

Το **Ίδρυμα Κλειστής Περίθαλψης** αποτελεί την τελευταία βαθμίδα της κλίμακας των μέτρων προστασίας των υπερηλίκων και θεωρείται ως

η έσχατη και αναπόφευκτη λύση, όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, όπου θα μπορούσε να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του υπερήλικα, ή όταν αποκλειστεί εντελώς η κατ' οίκον περίθαλψή του, μέσω των οργάνων της κοινωνικής υπηρεσίας ή μέσω των συγγενών του.

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

Στη χώρα μας αναπτύχθηκε ένας σημαντικός αριθμός Γηροκομείων, περίπου 120, χωρίς να έχει προηγηθεί μια προηγούμενη εκτίμηση των τοπικών αναγκών. (Ακαδημία Αθηνών, 1991)

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αύξηση του αριθμού των **ιδιωτικών κλινικών** για ηλικιωμένους στην Αγγλία και στην Ιρλανδία. Πολλές τέτοιες κλινικές υπάρχουν και στην Αμερική και σε άλλες χώρες. Οι ασθενείς που μένουν σε πολλές από αυτές τις κλινικές υποστηρίζονται συμπληρωματικά από το κράτος. Οι περισσότεροι από τους διαμένοντες στις κλινικές αυτές είναι περιπατητικοί παρόλα αυτά, μερικές κλινικές παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα σε βαρεια εξαρτημένους ασθενείς και φυσικά είναι πιο ακριβές από άλλες. (Wagstaff & Coakley, 1997)

Υπό την άμεση εποπτεία της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης λειτουργούν **Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ)** για την κλειστή περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων που στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος. Μερικές από τις μονάδες αυτές ιδρύθηκαν από σωματεία, οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης και την εκκλησία, και έχουν στόχο να προσφέρουν δωρεάν περίθαλψη σε άπορους ηλικιωμένους. (Slater, 2003)

Τα **Κοινωνικά Κέντρα** αποτελούν χώρους κοινωνικών συναναστροφών, ψυχαγωγίας και δημιουργικής απασχόλησης των

υπερηλικών. Στα κέντρα αυτά παρέχονται ιατρικές και νομικές συμβουλές, διοργανώνονται ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, εκδρομές, πολιτιστικές δραστηριότητες και δίδεται η δυνατότητα στους υπερήλικες να συμμετέχουν ενεργά στη διοίκηση και στη διαχείριση των κέντρων ή να προσφέρουν βοηθητικές εργασίες ανάλογα με τις επαγγελματικές τους εμπειρίες. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Οι **λέσχες φαγητών** δημιουργήθηκαν σε ορισμένες περιοχές, με σκοπό να εξυπηρετούν τους ηλικιωμένους. Προσφέρουν φαγητό και κοινωνικές επαφές. Τα κέντρα αυτά προσφέρουν κυρίως υποστήριξη και υπηρεσίες φροντίδας στους ηλικιωμένους που διαρκούν είτε όλη την ημέρα είτε κάποιες ώρες. Εκτός από τα γεύματα προσφέρονται και πολλές δραστηριότητες. Όταν παρέχονται οι κατάλληλες φροντίδες στους εξαρτημένους ηλικιωμένους τότε η φροντίδα τους στο σπίτι, γίνεται πιο εύκολη και για την οικογένεια και για την ομάδα φροντίδας της κοινότητας. Τα κέντρα αυτά όμως δεν παρέχουν ιατρικές εξετάσεις και θεραπείες ιατρικής φύσης, εκτός από ορισμένα που παρέχουν φυσιοθεραπευτικές φροντίδες και δίνουν τη δυνατότητα σε αυτούς που δέχονται αυτές τις υπηρεσίες να διατηρηθούν στην καλύτερη δυνατή κατάσταση.

Η **υπηρεσία αποστολής φαγητού** προμηθεύει με γεύματα, άτομα που είναι ανίκανοι να μαγειρέψουν κανονικά γεύματα για τον εαυτό τους και που δεν μπορούν να πάρουν έτοιμα γεύματα από κάποια άλλη πηγή. Οι περισσότεροι άνθρωποι που απολαμβάνουν αυτή την υπηρεσία είναι ηλικιωμένοι, και είναι πολύ σημαντική για ηλικιωμένους να κινδυνεύουν από έλλειψη σωστής θρέψης. (Wagstaff & Coakley, 1997)

Κάτι ανάλογο είναι και τα **προγράμματα διατροφής** τα οποία σερβίρουν φαγητό σε σχολεία, δημοτικά κέντρα, ξενοδοχεία, εκκλησίες και συναγωγές, Κ.Α.Π.Η., κέντρα επίβλεψης ηλικιωμένων και σε άλλες δημοτικές εγκαταστάσεις. Τα περισσότερα είναι ανοιχτά σε

ηλικιωμένους και συχνά προσφέρουν τη μεταφορά από και προς το κέντρο. Το πλεονέκτημα είναι ότι τα γεύματα αποτελούν ευκαιρίες για συναναστροφές. Αυτά τα προγράμματα διευθύνονται ουσιαστικά από δήμους και ενίοτε τα γεύματα είναι δωρεάν.

Οι **Υπηρεσίες Μετακίνησης** παρέχουν μετακίνηση από πόρτα σε πόρτα ηλικιωμένων ή ατόμων με ειδικές ανάγκες όταν χρειάζεται να πάνε στο ραντεβού τους με το γιατρό, στο μάρκετ, στο ή αλλού. Υπάρχουν αρκετές δημόσιες ή ιδιωτικές ομάδες που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες. Πολλά από τα λεωφορεία που χρησιμοποιούν είναι εξοπλισμένα να παίρνουν άτομα με αναπηρικά καροτσάκια. Αυτού του είδους οι δημοτικές υπηρεσίες παρέχονται συνήθως δωρεάν, αλλά κάποιες ομάδες ζητούν μια καταβολή ή ένα υποτυπώδες ποσό. (Καλαϊτζή, 2004)

Η ίδια η κοινότητα μπορεί να συμβάλει στην καλή ποιότητα της ζωής τόσο του ίδιου του ηλικιωμένου όσο και του ατόμου που τον φροντίζει με διάφορους θεσμούς, όπως αυτός της **Φροντίδας στο Σπίτι** που άρχισε να εφαρμόζεται σε ευρύτερη κλίμακα στη Ελλάδα το 1998, και η ίδρυση **Ξενώνων Ημέρας ή και Νύχτας**, στους οποίους μπορεί να εμπιστευτεί κάποιος τον ηλικιωμένο, και κυρίως τους ανοϊκούς, για ορισμένες ώρες την ημέρα. Η συγκρότηση **ομάδων υποστήριξης των συγγενών των ατόμων με άνοια**, όπως «Η ελληνική εταιρία για τη νόσο *Alzheimer* και συναφείς διαταραχές» εξυπηρετεί την ανάγκη τόσο της ψυχολογικής αλληλοϋποστήριξης καθώς και οι συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα και μπορούν να τα συζητούν βρίσκοντας κατανόηση από τους άλλους, όσο και της ενημέρωσης. Στις ομάδες αυτές συνήθως συμμετέχουν γιατροί, ψυχολόγοι και άλλοι ειδικοί, όπως νομικοί, οι οποίοι προσφέρουν πληροφορίες τόσο για τη νόσο και τους τρόπους αντιμετώπισής της όσο και μαθήματα για την άσκηση των δεξιοτήτων και συμπεριφορών αντιμετώπισης. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Η μοναξιά και η παραμέληση των ηλικιωμένων τους δημιουργούν προβλήματα, γι' αυτό και πολλές φορές υπάρχει κοινοτική και κρατική βοήθεια που δίνεται σε αυτούς (Παπασπυρόπουλος, 1991) οι οποίοι έχουν κάθε λόγο να δικαιούνται μεγαλύτερης προσοχής και φροντίδας ύστερα από μια μακρόχρονη και συνεχή προσφορά τόσο προς την οικογένειά τους, όσο και προς το Κράτος.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η δημογραφική ωρίμανση του ελληνικού πληθυσμού οδηγεί σταδιακά στην αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων, η καταγραφή και η αξιολόγηση των ιατροκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός των ατόμων της τρίτης ηλικίας (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999) και η αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αδυναμία της οικογένειας να φροντίζει για την περίθαλψη των ηλικιωμένων (Σταθόπουλος, 1999) αποτελούν προϋποθέσεις ενός ορθολογικού προγραμματισμού στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής πολιτικής, που μπορεί μακροπρόθεσμα να αποφέρει θετικά αποτελέσματα για το σύνολο της κοινωνίας. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

4.2. Ποινικό Δίκαιο και τρίτη ηλικία

Οι ηλικιωμένοι υπάγονται κυρίως στις περιπτώσεις των θυμάτων εκείνων, κατά τα οποία ούτε επιδιώκουν ούτε προκαλούν συνειδητά ούτε αποδέχονται το εις βάρος τους έγκλημα, πλην όμως δεν το αποτρέπουν είτε διότι φοβούνται τις συνέπειες είτε διότι δεν έχουν τη δυνατότητα να το αποτρέψουν. Οι περισσότεροι υπομένουν τις ταπεινώσεις για να μην δημιουργήσουν πρόβλημα στην οικογένειά τους και προξενήσουν μεγαλύτερο κακό στα μέλη της. Έτσι είναι οι πλέον συμπαθείς και οι έχοντες ιδιαίτερη ανάγκη μιας κοινωνικής και νομικής προστασίας. (Πρακτικά Συνεδρίου «Η Τρίτη Ηλικία ως Θύμα, 2000)

Η διατήρηση του ηλικιωμένου σε κατάσταση τέτοια, ώστε να περάσει την τελευταία περίοδο της ζωής του χωρίς δυσάρεστες εξωτερικές εμπειρίες και ταλαιπωρίες – πέρα από αυτές που αναπόφευκτα συνεπάγεται η φυσική φθορά του οργανισμού του και τις διαταραχές νοήματος που εμφανίζονται σε αλληλουχία με τον χρόνο – είναι η βάση του έννομου αυτού αγαθού που θα ονομάσουμε «προστατευμένη τρίτη ηλικία». Η προστασία του έννομου αυτού αγαθού στηρίζεται άλλωστε και στο ά. 21 §3 του Σ. κατά το οποίο: «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

Ακόμη και αν λάβουμε ως δεδομένο ότι η τρίτη ηλικία είναι ένα αυτοτελές έννομο αγαθό, στις περισσότερες περιπτώσεις, βέβαια, η προστασία του επιτυγχάνεται στα πλαίσια της υπαρκτής ποινικής προστασίας των γενικών (κυρίως προσωπικών) έννομων αγαθών.

α) Βία, βιαιοπραγία, κακοποίηση

Η βία μπορεί να οριστεί ως η συμπεριφορά με την οποία προκαλείται κακό και είναι περιορισμένη και πρόσφορη κατά την αντίληψη του

δράστη να υπερνικήσει την αντίσταση που το θύμα είτε προβάλλει είτε αναμένεται να προβάλλει. Όταν η πρόκληση κακού δεν αποβλέπει σε κάμψη μιας αντίστασης, τότε η πράξη μπορεί να ονομαστεί απλώς βιαιοπραγία.

Το κακό που προκαλείται με τη βία ή την απλή βιαιοπραγία μπορεί να αφορά προσωπικά έννομα αγαθά του θύματος και ιδίως το σώμα του, οπότε γίνεται λόγος για «σωματική βία» (σωματική κάκωση, ή βλάβη της υγείας). Μπορεί όμως να αναφέρεται και σε πράγματα π.χ. εμπρησμό κατοικίας ή φθορά αντικειμένων προσφιλών στο θύμα, όπως ανατίναξη αυτοκινήτου ή φόνο αγαπημένου ζώου. Στην τελευταία αυτή περίπτωση πρόκειται για βία «κατά πραγμάτων», η οποία ενδέχεται φυσικά να επιδιώκει να κάμψει την αντίσταση του φορέα των αντίστοιχων περιουσιακών αγαθών.

Είναι δυνατόν η «κακοποίηση» ή βιαιοπραγία να μην προκάλεσε ούτε σωματική ευεξία ή να επηρέασε τη σωματική ακεραιότητα, ούτε και να επέφερε ανώμαλη κατάσταση της λειτουργίας και συλλειτουργίας των ανθρώπινων οργάνων. Στην περίπτωση αυτή μια βιαιοπραγία χωρίς αποτέλεσμα μπορεί να χαρακτηριστεί ως έμπρακτη εξύβριση.

Μια μορφή «κακοποίησης» είναι και η στέρηση της ελευθερίας κίνησης με κλείδωμα, δέσιμο, απόκρυψη ρούχων κ.λ.π. Η στέρηση αυτή μπορεί να καταλήξει σε ψυχολογικό κλονισμό λόγω φόβου (περιορισμός σε σκοτεινό χώρο, σε έρημο σπίτι κ.λ.π.), μοναξιάς, έλλειψης βοήθειας κ.λ.π. Οι πράξεις αυτές, που συχνά αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι τελούνται κατά παιδιών, διαπράττονται συχνά και κατά ηλικιωμένων ατόμων.

β) Απειλή, κλοπή, απάτη

Ανάλογα ισχύουν και για τις περιπτώσεις απειλής. Δηλαδή της προαναγγελίας κακού (ληστεία, εκβίαση, βιασμό, παράνομη βία,

εγκλεισμό σε ίδρυμα) που πρόκειται να πραγματοποιηθεί από τον δράστη κατά των έννομων αγαθών του ηλικιωμένου ή άλλου προσώπου, που συνδέεται στενά με αυτόν και αποβλέπει στο να τον εξαναγκάσει να πράξει, να παραλείψει ή να ανεχθεί κάτι.

γ) Σωματική βλάβη «ανυπεράσπιστων» προσώπων (ά. 312 Π.Κ.)

Η παραπάνω αναφορά σε διατάξεις του Π.Κ. είναι φυσιολογικά ενδεικτική μόνο και δεν περιέχει εξαντλητική απαρίθμηση των εγκλημάτων που μπορούν να τελεσθούν και κατά ηλικιωμένων, οι οποίοι αποτελούν πιο ευπρόσβλητο αντικείμενο, στο οποίο οι συνέπειες που ήδη επισημάνθηκαν μπορεί να είναι πιο σοβαρές ή και ανεπανόρθωτες.

Η δυσχέρεια αποκατάστασης της βλάβης, η μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου και ο ψυχικός κλονισμός με τις αθεράπευτες συνέπειες που επιφέρει στα ηλικιωμένα άτομα, δεν έχουν τυποποιηθεί σε μια ή περισσότερες από τις διατάξεις ως ιδιάζον αποτέλεσμα που να προσδίδει στα εγκλήματα κατά ηλικιωμένων ατόμων μια ιδιαίτερη απαξία και να στηρίζει την άποψη της ενιαίας προστασίας του έννομου αγαθού της τρίτης ηλικίας.

Οι προϋποθέσεις εφαρμογής της διάταξης ά. 312 Π.Κ. που αφορά κατ' αρχήν ανηλίκους αλλά και άτομα που δεν μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους συντρέχουν και στις περισσότερες περιπτώσεις των μορφών συμπεριφοράς με θύματα ηλικιωμένους που προαναφέρθηκαν. Ειδικότερα:

∅ Ο ηλικιωμένος είναι συχνά πρόσωπο που δεν μπορεί να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Οι σωματικές και πολλές φορές και πνευματικές δυνάμεις είναι εξασθενημένες, έτσι που δεν είναι σε θέση ούτε με τη φυγή να γλιτώσει από τη συμπεριφορά του δράστη.

Ας σημειωθεί ότι οι περισσότεροι Έλληνες συγγραφείς, επεξηγώντας την κατηγορία των προσώπων που «δεν μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους» αναφέρουν ως παραδείγματα εκείνους που είναι ανυπεράσπιστοι λόγω νόσου ή αναπηρίας, υπνώσεως ή ναρκώσεως, εγκυμοσύνης κ.λ.π. και συνήθως δεν αναφέρουν ως αίτιο και την προχωρημένη ηλικία. Δεν πρέπει να υπάρχει όμως αμφιβολία ως προς το ότι η διατύπωση της διάταξης αυτής επιτρέπει την εφαρμογή της και σε ηλικιωμένα άτομα, εφόσον συντρέχουν και σε αυτά λόγω της ηλικίας τους και μόνο (δηλαδή ανεξάρτητα αν υπάρχουν και λόγοι νόσου κ.λ.π.), οι προϋποθέσεις της κοινωνικής και ψυχοπνευματικής ευαισθησίας και «μειονεξίας».

Ø Σε πολλές περιπτώσεις ο δράστης έχει «στην επιμέλειά του» τα ηλικιωμένα αυτά άτομα που βρίσκονται σε μονιμότερη εξάρτηση από αυτόν. Αντίθετα με την περίπτωση των ανηλίκων (στην οποία υπάρχουν οι θεσμοί της γονικής μέριμνας ή της επιτροπείας), στα ηλικιωμένα άτομα η επιμέλεια αυτή δεν έχει θεσμική μορφή. Η συνηθισμένη περίπτωση επιμέλειας ηλικιωμένων απαντάται σε άτομα που βρίσκονται σε διάφορα ιδρύματα, όπως λ.χ. γηροκομεία, οίκους ευγηρίας ή νοσοκομεία.

Ø Εκτός από τις σχέσεις επιμέλειας που δημιουργούνται στο πλαίσιο των ιδρυμάτων, υπάρχουν και σχέσεις ηλικιωμένων με άλλα πρόσωπα και σε οικιακό περιβάλλον. Ηλικιωμένοι γονείς διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τα ενήλικα παιδιά τους, άλλοι ηλικιωμένοι συζούν με τα εγγόνια, τα ανίψια ή άλλους συγγενείς τους (κινούμενοι είτε από αισθήματα ευσπλαχνίας ή φιλίας, είτε συνηθέστερα έναντι οικονομικών ανταλλαγμάτων). Άλλοτε, άτομα αυτής της κατηγορίας τυχαίνει να

διαμένουν σε σπίτια με πρόσωπα που δεν είναι συγγενείς τους (ξένο πρόσωπο για να το περιποιείται λ.χ. νοσοκόμος ή οικιακός βοηθός).

Ø Στη μορφή αξιόποινης συμπεριφοράς, δηλαδή στη «συνεχή σκληρή συμπεριφορά» μπορούν να υπαχθούν η βία, η βιαιοπραγία ή κακοποίηση, η ταπεινωτική μεταχείριση, οι απειλές και ο βιασμός. Η «σκληρότητα» ερμηνεύεται ως η έλλειψη συναισθήματος έναντι του άλλου.

Στην «κακόβουλη παραμέληση των υποχρεώσεων του (δράστη) προς τα προαναφερόμενα πρόσωπα» ανήκουν οι διάφορες παραμελήσεις υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι συντρέχει το στοιχείο της «κακοβουλίας», με άλλα λόγια, όταν τα κίνητρα της συμπεριφοράς είναι επιμεμπτά, όπως το μίσος, ο σαδισμός, η φιλαργυρία, η χαιρεκακία.

Ø Ο ψυχικός κλονισμός και οι ανεπανόρθωτες συχνά συνέπειές του μπορούν υπό ορισμένες προϋποθέσεις να θεωρηθούν βλάβη της διανοητικής υγείας. Επομένως πολλές περιπτώσεις εγκληματικών πράξεων (απλή, επικίνδυνη ή απρόκλητη σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας) κατά ηλικιωμένων θα μπορούσαν να υπαχθούν εδώ.

Ø Είναι πολύ συνηθισμένη η συνέπεια του (ψυχικού) κλονισμού που υφίστανται τα ηλικιωμένα άτομα ύστερα από μια εγκληματική πράξη. Θα ήταν έτσι σκόπιμο να διατυπωθεί η διάταξη του ά. 312 Π.Κ. ως έγκλημα συγκεκριμένης ή αφηρημένης διακινδύνευσης, δηλαδή χωρίς να απαιτείται να επέλθει *in concreto* και σωματική βλάβη ή βλάβη της υγείας. Η επέλευση εξακριβωμένης βλάβης της σωματικής ή ψυχοπνευματικής υγείας θα μπορούσε να αποτελέσει περίπτωση που θα καθιστούσε το έγκλημα διακεκριμένη μορφή του βασικού.

δ) Έκθεση, παραμέληση

Ως έκθεση (ά. 306 Π.Κ.), δηλαδή έγκλημα συγκεκριμένης διακινδύνευσης της ζωής του ηλικιωμένου μπορεί να τιμωρηθεί η συμπεριφορά των προσώπων που έχουν θέσει «εγγυητή» ως προς αυτόν και τον αφήνουν αβοήθητο. Η διάταξη αυτή μπορεί να καλύψει τις πιο σοβαρές περιπτώσεις παραμέλησης. Τέτοια πρόσωπα είναι εκείνα υπό την προστασία των οποίων βρίσκεται ήδη ο ηλικιωμένος βάσει του νόμου, της σύμβασης ή μιας στενής κοινότητας ζωής, π.χ. το προσωπικό του ιδρύματος, τα συνοικούντα με αυτόν συγγενικά πρόσωπα ή και ξένα που έχουν αναλάβει την περίθαλψή του. Επίσης σημειώνεται ότι αφήνει αβοήθητο το θύμα, όχι μόνο όποιος το εγκαταλείπει, πράγμα που προϋποθέτει τοπική απομάκρυνση, αλλά και όποιος απλώς παραλείπει να παράσχει τη βοήθεια που είναι αναγκαία για να αποτραπεί ο κίνδυνος ζωής (π.χ. δεν παρέχει όπως όφειλε τροφή, φάρμακα ή άλλη αναγκαία περίθαλψη).

Δεν καλύπτεται από τη διάταξη αυτή η εγκατάλειψη ηλικιωμένων σε νοσοκομεία και μετά το πέρας της νοσηλείας η οποία έχει ως συνέπεια τη βλάβη της ψυχικής τους υγείας. Αν και η περίπτωση αυτή έχει σημαντικά κατώτερη απαξία από αυτές που προβλέπονται στο ά. 306 Π.Κ., ωστόσο θα μπορούσε να ίσως να προβλεφθεί κάποια κύρωση, ιδίως όταν η παραμέληση υπερβαίνει ορισμένα όρια.

Τέλος, αν η παραμέληση συνίσταται στην παραβίαση της υποχρέωσης για διατροφή που προβλέπεται από τον νόμο και έχει αναγνωρίσει έστω και προσωρινά το δικαστήριο, ο δράστης μπορεί να τιμωρηθεί κατά το ά. 358 Π.Κ., εφόσον συντρέχουν και οι λοιπές προϋποθέσεις εφαρμογής της διάταξης αυτής. Πρέπει δηλαδή ο δικαιούχος να υποστεί στερήσεις ή να αναγκασθεί να δεχτεί τη βοήθεια άλλων. (Σπινέλλη, 1991)

Γενικά θα ήταν ευχής έργο να υπάρξει, τουλάχιστον στο Ποινικό Δίκαιο, ένα νομικό πλαίσιο για τους ηλικιωμένους αντίστοιχο με εκείνο

περί προστασίας των ανηλίκων, αφού και οι δύο αυτές κατηγορίες πληθυσμού, λόγω μειωμένων ψυχοσωματικών δυνάμεων, είναι εξίσου ευάλωτες στις λεκτικές ή/ και σωματικές επιθέσεις τρίτων. Ωστόσο, είναι αναμφισβήτητο ότι οι νομικές ρυθμίσεις και ιδίως οι ποινικές, δεν μπορούν από μόνες τους να δώσουν λύσεις στα προβλήματα, αφού καλούνται να αντιμετωπίσουν ακραίες μόνο περιπτώσεις ανθρωπίνων σχέσεων. (Πρακτικά Συνεδρίου «Η Τρίτη Ηλικία ως Θύμα», 2000)

4.3. Η τρίτη ηλικία στην ποινική διαδικασία

Ο κώδικας Ποινικής Δικονομίας περιέχει ορισμένες διατάξεις που ρητά ή έμμεσα λειτουργούν προς όφελος των ηλικιωμένων. Έτσι, λ.χ., όπως συνάγεται από τα ά.46 και 42 §§2 και 3 Κ.Π.Δ. ο παθών ηλικιωμένος μπορεί να ζητήσει τη δίωξη αξιόποινης πράξης με ειδικό πληρεξούσιο που μπορεί να δοθεί με απλή έγγραφη δήλωση. Επίσης, ένας ηλικιωμένος είναι δυνατό να εξετασθεί ως μάρτυρας στο σπίτι του. «Στην κατοικία που εξετάζονται», αναφέρει το ά.215 Κ.Π.Δ., «οι μάρτυρες που λόγω ασθένειας ή γηρατειών δε μπορούν να εμφανιστούν, οπότε η ένορκη κατάθεση τους διαβάζεται στο ακροατήριο...». Εξάλλου αν ο ηλικιωμένος μάρτυρας έχει προβλήματα ακοής, εμπίπτει στην ειδική κατηγορία των «κουφών και άλαλων μαρτύρων» που εξετάζονται κατά διαφορετικό τρόπο (ά 227 Κ.Π.Δ.).

Σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές επομένως το ηλικιωμένο θύμα θα μπορούσε να υποβάλει την έγκληση του με απλή έγγραφη δήλωση πληρεξουσιότητας, να εξετασθεί στην κατοικία του και να μην υποχρεωθεί να εμφανιστεί στο ακροατήριο. Οι προαναφερόμενες διατάξεις επομένως διευκολύνουν σε ένα ορισμένο βαθμό την ποινική δίωξη των εγκλημάτων σε βάρος των ηλικιωμένων. Για το σκοπό αυτό όμως είναι απαραίτητη τουλάχιστον η παροχή υπηρεσιών από δικηγόρο αλλά και από άλλα πρόσωπα που θα πρέπει και θα μπορούσαν να προβούν στις απαραίτητες βοηθητικές ενέργειες.

Πρόβλημα γεννάται όμως σχετικά με άτομα που δε διαθέτουν χρηματικά μέσα ή που δεν έχουν πρόσωπα εμπιστοσύνης τους και είναι έτσι ανυπεράσπιστα, έρμια εκείνων που υποτίθεται ότι έχουν αναλάβει την προστασία και την περίθαλψή τους.

Βέβαια ο νόμος παρέχει τη δυνατότητα κήρυξης προσώπου σε κατάσταση απαγόρευσης και με αίτηση του εισαγγελέα (ά. 1688 Α.Κ.)

καθώς και τη δυνατότητα διορισμού προσωρινού διαχειριστή (ά 802 Κ.Πολ.Δ.). Ο νόμιμος αντιπρόσωπος του απαγορευμένου εξάλλου, μπορεί να υποβάλει και την έγκληση (ά 118 §2 Π.Κ.)

Η διαδικασία όμως αυτή είναι αρκετά πολύπλοκη και χρονοβόρα. Εξάλλου είναι δυνατόν το ηλικιωμένο θύμα να μη πάσχει από μόνιμη πνευματική ασθένεια που αποκλείει τη χρήση του λογικού ούτε από σωματική αναπηρία κ.λ.π. (ά 1686 Α.Κ.) που είναι προϋποθέσεις για τη κήρυξή του σε απαγόρευση, αλλά απλώς να είναι σωματικά εξασθενημένο λόγω ηλικίας, να μην έχει χρηματικά μέσα για να πληρώσει δικηγόρο κ.λ.π.

Η ενδεικνυόμενη λύση σε τέτοιες περιπτώσεις θα έπρεπε να αναζητηθεί σε ένα συνδυασμό υπηρεσιών κρατικών παραγόντων. Θα ήταν λ.χ. δυνατόν να καταστεί αρμόδιος ο εισαγγελέας να ασκεί την ποινική δίωξη και αυτεπάγγελα, ακόμη και για εγκλήματα που διώκονται κατ' έγκληση, όταν το θύμα είναι ηλικιωμένο και αδυνατεί να ασχοληθεί με αυτό το ίδιο. Επίσης θα μπορούσε κοινωνικοί λειτουργοί των Κ.Α.Π.Η. ή του Κέντρου Προνοίας που βρίσκεται πλησιέστερα στην κατοικία του ηλικιωμένου θύματος να παρέχουν τις λοιπές εξυπηρετήσεις στο θύμα κάτω από την εποπτεία του εισαγγελέα. Αποτελεσματικότερες υπηρεσίες θα μπορούσε να προσφέρει ένας ειδικός επίτροπος για τους ηλικιωμένους πολίτες επιφορτισμένος με την προστασία των γενικότερων συμφερόντων τους, ένα είδος *ombudsman*, (δηλαδή, κατά το σκανδιναβικό πρότυπο ένα ανεξάρτητο όργανο της διοίκησης, το οποίο βρίσκεται μεταξύ της διοικητικής και της δικαστικής εξουσίας και έργο έχει να δέχεται παράπονα των πολιτών και να επιλύει τα προβλήματά τους). (Σπινέλλη, 1991)

4.4. Μέτρα που αφορούν την απονομή δικαιοσύνης

Θεωρήθηκε σκόπιμη η αναφορά μέτρων που αφορούν την απονομή δικαιοσύνης για ηλικιωμένους που έχουν πέσει θύματα ενδοοικογενειακής βίας. Τα μέτρα αυτά είναι τα εξής:

1) Να οργανωθούν σεμινάρια για δικαστικούς λειτουργούς στα οποία να συζητηθούν, μεταξύ άλλων, οι διάφορες απόψεις του προβλήματος της ενδο – οικογενειακής βίας σε βάρος ηλικιωμένων και γενικά η ενεργητική και παθητική κακοποίησή τους.

Κυρίως να εξετασθούν οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν τα θέματα αυτά ως προς:

- Την άσκηση ποινικής δίωξης (αδυναμία παθόντος να αντιμετωπίσει την πολυπλοκότητα του συστήματος της ποινικής δικαιοσύνης, φόβος εκδίκησης από τον δράστη κ.λ.π., το μη ενδεδειγμένο μιας τέτοιας αντιμετώπισης προτού γίνουν προσπάθειες παρέμβασης στην οικογένεια και σε ορισμένες περιπτώσεις προσωρινή απομάκρυνση του ηλικιωμένου από την οικογένεια, κ.λ.π.).
- Τη δυσχέρεια μαρτυρικής κατάθεσης από ηλικιωμένο και το ενδεχόμενο να αμφισβητηθεί η αξιοπιστία της.
- Η δυνατότητα να συνεκτιμάται κατά την επιμέτρηση της ποινής και ιδίως κατά τον καθορισμό της βαρύτητας του εγκλήματος και το γεγονός ότι ο δράστης επέλεξε για θύμα του άτομο άνω των 65 ετών και ίσως καταχράστηκε της ανικανότητας του να αντισταθεί ή εκμεταλλεύτηκε τη μειωμένη αντίληψη του κ.λ.π.
- Την προσεκτική και κατά περίπτωση αυστηρή αντιμετώπιση των δραστών είτε ενδο – οικογενειακής βίας ή σωματικής βλάβης άγνωστου ηλικιωμένου (λ.χ. την εξέταση κατά την υπό όρο απόλυση ή την αναστολή της ποινής τους αν αυτές θα δημιουργούσαν τον κίνδυνο με

την επιστροφή του δράστη στο οικογενειακό του περιβάλλον να γίνει ο ηλικιωμένος θύμα νέας κακοποίησης ηλικιωμένων από αυτόν) και

- Την εξέταση της υποχρεωτικής αναφοράς από μέρους των παρεχόντων υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας των περιστατικών ενεργητικής και παθητικής κακοποίησης ηλικιωμένων τα οποία περιέρχονται σε γνώμη τους.

2) Να μελετηθεί η δυνατότητα οι κατά τόπους εισαγγελείς να λειτουργούν και ως ένα είδος Επιτρόπου Υπερηλίκων, ο οποίος συνεπικουρούμενος από κοινωνικούς λειτουργούς θα μπορεί να ενεργεί προς όφελος των ηλικιωμένων ατόμων, π.χ. να μεριμνά για τη συνταξιοδότησή τους, για την πληρωμή νοσηλείων και κατόπιν την είσπραξή τους από ασφαλιστικούς οργανισμούς, για την εξεύρεση στέγης και υπογραφή συμβολαίου μισθώσεως και φυσικά για τη παροχή συμβουλών αλλά και για την εκπροσώπησή τους ενώπιον της αστυνομίας ή των δικαστικών αρχών σε περιπτώσεις παραμέλησης ή κακοποίησης.

3) Να μελετηθεί η ίδρυση επιτροπικών – οικογενειακών δικαστηρίων (με πολιτική και ποινική αρμοδιότητα), στη δικαιοδοσία των οποίων θα υπαχθούν και οι περιπτώσεις ενδο – οικογενειακής ενεργητικής και παθητικής κακοποίησης ηλικιωμένων. Η διαδικασία θα πρέπει να κινείται αυτεπάγγελτα, όταν φυσικά τα περιστατικά αυτά θα συνιστούν αξιόπιστες πράξεις.

4) Να ερευνηθεί η ανάγκη και η δυνατότητα διεύρυνσης της εφαρμογής του ά. 312 Π.Κ. που έχει τον τίτλο «σωματική βλάβη ανηλίκων κ.λ.π.» ώστε να καλύπτονται με ποινική πρόβλεψη όλες οι περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων. (Σπινέλλη, 1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο κοινωνικός λειτουργός, στην άσκηση του επαγγέλματός του με την τρίτη ηλικία, έχει να εκπληρώσει ένα πολυδιάστατο και σύνθετο έργο. Ασχολείται όχι μόνο με την αντιμετώπιση και εξάλειψη του φαινομένου της κακοποίησης των ηλικιωμένων, αλλά και με τη συμβουλευτική τόσο με τους ίδιους τους ηλικιωμένους όσο και με την οικογένειά του και την ευρύτερη κοινότητα.

Οι τρόποι αντιμετώπισης των περιστατικών παραμέλησης ή εγκατάλειψης που εφαρμόζονται από τους κοινωνικούς λειτουργούς περιλαμβάνουν κυρίως:

- προσπάθεια να δημιουργήσουν συνείδηση των ευθυνών που έχουν τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου για την περίθαλψη του συγγενούς τους και
- προσφορά να μεταδώσουν σε μέλη της οικογένειας του ηλικιωμένου ορισμένες βασικές γνώσεις σχετικά με τη φροντίδα ατόμων τρίτης ηλικίας στο σπίτι.

Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν συγγενείς, η προσπάθεια στρέφεται προς φίλους ή γείτονες. Αν δεν υπάρχουν τέτοια πρόσωπα ή οι προσπάθειες αποβαίνουν άκαρπες, αναζητείται καταφύγιο σε οίκους ευγηρίας ή νοσοκομεία για χρόνιες παθήσεις.

Ωστόσο, είναι προφανές ότι οι προαναφερθείσες παρεμβάσεις πολύ απέχουν από το να θεωρούνται ικανοποιητικές.

Έτσι προτείνεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς:

- η επέκταση του προγράμματος «βοήθεια στο σπίτι» για τις οικογένειες που είναι πρόθυμες να φροντίσουν τους ηλικιωμένους τους
- η οικονομική ενίσχυση οικογενειών που επίσης είναι μεν πρόθυμες να περιθάλψουν τα ηλικιωμένα μέλη τους, αλλά δεν έχουν τα μέσα

- η ανάπτυξη καταφυγίων για επείγοντα περιστατικά και για προσωρινή διαμονή έως ότου βρεθεί μια καταλληλότερη και μονιμότερη λύση, και τέλος
- η χρησιμοποίηση ενός οίκου ευγηρίας ως *ultimum refugium*. (Σπινέλλη, 1991)

Είναι γενικά παραδεκτό πως για χρόνια τώρα οι ηλικιωμένοι εθεωρούντο, είτε ότι δεν έχουν ανάγκη, είτε το χειρότερο ότι δεν αξίζουν να έχουν τις υπηρεσίες του κοινωνικού λειτουργού, εν συγκρίσει φέρ' ειπείν με τα παιδιά ή με άλλες κοινωνικές ομάδες.

Η βάση του επιχειρήματος ήταν πως είναι δύσκολο ή αδύνατο να επιφέρει αλλαγή στη στάση και συμπεριφορά των ηλικιωμένων, και επομένως η κοινωνική εργασία με αυτούς είναι χάσιμο χρόνου και η επένδυση πόρων για αυτούς είναι αντι – οικονομική, μια και σύντομα «θα μας αφήσουν υγεία». Άλλωστε οι ηλικιωμένοι, όχι μόνο δεν είναι παραγωγικοί οικονομικά αλλά ζουν σε πλήρη εξάρτηση από το δημόσιο. Με βάση τη στάση αυτή, μέχρι τελευταία, οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους περιορίζονταν στην ικανοποίηση περιβαλλοντικών αναγκών ή στην παροχή εξοπλισμού. (Χριστοδούλου, 1993, τεύχος 32, Κοινωνική Εργασία)

Παρ' όλες τις προσπάθειες εκπαίδευσης των ηλικιωμένων, όσον αφορά το δικαίωμά τους να συμμετέχουν σε διάφορες υπηρεσίες, υπάρχει ακόμα έλλειψη κατανόησης αυτών των θεμάτων από πολλούς από αυτούς. Οι κοινωνικοί λειτουργοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινότητα, κινητοποιώντας τις υπηρεσίες που απευθύνονται στους ηλικιωμένους. Βοηθούν επίσης τους ηλικιωμένους στην αντιμετώπιση της μοναξιάς και της απομόνωσης. Οργανώνοντας ομάδες υποστήριξης μπορούν να προλάβουν μια άχρηστη εισαγωγή κάποιου ασθενούς στο νοσοκομείο. (Wagstaff & Coakley, 1997) Είναι γεγονός ότι μια είσοδος του ηλικιωμένου στο νοσοκομείο επαυξάνει την ήδη υπάρχουσα, λόγω

της νόσου, δυσαρμονία με το περιβάλλον και δυνατόν να επιτείνει την πολυφαρμακεία, να οδηγήσει σε μια ιατρογενή επιπλοκή ή σε μια αλυσωτή αντίδραση συμβάντων με απρόβλεπτες, ίσως και μοιραίες, συνέπειες για την υγεία του. Είναι αναγκαίο λοιπόν να κρατήσουμε τον ηλικιωμένο στο φυσικό και γνώριμο περιβάλλον του σπιτιού του και όσο περισσότερο γίνεται εκτός νοσοκομείου. (Κοβάτσης, 2004)

Με την εφαρμογή των τριών μεθόδων της κοινωνικής εργασίας, την κοινωνική εργασία με άτομα, με ομάδες και με την κοινότητα, επιδιώκεται η βοήθεια και προστασία των ηλικιωμένων ατόμων και των οικογενειών τους. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι υποχρεωμένος να συμβιβάζει και να εξισορροπεί τα ανθρώπινα δικαιώματα ενός πελάτη απέναντι στα δικαιώματα των άλλων ατόμων, καθώς συχνά τα δικαιώματα ενός ηλικιωμένου μπορεί να συγκρούονται με τα δικαιώματα του περιβάλλοντός του. Άλλες φορές ενεργεί σαν συνήγορος ή εκπρόσωπος των πελατών του είτε αυτά είναι άτομα είτε ομάδες.

Σε πρακτικό επίπεδο χρειάζεται κατ' αρχήν η εξέταση κάθε περίπτωσης χωριστά. Σε πρώτο στάδιο με σκοπό την επίλυση του προβλήματος, δηλαδή την εύρεση της καλύτερης ρεαλιστικής λύσης, πραγματοποιούνται στις οργανώσεις συνεντεύξεις με τους ηλικιωμένους και την οικογένεια, σαν ομάδα και κάθε μέλος χωριστά. Στις συνεντεύξεις αυτές διερευνάται το οικογενειακό πλαίσιο που ζει ο ηλικιωμένος – άρρωστος, οι εμπειρίες, οι στάσεις και οι καταστάσεις που δημιουργούνται καθώς ολόκληρη η οικογένεια βιώνει τη συγκεκριμένη κατάσταση και τις νέες συνθήκες που απορρέουν από αυτή.

Σε δεύτερο στάδιο εξετάζονται ειδικές ανάγκες της οικογένειας καθώς και η δυνατότητα να ανακουφιστεί τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η φορτισμένη οικογένεια. Έτσι εξετάζεται αν η φόρτιση προέρχεται από αδυναμία ή από καθημερινά προβλήματα που επιβάλλουν οι σημερινές κοινωνικές συνθήκες ή ακόμα από προβλήματα που μπορεί να

προέρχονται από το χάσμα των γενεών, και κατ' αρχήν προτείνεται «θεραπεία οικογένειας», δηλαδή γίνεται με διάφορους τρόπους προσπάθεια να ενισχυθούν οι δεσμοί μεταξύ των ηλικιωμένων και του περιβάλλοντος, που τυχόν έχουν διαταραχθεί σε δύσκολες περιόδους.

Η παρέμβαση ή μη παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών, στη ζωή των πελατών κοινωνικών οργανώσεων με την άσκηση κοινωνικής εργασίας μπορεί να πάρει ποικιλία μορφών (καταναγκαστική ή μη) και οι υπηρεσίες τους ποικίλουν από πρακτικές εξυπηρετήσεις, συμβουλευτική και υποστηρικτική εργασία για άτομα, ζευγάρια ή ομάδες. (Καβατζά, 1991, τεύχος 24, Κοινωνική Εργασία)

Στη συμβουλευτική, σαν μια ακόμα μέθοδο θεραπείας είτε ατομικής, είτε ομαδικής, οι τεχνικές που εφαρμόζονται συνήθως αποβλέπουν να διευθετήσουν με ικανοποιητικό τρόπο ορισμένες πλευρές της καθημερινής ζωής του ηλικιωμένου, ή να τον καθοδηγήσουν σε συμπεριφορές που είναι περισσότερο λειτουργικές.

Συνήθως αναπτύσσεται μια θετική διαπροσωπική σχέση ανάμεσα στον κοινωνικό λειτουργό και τον ηλικιωμένο. Η σχέση αυτή είναι βοηθητική ώστε ο ίδιος ο ηλικιωμένος να συζητήσει ανοιχτά τα προβλήματά του και να εξετάσει τις πιθανές λύσεις με τη βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού.

Από την άποψη αυτή, συμβουλευτική μπορεί να ασκήσει ο καθένας: ο κοινωνικός λειτουργός, η νοσοκόμα, ο φυσιοθεραπευτής, ή ο εργασιοθεραπευτής μπορούν να είναι μέτοχοι αυτής της διεργασίας, παρέχοντας βοήθεια στον ηλικιωμένο. Τα άτομα αυτά έχουν το πλεονέκτημα ότι βρίσκονται κοντά στον ηλικιωμένο σχεδόν σε καθημερινή βάση, όπως συμβαίνει με το θεσμό των Κ.Α.Π.Η. Θα πρέπει, επομένως, να γνωρίζουν σε ποιες περιπτώσεις να παρέμβουν και με ποιο τρόπο. Ο κοινωνικός λειτουργός απευθύνεται ιδιαίτερα σε άτομα που

φαίνονται απαθή και αδιάφορα, και προσπαθεί να τους ξυπνά το ενδιαφέρον για τη ζωή με διάφορες ενασχολήσεις.

Η πιο σύνηθες περίπτωση αφορά τον ηλικιωμένο με ελαφρά κατάθλιψη. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει τότε να επιδιώκει να κρατά συντροφιά στο άτομο αυτό, να εμπνέει εμπιστοσύνη και να το προωθεί να μιλάει για τον εαυτό του. Ο ρόλος του είναι κυρίως να ακούει ό,τι του λέει ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος, και να δημιουργεί ζεστή ατμόσφαιρα ανάμεσά τους.

Επίσης σύνηθες είναι η περίπτωση των ηλικιωμένων με κάποια σωματική δυσλειτουργία. Δεδομένου ότι προκαλούν τακτικές συναισθηματικές αντιδράσεις, κάποτε και εκρήξεις στους ηλικιωμένους που υποφέρουν από αυτές, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να τονώνει το αυτοσυναίσθημα του ηλικιωμένου ατόμου, να το ενθαρρύνει, να υποθάλλει τα κίνητρά του, να του ανυψώνει το ηθικό, και να ενισχύει τη θέλησή του για επανάκαμψη και επιβίωση. Οι προσεγγίσεις αυτές εκ μέρους των κοινωνικών φορέων είναι ιδιαίτερα αναγκαίες στις περιπτώσεις εκείνες που δεν υπάρχει υποστηρικτικός κύκλος οικογένειας, συγγενών, φίλων ή γειτόνων, που να περιβάλλει τον ηλικιωμένο με τη σωματική δυσλειτουργία.

Η υποστηρικτική συμβουλευτική είναι επίσης απαραίτητη στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε κάποιον οίκο ευγηρίας, ιδιωτικό ή δημόσιο. Ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με κάθε προσωπικό πρόβλημα που θα του θέσει ο ηλικιωμένος. Η επανάκτηση του αισθήματος της αυταξίας και η τόνωση του ηθικού είναι οι βασικοί στόχοι. Ταυτόχρονα, ο ηλικιωμένος πρέπει να αποκτήσει μια αίσθηση αυτοδυναμίας και αυτονομίας, έστω και ελάχιστης (π.χ. να περιβάλλεται από τα προσωπικά του αντικείμενα). Ανάλογα με τις δυνατότητές του ο ηλικιωμένος μπορεί να εμπλακεί σε κάποια ενασχόληση. Τις δυνατότητες αυτές θα ελέγχει κατά καιρούς ο κοινωνικός λειτουργός σε

συνεργασία με τον υπεύθυνο της εργασιοθεραπείας του οίκου. Στόχος της εργασιοθεραπείας είναι η αναζωογόνηση των δυνάμεων του ηλικιωμένου και η αποφυγή του μαρασμού που συχνά συνεπάγεται η υποχρεωτική συνταξιοδότηση.

Επίσης, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να γεφυρώνει την απόσταση ανάμεσα στον ηλικιωμένο και τον ψυχίατρο ή τον κλινικό ψυχολόγο. Οι σοβαρές περιπτώσεις της διαταραχής της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων παραπέμπονται, μέσω του κοινωνικού λειτουργού, στους ειδικούς οι οποίοι θα προγραμματίσουν την ψυχοθεραπεία. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993)

Τέλος, η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού με ενημερωτικές ομιλίες και επαφές, που αποσκοπούν στην κατανόηση των ειδικών προβλημάτων των υπερηλίκων, βοηθά μακροπρόθεσμα στην αλλαγή των κοινωνικών στάσεων προς τους ηλικιωμένους, τους πάσχοντες, και το συγγενικό τους περίγυρο. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999) Η ενημέρωση ότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι κοινές με όλες τις ομάδες των ανθρώπων και δεν πρέπει να γίνονται διακρίσεις σε βάρος τους, είναι μια από τις βασικές γενικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν την κοινωνική πολιτική και την κοινωνική εργασία για τους ηλικιωμένους. (Καβατζά, 1991, τεύχος 24, Κοινωνική Εργασία)

Κατά συνέπεια, η φροντίδα των υπερηλίκων που έχουν ανάγκη είναι ένα καθήκον στο οποίο μπορούμε να αντεπεξέλθουμε ως άτομα και ως κοινωνία αναπτύσσοντας όλους τους μηχανισμούς αλληλεγγύης μεταξύ των ατόμων τόσο στο μικρο – κοινωνικό όσο και στο μακρο – κοινωνικό επίπεδο. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΕΡΕΥΝΑ

6.1. Σκοπός και Στόχοι Έρευνας

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στην κακοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων.

Οι στόχοι της παρούσας έρευνας είναι οι εξής:

- Ø Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των θυτών που αυξάνουν τη πιθανότητα κακοποίησης ηλικιωμένων.
- Ø Η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των θυμάτων που ευνοούν την εμφάνιση κακοποίησης.
- Ø Η διερεύνηση των συνθηκών που διευκολύνουν την πρόκληση της κακοποίησης ηλικιωμένων.

6.2. Μεθοδολογία της Έρευνας

6.2.1. Δείγμα

Η χρήση δειγμάτων μη πιθανοτήτων και συγκεκριμένα η «βολική» - ή τυχαία - δειγματοληψία, είναι πολύ λιγότερο περίπλοκη όσον αφορά τη συγκρότησή της, πολύ λιγότερο δαπανηρή και μπορεί να αποδειχτεί απολύτως επαρκείς. (Cohen, Manion, 1994)

Η επιλογή των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών έγινε συγκεκριμένα από δύο υπηρεσίες, έξι (6) από τα γενικά νοσοκομεία Ιωαννίνων και Χανίων και έξι (6) από τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι των αντίστοιχων νομών.

Κρίθηκε σκόπιμο το δείγμα της έρευνας να περιοριστεί σε συγκεκριμένους φορείς προσφοράς κοινωνικής εργασίας ώστε να υπάρξει καλύτερη προσέγγιση του θέματος της έρευνας μας καθώς οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν μία από τις πιο άμεσες και αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης εφόσον μέσω του φορέα εργασίας τους, η πιθανότητα του να έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τέτοιου είδους περιστατικά είναι μεγάλη. Το δείγμα αυτό μπορεί να είναι μικρό σε αριθμό (12) ωστόσο μας επιτρέπει τη συνολική προσέγγιση του και η γνώση που θα αποκομίσουμε να είναι αντιπροσωπευτική.

6.2.2. Εργαλείο Έρευνας

Το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας είναι η συνέντευξη γιατί αποτελεί μια ανοιχτή κατάσταση και έχει μεγαλύτερη ελευθερία και ευελιξία. Επιτρέπει την προσωπική μας παρουσία, δίνει πολλές ευκαιρίες για διευκρίνιση των απαντήσεων, για επιπλέον ερωτήσεις και για εμβάθυνση.

Οι ερωτήσεις είναι «ανοιχτού τύπου» οι οποίες όπως έχουν οριστεί από τον Kerlinger (1970), «παρέχουν ένα πλαίσιο αναφοράς για τις απαντήσεις των ερωτώμενων, αλλά βάζουν ελάχιστους περιορισμούς στις απαντήσεις και στην έκφραση». Εκτός από το θέμα της ερώτησης, το οποίο καθορίζεται από τη φύση του προβλήματος που ερευνάται, δεν υπάρχουν άλλοι περιορισμοί είτε στο περιεχόμενο είτε στο τρόπο της απάντησης του ερωτώμενου.

Οι ανοιχτές ερωτήσεις έχουν το πλεονέκτημα όχι μόνο ότι είναι εύλικτες αλλά επιτρέπουν στο συνεντευκτή να θέτει ερωτήσεις έτσι ώστε να μπορεί να εμβαθύνει, αν το επιλέξει, ή να διερευνήσει οποιεσδήποτε παρανοήσεις και να κάνει πιο σωστή εκτίμηση αυτού που πραγματικά πιστεύει ο ερωτώμενος. Τέλος οι ανοιχτές ερωτήσεις μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα μη αναμενόμενες ή απρόβλεπτες απαντήσεις, οι οποίες μπορεί να υποδείξουν σχέσεις ή υποθέσεις που δεν έχουν εξεταστεί έως τώρα. (Cohen, Manion, 1994)

6.2.3. Άξονας (Ερωτήσεων) Συνέντευξης

Όπως προαναφέρθηκε ως ερευνητικό εργαλείο της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συνέντευξης με ανοιχτού τύπου ερωτήσεις. Αναζητώντας τις εμπειρίες κοινωνικών λειτουργών σχετικά με τους πιθανούς παράγοντες κακοποίησης ηλικιωμένων, οι συνεντεύξεις μαζί τους βασίστηκαν σε ένα συγκεκριμένο άξονα ερωτήσεων ο οποίος διαχωρίζεται σε επιμέρους υποάξονες. Οι άξονες αυτοί στηρίχτηκαν ουσιαστικά στους τρεις (3) κεντρικούς στόχους της παρούσας έρευνας και αποτέλεσαν το σκελετό, πάνω στον οποίο κινήθηκαν και οι υπόλοιπες ερωτήσεις.

Ο πρώτος άξονας βασιζόμενος στη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των θυτών που αυξάνουν τις πιθανότητες κακοποίησης ηλικιωμένων συμπεριλαμβάνει τους εξής υποάξονες:

- Ποια η συγγένεια των θυτών με το θύμα.
- Κατά πόσο ορισμένα παθολογικά χαρακτηριστικά του θύτη, όπως είναι η πνευματική ασθένεια, η επιθετικότητα και η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες κινδύνου.
- Σε ποιο βαθμό η οικονομική εξάρτηση του θύτη αποτελούσε παράγοντα κακοποίησης.
- Κατά πόσο το άγχος του δότη φροντίδας, για την κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου, ο οποίος είναι εξαρτημένος από αυτόν λόγω γήρανσης, αποτελεί παράγοντα κινδύνου.

Ο δεύτερος άξονας εστιάζεται στη διερεύνηση των χαρακτηριστικών των θυμάτων που ευνοούν την εμφάνιση της κακοποίησης και συμπεριλαμβάνει τους παρακάτω υποάξονες:

- Ποιο είναι το φύλο των θυμάτων.

- Κατά πόσο οι ασθενείς με τη νόσο *Alzheimer*ή με σχετική παραφροσύνη, αυξάνουν τον κίνδυνο κακοποίησής τους.
- Κατά πόσο οι μη – αυτοεξυπηρετούμενοι ηλικιωμένοι πέφτουν θύματα κακοποίησης.
- Αν η επιθετικότητα αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των θυμάτων.

Και τέλος όσον αφορά τις συνθήκες που διευκολύνουν την πρόκληση της κακοποίησης οι υποάξονες συνοψίζονται στα εξής:

- Πόσο συχνά οι ηλικιωμένοι διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τους συγγενείς τους.
- Αν θύτες και θύματα ήταν κοινωνικά απομονωμένοι.
- Η εμπειρία βίας από γονείς ή η μαρτυρία βίας ανάμεσα στους γονείς, στην παιδική ηλικία, πόσο συχνά συναντάται στα περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων.

6.2.4. Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας

Αρχικά έγινε σχεδιασμός των αξόνων πάνω στους οποίους επρόκειτο να κινηθούν οι ερωτήσεις κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με τους κοινωνικούς λειτουργούς των Νοσοκομείων και των Προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι».

Κρίθηκε σκόπιμο πρώτα να έρθουμε σε τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους και να τους ενημερώσουμε για το θέμα και τους στόχους της ερευνητικής μελέτης που επιχειρούμε να πραγματοποιήσουμε. Αφού κλείσαμε ραντεβού μαζί τους έχοντας στο μυαλό μας η ώρα συνάντησης να είναι τέτοια ώστε να τους εξυπηρετεί, τους επισκεφτήκαμε στον χώρο εργασίας τους.

Το μοναδικό πρόβλημα που αντιμετωπίσαμε ήταν ότι ορισμένοι κοινωνικοί λειτουργοί αρνήθηκαν να τους μαγνητοφωνήσουμε, κάτι το οποίο είχε ως σκοπό τη δική μας διευκόλυνση και την εγκυρότητα των απαντήσεων. Παρ' όλα αυτά, κρατώντας αναλυτικές σημειώσεις, καταφέραμε να καταγράψουμε και αυτές τις συνεντεύξεις.

Τέλος, έχοντας συλλέξει και καταγράψει τις πληροφορίες με βάση τους στόχους που είχαμε θέσει, προχωρήσαμε στη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης.

6.3. Αποτελέσματα έρευνας

Οι κοινωνικοί λειτουργοί των Νοσοκομείων που πήραμε συνεντεύξεις εργάζονται στην Κοινωνική Υπηρεσία από 10 έως 26 χρόνια ενώ για τους ερωτώμενους κοινωνικούς λειτουργούς του Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» ο χρόνος εργασίας τους κυμαίνεται από κάτι μήνες έως 5 χρόνια. Ο λόγος του λιγότερου χρόνου εργασίας τους συγκριτικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς του Νοσοκομείου, είναι ότι το «κατ' οίκον βοήθεια» είναι ένα νέο πρόγραμμα που εφαρμόζεται τα τελευταία μόνο χρόνια στους Δήμους της Ελλάδας. Οι ηλικίες των κοινωνικών λειτουργών του Νοσοκομείου κυμαίνονται από 39 έως 50 ετών, ενώ του «Βοήθεια στο σπίτι» από 23 έως 35. ως προς το φύλο 10 από τους 12 κοινωνικούς λειτουργούς ήταν γυναίκες ενώ μόνο 2 ήταν άντρες και εργάζονταν στην Κοινωνική Υπηρεσία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Σε όλα αυτά τα χρόνια εργασίας τους, έχουν έρθει πολλές φορές αντιμέτωποι με περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων κάθε μορφής. Όλοι έχουν συναντήσει περιστατικά παραμέλησης και μάλιστα είναι το είδος της κακοποίησης με τη συχνότερη εμφάνιση. Παραμέληση είτε με τη μορφή της «εγκατάλειψης» και της «αδιαφορίας» είτε με «τον εγκλεισμό του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα γιατί δεν υπάρχει κανείς να τους φροντίζουν». Δεύτερη σε συχνότητα μορφή κακοποίησης φαίνεται να είναι η οικονομική, δηλαδή «η οικονομική εκμετάλλευση» και «η κατάχρηση περιουσιακών στοιχείων, αφήνοντας έτσι τους ηλικιωμένους χωρίς χρήματα, αβοήθητους» και τρίτη σε συχνότητα η ψυχολογική βία με «εξυβρίσεις» και «λεκτική κακοποίηση». Λίγοι ανέφεραν τη σωματική κακοποίηση και σε «σπάνιες περιπτώσεις». Ορισμένοι κοινωνικοί λειτουργοί επισήμαναν την «συνύπαρξη των μορφών

κακοποίησης» και την «εμφάνιση παραπάνω από μιας μορφής κακοποίησης».

Συνηθέστεροι θύτες κακοποίησης, σύμφωνα με την πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών, είναι τα παιδιά, «το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον», «αυτοί που θα φροντίσουν τους ηλικιωμένους όταν αυτοί γεράσουν και δεν μπορούν πια να ζουν μόνοι». Οι σύζυγοι είναι οι αμέσως επόμενοι πιο πιθανοί αυτουργοί με τη διαφορά ότι «η κακοποίηση προϋπήρχε και δεν συμβαίνει λόγω γήρατος». Ορισμένοι εντόπισαν τα αδέρφια ως θύτες, ενώ ένας ανέφερε τα ανίψια και ένας άλλος έκανε λόγο για τον σύντροφο «μετά από χρόνια συμβίωση». Εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος ένας κοινωνικός λειτουργός μίλησε για οικονομική εκμετάλλευση από γείτονες «του λεγόμενου καλοθελητές, με το πρόσχημα ότι θα βοηθήσουν».

Η πνευματική ασθένεια, η επιθετικότητα και η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, αναφέρθηκαν από τους περισσότερους κοινωνικούς λειτουργούς ως ορισμένα από τα γενικά χαρακτηριστικά του θύτη. Ορισμένοι είπαν: «Όλα αυτά συνυπάρχουν στις κακοποιήσεις». Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν έρθει αντιμέτωποι με επιθετικούς θύτες. Ήταν όχι μόνο σωματικά αλλά και λεκτικά επιθετικοί. Πολλοί έχουν πει στους κοινωνικούς λειτουργούς «Γονιός μου είναι, ότι θέλω τον κάνω» ή «Θα κάνει αυτό που θέλω εγώ». Η πνευματική ασθένεια από ορισμένους μόνο κοινωνικούς λειτουργούς έχει παρατηρηθεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου και όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει μια κοινωνική λειτουργός αυτό συμβαίνει γιατί «Οι περισσότεροι ψυχιατρικοί δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον ίδιο τους τον εαυτό. Πόσο περισσότερο τους γέρους γονείς τους». Τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών δεν την έχει συναντήσει στα περιστατικά κακοποίησης, ωστόσο μια από τους κοινωνικούς λειτουργούς που έχουν έρθει αντιμέτωποι με αυτόν τον

παράγοντα, σημειώνει: «Γενικά είναι άτομα που ζουν μέσα στη νύχτα. Κλέβουν τους γονείς τους για να πάρουν τη δόση τους, τους βρίζουν και τους δέρνουν».

Η οικονομική εξάρτηση του θύτη από το θύμα φαίνεται να αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του θύτη που αυξάνει τις πιθανότητες κακοποίησης των ηλικιωμένων. Όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί ανέφεραν τη σημαντικότητα αυτού του παράγοντα. Συγκεκριμένα είπαν ότι: «Όταν δεν έχουν δουλειά, εξαρτώνται σταδιακά οικονομικά από τους γονείς και η εύκολη λύση είναι το πορτοφόλι τους. Αυτό στη συνέχεια θα οδηγήσει σε κακοποίηση. Διεκδικούν συντάξεις και περιουσίες και αφήνουν τους γονείς τους χωρίς χρήματα».

Το άγχος του δότη φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου που είναι εξαρτημένος από αυτόν λόγω γήρανσης μόνο για τους μισούς κοινωνικούς λειτουργούς φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Αναφέρουν ότι: «Όταν δεν υπάρχουν αδέρφια ή άλλοι συγγενείς να βοηθήσουν λίγο την κατάσταση, αναλαμβάνουν πολύ μεγάλη ευθύνη και βάρος στην πλάτη τους». Άλλοι πάλι προσθέτουν «Φτάνουν στα όριά τους με αποτέλεσμα να φωνάζουν στους γονείς και καμιά φορά να σηκώνουν και χέρι». Οι άλλοι μισοί κοινωνικοί λειτουργοί δεν θεωρούν το άγχος παράγοντα κινδύνου. Συγκεκριμένα από μια κοινωνική λειτουργό αναφέρεται το εξής: «Το άγχος για φροντίδα δεν φτάνει σε επίπεδο κακοποίησης. Εξ άλλου το ένα αναιρεί το άλλο».

Όσον αφορά τώρα τα χαρακτηριστικά των θυμάτων που ευνοούν την εμφάνιση κακοποίησης, το φύλο φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο μιας και η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών υποστηρίζει ότι οι γυναίκες πέφτουν πιο εύκολα θύματα κακοποίησης. Ορισμένοι το αιτιολόγησαν: «Λόγω έλλειψης προσωπικότητας και αδυναμίας λόγω φύλου». Άλλοι πάλι: «Λόγω πιθανής οικονομικής εξάρτησης από άλλους

και λόγω του ότι είναι σωματικά και πνευματικά ευάλωτες συγκριτικά με τους άντρες που θεωρούνται πιο δυναμικοί». Μια μόνο κοινωνική λειτουργός ανέφερε τους άντρες ως τα συχνότερα θύματα κακοποίησης λέγοντας: «Είναι πιο εξαρτημένοι. Η γυναίκα κάτι μπορεί να κάνει μόνη της, είναι πιο ανεξάρτητη».

Η νόσος *Alzheimer* ή σχετική παραφροσύνη, αποτελεί για την πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών σημαντικό παράγοντα κακοποίησης. Ανέφεραν ότι: «Είναι πολύ δύσκολη η φροντίδα ενός τέτοιου ατόμου. Χάνει τα λογικά του, χρειάζεται συνεχή φροντίδα οπότε οι συγγενείς χάνουν την υπομονή τους και μπορούν εύκολα να οδηγηθούν στην κακοποίηση κάθε μορφής».

Το ίδιο ισχύει και για τις περιπτώσεις των μη – αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων. Ένα μεγάλο ποσοστό κοινωνικών λειτουργών απάντησε ότι η λειτουργική ανικανότητα αποτελεί σημαντική αιτία κακοποίησης. Από ορισμένους μάλιστα κοινωνικούς λειτουργούς η φροντίδα μη – αυτοεξυπηρετούμενων χαρακτηρίστηκε ως «καταστροφή», «δράμα».

Τέλος η επιθετικότητα σαν ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα των θυμάτων έχει παρατηρηθεί από τους περισσότερους ερωτώμενους κοινωνικούς λειτουργούς. Κυρίας όμως μίλησαν για λεκτική επιθετικότητα με τη μορφή αντίδρασης και παραπόνων. Μας μετέφεραν λόγια ηλικιωμένων που συνήθιζαν να λένε: «Με ξέχασαν τα παιδιά μου. Δεν με θέλουν πια» ή με τη μορφή παθητικότητας «Εγώ γέρασα τώρα και δεν μπορώ να κάνω πολλά πράγματα. Πρέπει να με φροντίσουν οι νεότεροι».

Υπάρχουν όμως και ορισμένες συνθήκες που διευκολύνουν την πρόκληση της κακοποίησης. Η διαμονή του ηλικιωμένου κάτω από την ίδια στέγη με τα παιδιά του παρ' όλα αυτά φαίνεται να μην αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τους περισσότερους ερωτώμενους κοινωνικούς

λειτουργούς. Χαρακτηριστικά κοινωνικός λειτουργός μας είπε: «Μπορούν τα παιδιά του να τον εκμεταλλεύονται οικονομικά, να τον βρίζουν και να τον δέρνουν και χωρίς να μένουν στο ίδιο σπίτι μαζί του» και ένας άλλος ανέφερε: «Ποιος τους θέλει πια;».

Οι απαντήσεις για την ύπαρξη κοινωνικής απομόνωσης θυτών και θυμάτων δεν έχουν μεγάλη απόκλιση μεταξύ τους και τα αποτελέσματα δεν είναι ξεκάθαρα. Ωστόσο θύτες και θύματα βρέθηκαν από τους περισσότερους κοινωνικούς λειτουργούς να είναι κοινωνικά απομονωμένοι. Μας τους ανέφεραν ως: «δύστροπους» και «αποτραβηγμένους» ή «άτομα που δεν αφήνουν τα περιθώρια στη γειτονιά να τους προσεγγίσει». Άλλοι πάλι μας είπαν: «Φοβούνται ότι θα τους κατακρίνουν και θα σχολιαστούν και για αυτό προτιμούν να μένουν μόνοι τους στα σπίτια τους».

Τέλος η εμπειρία ή μαρτυρία βίας στην παιδική ηλικία, μπορεί και αυτή με τη σειρά της να αυξήσει τις πιθανότητες κακοποίησης. Για την πλειοψηφία όμως των κοινωνικών λειτουργών το φαινόμενο του «φαύλου κύκλου της βίας» δεν είναι κάτι που μπορεί εύκολα να διαπιστωθεί είτε λόγω μικρής διάρκειας της επαφής τους με τα περιστατικά, όπως συμβαίνει στα Νοσοκομεία, είτε λόγω δυσκολίας των γονιών ή των παιδιών να εκμυστηρευτούν κάτι τέτοιο στους κοινωνικούς λειτουργούς, οι κοινωνικοί λειτουργοί όμως που το έχουν συναντήσει στα περιστατικά τους, το δικαιολογούν λέγοντας: «Η βία φέρνει βία, συνειδητά ή και ασυνειδητά» ενώ ένας είπε ότι: «Έχω συναντήσει το φαινόμενο του φαύλου κύκλου της βίας σε πρόσφατο περιστατικό μου. Το θύμα μου είπε ότι ο σύζυγός της κακοποιούνταν όταν ήταν παιδί και τώρα κακοποιεί την ίδια».

6.4. Συζήτηση

Έχοντας καταγράψει και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αξίζει να αναφερθούν και να τονιστούν ορισμένα σημεία που προκύπτουν και κρίνονται σημαντικά. Σημεία που έχουν να κάνουν τόσο με το περιεχόμενο των απαντήσεων των ερωτώμενων κοινωνικών λειτουργών όσο και με συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτές, για το ποιοι παράγοντες μπορούν τελικά να αυξήσουν τις πιθανότητες κακοποίησης.

Οι απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών ήταν άμεσα συνδεδεμένες όχι τόσο με το φύλο τους, όσο με τα χρόνια που ασκούν το επάγγελμα και επομένως τις εμπειρίες που έχουν αποκομίσει. Οι κοινωνικοί λειτουργοί των Νοσοκομείων, λόγω της φύσης της δουλειάς τους και των πολλαπλών περιστατικών που αντιμετωπίζουν καθημερινά είχαν μια πιο σφαιρική άποψη για το θέμα και μπορούσαν να ανατρέξουν σε μια ποικιλία περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων σε όλες της τις μορφές. Από την άλλη οι απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών του Προγράμματος «βοήθεια στο σπίτι», λόγω της σχετικά πρόσφατης εφαρμογής του προγράμματος, αναδύονταν από λιγότερα χρόνια εμπειρίας και διαφορετικού τρόπου εφαρμογής της Κοινωνικής Εργασίας μιας και επισκέπτονται ηλικιωμένους που κυρίως ζουν μόνοι και χρειάζονται βοήθεια, και ο αριθμός των περιστατικών που έρχονται αντιμέτωποι είναι μικρότερος συγκριτικά με αυτόν των κοινωνικών λειτουργών του Νοσοκομείου.

Λαμβάνοντας τώρα υπόψη από τη μία τη θεωρητική προσέγγιση των παραγόντων κινδύνου, δηλαδή των παραγόντων εκείνων που αυξάνουν τον κίνδυνο κακοποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας και από την άλλη τα δεδομένα που προκύπτουν από την έρευνα που διεξήχθη

στους κοινωνικούς λειτουργούς, διαπιστώνεται το κατά πόσο μπορεί τελικά η θεωρία να ανταποκρίνεται στην πράξη.

Επί τον πλείστον, οι περισσότερες απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών με βάση τα περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων που έχουν έρθει αντιμέτωποι επιβεβαιώνουν τη θεωρητική προσέγγιση σχετικά με ορισμένα χαρακτηριστικά του θύτη, του θύματος και συνθηκών του περιβάλλοντος που μπορούν να οδηγήσουν σε κακοποίηση. Φαίνεται έτσι ότι ορισμένοι παράγοντες είναι πιο πιθανό να οδηγήσουν σε κακοποίηση. Υπήρξαν όμως και φορές που οι απαντήσεις τους δεν ήταν σύμφωνες με τη βιβλιογραφία και προέκυπταν αντίθετα αποτελέσματα. Εντύπωση επίσης κάνει το γεγονός ότι παράγοντες που στη βιβλιογραφία θεωρούνται σημαντικοί δεν προέκυψαν εμφανώς στην έρευνα αυτή, είτε γιατί δεν τους είχαν παρουσιαστεί στα περιστατικά τους, είτε γιατί οι απαντήσεις σχετικά με αυτούς τους παράγοντες μοιράζονταν, χωρίς όμως αυτό να αναιρεί τη σημαντικότητά τους.

Ολοκληρώνοντας λοιπόν αυτή τη μελέτη διαπιστώνεται ότι τα προβλήματα και οι ανάγκες των ηλικιωμένων ποικίλουν. Το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, κυρίως τα παιδιά των ηλικιωμένων, έρχονται αντιμέτωποι πολλές φορές με μια δύσκολη κατάσταση όπως είναι η φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών τους, οι οποίοι ορισμένες φορές είναι εξαρτημένοι από αυτούς λόγω των φυσιολογικών αλλαγών που επέρχονται σωματικά και πνευματικά με τη γήρανση. Αν και δύσκολα γίνεται κατανοητό πως κάποιος, κυρίως τα παιδιά, μπορεί να φτάσουν στο σημείο να κακοποιήσουν με οποιοδήποτε τρόπο τους ηλικιωμένους γονείς τους, ωστόσο μπορεί να γίνει αντιληπτό πως οι αλληλεπιδράσεις χαρακτηριστικών του ηλικιωμένου, του θύτη και συνθηκών του περιβάλλοντος, μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο και να οδηγήσουν σε κακοποίηση.

6.5. Συμπεράσματα

Έχοντας ολοκληρώσει αυτή την έρευνα τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι ότι διερευνώντας χαρακτηριστικά των θυτών, των θυμάτων και συνθηκών που διευκολύνουν την εμφάνιση κακοποίησης διαπιστώνεται ότι η αλληλεπίδραση αυτών των τριών στοιχείων αυξάνουν τις πιθανότητες κακοποίησης ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους, κυρίως τα παιδιά που είναι και οι αναμενόμενοι δότες φροντίδας των ηλικιωμένων γονιών τους, που είτε είναι πνευματικά ασθενείς ή επιθετικοί ή κάνουν χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, είτε είναι οικονομικά εξαρτημένοι από τους γονείς τους ή έχουν άγχος για την κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου, φαίνεται να αυξάνουν τις πιθανότητες να γίνουν θύτες.

Από την άλλη όταν οι ηλικιωμένοι και μάλιστα οι γυναίκες όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, χαρακτηρίζονται από επιθετική συμπεριφορά, πάσχουν από *Alzheimer* ή σχετική παραφροσύνη, ή είναι μη – αυτοεξυπηρετούμενοι, παρουσιάζονται πιο συχνά ως θύματα.

Και τέλος συνθήκες του περιβάλλοντος όπως διαμονή του ηλικιωμένου στο ίδιο σπίτι με τα άτομα που τον φροντίζουν ή κοινωνική απομόνωση ή και ύπαρξη του φαινομένου του «φαύλου κύκλου της βίας», διευκολύνουν τη πρόκληση κακοποίησης ηλικιωμένων.

Με την ολοκλήρωση της έρευνας, φαίνεται ότι τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα είναι πολλά και ποικίλλα. Οι παράγοντες ακόμα και στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν ξεκαθαρίζονται με σαφήνεια για το αν αποτελούν σίγουρα ή όχι αιτία κακοποίησης. Σίγουρα όμως όλοι οι παράγοντες έχουν τη βαρύτητά τους και μπορεί να οδηγήσουν σε κάποια μορφή κακοποίησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, Άννα, Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας, Αθήνα 1993
2. Ακαδημία Αθηνών, Οι Νέοι και η Τρίτη Ηλικία, *Δημοσιεύματα του Κέντρου Ερεύνης της Ελληνικής Κοινωνίας*, Αριθμ. 3, Αθήνα 1991
3. Βασιλείου, Ι., Χαρούμενη Δύση, Βιβλιοπωλείον της «Εστίας» Κολλάρου Ι. Δ. & ΣΙΑ Α. Ε., Δεκέμβριος 1981
4. Καλαϊτζή, Βάλια, Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών, Εκδόσεις «Mendor», χ. τ. 2004
5. Κοβάτσης, Λεωνίδα Χ., Τρίτη Ηλικία, Υγεία και Πολιτισμός, Εκδόσεις «Κουλτούρα», Δεκέμβριος 2004
6. Κοσμοπούλου, Dr. Αλεξ. Β., Στοιχεία Ψυχολογίας και Ανθρωπαγωγικής της Ωριμης Ηλικίας, Πάτρα 1980
7. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Αναστασία, Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα 1999
8. Μαντιάφου – Κανελλοπούλου, Μαρία, Μοναξιά, Αναζητώντας τα Παράθυρα, Εκδόσεις «Γρηγόρη», Αθήνα 2003
9. Παπανούτσος, Ευάγγελος Π., Πρακτική Φιλοσοφία, Εκδόσεις «Δωδώνη», Αθήνα 1984
10. Παπασπυρόπουλος, Σπυρίδων Ανδρ., Η Ψυχοπαθολογία της Τρίτης Ηλικίας, Αθήνα 1991
11. Πετρουλάκης, Νικόλαος Β., Ψυχολογία της Προσαρμογής, Εκδόσεις «Γρηγόρη», Αθήνα 1984

12. Σπινέλλη, Κ. Δ., Προσβολές και Προστασία της Τρίτης Ηλικίας, Εγκληματολογική, Κοινωνιολογική και Ποινική Διερεύνηση του Φαινομένου Κακοποίησης και Παραμέλησης, Εκδόσεις «Αντ. Ν. Σακκούλα, Κομοτηνή 1991
13. Σταθόπουλος, Πέτρος, Α., Κακοποίηση των Ηλικιωμένων, Εκδόσεις «Εκλογή», χ. τ. 1982
14. Σταθόπουλος, Πέτρος, Α., Κοινωνική Πρόνοια, μια Γενική Θεώρηση, Εκδόσεις «Έλλην», χ. τ. 1999
15. Χριστοδούλου, Γ. Ν., Κονταξάκης, Β. Π., Η Τρίτη Ηλικία, Εκδόσεις «Βήτα», Αθήνα 2000

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abrams, M., Use the Time by the Elderly in Great Britain, in K. Altergot (Ed), «Daily Life in Later Life», London 1988
2. Birren, J. E., & Fisher, L. M., Aging and Slowing on Behavior Consequences for Cognition and Survival, *Current Theory and research in Motivation*, Nebraska Symposium on Motivation, University of Nebraska Press, 1992
3. Cohen, Luis & Manion, Lawrence, Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας, («Επιστήμες της Αγωγής»), Εκδόσεις «Μεταίχμιο», χ. τ. 1994
4. Commission on Behavioral and Social Sciences and Education (CBASSE), Understanding and Preventing Violence, Volume 1, The National Academies Press, χ. τ. 1993
5. Committee on National Statistics (CNSTAT), Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Aging America, The National Academies Press, χ. τ. 2002
6. Fromm, Erich, Πειθαρχία και Ελευθερία, Εκδόσεις «Γλάρος», Ελβετία 1981

7. Jerome, D., Intimate Relationships, in J. Bond, P. Coleman, S. Peace (Eds), «Aging in Society, an Introduction to Social Gerontology», London 1993
8. Kastenbaum, Robert, Η Τρίτη Ηλικία, από τη σειρά «Ο Κύκλος της Ζωής», Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1982
9. Masters, W. H. & Johnson, V. E., Human Sexual Response, Boston 1970
10. Μονταλτσίνι, Ρίτα, Λέβι, Ο Κρυφός Άσσος, Εκδόσεις «Ωκεανίδα», Αθήνα 1998
11. Parry, Glenys, Ψυχολογικές Κρίσεις και η Αντιμετώπισή τους, Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα 1996
12. Slater, Robert, Γηρατειά, Θλιμμένος Χειμώνας ή Δεύτερη Άνοιξη, η Ψυχολογία της Γήρανσης, Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα 2003
13. Tucker, Nicholas, Εξελικτική Ψυχολογία 4, Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία, Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα 1999
14. Wagstaff & Coakley, Φυσιοθεραπεία και Ασθενείς Τρίτης Ηλικίας, Εκδόσεις «Έλλην», χ. τ. 1997

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, Ε, «Βία σε Βάρος Ηλικιωμένων», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 5, Τεύχος 3, Ιούνιος 1989, σελ. 241
1. Καβατζά, Μαρία, Δ., «Κοινωνική Εργασία με Οικογένειες που Αντιμετωπίζουν Προβλήματα με Άτομα Ηλικιωμένα και Άρρωστα», *Κοινωνική εργασία*, Τεύχος 24, 1991, σελ. 269-275
2. Χριστοδούλου, Κώστας, «Η Βρετανική Κοινωνική Πολιτική και η Τρίτη Ηλικία», *Κοινωνική Εργασία*, Τεύχος 32, 1993, σελ. 251-258

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

1. 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας – Γηριατρικής, Η Τρίτη Ηλικία, Αθήνα 8-9 Δεκεμβρίου, 1985
2. Πρακτικά 8^{ης} Μαΐου 2000, Η Τρίτη Ηλικία ως Θύμα, Ελληνική Εταιρία Ουματολογίας, Αθήνα 2000

ΛΕΞΙΚΑ

1. Κριαράς, Εμμ., Νέο Ελληνικό Λεξικό, *Λεξικό της Σύγχρονης Ελληνικής Δημοτικής Γλώσσας*, Εκδοτική Αθηνών, Αθήνα 1995
2. Μπαμπινιώτης, Γ., Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, *Κέντρο Λεξικολογίας*, Αθήνα 1998

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. www.disabled.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Άρθρα Ποινικού Κώδικα και Κώδικα Ποινικού
Δικαίου

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1) Πόσα χρόνια εργάζεσθε ως κοινωνικός λειτουργός στο συγκεκριμένο φορέα;
- 2) Έχετε έρθει αντιμέτωποι με περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων; Ποια μορφή κακοποίησης συναντάτε περισσότερο;
- 3) Συνήθως ποια η συγγένεια των θυτών με το θύμα;
- 4) Αν γινόταν να σκιαγραφήσουμε τον θύτη η πνευματική ασθένεια, η επιθετικότητα ή η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών κατά πόσο αποτελούν ορισμένα από τα γενικά χαρακτηριστικά του;
- 5) Η οικονομική εξάρτηση του θύτη από το θύμα, αποτελούσε αιτία κακοποίησης; Υπάρχει στα περιστατικά αυτά οικονομική κακοποίηση; Με ποιο τρόπο;
- 6) Το άγχος του συγγενή για τη κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου, ο οποίος είναι εξαρτημένος από αυτόν λόγω γήρανσης, έχει τύχει να αποτελεί λόγο κακοποίησης;
- 7) Σύμφωνα με την εμπειρία σας, τα περισσότερα θύματα είναι άντρες ή γυναίκες; Έχετε εντοπίσει το λόγο που συμβαίνει αυτό;
- 8) Η ασθένεια Alzheimer και η σχετική παραφροσύνη αποτελούσε παράγοντα κακοποίησης;
- 9) Κατά πόσο οι μη – αυτοεξυπηρετούμενοι ηλικιωμένοι πέφτουν θύματα κακοποίησης;
- 10) Έχετε παρατηρήσει η επιθετικότητα να αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των θυμάτων;
- 11) Πόσο συχνά οι ηλικιωμένοι διέμεναν στο ίδιο σπίτι με τα παιδιά τους;
- 12) Ήταν κοινωνικά απομονωμένοι θύτες και θύματα από όσο γνωρίζεται;
- 13) Έχετε συναντήσει την εμπειρία βίας από γονείς ή μαρτυρία βίας ανάμεσα στους γονείς στη παιδική ηλικία, στα περιστατικά κακοποίησης;