

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

“ΟΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ”

Μετέχουσες σπουδάστριες:

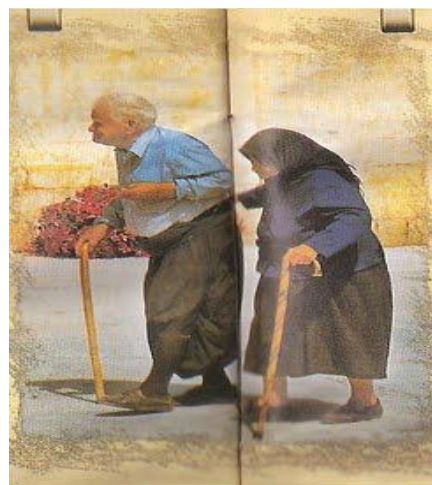
ΤΖΟΥΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΤΡΙΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Εποπτεύων καθηγήτρια:

ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

Ph.D. Κλινικός Ψυχολόγος



ΠΑΤΡΑ, 2010

Η τριμελής επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή :

Υπογραφή:

Υπογραφή:

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Μέσα από τη σελίδα αυτή, μας δίνεται η ευκαιρία να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους ανθρώπους που μας βοήθησαν ώστε να διεκπεραιωθεί η πτυχιακή μας εργασία.

Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την συντονίστρια καθηγήτρια, που επόπτευε τη συγγραφή της παρούσας εργασίας, προσφέροντας μας καθοδήγηση, την Ph. D. Θεοδωράτου Μαρία. Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επαγγελματία Ψυχολόγο και υπεύθυνη της Κοινωνικής Υπηρεσίας στο Δήμο Αιγίου κυρία Ματίνα Μουγκάση, η οποία μας παρείχε πολύτιμα στοιχεία και πληροφορίες για την διεκπεραίωση του ερωτηματολογίου και την μεσολάβησή της ώστε να έχουμε καλύτερη πρόσβαση στα πλαίσια ανοιχτής περίθαλψης στο Αίγιο.

Στη συνέχεια, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην επίκουρη Καθηγήτρια της σχολής Οικονομίας και Διοίκησης κυρία Βασιλική Καργιώτη για την σημαντική βοήθεια, καθοδήγηση και συνεργασία της στο στατιστικό μέρος της εργασίας μας, επίσης ευχαριστούμε θερμά τους συνταξιούχους της τρίτης ηλικίας που συμμετείχαν στην ερευνά μας. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας, οι οποίες μας στήριξαν ηθικά και υλικά από την αρχή έως το πέρας αυτής της εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Αναγνώριση	3
Περίληψη μελέτης.....	7
Ορισμοί εννοιών.....	8-9
Το πρόβλημα.....	9-11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ιστορική αναδρομή.....	12-16
1.2 Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας.....	16-23
1.3 Αλλαγές.....	23-27
1.4 Τα κοινωνικά πρόβλημα των ηλικιωμένων.....	27-30
1.5 Προβλήματα υγείας.....	30-38

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

2.1 Ψυχολογικές λειτουργίες.....	39-42
2.2 Ψυχολογική – Ψυχοπαθολογική εικόνα του γήρατος.....	42-45
2.3 Εφαρμογή της αρχής της συντελεστικής μάθησης στο ηλικιωμένους.....	45-47
2.4 Αμυντικοί μηχανισμοί.....	47-48
2.5 Θεωρία σταδίων.....	48-53
2.6 Θεωρίες του γήρατος.....	53-56
2.7 Ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές στην Τρίτη ηλικία	57
2.8 Συνταξιοδότηση.....	58
2.9 Κατάθλιψη.....	58-60
2.10 Μοναξιά.....	60-61

2.11	Πένθος.....	61-62
2.12	Φόβος θανάτου.....	63-64
2.13	Ψυχολογικό στρες.....	64-65
3. ΓΗΡΑΝΣΗ		
3.1	Διαδικασία της γήρανσης.....	65-67
3.2	Κοινωνικές επιπτώσεις της γήρανσης.....	67
3.3	Οι διακρίσεις του γήρατος.....	68-69
3.4	Τα προβλήματα των ηλικιωμένων και η ελληνική οικογένεια.....	69-72
3.5	Στο ρόλο του παππού και της γιαγιάς.....	72-75
3.6	Ο ηλικιωμένος στον παραδοσιακό χώρο και η κοινωνική αλλαγή.....	76-80
3.7	Τρόποι συνταξιοδότησης.....	80-82
3.8	Εργασία και συνταξιοδότηση.....	82-85
3.9	Προσαρμογή στη σύνταξη και συναισθήματα ηλικιωμένων κατά τη συνταξιοδότηση.....	86-88
3.10	Ο ελεύθερος χρόνος μετά την επαγγελματική δραστηριότητα.....	88-93
3.11	Ο ρόλος και η σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία.....	94-96
3.12	Το σύγχρονο κράτος κοινωνικής αλληλεγγύης.....	96-97
3.13	Τρίτη και τέταρτη ηλικία και οικονομικές συνιστώσες.....	97-101
3.14	Διεθνή προγράμματα αντιμετώπισης ηλικιωμένων.....	101-105
3.15	Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα.....	105-107
3.16	Ο ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας στα κέντρα ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων.....	107-110
3.17	Ορισμένοι μύθοι για την γήρανση.....	110-112

3.18 ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π ΕΡΕΥΝΑ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

- 1.1 Είδος της έρευνας.....113
- 1.2 Σκοπός της έρευνας.....113-14
- 1.3 Στόχοι της έρευνας.....114
- 1.4 Ερωτήματα – Υποθέσεις.....114-115
- 1.5 Δυσκολίες κατά την έρευνα.....115

2. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

- 2.1 Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας.....116
- 2.2 Τόπος και χρόνος έρευνας.....116
- 2.3 Πλαίσια για την μελέτη.....116-117
- 2.4 Συλλογή δεδομένων.....117
- 2.5 Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....117-118
- 2.6 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων.....118
- 2.7 Κωδικοποίηση και Στατιστική ανάλυση.....'...119-120
- 2.8 Ηθικοί προβληματισμοί και δεοντολογία.....119

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....120-154

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....155-157

5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....158-160

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....161-164

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ165-172

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η εργασία μας χωρίζεται σε δυο κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το θεωρητικό μέρος μέσα από τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε από τη σχετική βιβλιογραφική έρευνα. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η διαδικασία επιλογής του δείγματος καθώς επίσης και τα συμπεράσματα - προτάσεις της έρευνάς μας που πραγματοποιήθηκε στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στον Δήμο Αιγίου.

Ποιο συγκεκριμένα το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας αναφέρετε στα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας, στις αλλαγές, τα προβλήματα και τις ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Γίνεται αναφορά στις ψυχολογικές λειτουργίες, στην ψυχολογική – ψυχοπαθολογική εικόνα του γήρατος, στην εφαρμογή της αρχής της συντελεστικής μάθησης στους ηλικιωμένους, στη θεωρία των σταδίων και στις ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Επίσης γίνεται αναφορά στην διαδικασία της γήρανσης και τις κοινωνικές επιπτώσεις της, στην συνέχεια αναφέρεται η συνταξιοδότηση σαν γεγονός και τον ελεύθερο χρόνο των ηλικιωμένων μετά την επαγγελματική τους δραστηριότητα.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρετε στην μεθοδολογία έρευνας που ακολουθήθηκε, τον σκοπό της έρευνας που είναι η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μετά τη σύνταξη τους. Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα – συμπεράσματα και προτάσεις που εμείς προτείνουμε με απώτερο σκοπό να συμβάλλουν στη βελτίωση του τρόπου ζωής των συνταξιούχων της τρίτης ηλικίας.

ΟΡΙΣΜΟΙ

Τρίτη ηλικία : Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας, δηλαδή, πάνω από 65 χρονών, αποτελούν το 18% του πληθυσμού της χώρας μας, με προοπτική το 2030 να αυξηθεί κατά 10%. Στην αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων συμβάλει και η παρατηρούμενη μείωση των γεννήσεων, που αλλοιώνει τα δημογραφικά στοιχεία. Είναι ευαίσθητη η ηλικία αυτή για το λόγο ότι βγαίνει από την παραγωγική εργασία. Και μαζί με την έκπτωση των σωματικών ικανοτήτων, αρχίζουν και προβλήματα ψυχικής υγείας, για αυτό πρέπει να αποκτήσει κάποια απασχόληση. (www.neagnosi.gr)

Γέρος: Η λέξη «γέρος» και «γριά» προέρχονται ετυμολογικά από τη λέξη γη. Συγκεκριμένα η λέξη γέρος στο εξωτερικό ασυνείδητο φέρεται ως εκείνος προς τον οποίο γερνώντας αποδίδονται τιμές «γη και ύδωρ», ενώ η λέξη γριά δείχνει τη γυναίκα γερνώντας να οδεύει προς τη γη, δηλαδή προς τον θάνατο. Το ρήμα γηράσκω σημαίνει κινούμαι φθειρόμενος προς τη γη, τον θάνατο. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 2000)

Γήρας: Το γήρας είναι μια μακρόχρονη διεργασία που αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ζωής και εξελίσσεται προοδευτικά, ώστε να εκδηλωθεί με τη μορφή γεροντικών στιγμάτων σε άλλοτε άλλη χρονική περίοδο στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου. Οι γεροντικές αλλοιώσεις των ιστών και των οργάνων σηματοδοτούνται με την έκπτωση των διαφόρων λειτουργιών του σώματος και της ψυχής, την απώλεια της εφεδρικής μυϊκής δύναμης, τη μείωση της μεταβολικής ικανότητας, την επιβράδυνση της νευρικής λειτουργίας και τη συρρίκνωση της αισθητικής διακριτικότητας.

Το γήρας είναι ένα σύγχρονο φαινόμενο, σταθερό στην πορεία του, εύκολο να το προβλέψεις έγκαιρα και ίσως εκείνο με τα πλέον σοβαρά

επακόλουθα. Είναι μια νοητική κατάσταση που καθορίζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η χρονολογική ηλικία ή και από την προσωπική μας κρίση.

Ο Alfin-Slater υποστηρίζει ότι η προχωρημένη ηλικία μπορεί να θεωρηθεί εξωτερίκευση των πολλαπλών κυτταρικών και συστηματικών μεταβολών, που εμφανίζονται με την πάροδο της ηλικίας.

(Πλατής,Χ.2003)

Συνταξιοδότηση: Η χορήγηση σύνταξης σηματοδοτεί το τέλος της περιόδου εργασίας και την έναρξη της δίχως εργασία ζωής (τουλάχιστον όχι εργασίας πλήρους απασχόλησης). Σηματοδοτεί το πέρασμα από το ρόλο του εργαζόμενου σ' εκείνο του συνταξιούχου. (Atchley, R. , 1997)

Συνταξιούχος: Το άτομο που παίρνει σύνταξη και διακόπτει την επαγγελματική του δραστηριότητα. (www.neagnosi.gr)

Κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων: Είναι ένα χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών (όπως φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα) και κοινωνικών υπηρεσιών από κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι έχουν και την ευθύνη για το συντονισμό του όλου προγράμματος. Τα Κ.ΑΠ.Η. αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα. (Σταθόπουλος, 2005)

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Από την αρχή του εικοστού αιώνα και μέχρι σήμερα οι ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν τις ολέθριες συνέπειες του Α΄ και Β΄ παγκοσμίου πολέμου. Οι μετακινήσεις των πληθυσμών, οι μετασχηματισμοί των

μειονοτήτων με τα διαφορετικά βιώματά τους και τις διαφορετικές κοινωνικοπολιτιστικές τους πεποιθήσεις και ειδικότερα οι συνεχείς τεχνολογικές εξελίξεις των 70 τελευταίων χρόνων άλλαξαν ριζικά την πορεία της ανθρωπότητας.

Με την αλλαγή στις κοινωνικές δομές εμφανίστηκε στις περισσότερες ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες, το φαινόμενο της «δημογραφικής γήρανσης». Ως δημογραφική γήρανση ορίζεται η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων (65+έτη) στο συνολικό πληθυσμό. Τα τελευταία χρόνια ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου αυξήθηκε κατά 15 έως 20 έτη. (Πλατής, Χ. 2003)

Οι σημαντικότεροι λόγοι που συντέλεσαν και εξακολουθούν να επηρεάζουν αυτή την έκρηξη της δημογραφικής γήρανσης είναι:

1. Η ελάττωση της γονιμότητας (δηλαδή του μέσου αριθμού παιδιών κατά ζεύγος γονιών). Η υπογεννητικότητα πλήττει όλες σχεδόν τις χώρες. Στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν 30,4 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους το 1928 και έως το 1991 είχαν μειωθεί στις 10 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους.
2. Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η τεχνολογική εξέλιξη και η ανάπτυξη της ιατρικής, είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του μέσου όρου ζωής και τη μείωση της θνησιμότητας. Χάριν στις προόδους και τα επιτεύγματα της ιατρικής τα ηλικιωμένα άτομα επωφεληθήκαν κερδίζοντας αρκετά χρόνια ζωής.
3. Ένας τελευταίος παράγοντας που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη γήρανση ενός πληθυσμού, είναι η μετανάστευση. Η μετανάστευση εργατικού δυναμικού κάνει μια χώρα πιο γερασμένη αφού στερείται μέρος του νεανικού της πληθυσμού.

Η διεργασία της γηράνσεως είναι δραματική όταν κάποιος παρακολουθεί την αύξηση του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι από 580 εκατομμύρια ηλικιωμένων που υπήρχαν το 1998, θα αυξηθούν σε 2

δισεκατομμύρια (1.970 εκατομμύρια) έως το 2020. Η αλλαγή αυτή θα είναι μέτρια στις ανεπτυγμένες περιοχές, από 226 εκατομμύρια το 1998 σε 375 εκατομμύρια το 2050 (δηλαδή κατά τα 2/3). Η αύξηση θα είναι πιο δραματική στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές, όπου ο πληθυσμός 60 ετών και άνω θα πολλαπλασιαστεί εννέα φορές, που σημαίνει από 171 εκατομμύρια το 1998 σε 1.594 εκατομμύρια το 2050.

Η Ευρώπη προβλέπεται να παραμείνει η περιοχή που επηρεάστηκε περισσότερο από την γήρανση με ποσοστό ηλικιωμένων 35% του πληθυσμού έως το 2050. Και στην Ελλάδα όμως η γήρανση του πληθυσμού βρίσκεται σε εξαιρετικά υψηλό επίπεδο. Σήμερα, αντιστοιχεί 1 ηλικιωμένος σε κάθε 7 άτομα και δύο γενεές θα αντιστοιχεί 1 ηλικιωμένος σε κάθε 3 άτομα. (Πλατής, Χ. 2003)

Εν κατακλείδι, ο ονομαζόμενος «γκρίζος» πληθυσμός (δηλαδή ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων) αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο που κάνει ακόμα και τις πιο αναπτυγμένες χώρες να βρίσκονται σε στάδιο προσαρμογής. Μέχρι και τις πρώτες δεκαετίες του εικοστού αιώνα η μακροβιότητα θεωρούνταν προνόμιο. Σήμερα, η προοπτική αύξησης των ηλικιωμένων, μολονότι επιθυμητή, φέρνει νέες προκλήσεις και απαιτήσεις, οι οποίες συνεπάγονται σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας όλων των χωρών και απαιτείται να προσδιοριστούν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε θέματα πολιτικής υγείας, πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η λέξη «γέρος» σε όποια γλώσσα και αν ακουστεί, κάνει όσους την λένε αλλά και όσους την ακούν να αισθάνονται μια ολόκληρη σειρά συναισθημάτων. Συναισθήματα αγάπης, τρυφερότητας, ευγνωμοσύνης, σεβασμού, εκτίμησης, συμπάθειας και κατανόησης. Στην αρχαιότητα, οι ηλικιωμένοι έχαιραν ιδιαίτερου σεβασμού. Ήταν οι απόμαχοι του βίου, αλλά λόγω των εμπειριών και της ηλικίας τους, κατείχαν ιδιαίτερη θέση στην κοινωνία. (Γηριατρική & Γεροντολογική εταιρεία Ν\Δ Ελλάδος,2008). Ακόμη η λέξη «γέρον» ήταν τίτλος τιμής. Χαρακτηριστικό και συγκινητικό είναι το παράδειγμα του Αινεία στην Τροία που μετέφερε στους ώμους του το γέροντα πατέρα του. Στην αρχαία Ελλάδα δεν υπήρχαν γηροκομεία διότι την ευθύνη των γερόντων είχαν ως ιερό καθήκον τα παιδιά τους, πράγμα που τονίζει και ο Αριστοτέλης. Η πολιτεία όμως με νόμους κατοχύρωνε τα δικαιώματα των γερόντων καθώς επίσης την περιουσία τους και το δίκιο τους. Οι μορφωμένοι γέροντες χρησιμοποιούνταν ως παιδαγωγοί.

Στη βυζαντινή περίοδο για πρώτη φορά συναντάτε κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και το πρώτο γηροκομείο ιδρύθηκε από τον Μεγάλο Βασίλειο στα πλαίσια της βασιλείας. (Χανιώτης, 1998)

Η σύγχρονη ελληνική κοινωνία υποβάθμισε την θέση τους, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα όπου οι αξίες νοθεύονται και οι έννοιες του σεβασμού και της αγάπης φθίνουν, όπου οι οικογένεια έχει πυρηνική ολιγομελή μορφή,

η υπεραντατικοποίηση της εργασίας δεν αφήνει χρόνο στους νεότερους να ασχοληθούν με τους ηλικιωμένους, όπου η εσωτερική μετανάστευση τους αναγκάζει να ζουν μόνοι τους και η πολιτεία έχει ελλιπή κοινωνική μέριμνα. Συχνά, τους περιθωριοποιεί και έτσι οι ηλικιωμένοι οδηγούνται σε ψυχολογική συντριβή. (Γηριατρική & Γεροντολογική Εταιρία Ν\Δ Ελλάδος, 2008)

Μέσα από τις παραδοσιακές αξίες της ελληνικής κουλτούρας επικοινωνούνταν ποικίλα μηνύματα όπως π.χ. αυτό του φόβου για την επικείμενη μεταθανάτια εκδίκηση του ηλικιωμένου, στον οποίο δεν είχαν συμπεριφερθεί καλά, όταν ζούσε. Στο ρόλο τους, ως μοίρες, ο λαός πίστευε ότι έπρεπε να καλοπιάνει τις ηλικιωμένες γιατί από αυτές εξαρτάται η ποιότητα και η διάρκεια ζωής ενός νεογέννητου. Επιπλέον μέσα από τις παροιμίες οι ηλικιωμένοι παρουσιάζονται ως άτομα που άλλοτε είναι αναγκαία για την καθοδήγηση που δίνουν σε νεότερα άτομα και άλλοτε έχουν προβλήματα υγείας και είναι ξεπερασμένης νοοτροπίας. (Κοτζαμάνης, 1996)

Οι ηλικιωμένοι παίζουν σπουδαίο ρόλο όσον αφορά τον κοινωνικό έλεγχο και την προώθηση εννοιών ιδανικής συμπεριφοράς. Βέβαια, αυτό δεν ίσχυε πάντοτε με στοιχεία της λαογραφικής μας παράδοσης. Υπήρξε κάποτε και μια ιστορία, σύμφωνα με την οποία οι ηλικιωμένοι όταν έφταναν σε κάποια ηλικία και δεν θεωρούνταν άτομα παραγωγικά, έπρεπε να εξοντώνονται. Θεωρούνταν άτομα χωρίς αξία, τα οποία κατανάλωναν χωρίς να προσφέρουν. (Κοτζαμάνης, 1996)

Στον ηλικιωμένο βλέπουμε τον πατέρα και την μάνα, την πείρα της ζωής, την ιστορία, ακόμη το μέλλον και τον ίδιο τον εαυτό μας μέσα σε αυτό. Σε αυτή την γωνία της γης, την Ελλάδα μας, που έχει το προνόμιο και την τιμή να είναι η γενέτειρα του πνευματικού πολιτισμού, αλλά και

σε άλλες περιοχές που δέχτηκαν και καλλιέργησαν αυτό το σπόρο, η θέση του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια και την κοινωνία υπήρξε πάντοτε τιμητική. Θεσμοί όπως η Γερουσία, η Δημοκρατία κ.α. είναι αρκετοί για να το βεβαιώσουν. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999)

Όμως η γεροντική ηλικία, όπως και κάθε ηλικία έχει τα προβλήματα της. Προβλήματα ατομικά, οικογενειακά και κοινωνικά. Όλα σχεδόν τα προβλήματα αυτά προέρχονται από τα συμπτώματα ή τις επιπτώσεις της σωματικής και πνευματικής κάμψης που συνοδεύει τα γεράματα. Και τα προβλήματα αυτά συνέχεια αυξάνουν καθώς αυξάνονται από δεκαετία σε δεκαετία οι υπερήλικες που βρίσκονται ανάμεσα μας.

Η μελέτη μεθόδων προστασίας γήρατος στα προηγούμενα κράτη άρχισε συστηματικά από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα και η κοινωνική δράση για το γήρας περίπου στα μισά του αυτού του αιώνα. Το 1980 αξιόλογες μελέτες προβλημάτων του γήρατος έγιναν στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τις Η.Π.Α. Το έτος αυτό διεθνείς οργανώσεις όπως ο Ο.Η.Ε., το Συμβούλιο της Ευρώπης, και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εντάσσουν στα προγράμματα τους θέματα ηλικιωμένων. Το 1982 ψηφίστηκε στην Βιέννη από τα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε. ο καταστατικός χάρτης των ηλικιωμένων, ότι δηλαδή είναι ευθύνη κάθε κράτους μέσα στα πλαίσια των παραδόσεων, δομών και πολιτικών αλλαγών, να εφαρμόσει και διαμορφώσει πολιτική για τα ηλικιωμένα άτομα σε ότι αφορά: την ασφάλεια, την ευημερία, και την προαγωγή δραστηριοτήτων. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999)

Πριν από αυτό η φροντίδα του ηλικιωμένου γινόταν στα πλαίσια κλειστής περίθαλψης (εισαγωγή σε γηροκομείο) και πρόνοιας με την μορφή της φιλανθρωπίας και λιγότερο της κρατικής μέριμνας. είναι γενικά παραδεκτό πως για χρόνια οι ηλικιωμένοι θεωρούνταν ότι δεν

έχουν ανάγκη, είτε το χειρότερο, ότι δεν αξίζουν να έχουν υπηρεσίες κοινωνικών λειτουργών, ιδίως στις Η.Π.Α. όπου η κοινωνική εργασία είχε αναπτυχθεί σε σχέση με παιδιά ή άλλες κοινωνικές ομάδες. Το επιχείρημα ήταν ότι οι διάφορες υπηρεσίες είναι δύσκολο ή αδύνατο να επιφέρουν αλλαγή στην στάση και την συμπεριφορά των ηλικιωμένων, επομένως, κοινωνική εργασία με αυτούς είναι χάσιμο χρόνου.

Στην χώρα μας συγκεκριμένα διαπιστώνονται τα παρακάτω:

- Υπάρχει επίδραση της τάσης που αναπτύχθηκε στον ευρωπαϊκό χώρο για αναθεώρηση μεθόδων ιδρυματικής περίθαλψης.
- Υπάρχει αύξηση του γεροντικού πληθυσμού, π.χ. το 1880 τα άνω των 60 ετών άτομα αντιπροσωπεύουν στην Ελλάδα το 5,5% του συνόλου του πληθυσμού, το 1920 το 8,7% και η αύξηση αυτή προχωρεί αλματωδώς.
- Υπάρχει όξυνση των διαφόρων προβλημάτων, διότι παρατηρείται μετακίνηση μεγάλων τμημάτων πληθυσμού από αγροτικές και αστικές περιοχές, αλλάζει την κοινωνική μορφή του ελληνικού χώρου και δημιουργεί νέες καταστάσεις για την αγροτική οικογένεια και τον ηλικιωμένο αγρότη. Εκτός των προηγουμένων υπάρχει μετανάστευση, γενικεύεται η εργασία γυναικών, και λαμβάνουν χώρα αλλαγές στην οικογενειακή διάρθρωση και στον τρόπο ζωής, διότι αυξάνει η πυρηνική οικογένεια έναντι της πατριαρχικής, πράγμα που οδηγεί στην απώλεια του κύρους του ηλικιωμένου.

Όλα αυτά δημιουργούν την ανάγκη εφαρμογής κοινωνικών μέτρων. Η εποχή που ο ηλικιωμένος ζούσε για να περιμένει το τέλος πέρασε, όπως και ότι η λύση στο θέμα γεράματα είναι αποκλειστικά το Γηροκομείο. (για την ιστορία, το 1872 έχουμε στην Αθήνα την ίδρυση γηροκομείου με επωνυμία Πτωχοκομείο, Γηροτροφείο, Γερωντοκομείο.). Όμως η

φροντίδα του ηλικιωμένου σε γηροκομείο και από Έλληνες ειδικούς επισημαίνεται ως αρνητική. Η οικογένεια μπορεί να αισθάνεται ενοχές, όταν αφήνει τον ηλικιωμένο σε γηροκομείο, ενώ ο ηλικιωμένος αισθάνεται εγκατάλειψη, απόρριψη, αισθάνεται ότι χάνει την ταυτότητα του, γεμίζει φόβο και άγχος. Επιπλέον, ο τρόπος ζωής του ιδρύματος δεν είναι αυτός που ταιριάζει στον τρόπο ζωής όλων των ηλικιωμένων. Ο ηλικιωμένος θέλει να έχει το δικό του τρόπο ζωής, χωρίς ένα προκαθορισμένο πρόγραμμα, όπως αυτό του γηροκομείου.

Συνέπεια αυτών των διαπιστώσεων ήταν να ξεκινήσει μια προσπάθεια κοινωνικής πολιτικής για δημιουργία προγραμμάτων που να καλύπτουν τις ψυχικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Άλλωστε τα οικονομικά προβλήματα και τα προβλήματα υγείας έχουν αμβλυνθεί λόγω της γενικεύσεως των συντάξεων γήρατος και την επέκταση ασφάλισης ασθενείας. Ως μέτρο κοινωνικής πολιτικής γήρατος κατά την δεκαετία του 1980, είχαμε υπό την μορφή υπηρεσίας στην κοινότητα την δημιουργία των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999)

1.2 Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας

Εισαγωγή

Η είσοδος στην Τρίτη ηλικία σημαδεύεται από αισθητές αλλαγές στην όλη ψυχοφυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Οι αλλαγές στο δέρμα, τους μυς και τα οστά του σώματος συνεπάγεται μια καθολική αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Παράλληλα, σημειώνεται μια μείωση των κυττάρων και των ιστών στα εσωτερικά όργανα του σώματος, που με τη σειρά τους οδηγεί σε βαθμιαία κάμψη των συστημάτων του σώματος(κυκλοφοριακού, αναπνευστικού κτλ.). Εξ άλλου, η μειωμένη ροή αίματος στον εγκέφαλο και η μείωση του

αριθμού των εγκεφαλικών νευρώνων επηρεάζουν την ταχύτητα με την οποία τα μηνύματα του εξωτερικού κόσμου μεταδίδονται από τις απολήξεις των νευρών στα εγκεφαλικά κέντρα. Κατά συνέπεια, η συμπεριφορά των ατόμων της τρίτης ηλικίας επηρεάζεται από τις αλλαγές στην οργανική δομή και λειτουργία και αποκτά μια νέα δική της ταυτότητα. Για τον λόγο, ακριβώς, ότι οι βιοσωματικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν την Τρίτη ηλικία έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ψυχολογική λειτουργία και συμπεριφορά. (Harvard Medical School, 2005)

Εξωτερική εμφάνιση: Το δέρμα

Αν κρίνουμε από τα χρήματα που ξοδεύονται και την προσπάθεια που οι άνθρωποι στις σύγχρονες κοινωνίες καταβάλουν προκειμένου να διατηρήσουν το δέρμα τους σε καλή κατάσταση, καταλαβαίνουμε πόσο αυτό συνδέεται με την εξωτερική εμφάνιση. Το δέρμα είναι πράγματι το πιο ορατό μέρος του σώματος, το πιο εκτεθειμένο στον εξωτερικό κόσμο και στα βλέμματα των άλλων ανθρώπων.

Για ένα δερματολόγο ιατρό, η ηλικία του ατόμου μπορεί να εκτιμηθεί με μικρή απόκλιση (μέχρι πέντε χρόνια) μετά από εξέταση ενός μικρού τμήματος δυο εκατοστών του δέρματός του.

Για τον κοινό παρατηρητή, το δέρμα ενός ηλικιωμένου εμφανίζεται με λιγότερες ή περισσότερες ρυτίδες, πιο τραχύ, λιγότερο ανθεκτικό, πιο γλωμό και πιο διάσπαρτο από σημάδια σκουρόχρωμα. Η ικανότητα του δέρματος να διατηρεί τα υγρά του μειώνεται με την ηλικία, για αυτό το δέρμα χάνει την ελαστικότητά του και ξηραίνεται. Ένας επιπλέον λόγος για την αυξημένη ξηρασία του δέρματος είναι ότι το σώμα εφιδρώνει λιγότερο, τα κύτταρά του έχουν μικρότερη βιωσιμότητα, και η αντικατάσταση των κυττάρων γίνεται με πιο αργό ρυθμό στους ηλικιωμένους, σε σχέση με τους νέους.

Εκτός από τις σκουρόχρωμες κηλίδες που εμφανίζονται στα χέρια, τους καρπούς και το πρόσωπο, το δέρμα γίνεται πιο εύθραυστο, και σε κάθε

λύση της συνέχειας του δέρματος η ίαση απαιτεί περισσότερο χρόνο. Στην μεγάλη ηλικία, το δέρμα των αντρών τείνει να αναπτύσσει τριχοφυΐα σε διάφορα σημεία του προσώπου ενώ το τριχωτό της κεφαλής κατά κανόνα αραιώνει και ασπρίζει. Στις γυναίκες, λόγω της αλλαγής στις αναλογίες ανδρογόνων και οιστρογόνων ορμονών, αναπτύσσεται τριχοφυΐα στο πάνω χείλος και κάτω από το πηγούνι. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Εσωτερικά όργανα και συστήματα

Οι διαφοροποιήσεις στην εμφάνιση των ηλικιωμένων είναι το αποτέλεσμα των αλλαγών που σημειώνονται όχι μόνο εξωτερικά, αλλά και εσωτερικά στο ανθρώπινο σώμα. Οι περισσότερες από τις αλλαγές που επηρεάζουν το δέρμα ισχύουν επίσης και για τα εσωτερικά όργανα του σώματος. Ως εκ τούτου, η φυσιολογική τους λειτουργία επηρεάζεται και γίνεται λιγότερο αποτελεσματική με την πάροδο της ηλικίας.

Τα παραπάνω φυσιολογικά φαινόμενα που συνοδεύουν τη μεγάλη ηλικία δεν θα μπορούσαν να αφήσουν ανεπηρέαστη και τη συμπεριφορά. Η βιοσωματική κάμψη αντανακλάται στη μειωμένη ικανότητα του ηλικιωμένου να αντιμετωπίζει το άγχος που προέρχεται από πολλαπλές πηγές. Ο ηλικιωμένος αδυνατεί να προσαρμοστεί στις βιοσωματικές αλλαγές, που συνιστούν την γήρανσή του.

Και στις δυο περιπτώσεις, τόσο της φυσιολογικής κάμψης όσο και της συμπεριφοριστικής αδυναμίας για προσαρμογή, οι αλλαγές που σημειώνονται δεν είναι ούτε ομοιογενείς για όλους τους ηλικιωμένους, αλλά και ούτε αναπόφευκτες. Οι ηλικιωμένοι, ανάλογα με το προηγούμενο ιστορικό της υγείας τους, τις καλές ή λιγότερο καλές διαειτητικές τους συνήθειες, τη φυσική εξάσκηση που συνήθιζαν να κάνουν από τις νεότερες ηλικίες, τη φροντίδα της υγείας τους, και την προληπτική εξέταση στην οποία υποβάλλονται κατά διαστήματα, είναι σε θέση να κρατούν τον έλεγχο της επιδείνωσης της φυσικής τους υγείας.

Η αντιστοιχία αυτή ισχύει και στο θέμα της προσαρμογής της συμπεριφοράς. Όσες περισσότερες και καλύτερες προσαρμογές έχει κάνει το άτομο στη διάρκεια της ζωής του, τόσο ευχερέστερη θα είναι και η προσαρμογή του στις απαιτήσεις της τρίτης ηλικίας. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Κυκλοφοριακό σύστημα:

Η καρδιά, το όργανο με τη μεγαλύτερη ζωτική σημασία, είναι υπεύθυνο για χιλιάδες θανάτων κάθε χρόνο, σε όλες τις χώρες.

Η καρδιά τείνει να συσσωρεύει αποθέματα λίπους και ασβεστίου, έτσι ώστε όχι μόνο να μην συρρικνώνεται, αλλά μερικές φορές και να αυξάνει σε βάρος. Επιπλέον, ο καρδιακός μυς τείνει να ατροφεί, να χάνει ένα μέρος της ελαστικότητάς του, οπότε και καρδιακοί χτύποι μειώνονται σε αριθμό και γίνονται περισσότερο ασταθείς. Η αορτή και οι βαλβίδες σκληρύνονται και, σε συνδυασμό με τη ελαττωμένη δύναμη του καρδιακού μυός, γίνονται αιτία ώστε η καρδιά να εργάζεται πιο πολύ για να διακινήσει το αίμα σε όλο το σώμα, χωρίς και πάλι να είναι αποτελεσματική. Κατά συνέπεια, αυξάνει η πίεση του σώματος, ενώ παράλληλα μειώνεται η παροχή αίματος στην καρδιά, που μπορεί να οδηγήσει σε πόνους στο στήθος, γρήγορη αναπνοή και καρδιακή ανεπάρκεια.

Μετά από έξαψη ή σύγχυση ο κανονικός καρδιακός ρυθμός αργεί να επανέλθει στο ηλικιωμένο άτομο. Το ίδιο συμβαίνει και μετά από έντονη σωματική προσπάθεια και άσκηση. Στον μέσο 75χρονο η καρδιά αντλεί το 70% της ποσότητας του αίματος, που στέλνει αντίστοιχα η καρδιά ενός 30χρόνου. Όπως έδειξε η διαχρονική έρευνα της Βαλτιμόρης η καρδιά των περισσότερων ηλικιωμένων ατόμων, όταν δεν έχει προσβληθεί από κάποια ασθένεια, αποδίδει το ίδιο καλά έστω και σε βραδύτερους ρυθμούς με την καρδιά των νεότερων ενηλίκων.

Η μείωση της ποσότητας της ειδικής πρωτεΐνης που ονομάζεται κολλαγόνο είναι υπεύθυνη για την βαθμιαία σκλήρυνση του καρδιακού μυός, όσο και των αρτηριών. Οι αρτηρίες ενός 80χρόνου μπορεί να είναι τόσο σκληρές, όσο ένα μέταλλο. Τούτο οδηγεί σε μειωμένη ροή του αίματος στο σώμα, επομένως ο ρυθμός με τον οποίο το οξυγόνο και οι θρεπτικές ουσίες μεταφέρονται στα κύτταρα επιβραδύνεται. Η μείωση παροχής οξυγόνου στα κύτταρα του σώματος είναι η αιτία για την οποία τα ηλικιωμένα άτομα αφενός κουράζονται πολύ πιο γρήγορα και αφετέρου έχουν μειωμένη αντοχή. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Αναπνευστικό σύστημα:

Κατά κανόνα, τα εσωτερικά όργανα και συστήματα του σώματος γερνάνε με τον δικό του ρυθμό το καθένα. Η καρδιά και οι αρτηρίες γερνούν με ένα ρυθμό, το συκώτι με άλλον ρυθμό, το νευρικό σύστημα με το δικό του ρυθμό. Οι πνεύμονες με τη σειρά τους, χαρακτηρίζονται από ταχεία απώλεια της λειτουργικής του δύναμης καθώς προχωρεί η ηλικία. Έχει υπολογιστεί ότι η ζωτική ικανότητα των πνευμόνων(δηλαδή το μέγιστο ποσό του οξυγόνου που μπορούν να κρατήσουν σε μια και μόνο αναπνοή- εισπνοή και εκπνοή) στην ηλικία των 75 ετών αντιστοιχεί στο 56% της αντίστοιχης ζωτικής ικανότητας των πνευμόνων του μέσου 30χρόνου. Το ποσοστό αυτό πέφτει ακόμη περισσότερο, κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης, και φτάνει το 40% αντίστοιχα. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Μυοσκελετικό σύστημα:

Η απώλεια κολλαγόνων μεταξύ των σπονδύλων κάνει τη σπονδυλική στήλη να μικραίνει και, σε συνδυασμό με την τάση των ηλικιωμένων να σκύβουν, τους κάνει να φαίνονται ακόμη πιο βραχύσωμοι.

Καθώς το άτομο γερνά συσσωρεύονται άλατα στα οστά και η σύσταση των οστών γίνεται πιο σπογγώδης και περισσότερο εύθραυστη. Η ποσότητα των λιπαντικών υγρών, που βοηθούν τις αρθρώσεις να

λειτουργούν χωρίς τα οστά να τρίβονται μεταξύ τους, μειώνεται αρκετά και οι ηλικιωμένοι αισθάνονται τις αρθρώσεις τους να πονούν. Για το λόγο αυτό τείνουν να περιορίζουν τις κινήσεις τους και τη γενικότερη κινητικότητα τους.

Η μείωση του συνολικού βάρους του σώματος, καθώς η ηλικία προχωρεί, οφείλεται εν μέρει στην ελάττωση των μυικών ιστών, οι οποίοι με τη σειρά τους προκαλούν μείωση της δύναμης των μυών. Στην πραγματικότητα, η μυική δύναμη αρχίζει να μειώνεται πριν φθάσει το άτομο στην ηλικία των 30. Όμως, ο ρυθμός αυτής της μείωσης δεν είναι ομοιογενής για όλες τις ομάδες μυών, και επίσης εξαρτάται από το είδος και την ένταση της φυσικής άσκησης που κάθε άτομο υιοθετεί και εφαρμόζει. (Αβεντισιάν -Παγοροπούλου, 2000)

Γαστρεντελογικό σύστημα:

Οι δυσκολίες στην πέψη δεν είναι από τα σοβαρά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας που προσαρμόζουν τις διαιτητικές τους συνήθειες στον μεταβαλλόμενο οργανισμό τους μπορούν να διατηρήσουν την καλή φυσική τους κατάσταση για πολλά χρόνια. Συγκρινόμενο με αυτό των νεότερων ηλικιών, το γαστρεντερολογικό σύστημα των ηλικιωμένων λειτουργεί λιγότερο καλά.

Περισσότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους χάνουν τα δόντια τους, πιθανότατα λόγω της κακής στοματικής υγιεινής και της έλλειψης κατάλληλων προφυλάξεων. Η απώλεια των δοντιών, οι οδοντοστοιχίες που δεν εφαρμόζουν καλά, και η συνεπακόλουθη κακή μάσηση είναι η απαρχή για τα προβλήματα κακής διατροφής και κακής αφοδευσης των περιττωμάτων.

Η εμφάνιση των αιμορροΐδων, συχνή στα ηλικιωμένα άτομα, επιβαρύνει ακόμη περισσότερο την κατάσταση. Η ομαλή λειτουργία του γαστρεντερολογικού συστήματος είναι πολύ σημαντική, αφού συμβάλει

στη συναίσθηση που έχει το άτομο για την καλή κατάσταση της υγείας του. Στην μεγάλη ηλικία, αυξάνεται η ανάγκη του οργανισμού για λήψη πρωτεϊνών. Για τούτο, τα άτομα της τρίτης ηλικίας θα πρέπει να πείθονται να παρασκευάζουν και να καταναλώνουν τη σωστή ποσότητα τροφών σε μια ισορροπημένη διαίτα.

Γενικό- ουροποιητικό σύστημα:

Όπως συμβαίνει και με τους πνεύμονες, η αποδοτικότητα της λειτουργίας των νεφρών μειώνεται ακόμη πιο δραστικά σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία. Μέχρι την ηλικία των 75 ετών, η ποσότητα των βλαβερών ουσιών που αποβάλλονται έχει μειωθεί κατά 56%, ενώ ο ρυθμός με τον οποίο τα νεφρά φιλτράρουν και εξωθούν τις τοξίνες του οργανισμού έχει μειωθεί κατά 69%, σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσά του μέσου 30χρόνου. Όχι μόνο οι τοξίνες και τα απόβλητα του σώματος εκβάλλονται σε πιο αργούς ρυθμούς, αλλά και η ποσότητα των ούρων είναι μειωμένη. Η ουροδόχος κύστη χάνει ένα μέρος της ελαστικότητάς της και η λειτουργική της χωρητικότητα μειώνεται στο ήμισυ, σε σχέση με αυτήν του νέου ενήλικα. Η παράλληλη μεγέθυνση του προστάτου γίνεται αιτία για πολλά ουρολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων αντρών. Η συχνουρία και η σχετική απώλεια ελέγχου του σφιγκτήρα της ουροδόχου κύστεως έχουν αντίκτυπο όχι μόνο στη φυσιολογική αλλά και στην κοινωνική λειτουργία, προκαλώντας αισθήματα ντροπής σε πολλά ηλικιωμένα άτομα.

Ανοσοποιητικό σύστημα:

Η επίδραση της ηλικίας στο ανοσοποιητικό σύστημα είναι αυταπόδεικτη αν ληφθεί υπόψη η μειωμένη αντίσταση του οργανισμού σε μια σειρά από αρρώστιες.

Η πνευμονία, η φυματίωση και ο καρκίνος είναι ασθένειες που συναντώνται πολύ πιο συχνά σε ηλικιωμένα παρά σε νέα άτομα.

Νευρικό σύστημα:

Στη διάρκεια της τρίτης ηλικίας παρατηρείται μείωση του αριθμού και του μεγέθους των νευρώνων, έτσι ώστε στην ηλικία των 75 ετών το βάρος του εγκεφάλου να έχει μειωθεί κατά 56% σε σχέση με το αρχικό βάρος. Παράλληλα μειώνεται η ροή αίματος στον εγκέφαλο, καθώς και η κατανάλωση οξυγόνου και γλυκόζης. Στις ηλικίες 60 με 70 ετών ο συνολικός χρόνος ύπνου έχει μειωθεί κατά 1 με 2 ώρες. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

1.3 Αλλαγές

Η Τρίτη ηλικία είναι δυνατό να διαιρεθεί σε τέσσερα στάδια, που αντιστοιχούν στις τέσσερις δεκαετίες μεταξύ 60 και 100 ετών. Το πώς οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τη ζωή στο καθένα από τα στάδια αυτά είναι πάλι μια ατομική υπόθεση, καθώς πολλά εξαρτώνται από τις αλλαγές και τα γεγονότα ζωής που βιώνουν. (Tucker, 1999)]

Βιοσωματικές αλλαγές

Το 85% των ενηλίκων άνω των 65 ετών υποφέρουν από τουλάχιστον μια χρόνια ασθένεια, όπως τα αρθριτικά και οι ρευματισμοί. Τα άτομα όμως που εξακολουθούν να έχουν καλή υγεία μπορεί να ζήσουν δραστήρια ζωή. Παρόλο που οι μυς συρρικνώνονται και τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα, τα άτομα που πάντοτε γυμνάζονταν παραμένουν σχετικά δυνατά. Η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να διαρκέσει και μέχρι τα ογδόντα, ανάλογα με την υγεία των δυο συντρόφων.

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)

Πολλά άτομα διατρέχουν τον κίνδυνο να βιώσουν τις βιοσωματικές αλλαγές σαν το χειρότερο κίνδυνο που τους απειλεί. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος των βιοσωματικών μεταβολών είναι τέτοιος, ώστε η βαθμιαία χειροτέρευση της υγείας να ακολουθείται από βαθμιαία ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου.

Αντίθετα, τα άτομα της τρίτης ηλικίας που πετυχαίνουν να συμφιλιωθούν με το γεγονός της βιοσωματικής τους κάμψης εξασφαλίζουν μια βασική προϋπόθεση που τους επιτρέπει να χαίρονται τη ζωή στη μεγάλη ηλικία. Τα άτομα αυτά θεωρούν φυσιολογική τη διαδικασία της γήρανσης και δεν εξαρτούν την ψυχολογική τους καλή κατάσταση μόνο από την υγεία τους. (Παγοροπούλου, 2000)

Νοητικές αλλαγές

Η Τρίτη ηλικία συνδέεται συνήθως με μια έκπτωση της νοητικής ικανότητας ωστόσο μόνον το 5% περίπου των ανθρώπων είναι υποχρεωμένοι, λόγω της έκπτωσης αυτής, να ζήσουν την υπόλοιπη ζωή τους σε ιδρυματικό περιβάλλον. Αν και οι νοητικές τους αντιδράσεις δεν είναι τόσο ταχείες όσο ήταν στο παρελθόν, τα άτομα της ηλικίας αυτής ανταποκρίνονται ακόμη με επιτυχία σε περιπτώσεις και έργα που απαιτούν δεξιότητες μάθησης. Μερικοί επιλέγουν να διαβάζουν, ενώ άλλοι παραμένουν ζωηροί και σε εγρήγορση καθώς απασχολούνται ενεργά με κάτι που τους ενδιαφέρει στη ζωή τους.

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. Το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων με κακή ψυχική υγεία είναι παρόμοιο με αυτό του γενικού πληθυσμού. (Tucker, 1999)

Συναισθηματικές αλλαγές

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι άνθρωποι που αποκτούν εγγόνια βρίσκουν ότι ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς είναι πιο εύκολος από το ρόλο του γονέα, και συχνά αντλούν μεγάλη ευχαρίστηση από αυτόν. Οι παππούδες και οι γιαγιάδες έχουν ηλικία που κυμαίνεται από 40 έως 100 ετών. Οι πιο νέοι από αυτούς εργάζονται ακόμη και δεν είναι πάντοτε διαθέσιμοι στα εγγόνια τους. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική έδειξε ότι το 60% των παππούδων και των γιαγιάδων βλέπουν τα εγγόνια τους μία ή δύο φορές το μήνα, αν και οι επισκέψεις αυτές μειώνονται καθώς τα εγγόνια μεγαλώνουν. Το 33% των γιαγιάδων αξιολογούσαν τις σχέσεις τους με τα εγγόνια τους ως «πολύ σημαντικές», αλλά ένα άλλο 25% δεν είχε καμία ανάμιξη στη σχέση αυτή. Οι σταθεροί και ευτυχισμένοι γάμοι εξακολουθούν να είναι σημαντικοί στην ηλικία αυτή, ιδιαίτερα όταν βοηθούν τα άτομα να αποφεύγουν το πρόβλημα της μοναξιάς. Μια έρευνα στην Αμερική έδειξε ότι το 90% των ηλικιωμένων έγγαμων ζευγαριών περιέγραψαν τη σχέση τους ως πολύ καλή. Αλλά οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν μοναξιά στην περίοδο αυτή. Από το τέλος της εφηβείας και έπειτα, τα κοινωνικά προγράμματα στήριξης για τους περισσότερους ανθρώπους συνήθως μειώνονται. Η Τρίτη ηλικία αφήνει κάποτε τους ανθρώπους με λίγους φίλους, ενώ συγχρόνως ελαχιστοποιεί την ενέργεια και την πίστη στην ικανότητα τους να συνάπτουν καινούργιες κοινωνικές σχέσεις (Dickens & Perlman, 1981).

Πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι γίνονται πιο εσωστρεφής με την πάροδο της ηλικίας, καθώς με τη θέληση τους απομακρύνονται από τις

κοινωνικές δραστηριότητες και προτιμούν να μείνουν στο σπίτι. Αλλά 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)

Στις περιπτώσεις αυτές, μια υποστηρικτική κοινότητα, που προσφέρει ένα μεγάλο εύρος ευκαιριών, μπορεί να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο να ζήσει χαρούμενα και δημιουργικά. Εάν όμως τέτοιου είδους υπηρεσίες-καταφύγια είναι περιορισμένες και οι ηλικιωμένοι φοβούνται να βγούνε έξω λόγω της μεγάλης εγκληματικότητας, το φυσικό επακόλουθο μπορεί να είναι η κατάθλιψη. Αυτό ισχύει περισσότερο για τους ανθρώπους των οποίων οι προηγούμενοι δεσμοί με την κοινότητα, οι οποίοι είχαν λειτουργήσει καλά στο παρελθόν, διακόπτονται λόγω μιας ακούσιας συνταξιοδότησης ή του θανάτου του/της συζύγου. Μια κοινότητα που δεν προνοεί για τα ηλικιωμένα μέλη της δεν πρέπει να εκπλήσσεται αν τα μέλη αυτά αντιδρούν αρνητικά, μερικές φορές εκδηλώνοντας κακή ψυχική και σωματική υγεία, κάτι που θα είχε αποφευχθεί εάν οι συνθήκες ήταν πιο ευνοϊκές. (Tucker,1999)

Τα ποσοστά των αυτοκτονιών στα άτομα άνω των 65 ετών είναι τρεις φορές περισσότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Το ποσοστό των αυτοκτονιών στους άντρες κορυφώνεται περίπου στα ογδόντα, στις γυναίκες κορυφώνεται στα πενήντα 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.

Οι παράγοντες που είναι πιθανό να κάνουν ένα ηλικιωμένο άτομο να νιώθει ικανοποίηση είναι: η καλή υγεία, οι καλές οικογενειακές σχέσεις στην παιδική του ηλικία, η απουσία ψυχιατρικών προβλημάτων, μια υγιής πρακτική προσέγγιση της ζωής, η μη εξάρτηση από το αλκοόλ ή τις

εξαρτησιογόνες ουσίες όπως τα ηρεμιστικά, η σωματική άσκηση στο παρελθόν, ένας σταθερός γάμος και οι επαρκείς οικονομικές συνθήκες. (Tucker, 1999)

1.4 Τα κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται, κατά κύριο λόγο, ως επιβαρυντικοί παράγοντες και ως μη αποδοτικοί παραγωγικά, με αποτέλεσμα να τίθενται έμμεσα ή άμεσα στο κοινωνικό περιθώριο. Οι καταστάσεις αυτές τους ωθούν συνήθως σε δογματισμούς, σε δυσπροσαρμοστία και σε επιφυλακτικότητα, όμως η αυξημένη λόγω ηλικίας νοσηρότητα σε συνδυασμό με τα σοβαρά κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, οδηγούν τους ηλικιωμένους σε αποδιοργάνωση και συντελούν στη διαμόρφωση ενός ιδιόμορφου από το φύλο κύκλο που δημιουργείται. Τα σημαντικότερα από τα κοινωνικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, είναι τα εξής:

1. *Οικονομικά προβλήματα:* Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των ηλικιωμένων. Σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών τους από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους, όσο και το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον.
2. *Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος:* Η διαβίωση των ηλικιωμένων σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Η διαμόρφωση όμως των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου αναγκάζει τους ηλικιωμένους να διαβιούν σε χώρες

που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους.

3. *Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης:* Οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση. Εάν ο ηλικιωμένος βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς. Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα, που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές η λύση είναι η παροχή κάποιας φροντίδας από τρίτα πρόσωπα, έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως άλλα ιατροκοινωνικά προβλήματα.
4. *Προβλήματα επικοινωνίας και ψυχαγωγίας:* Τα αποτελέσματα σειράς ερευνών, που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες του κόσμου, έχουν οδηγήσει στη διαπίστωση ότι τα ποσοστά των ηλικιωμένων και των μεσηλικών που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των νέων, δημιουργεί δυσκολίες στη επικοινωνία των ηλικιωμένων με άτομα νεαρής ηλικίας. Επιπλέον, ο αναλφαβητισμός των υπερηλικών τους οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση αφού δυσκολεύονται να συντάξουν κάποιο γράμμα, να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων που προβάλλονται στην τηλεόραση ή ακόμα να διαβάσουν οδηγίες κάποιου φαρμακευτικού παρασκευάσματος. (Χανιώτης, 1998)

Ως προς την ψυχαγωγία, οι ηλικιωμένοι που δε βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα, συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και στις δραστηριότητες διάφορων σωματείων ή οργανώσεων. Ένα μεγάλο μέρος όμως των ηλικιωμένων δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Στις περιπτώσεις αυτές τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας, ανεβάζοντας θεατρικά έργα, μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές. Επίσης, οι ηλικιωμένοι γίνονται συνήθως δογματικοί, δυσπροσάρμοστοι, ασυνήθιστα συντηρητικοί και δημιουργούν στη ζωή τους κανόνες που βασίζονται στους προηγούμενους τρόπους ζωής που είχαν. Σπάνια ανανεώνουν τις ιδέες, τις σχέσεις τους και τις συνήθειές τους. Οι μόνες διαπροσωπικές σχέσεις τους συχνά περιορίζονται στο σύντροφο της ζωής τους ή σε λίγα πρόσωπα του περιβάλλοντος τους. (Χανιώτης, 1998)

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να υστερούν σε ζωτικότητα, πρωτοβουλία ή ταχύτητα δράσεως, αλλά υπερτερούν σε πείρα, σύνεση, γνώση και σοβαρότητα αντιμετώπισης των κινδύνων. Η επιμονή τους με πείσμα στις παλιές συνήθειες συγχρόνως συντελεί στη διατήρηση των παραδόσεων των κοινωνιών που συχνά είναι ανεκτίμητη πηγή σοφίας.

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους γέροντες χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό γίνεται με βάση την πολύ διαδεδομένη γνώμη ότι τα γηρατειά σημαίνει μοναξιά, απομόνωση, εξάρτηση, ανάγκη για προστασία και βοήθεια και έκπτωση νοητικών ικανοτήτων. Ο γέρος πια δεν θεωρείται αποδοτικός και απομονώνεται συχνά άδικα έξω από την παραγωγική διαδικασία του κοινωνικού

συνόλου. Τέτοιες αντιλήψεις οδηγούν σε ανάλογες στάσεις της κοινωνίας προς τους ηλικιωμένους με συνέπεια να αναγκάζονται τα άτομα αυτά άμεσα ή έμμεσα να εκδηλώνουν ανάλογες αντιδράσεις. Αρκετές φορές ο ηλικιωμένος δεν δραστηριοποιείται προς τη μια ή την άλλη κατεύθυνση μόνο για να αποφύγει τα σχόλια του κοινωνικού περίγυρου με αποτέλεσμα να έχει σαν πρώτο εμπόδιο την κοινωνία και μετά την τη λειτουργική ή οργανική δυσχέρεια.

Έτσι η κοινωνία θέτει στο περιθώριο το γερασμένο άτομο και σφραγίζει την οριστική παρακμή του, με τρόπο εντελώς λανθασμένο. Είναι απαραίτητο λοιπόν να υπάρχει κοινωνική πρόνοια της τρίτης ηλικίας χωρίς να στηρίζεται αυτή σε άτοπες και επιβλαβείς γενικεύσεις. Έτσι η μοναξιά μπορεί να καταπολεμηθεί με κάποια επαγγελματική απασχόληση του ηλικιωμένου, διότι επιτυγχάνεται η κοινωνική επανένταξή του και αποκαθίσταται η αυτοεκτίμησή του. (Χανιώτης, 1998)

1.5 Προβλήματα υγείας

Καθώς μεγαλώνει ο άνθρωπος το σώμα του αλλάζει. Η σάρκα, τα οστά, οι μύες, τα νεύρα και τα όργανα έχουν κάποιο περιορισμένο χρόνο ζωής. Ορισμένα από αυτά έχουν την τάση να φθείρονται νωρίτερα από άλλα. Κάποια μέρη του σώματος, με τη σωστή φροντίδα, αντιστέκονται στο χρόνο καλύτερα.

Περίπου εννέα στα δέκα άτομα ηλικίας άνω των εξήντα πέντε ετών πάσχουν από τουλάχιστον μια χρόνια ασθένεια, όπως αρθρίτιδα, καρδιόπαθειες ή διαβήτη. Παρακάτω θα δούμε μερικά από τα προβλήματα που δυσκολεύουν τους ηλικιωμένους:

Πτώσεις: Οι περισσότερες πτώσεις προκύπτουν ως συνδυασμός εσωτερικών παραγόντων, που περιλαμβάνουν προβλήματα βάδισης και ισορροπίας και εξωτερικών παραγόντων. (Harvard Medical School, 2005)

Οι πτώσεις είναι συχνή αιτία τραυματισμών, όσο αυξάνεται η ηλικία των ανθρώπων τόσο περισσότερο αυξάνεται ο κίνδυνος πτώσεων. Παράλληλα οι επιπλοκές των πτώσεων στους ηλικιωμένους είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές.

Η πρόληψη των πτώσεων στους ηλικιωμένους έχει μεγάλη σημασία τόσο για τον κάθε ένα ξεχωριστά αλλά και για τη δημόσια υγεία. Είναι γεγονός ότι με την γήρανση του πληθυσμού και με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ο αριθμός των ηλικιωμένων που θα κινδυνεύουν από τις πτώσεις θα είναι πολύ μεγαλύτερος. Οι αιτίες που δημιουργούν μεγαλύτερο κίνδυνο για πτώσεις στους ηλικιωμένους από ότι στους νέους είναι πολλές. Για την αποτελεσματική πρόληψη των πτώσεων είναι σημαντικό να καταλαβαίνουμε καλά τις καταστάσεις που τις ευνοούν. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για πτώσεις έχουν σχέση με τη φυσιολογία του σώματος του ηλικιωμένου, τις ασθένειες που έχει, τα φάρμακα που παίρνει και με το περιβάλλον στο οποίο ζει.

Οι συχνότεροι ιατρικοί λόγοι που ευνοούν τις πτώσεις στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν:

1. Διάφορες ασθένειες όπως αρθρίτιδες, ο καταρράκτης ή άλλα προβλήματα της όρασης, οι αυξομειώσεις της αρτηριακής πίεσης που σημαντικότερες στους ηλικιωμένους από ότι στους νέους, οι διάφορες μορφές μειονεξίας που δημιουργούνται λόγω νευρικών προβλημάτων ή εγκεφαλικών επεισοδίων, η κούραση κλπ.
2. Παρενέργειες των διαφόρων φαρμάκων που λαμβάνουν όπως τα αντιπυρετικά, τα διουρητικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα ηρεμιστικά, τα μυοχαλαρωτικά και τα υπνωτικά.

3. Η υπερεκτίμηση των ικανοτήτων τους που τους οδηγεί στο να κάνουν πράγματα που έκαναν παλαιότερα όταν ήταν νεότεροι αλλά είναι πλέον πέραν των δυνατοτήτων τους.

(Harvard Medical School, 2005)

Οι καταστάσεις στο φυσικό περιβάλλον που ζουν οι ηλικιωμένοι, ιδιαίτερα στο σπίτι τους που ευνοούν τις πτώσεις είναι διάφορες, όπως για παράδειγμα:

1. Γλιστερά πατώματα
2. Χαλιά που δεν είναι εφαρμοσμένα καλά στο πάτωμα
3. Κακός φωτισμός
4. Σκάλες χωρίς σημεία στήριξης
5. Μπάνια που δεν έχουν εξοπλισμό ασφάλειας για ηλικιωμένους.

Τα ατυχήματα λόγω πτώσεων των ηλικιωμένων στο σπίτι μπορούν σε μεγάλο βαθμό να προληφθούν. Με λίγη προσοχή είναι δυνατόν να απομακρυνθούν ή να διορθωθούν οι πιθανές εστίες πρόκλησης ατυχημάτων πτώσης. (www.medlook.net)

Οστεοπόρωση: Ήδη από την ηλικία των 40, η πυκνότητα στη σύσταση των οστών αρχίζει να μειώνεται. Ο βαθμός στον οποίο υπόκειται ένα άτομο στην αλλαγή αυτή, που καλείται οστεοπόρωση, φαίνεται ότι επηρεάζεται από την κληρονομικότητα, τη σωματική άσκηση και τη λήψη βιταμινών και ασβεστίου. Το φύλο παίζει επίσης βασικό ρόλο. Οι γυναίκες προσβάλλονται από οστεοπόρωση δυο φορές πιο συχνά σε σχέση με τους άντρες. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Η δομή των οστών μεταβάλλεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής λόγω της συνεχούς οστικής απορρόφησης από τους οστεοκλάστες και της οστικής αύξησης από τους οστεοβλάστες. Με την αύξηση της ηλικίας, η ισορροπία χάνεται οδηγώντας σε αυξημένη οστική απορρόφηση. (N. Coni, C.Nickol, S.Webster, K.J.Wilson, 2006)

Η οστεοπόρωση καθιστά τα οστά ευάλωτα στα κατάγματα. Τα πιο συχνά είναι του ισχίου, του καρπού και των σπονδύλων. Τα κατάγματα αυτά δεν είναι μόνο επώδυνα αλλά και μπορούν να μειώσουν τις δυνατότητες για αυτοεξυπηρέτηση. Η πρόληψη της κατάλληλης ποσότητας ασβεστίου, βιταμίνης D, και συχνή άσκηση ενδυνάμωσης των οστών, μπορούν να στηρίξουν το σκελετικό μας σύστημα. (Harvard Medical School, 2005)

Οστεοαρθρίτιδα: Μια άλλη μεγάλη αλλαγή που συμβαίνει στο σκελετικό σύστημα αφορά την φλεγμονή των αρθρώσεων που συνδέουν τα οστά- ιδιαίτερα τα μεγάλα οστά (γόνατα, λεκάνη κτλ.) Στη διάρκεια όλης της ζωής οι σύνδεσμοι των οστών δέχονται πίεση κάθε φορά που κινούμαστε, τρέχουμε ή τεντωνόμαστε. Αυτή η συνεχής τριβή γίνεται αιτία ώστε το προστατευτικό κάλλυμα των χόνδρων στα άκρα των οστών να αρχίσει κάποτε να φθείρεται. Στην περίπτωση που είναι σοβαρής μορφής, τα οστά έρχονται σε απευθείας επαφή μεταξύ τους, μια κατάσταση που προξενεί πόνο, ακαμψία, και κάνει τον ηλικιωμένο να αποφεύγει τις κινήσεις.

Πρέπει να τονιστεί ότι, ενώ μικρές ενοχλήσεις υπάρχουν σε όλους τους ηλικιωμένους, μια μικρή μειονότητα από αυτούς υποφέρουν από πραγματικούς πόνους της οστεοαρθρίτιδας. Επίσης, παρά το γεγονός ότι η συνεχής τριβή των κλειδώσεων είναι υπεύθυνη για το πρόβλημα, η κίνηση και γενικά η άσκηση φαίνεται να είναι ο πιο κατάλληλος τρόπος για να το αντιμετωπίσει κανείς και να μειώσει τον πόνο. Η άσκηση ισχυροποιεί τους μύες που στηρίζουν τις κλειδώσεις και μειώνει την πίεση που δέχονται οι χόνδροι. Η άσκηση ενδυναμώνει την καρδιαγγειακή λειτουργία και βοηθά ώστε να πηγαίνει περισσότερο αίμα στις κλειδώσεις. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Νόσος Alzheimer: Η “νόσος Alzheimer” είναι μια εκφυλιστική ασθένεια του εγκεφάλου που προκαλεί την καταστροφή μεγάλου αριθμού

νευρικών κυττάρων. Η νόσος αυτή αποτελεί τη βασικότερη αιτία πρόκλησης άνοιας στον άνθρωπο, επηρεάζοντας τμήματα του εγκεφάλου που ελέγχουν σημαντικές λειτουργίες όπως η σκέψη, η ομιλία, η μνήμη και η συμπεριφορά. (www.stefanogiannis.blogspot.com)

Πολλές παθήσεις όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης, η καρδιακή νόσος και η αρθρίτιδα είναι σύνθετες. Παρουσιάζονται όταν γενετικοί παράγοντες, περιβαλλοντικοί ή άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής προκαλούν τις νόσους και την εξέλιξή τους.

Όλοι οι άνθρωποι ψάχνουν τον τρόπο που θα παραμείνουν υγιείς που θα είναι σε καλή φυσική και πνευματική κατάσταση. Όλοι αναρωτιούνται αν θα μπορέσουν να αποτρέψουν την νόσο Alzheimer που έχει λάβει διαστάσεις «επιδημίας». Εξελίσσεται σε πολλά χρόνια και επηρεάζεται από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων. Μερικούς από αυτούς δεν μπορούμε να τους επηρεάσουμε ή να τους τροποποιήσουμε, μερικούς όμως από αυτούς μπορούμε να τους ελέγξουμε.

Παράγοντες που μπορούμε να τους ελέγξουμε:

1. Καρδιακή νόσος
2. Σακχαρώδης Διαβήτης

Παράγοντες που δεν μπορούμε να ελέγξουμε:

1. Ηλικία
2. Γενετικοί παράγοντες

Για την νόσο Alzheimer όμως δεν έχουν βρεθεί ακόμα τα μυστικά της πρόληψης της ούτε και η θεραπεία της. Βέβαια από τις διάφορες έρευνες που διεξάγονται παγκοσμίως έχουμε σημαντικά στοιχεία που σχετίζονται με την αιτία και την εξέλιξη της νόσου Alzheimer. Αυτά τα ευρήματα δίνουν το μήνυμα της αισιοδοξίας ότι κάποια μέρα θα είναι δυνατή η καθυστέρηση της έναρξης και εξέλιξης της νόσου ή η πλήρη πρόληψη της. (Γηριατρική & Γεροντολογική Εταιρεία Ν/Δ Ελλάδος, 2008)

Πάρκινσον : Η νόσος του πάρκινσον προσβάλλει συνήθως άτομα άνω των πενήντα ετών. Το βασικό χαρακτηριστικό της νόσου είναι το τρέμουλο. Το τρέμουλο μπορεί να γίνει τόσο έντονο, που ο ασθενής να μην μπορεί να κρατήσει σταθερά ένα πιατόνι για να φάει. Σε προχωρημένο στάδιο παρουσιάζονται προβλήματα ισορροπίας και ακαμψίας. (Γηριατρική & Γεροντολογική Εταιρεία Ν/Δ Ελλάδος, 2008)

Χαρακτηριστικά της νόσου είναι ο τρόμος όπου μπορεί να είναι εμφανής και είναι συνήθως ηρεμίας και μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρος, εξαφανίζεται στη διάρκεια του ύπνου. Η βραδύκινηση μπορεί να είναι εμφανής ως ανέκφραστο πρόσωπο (παρκινσονικό προσωπείο) και δυσκολία στην επιτέλεση λεπτών κινήσεων. Η ομιλία χαρακτηρίζεται από δυσφωνία, μονοτονία και δυσαρθρία. Η βάδιση είναι χαρακτηριστική με κλίση του σώματος προς τα εμπρός, τάση του ασθενούς να σέρνει τα πόδια του, απώλεια ταλάντωσης χεριών και εξασθένηση αντανακλαστικών, γεγονός που έχει ως συνέπεια την τάση για πτώσεις. (Χανιώτης, 1998)

Ακράτεια ούρων: Στην Ελλάδα υπάρχουν, σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις, περίπου 600.000 ασθενείς, αριθμό που αντιστοιχεί περίπου στο 5% του πληθυσμού, που πάσχουν από ακράτεια ούρων ελαφριάς ή βαριάς μορφής και έχουν άμεση ανάγκη θεραπείας και φροντίδας. Επομένως, το πρόβλημα της ακράτειας των ούρων είναι ευρύτερο και ίσως δεν αφορά μόνο τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Η ακράτεια ούρων μπορεί να υποβαθμίσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών, με αποτέλεσμα να αισθάνονται μοναξιά ως μη ικανοί να ακολουθήσουν την κοινωνική ζωή που είχαν συνηθίσει. Το πρόβλημα της ακράτειας θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ενεργά χωρίς να θεωρείται ταμπού.

Σημαντικό ερώτημα είναι: Μπορούμε να προλάβουμε την ακράτεια; Η απάντηση είναι ναι. Αν υπάρχουν ενδείξεις για εμφάνιση ακράτειας,

μπορούμε να συμβάλλουμε οι ίδιοι στην αντιμετώπισή της ή στην μείωση των συμπτωμάτων της. Δεν είναι ανάγκη να αναστατώνεται η ζωή αλλά να ακολουθούμε μερικές απλές συμβουλές:

- Υγιεινή και εύπεπτη διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες για ομαλή πέψη και αφόδευση.
- Επαρκής κατανάλωση υγρών.
- Τακτική χαλάρωση, ψυχική εκτόνωση και καλή ψυχολογία.
- Τακτική σωματική άσκηση και ειδικότερα ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών του πυελικού εδάφους.

Σε κάθε περίπτωση πρέπει τα άτομα αυτά να επισκεφτούν τον γιατρό. Έρευνες έδειξαν ότι ιδιαίτερα άνθρωποι που ανήκουν στην ομάδα ηλικίας 50-75 ετών σπάνια θα συζητήσουν το πρόβλημα της ακράτειας με τον γιατρό τους. Είναι όμως λάθος από ντροπή και μόνο να χάνεται η ευκαιρία έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας.

Η ιατρική διάγνωση αποτελεί το πρώτο βήμα προς την αντιμετώπιση της ακράτειας και αρχίζει με το ιατρικό ιστορικό του ασθενή. (Γηριατρική & Γεροντολογική Εταιρεία Ν/Δ Ελλάδος, 2008)

Αρτηριακή πίεση: Στη μεγάλη ηλικία ελαττώνεται η ελαστικότητα του αρτηριακού τοιχώματος. Η ελάττωση αυτή φθάνει στο 50% στην ηλικία των 70 και οδηγεί σε επιμήκυνση και ελικοειδή εμφάνιση των αρτηριών. Η κατάσταση αυτή στις καρωτίδες, δίνει την εντύπωση ανευρύσματος και μπορεί να προκαλέσει παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια. Η ανελαστικότητα και σκλήρυνση των αρτηριών αφενός προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης και αφετέρου επιρρέπεια προς υπόταση.

Η αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αρτηριών της καρδιάς, συνεπάγεται τη στεφανιαία νόσο, που εκδηλώνεται με στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο θάνατο κ.α. οι προδιαθεσικοί παράγοντες της

στεφανιαίας νόσου (υπέρταση, κάπνισμα κ.λπ.) σήμερα είναι αντικείμενο παγκόσμιου ενδιαφέροντος και προσπάθειας για την πρόληψή τους.

Η έρευνα έχει δείξει, ότι η αρτηριακή πίεση μετά την ενηλικίωση, μεταβάλλεται ομοιόμορφα σε άντρες και γυναίκες. Η συστολική πίεση δείχνει να αυξάνεται γραμμικά μετά τα 30 χρόνια. Η διαστολική αυξάνεται λιγότερο, φτάνει σε μια μέγιστη τιμή στα 50 χρόνια για τους άντρες και στα 60 χρόνια για τις γυναίκες και έπειτα μειώνεται ελαφρά και στα δύο φύλα με την πάροδο του χρόνου.

Πρόσφατες μελέτες φανερώνουν, ότι στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες. Αυτοί είναι γενετικοί, περιβαλλοντικοί, διαιτητικοί, ψυχολογικοί κ.λπ.

Πολλά ηλικιωμένα άτομα μετρούν μόνα τους στο σπίτι την αρτηριακή πίεση. Αυτό έχει πολλά πλεονεκτήματα, αλλά μπορεί να γίνουν και σφάλματα από κακή τεχνική. Επίσης, δεν πρέπει να ξεχνά κανείς, ότι η πίεση σε κάθε άνθρωπο είναι μεταβαλλόμενη ανάλογα με την ώρα, τα γεύματα, το κάπνισμα, το άγχος, τη θερμοκρασία, τη διατροφή, την εποχή κ.λπ. (Χανιώτης,1998)

Καρδιακή ανεπάρκεια: Ένα άλλο πρόβλημα που υπάρχει συχνά στην Τρίτη ηλικία είναι η καρδιακή ανεπάρκεια με όλες τις διαβαθμίσεις της. Η χρόνια ιδιοπαθής υπέρταση και η ισχαιμική καρδιόπαθεια διεκδικούν σημαντικό μερίδιο (50%) στην αιτιολογία της κατάστασης αυτής. Ενδιαφέρον είναι, ότι στους γηριατρικούς ασθενείς τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας φαίνονται συχνά, ως μη προερχόμενα από την καρδιά και έτσι αποπροσανατολίζουν. Έτσι εκτός από τη δύσπνοια στην προσπάθεια, την νυχτερινή δύσπνοια και τα περιφερικά οίδηματα, ιδιαίτερα προσοχής πρέπει να τύχουν και τα εξής: η συρίττουσα αναπνοή, η ανεξήγητη σύγχυση, η αϋπνία, η ανησυχία, η περίεργη κόπωση, οι εμετοί και το οίδημα στην οσφυϊκή χώρα.

Τα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας πρέπει να χορηγούνται ή να διακόπτονται μόνο με εντολή του γιατρού. Συχνό είναι το φαινόμενο κατά το οποίο οι γέροντες που λαμβάνουν τα φάρμακα αυτά επειδή αισθάνονται ότι «πηγαίνουν καλά» τα διακόπτουν αυτοβούλως με καταστρεπτικά βέβαια αποτελέσματα, γι' αυτό απαιτείται τακτική παρακολούθηση. (Χανιώτης,1998)

Εγκεφαλικά επεισόδια: Ο εγκέφαλος ελέγχει τις κινήσεις του σώματος μας, επεξεργάζεται τις πληροφορίες που αφορούν στο εξωτερικό μας περιβάλλον και μας επιτρέπει να επικοινωνούμε με τους άλλους. Το εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζεται όταν ένα τμήμα του εγκεφάλου σταματά να λειτουργεί λόγω προβλημάτων στην αιμάτωσή του. Έτσι, εκδηλώνονται τα κλασικά συμπτώματα του εγκεφαλικού, όπως η αιφνίδια αδυναμία του χεριού και του ποδιού στο ίδιο μισό του σώματος.

Ο εγκέφαλος είναι ένα από τα πιο ευαίσθητα τμήματα του σώματος και, δυστυχώς, ακόμα και μια βραχείας διάρκειας μπορεί να αποβεί καταστροφική. Παραδείγματος χάριν, παρότι ένα δάκτυλο, ή ακόμη και ολόκληρο το πόδι μπορούν να σωθούν ακόμα και εάν έχουν μείνει χωρίς αίμα για ώρες, ο εγκέφαλος καταστρέφεται μέσα σε λίγα λεπτά. Τα συμπτώματα του εγκεφαλικού συνήθως εκδηλώνονται πολύ γρήγορα και μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρά. (Dr Richard Lindley, 2007)

Συνήθεις παράγοντες κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου:

- Αύξηση της ηλικίας
- Υπέρταση
- Κάπνισμα
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Καρδιοπάθειες
- Έλλειψη σωματικής άσκησης
- Αιματολογικές παθήσεις

- Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

2.1 Ψυχολογικές λειτουργίες

Μέσα στη ζωή έχουμε μάθει πώς λειτουργούν οι άνθρωποι και πώς συμπεριφέροντε και έτσι αποκτάμε ένα συγκριτικό πλαίσιο για την εκτίμηση της συμπεριφοράς. Ένα άτομο είναι φυσιολογικό όταν η συμπεριφορά του βρίσκεται μέσα στο συγκριτικό αυτό πλαίσιο αλλιώς θεωρείται ως ψυχικά ανώμαλο ή άρρωστο. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

1 Οι ψυχολογικές λειτουργίες μπορούν να διακριθούν α) στη γνωστική λειτουργία β) στη συναισθηματική και γ) στη λειτουργία της θελήσεως.

α) **Γνωστική λειτουργία:** Εδώ περιλαμβάνεται η μνήμη, η ικανότητα προσανατολισμού, η ικανότητα αντιλήψεως - κατανόησης, η ικανότητα εκμαθήσεως κ.α.

Η μέχρι τώρα έρευνα έχει δείξει ότι η μνήμη χειροτερεύει στους γέροντες. Ιδιαίτερα αυτό που χειροτερεύει είναι η ικανότητα να θυμάται κανείς πράγματα που ακούει ή διαβάζει στο παρόν. Η γνωστική λειτουργία βρίσκεται σε κατευθείαν εξάρτηση από τη λειτουργία των αισθητηρίων και επηρεάζεται σαφώς από αναπηρίες που εμφανίζονται κατά το γήρας (μείωση ακοής και οράσεως). Η ικανότητα της γνωστικής λειτουργίας εξελίσσεται και διατηρείται με τη συνεχή άσκηση.

Οι γέροντες που έχουν ενδιαφέροντα, που ασχολούνται, που ανακατεύονται με συλλόγους, που ταξιδεύουν, που γυμνάζονται,

εμφανίζουν 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. Μπορεί ,βέβαια να αναρωτηθεί κανείς γιατί δεν τρέχουν όλοι οι γέροντες σε συλλόγους, γυμναστήρια κ.τ.λ. δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι, το να μπαίνει κάποιος σε μια ομάδα και να υπακούει στους κανονισμούς και κανόνες της ομάδας, σημαίνει μείωση της ανεξαρτησίας.

Όλες αυτές οι συνθήκες μαζί με την ιδεολογία της ανεξαρτησίας οδηγούν στην ελάττωση της ομαδικής ζωής και την έλλειψη νοητικών ερεθισμάτων και τελικά στη χειροτέρευση της γνωστικής λειτουργίας. Έστω και αν η γνωστική λειτουργία είναι καλή κινδυνεύουν οι γέροντες να τη χειροτερέψουν εφόσον ζούνε σύμφωνα με τον τρόπο που ισχύει γι' αυτούς μέσα στην κοινωνία μας. (Παπασπυρόπουλος, 1991).

β) Συναισθηματική λειτουργία: Η ανάγκη για συναισθηματικές εμπειρίες ιδιαίτερα οι ευχάριστες είναι τόσο πολύ μεγάλη που δεν θα ήταν υπερβολή να λέγαμε ότι αυτή η ανάγκη είναι η μεγαλύτερη, αν όχι η μόνη που έχει ο άνθρωπος.

Ο άνθρωπος αγωνίζεται από τη γέννηση μέχρι το θάνατό του να αποφεύγει τις δυσάρεστες εμπειρίες και να κερδίζει ευχαρίστηση. Συναισθηματικά αντιδράμε διαρκώς. Μας αρέσουν ή δεν μας αρέσουν διάφορα πράγματα, διάφορα συμβάντα, οι συνάνθρωποί μας το καθετί. Ελάχιστα πράγματα μας αφήνουν τελείως ασυγκίνητους. Βεβαίως είναι λίγες οι φορές που αντιδρούμε με δυνατά αισθήματα. Υπάρχουν πάρα πολλοί κανόνες και άγραφοι νόμοι που τους ακολουθούμε σχεδόν τυφλά. Και το κάνουμε για να γίνουμε παραδεκτοί και αγαπητοί από το περιβάλλον μας και να αποφύγουμε να γίνουμε απόβλητοι, όπως π.χ. συμβαίνει με τους αλκοολικούς και τους ναρκομανείς κ.α. Οι υγιείς

γέροντες στην κοινωνία είναι πολλές φορές απασχολημένοι εντατικά συλλόγους, ταξίδια και άλλες απασχολήσεις, πράγμα που υπογραμμίζει ότι μπορούν να δεχτούν καινούριες συναισθηματικές εμπειρίες.

Βέβαια η ανάγκη για συναισθηματικές εμπειρίες είναι μικρότερη στους γέροντες (όπως π.χ. η ανάγκη για σεξ, η ανάγκη για περιπέτεια). Αλλά και η ανάγκη για αισθήματα δεν είναι μικρότερη. Ακόμη και οι γέροντες αγωνίζονται για να κερδίσουν ευχαρίστηση και να αποφύγουν δυσαρέσκειες.

Η συνταξιοδότηση γίνεται πολλές φορές αιτία ελάττωσης συναισθηματικών εμπειριών. Επίσης απώλειες άλλου είδους όπως η αναχώρηση των παιδιών από το σπίτι φίλοι και συγγενείς που χάνονται προσφέρουν στο γέροντα αναπόφευκτες δυσαρέσκειες, που με την ήδη περιορισμένη ομαδική του ζωή, δεν μπορεί σχεδόν ποτέ να αντικαταστήσει τις απώλειες αυτές. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

γ) Λειτουργία της θελήσεως: Πίσω από κάθε πράξη υπάρχει μία απόφαση και πίσω από κάθε απόφαση υπάρχει η θέληση. Αυτή η λειτουργία της θελήσεως δεν εκτιμάται σχεδόν ποτέ σωστά όσον αφορά στη σημασία και τη σπουδαιότητα της. Πολλές φορές δυσκολευόμαστε να αποφασίσουμε και ακόμα πολλές φορές αν όχι τις περισσότερες αποφασίζουμε παρά τη θέληση ή την επιθυμία μας. Αυτό σημαίνει ότι η λειτουργία της θελήσεως και η λειτουργία των αποφάσεων δεν οδηγεί πάντα και χωρίς εμπόδια σε μονόδρομες αποφάσεις. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες και στοιχεία που επηρεάζουν τη λειτουργία της θελήσεως και των αποφάσεων. Μέχρι τώρα συζητήσαμε το δισταγμό, το συμφέρον, την εκτίμηση απωλειών, την πείρα, τη συνήθεια να αποφασίζουμε, την άσκηση της αποφασιστικότητας.

Ο δισταγμός υπάγεται στην προσωπικότητα και είναι πιο μεγάλος όταν υπάρχει μικρή αυτοπεποίθηση. Οι γέροντες χάνουν ένα μέρος από την αυτοπεποίθησή τους, επειδή το περιβάλλον πιστεύει ότι είναι λιγότερο ικανοί, πράγμα που σιγά σιγά το πιστεύουν και οι ίδιοι. Ο δισταγμός εμφανίζεται συχνά και πολλές φορές είναι αρκετά μεγάλος, ώστε να εμποδίζει την αποφασιστικότητα των γερόντων.

Ο συνδυασμός της μικρής αυτοπεποίθησης με τη φυσική αδυναμία που εμφανίζεται κατά το γήρας, κάνει τους γέροντες πιο παρατηρητικούς εφόσον αφορά στις πιθανές απώλειες που μια λανθασμένη απόφαση μπορεί να επιφέρει. Ο φόβος ότι δεν θα τα βγάλουν πέρα σε μία κατάσταση και ότι, ίσως θα χρειαστούν βοήθεια, οδηγεί τους γέροντες στο να μην τολμούν να αναλάβουν πρωτοβουλίες. Το να ζητούν βοήθεια σημαίνει μείωση της ανεξαρτησίας, πράγμα που είναι μεγάλη απώλεια.

Όσον αφορά στην πείρα και τη συνήθεια των αποφάσεων, έχουν πείρα και συνηθίζουν να παίρνουν αποφάσεις μέσα σε μία περιορισμένη περιοχή. Μπορούμε να πούμε ότι η πείρα μπορεί να είναι βαθιά και εκτεταμένη, αλλά δεν μπορεί ποτέ να καλύπτει όλες τις περιοχές. Μπορεί να σκεφτεί κανείς ότι οι γέροντες έχουν ευκολία να αποφασίζουν όταν οι αποφάσεις μοιάζουν με εκείνες που έπαιρναν πρώτα. Αυτό βέβαια με κάποια αμφιβολία, διότι η συνήθεια των αποφάσεων εξασθενεί, επειδή ο γέροντας δεν ασκείται στη λήψη αποφάσεων μετά τη σύνταξη. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

2.2 Ψυχολογική – Ψυχοπαθολογική εικόνα του γήρατος

Τα γήρας χαρακτηρίζεται από μια γενικευμένη ψυχοκινητική επιβράδυνση. Ωστόσο, επιβράδυνση δεν σημαίνει και ελάττωση των

διανοητικών ικανοτήτων. Αντίθετα, υπάρχει ελάττωση της απόδοσης στα test ταχύτητας, αντίληψης, προσοχής, συγκέντρωσης, πρόσφατης μνήμης, προσανατολισμού και απόκτησης νέων γνώσεων. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

Εξάλλου, η χρονολογική ηλικία δεν συμπίπτει παρά αδρά με την ψυχολογική. Έτσι, μπορεί κάποιος να παραμένει ψυχικά νέος, ενώ σωματικά είναι γέρος, και το αντίθετο. Σημάδια όμως ψυχικού γήρατος πριν από τα 60 είναι πρώιμα και φαίνεται να έχουν σχέση με την κληρονομικότητα, την ύπαρξη ή όχι σωματικών αναπηριών και τις ψυχικές καταπονήσεις που δέχθηκε ένα άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Παρόλα αυτά, άτομα που φτάνουν σε μεγάλη ηλικία έχουν, κατά κανόνα, χαρακτήρα ενεργητικό και δραστήριο, μολονότι στο ιστορικό τους μπορεί να αναφέρονται σοβαροί ψυχολογικοί τραυματισμοί.

Βρέθηκε ότι οι διανοητικά εργαζόμενοι μπορούν να ασκήσουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα για μακρότερο χρόνο από ότι οι χειρώνακτες και να παραμένουν παραγωγικοί σε ηλικίες κατά τις οποίες οι δεύτεροι βρίσκονται ήδη αποκλεισμένοι από την ενεργό ζωή.

Και βέβαια, είναι γνωστό ότι τα μεγάλα καλλιτεχνικά, φιλοσοφικά ή επιστημονικά δημιουργήματα δεν εξαρτώνται από την ηλικία. Άλλωστε, η άνοια τύπου Alzheimer φαίνεται ότι προσβάλλει σε μικρότερο ποσοστό τους διανοούμενους και τους καλλιεργημένους.

Σε όλες τις περιπτώσεις, παράγοντες συναισθηματικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί και αντιδραστικοί αλληλοδιαπλέκονται σε ένα αδιάρρηκτο σύνολο. Έτσι, η οργανικού τύπου μείωση του ζωτικού δυναμικού προκαλεί παλινδρομήσεις, παραιτήσεις και αποσύρσεις καθαρά ψυχολογικού χαρακτήρα. Πράγματι, το γηραιό άτομο, με όλη τη βιολογικού τύπου φθορά του σωματικού και πνευματικού του εξοπλισμού, έχει να αντιμετωπίσει και ένα μοναδικό πλέγμα τραυματισμών υπαρξιακού και κοινωνικού χαρακτήρα, που συνεπάγεται

για αυτό το οδυνηρό βίωμα της απώλειας, πραγματικής ή συμβολικής, και της ανάγκης παραίτησης.

Στους υπαρξιακούς τραυματισμούς συμπεριλαμβάνονται η επίγνωση, που για μακρό χρόνο διατηρεί ο γηράσκων, της ελάττωσης π.χ. των σωματικών και πνευματικών του δυνάμεων, της αλλοίωσης της εικόνας του σώματος του ως ερωτικού αντικείμενου, της απώλειας της υγείας, με εμφάνιση νόσων φθοράς, η συνταξιοδότηση με απώλεια ή ελάττωση κύρους και οικονομικών πόρων, η φτώχεια και η εξάρτηση από τους γύρω, η απομόνωση, ο θάνατος αγαπημένων προσώπων. Όπως λέει ο Roth, είναι ευτύχημα ότι το βίωμα του γήρατος μας εγκαθίσταται αργά και προοδευτικά, ώστε να έχουμε περιθώρια προσαρμογής σε αυτούς τους αναπόφευκτους τραυματισμούς. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

Η φύση και το πλήθος των τραυματισμών που δέχεται το άτομο της τρίτης ηλικίας καλλιεργούν ένα ιδιαίτερο πρόσφορο έδαφος ανάπτυξης, τόσο χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όσο και νευρώσεων και ψυχώσεων.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η μοναδικότητα της ιστορίας του κάθε ατόμου και η δυναμικότητα της προσωπικότητας του (ο Ajuriaguerra λέει ότι γερνάει κάποιος όπως έζησε) προσδιορίζουν οπωσδήποτε σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογική του αντίδραση ή το βαθμό προσαρμοστικότητας του στις διάφορες καταπονήσεις. Είναι φανερό ότι, ανάλογα με την προσωπική ιστορία και το δυναμισμό του, ένα άτομο της ηλικίας αυτής θα εξισορροπήσει σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό μια παρκινσονική κατάσταση, μια εστιακή βλάβη του εγκεφάλου ή άλλη σωματική αναπηρία. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

Επίσης, τα κυριότερα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι:

- Η απομόνωση, που προέρχεται κυρίως από τη μεγάλη λύπη που αισθάνεται το άτομο από διάφορα πλήγματα που έχει υποστεί στη ζωή του, όπως θάνατοι αγαπημένων προσώπων.
- Ο μαρασμός, που είναι συνέπεια της απομάκρυνσης του ανθρώπου από τον εργασιακό χώρο, λόγω της συνταξιοδότησης, εγκατάλειψης από συγγενικά πρόσωπα κ.τ.λ.
- Η πλήρης κατάπτωση, που προέρχεται από την σημαντική μείωση της όρασης και της ακοής και της γενικής αδιαφορίας του περιβάλλοντος για τον ηλικιωμένο.
- Οι διεκδικητικές τάσεις προς την οικογένεια και προς την κοινωνία, που συνοδεύονται από έντονες συγκινησιακές μεταβολές και ενστικτώδης διαστροφές. Αυτές οι τάσεις οφείλονται κυρίως στην αγανάκτηση των ηλικιωμένων απέναντι στο περιβάλλον τους, που τους αναγκάζει να ζουν σε απομόνωση και σε αδράνεια.

(Μ. Μαλικιώση – Λοΐζου , 1999)

2.3 Εφαρμογή της αρχής της συντελεστικής μάθησης στους ηλικιωμένους

Αν και οι αμοιβές που συνήθως συνιστούν έναν ενισχυτή για τους περισσότερους ανθρώπους είναι είτε ο έπαινος είτε τα χρήματα φαίνεται ότι τούτο δεν ισχύει, τουλάχιστον όχι απόλυτα, όσον αφορά την συμπεριφορά των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας. Κάθε άτομο έχει τη δική του ιεράρχηση αμοιβών από αντιδράσεις που ενισχύουν τη θετική συμπεριφορά του. Με άλλα λόγια, τα γεγονότα που δίνουν κίνητρα στον καθένα μπορούν να τοποθετηθούν σε μια σειρά, αρχίζοντας από τα γεγονότα που κατεξοχήν κινητοποιούν ένα άτομο και προχωρώντας προς τα γεγονότα που παίζουν ελάχιστο ρόλο στο να κατευθύνουν τη συμπεριφορά μας στο μέλλον. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Για παράδειγμα, ένας ένοικος οίκου ευγηρίας αρνείται να σηκωθεί και να περπατήσει, μέχρις ότου το προσωπικό του οίκου ασχοληθεί μαζί του για να τον προτρέψει ότι είναι καλό για αυτόν να σηκώνεται για λίγες ώρες κάθε μέρα και να κινείται. Για τον συγκεκριμένο ηλικιωμένο, η προσέλευση αυτής της προσοχής φαίνεται ότι βρίσκεται ψηλά στην ιεραρχία των αναγκών του.

Σε μια άλλη περίπτωση, ο ηλικιωμένος είναι ένας συνταξιούχος μαθηματικός. Ο άνθρωπος αυτός, παρά το γεγονός ότι έχει συνταξιοδοτηθεί εδώ και πολλά χρόνια, ποτέ δεν έπαψε να εργάζεται και μάλιστα να απασχολεί τις περισσότερες ώρες της ημέρας του εργαζόμενος πάνω στα μαθηματικά. Για αυτόν, η προσέλευση της προσοχής του προσωπικού του ιδρύματος δεν παίζει κανένα ρόλο, δηλαδή βρίσκεται πολύ χαμηλά στην ιεραρχία των αναγκών του.

Επομένως, η βασική αρχή της θεωρίας των ενισχύσεων είναι ότι ένα γεγονός μπορεί να θεωρηθεί ως ενισχυτής με βάση ένα αντικειμενικό κριτήριο, εάν δηλαδή αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης μιας συμπεριφοράς. Διαφορετικά προγράμματα ενίσχυσης έχουν διαφορετική απήχηση πάνω στη συμπεριφορά του ηλικιωμένου. Έτσι, έχει κρίσιμο αντίκτυπο εάν:

- Η συμπεριφορά των ηλικιωμένων ενισχύεται κάθε φορά που εμφανίζεται
- Εάν ενισχύεται κατά διαστήματα που μπορούν να προβλεφθούν, ή
- εάν ενισχύεται σποραδικά, δηλαδή κατά διαστήματα που δεν μπορούν να προβλεφθούν.

Τα κάθε ένα από αυτά τα προγράμματα ενίσχυσης της συμπεριφοράς παράγει διαφορετικά σχήματα στη συμπεριφορά των ηλικιωμένων.

Η συμπεριφορά των δύο ηλικιωμένων συνιστά ένα αρκετά κοινό πρότυπο συμπεριφοράς στην καθημερινή ζωή. Επιπλέον, μέσα από αυτές και παρόμοιες συμπεριφορές γίνεται σαφές ένα από τα σημαντικά ευρήματα

της επιστήμης της γεροντολογίας: **ότι η προσωπικότητα του ηλικιωμένου παραμένει σταθερή, τουλάχιστον όσον αφορά τα βασικά χαρακτηριστικά της, από τη νεότητα μέχρι το γήρας.** Για τον πρώτο ηλικιωμένο, η “εξάρτηση” είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του, όπως είναι και η “τάση να εργάζεται σκληρά” για τον δεύτερο. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

2.4 Αμυντικοί μηχανισμοί

Οι αμυντικοί μηχανισμοί του εγώ δημιουργούνται γιατί το εγώ δρα ως διαιτητής ανάμεσα στις απαιτήσεις, απαγορεύσεις ή προσδοκίες του κοινωνικού περιβάλλοντος (της κοινωνικής πραγματικότητας) από τη μια μεριά και από την άλλη της αντιπαράθεσης των ενστικτωδών ζωικών ενορμήσεων ή απωθημένων επιθυμιών του ατόμου. Οι αμυντικοί μηχανισμοί είναι του εγώ είναι άμεσα δεμένοι με την πορεία της ψυχολογικής ωριμότητας, άλλοι λειτουργούν συνειδητά και άλλοι τελείως ασυνείδητα. (Johnson – Ιωαννίδου, x.x)

Μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων σημειώνονται διάφοροι τύποι ψυχολογικής αντίδρασης στο άγχος, μερικοί από τους οποίους βοηθούν στην καλύτερη προσαρμογή του ατόμου στη νέα πραγματικότητα, ενώ άλλοι δείχνουν δυσπροσαρμοστία. Ανάμεσα στους τελευταίους καταλογίζονται η άρνηση, ο θυμός, η απόσυρση και η εξάρτηση.

Η **άρνηση** σημαίνει ότι ο ηλικιωμένος αρνείται τη σοβαρότητα της κατάστασής του, ή ακόμα αρνείται και την ύπαρξη του ίδιου του προβλήματος. Ο θυμός σημαίνει ότι ο ηλικιωμένος θυμώνει με κάποιον ή με κάτι που δεν είναι η πραγματική αιτία που του προξενεί το άγχος, αλλά αυτός μεταθέτει την ευθύνη από την πραγματική αιτία σε κάποια υποκατάστατη αιτία. Ο **θυμός** μπορεί να εκφραστεί και ως επιθετικότητα εναντίον κάποιου, ο οποίος δεν έχει σχέση με την καταπιεστική

κατάσταση που βιώνει ο ηλικιωμένος, αλλά είναι απλώς ένα βολικό θύμα. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Η **απόσυρση** σημαίνει ότι ο ηλικιωμένος βλέπει μια κατάσταση ως δυνητικά απειλητική, και αισθάνεται ότι η κοντινότητα με τους άλλους είναι επικίνδυνη και αγχογόνα. Για τούτο, επιλέγει να αυτό- απομονωθεί και να αποφύγει την τραυματική για αυτόν διαπροσωπική συναλλαγή.

Ο τελευταίος αναφερόμενος τύπος αμυντικού μηχανισμού είναι η **εξάρτηση**. Προκειμένου να αντιμετωπίσουν το άγχος και τις εσωτερικές τους συγκρούσεις, πολλοί ηλικιωμένοι αναπτύσσουν υπερβολικές ανάγκες εξάρτησης από άλλους ανθρώπους. Πολλές φορές το περιβάλλον του ηλικιωμένου ανταποκρίνεται στην ανάγκη του για εξάρτηση, και συμπεριφέρεται στον εξαρτημένο ως εάν να βρίσκεται σε πλήρη αδυναμία και να έχει ανάγκη συνεχούς βοήθειας και φροντίδας. Με τον τρόπο αυτόν, ενισχύεται η εξαρτημένη συμπεριφορά και ο ηλικιωμένος καταφεύγει σε αυτήν για να μειώσει το εσωτερικό του άγχος.

Η εκτεταμένη χρήση αμυντικών μηχανισμών βλάπτουν το άτομο και του δημιουργούν περαιτέρω δυσκολίες. Η μόνιμη υιοθέτηση κάποιου αμυντικού μηχανισμού, όχι μόνο δεν λύνει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος, αλλά μπορεί να οδηγήσει και σε σοβαρότερες διαταραχές. Έτσι, η έκφραση υπερβολικού θυμού οδηγεί στην παράνοια, ενώ η συστηματική απόσυρση μπορεί να οδηγήσει σε γεροντική άνοια και παλινδρόμηση της προσωπικότητας.

(Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

2.5 θεωρία Σταδίων

α) Η **θεωρία του Erikson**: ο Erikson (1950, 1968) τονίζει ότι, κανένας άνθρωπος και σε κανένα στάδιο δε βιώνει μόνο θετικές ή μόνο αρνητικές εμπειρίες. Αυτό σημαίνει ότι όλοι αναπτύσσουν και θετικές και αρνητικές

συμπεριφορές . αυτές που κυριαρχούν είναι αυτές που χαρακτηρίζουν την προσαρμογή στο συγκεκριμένο στάδιο. (Κωσταρίδη – Ευκλείδη, 1999)

Τα οχτώ στάδια της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης κατά τον Erickson είναι τα παρακάτω:

1. Εμπιστοσύνη – Δυσπιστία. Το στάδιο αυτό αφορά το αίσθημα ασφάλειας του βρέφους, το οποίο διαμορφώνεται από την ποιότητα της γονεϊκής φροντίδας προς αυτό.
2. Αυτονομία – Αμφιβολία. Το στάδιο αυτό αντιστοιχεί στη φάση της ζωής του παιδιού κατά την οποία διαμορφώνεται η αίσθηση του εγώ. Αναπτύσσονται οι σωματικές και νοητικές του ικανότητες, έτσι όλο και περισσότερο ζητά την αυτονομία και αυτό-καθοδήγηση της συμπεριφοράς του.
3. Πρωτοβουλία – Ενοχή. Τα παιδιά τα οποία οργανώνουν μόνα τους τις ενέργειες τους. Γονείς που δεν ανταποκρίνονται στις πρωτοβουλίες των παιδιών, ευνοούν την ανάπτυξη ενοχών.
4. Φιλέργεια – Κατωτερότητα. Τα παιδιά που ενθαρρύνονται να φτιάχνουν και να κάνουν πράγματα αναπτύσσουν δεξιότητες και υπερηφάνεια. Όταν οι άλλοι δεν προσφέρουν ευκαιρίες και υποστήριξη, αυτά μπορεί να αναπτύξουν αισθήματα κατωτερότητας.
5. Ταυτότητα – Σύγχυση ρόλων. Κατά την εφηβεία, το άτομο πρέπει να μάθει να ενσωματώνει τις προηγούμενες εμπειρίες του σε ένα ενιαίο όλο. Η εικόνα αυτή στρέφεται προς το μέλλον και προσδιορίζει την ενήλικη ταυτότητα του ατόμου.
6. Στενές σχέσεις – Απομόνωση. Οι νέοι ενήλικες αντιμετωπίζουν την πρόκληση να αναπτύξουν στενές προσωπικές σχέσεις, να μοιράζονται στόχους και να νοιάζονται για τους άλλους.
7. Προσφορά – Αυτό- απορρόφηση. Τα άτομα της μέσης ηλικίας συνειδητοποιούν όλο και περισσότερο ότι επέρχεται το γήρας και ο

θάνατος. Για την αντιμετώπιση αυτής της πρόκλησης αρχίζουν να σκέπτονται τι θα αφήσουν πίσω τους για τις επόμενες γενιές. Αυτοί που αποτυγχάνουν σε αυτή την πρόκληση, παραμένουν στραμμένοι μόνο στον εαυτό τους και τις ανάγκες τους.

8. Ολοκλήρωση – Απελπισία. Τα ηλικιωμένα άτομα, καθώς αποσύρονται προοδευτικά από τις δραστηριότητες της ενήλικης ζωής, στρέφονται προς το παρελθόν και αποτιμούν την πορεία της ζωής τους. Με τον τρόπο αυτό προετοιμάζονται για την αποδοχή του θανάτου. Αυτοί που δεν καταλήγουν σε ικανοποιητική αποτίμηση της ζωής τους ή απελπίζονται από την προοπτική του θανάτου, είναι δυστυχημένοι και φοβούνται τον θάνατο. (Παρασκευόπουλος, 1985)

β) **Η θεωρία του Peck:** Σύμφωνα με τον Peck (1968) η μεγάλη ηλικία χαρακτηρίζεται από τρεις βασικές κρίσεις οι οποίες πρέπει να λυθούν ώστε να επιτευχθούν τρεις ψυχολογικές προσαρμογές.

1. Η πρώτη κρίση ονομάστηκε “ *Διαφοροποίηση του εγώ από την ενασχόληση με την εργασία*”. Η κρίση αυτή λύνεται όταν το άτομο καταφέρνει να αποδεσμευτεί από την επαγγελματική του ταυτότητα. Στη διάρκεια της ενήλικης ζωής είναι φυσικό η ζωή του ανθρώπου και ο κοινωνικός του ρόλος να περιστρέφεται γύρω από το μέσον με το οποίο επιβιώνει, δηλαδή την εργασία του. Οι αξίες που διαμορφώνει, η αυτοεκτίμηση και το αυτοσυναίσθημα έχουν όλα σχέση με τις επιτυχίες που προέρχονται από την ενασχόληση με την εργασία. Η προσαρμογή στην Τρίτη ηλικία η οποία ταυτίζεται με τα χρόνια που περνά το άτομο ως συνταξιούχος θα είναι επιτυχής εάν το άτομο είναι σε θέση να απαντήσει στο ερώτημα: “Είμαι ένα αξιόλογο άτομο όχι μόνο εξαιτίας της εργασίας μου, αλλά επειδή επιτελώ και μια σειρά από κοινωνικούς ρόλους, και επίσης επειδή έχω αξία σαν άτομο;”

Κατά τον Peck η αίσθηση της αξίας του εαυτού που προέρχεται από δραστηριότητες πέραν της επαγγελματικής καριέρας είναι σημαντικό στοιχείο που εδραιώνει ένα συνεχές και ζωτικό ενδιαφέρον του ατόμου για τη ζωή. Το άτομο που αποδίδει στον εαυτό του μια σειρά από αξιόλογες ιδιότητες, και που μπορεί να ασχολείται επαγγελματικά με μια ποικιλία ενδιαφερόντων, έχει αποκτήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις ώστε να γεράσει χωρίς η προσωπικότητά του να καταστραφεί. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

“ Υπέρβαση από την ενασχόληση με το σώμα ”

Η δεύτερη ψυχολογική κρίση που πρέπει να επιλυθεί από τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι κατά τον Peck, συνυφασμένη με την σχέση που έχει διαμορφώσει κάθε άτομο με το σώμα του. Όπως είναι φυσικό τα περισσότερα άτομα συνδέουν την καλή ψυχολογική τους κατάσταση με την καλή κατάσταση της υγείας τους. Με την είσοδο στην Τρίτη ηλικία αρχίζουν να σημειώνονται προοδευτικά τα πρώτα σημάδια της κάμψης. Ο οργανισμός παρουσιάζει αδυναμία αντίστασης στις διάφορες ασθένειες. Πολλά άτομα διατρέχουν τον κίνδυνο να βιώσουν τις βιοσωματικές αλλαγές σαν το χειρότερο κίνδυνο που τους απειλεί. (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Ο Peck υποθέτει ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας που είναι σε θέση να βιώνουν κοινωνικές ικανοποιήσεις, να έχουν αυτοσεβασμό, να χαίρονται τις ικανοποιητικές ανθρώπινες σχέσεις, και να εμπλέκονται σε δημιουργικές πνευματικές δραστηριότητες, ξεπερνούν τον εαυτό τους και την κατάσταση της φυσικής τους υγείας.

“ Η υπέρβαση του εγώ έναντι της ενασχόλησης με το εγώ ”

Η Τρίτη ψυχολογική κρίση που πρέπει να επιλυθεί από τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι κατά τον Peck, η υπέρβαση του ίδιου του εγώ. Πολλά άτομα που διανύουν την Τρίτη ηλικία σκέπτονται και συμπεριφέρονται ως εάν είναι οι ίδιοι το κέντρο του κόσμου. Τους

απασχολεί το άσχημο και μη ελκυστικό σώμα τους, η μοναξιά τους, η κοινωνική τους απομόνωση, τα συναισθήματα μειονεξίας τους, και τόσα άλλα, ώστε να αυτό- απορροφώνται μέσα στο εγώ τους. Τα άτομα αυτά δεν είναι σε θέση να αποδεχθούν το γεγονός του θανάτου για τον εαυτό τους.

Αντίθετα, τα άτομα της τρίτης ηλικίας που θεωρούνται εξελιγμένα, έχουν καταφέρει να ανυψωθούν πάνω στο εγώ τους. Όπως σημειώνει ο Peck, η νοοτροπία του ηλικιωμένου που έχει επιλύσει την ψυχοκοινωνική του κρίση και έχει υπερβεί το εγώ του ορίζεται ως εξής:

“Να ζεις τόσο γενναιόδωρα και μη εγωιστικά ώστε η προοπτική του θανάτου, που θα σημάνει τη νύχτα του εγώ, να την αισθάνεται ότι είναι μικρότερης σημασίας από τη γνώση ότι το κάθε άτομο συμβάλλει κατά τις δυνάμεις του στο χτίσιμο ενός ευρύτερου και μακρύτερου μέλλοντος, που κανένα εγώ δεν μπορεί να χωρέσει. Μέσα από την δημιουργία απογόνων, μέσα από την συνεισφορά του ατόμου στον πολιτισμό, μέσα από τις φιλίες που ο καθένας δημιούργησε αυτοί είναι οι τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι πετυχαίνουν να δώσουν σημαντικότητα και διάρκεια στις πράξεις τους, και επεκτείνονται πέρα από τα όρια της ατομικής τους ζωής. Αυτοί είναι μόνον γνωστοί τρόποι διαιώνισης του εαυτού πέρα από το θάνατο” (Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, 2000)

Η επίλυση της κρίσης αυτής απαιτεί μια βαθυστόχαστη και ενεργητική προσπάθεια που δίνει περισσότερο νόημα στη ζωή του ηλικιωμένου. Η αποδοχή του γεγονότος του θανάτου είναι από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της μεγάλης ηλικίας.

Με λίγα λόγια ο Peck επεξέτεινε τη θεωρία του Erikson ως εξής:

- Να διαφοροποιείς τις δραστηριότητες σου και τα κριτήρια αυτοαξίας ώστε να καλύπτουν διάφορες πλευρές του εγώ και τα προσωπικά ενδιαφέροντα. Αυτή η ικανότητα είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για να μπορέσει

το άτομο να προσαρμοστεί μετά τη σύνταξη οπότε παύει να υπάρχει η ενασχόληση μόνο με τον επαγγελματικό ρόλο.

- Να προσπαθείς να ξεπεράσεις και να προσαρμόζεσαι στις σωματικές δυσκολίες αντί να ασχολείσαι συνέχεια με αυτές.
- Να μπορείς να ξεπερνάς το εγώ αντί να ασχολείσαι συνεχώς με αυτό, και να συνεισφέρεις μέσω των παιδιών ή και των φίλων. (Κωσταρίδη - Ευκλείδη, 1999)

γ) Η θεωρία του Butler: Ο Butler (1963) με τη σειρά του επικεντρώθηκε στην αυτό – ολοκλήρωση και αυτό – αποδοχή του ατόμου κατά το γήρας. Τόνισε τη σημασία της διαδικασίας της « ανασκόπησης της ζωής », που είναι μια φυσιολογική και καθολική δραστηριότητα για όλους τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι αναπολούν και επαναφέρουν στη συνείδηση παλιές εμπειρίες και συγκρούσεις και προσπαθούν να τις λύσουν υπό την προοπτική του χρόνου. Με τον τρόπο αυτό αναθεωρούν συμβάντα της ζωής τους και τα εντάσσουν σε μια ενιαία προοπτική, πετυχαίνοντας την αυτό – ολοκλήρωση και ψυχική ηρεμία. (Κωσταρίδη - Ευκλείδη, 1999)

2.6 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Πολλοί ερευνητές κατά διαστήματα, προσπάθησαν να ερμηνεύσουν το πρόβλημα του γήρατος και του θανάτου και να διευκρινίσουν τις εξελικτικές διεργασίες και τους προκλητικούς παράγοντες αυτού. Έτσι, κατά καιρούς, αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες περί γήρατος, οι περισσότερες όμως από τις οποίες στηρίζονται σε φιλοσοφικές σκέψεις και μόνο λίγες είναι αποτέλεσμα επιστημονικής έρευνας. Οι περισσότερες

από αυτές τις θεωρίες δεν αντέχουν στην κριτική της σύγχρονης επιστήμης γι' αυτό και θα αναφερθούν επιγραμματικά:

- **Η θεωρία του Βάισμαν**

Ο Βάισμαν πίστευε ότι όταν πρωτοεμφανίστηκαν τα διάφορα έμβια όντα στον πλανήτη, δεν υπήρχε θάνατος και συνεπώς ούτε γήρανση. Ο θάνατος έγινε αργότερα μια φυσική αναγκαιότητα, αποτέλεσμα μιας φυσικής σκοπιμότητας ή ένα φαινόμενο προσαρμογής και διαίωνασης της ισορροπίας των όντων. Ο Βάισμαν χαρακτηρίζει τους μονοκύτταρους οργανισμούς αθάνατους, τους δε πολυκύτταρους θνητούς. Στους μονοκύτταρους οργανισμούς, όλες οι λειτουργίες εκτελούνται από το ίδιο κύτταρο, πολλαπλασιάζονται δε με διαίρεση του μοναδικού κυττάρου σε δύο, των δύο επόμενων σε τέσσερα κ.ο.κ. Αντίθετα, οι πολυκύτταροι οργανισμοί, πεθαίνουν επειδή η διαδικασία της ζωής τους και του πολλαπλασιασμού τους δεν είναι τόσο απλή. Επιτελείται από πολλά εκατομμύρια κύτταρα, τα οποία δεν είναι δυνατόν να εξελίσσονται σε απόλυτο μεταξύ τους συντονισμό. Στην υποθετική αυτή περίπτωση θα ήταν δυνατόν να αποφευχθεί ο θάνατος. (Slater, 2003)

- **Η θεωρία της ζωϊκής εξαντλήσεως**

Ο ιδρυτής της θεωρίας αυτής πιστεύει ότι στη νεαρή ηλικία καταναλώνεται περισσότερη ενέργεια από ότι στην περίοδο συμπληρώσεως της αναπτύξεως του οργανισμού.

- **Η θεωρία του νευροενδοκρινικού συστήματος**

Σύμφωνα με αυτήν, το αίτιο του γήρατος αποδίδεται σε προοδευτική μείωση της λειτουργίας και ατροφία των ενδοκρινών αδένων, με αποτέλεσμα την δραστική μείωση των παραγόμενων ορμονών και την πρόκληση μεγάλων διαταραχών στους ομοιοστατικούς μηχανισμούς του οργανισμού. Από απόψεως προληπτικής κατά του γήρατος θεραπείας πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη ο νευροορμονικός παράγων και να εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλα θεραπευτικά μέσα, για την αποτροπή της επελεύσεως του γήρατος.

- **Η θεωρία της φθοράς**

Στη θεωρία αυτή υποστηρίζεται η ασύγχρονη γήρανση των οργάνων εκείνων του οργανισμού, που υπόκεινται σε επανειλημμένες μικρές ή σοβαρότερες προσβολές από ενδογενείς ή εξωγενείς παράγοντες. Η αποκατάσταση της βλάβης δεν είναι πάντα ποιοτικά ικανοποιητική με αποτέλεσμα την απώλεια μέρους της λειτουργικής ικανότητας του οργανισμού. Τυπικό παράδειγμα της ποιοτικά υπολειπόμενης αποκαταστάσεως της ιστικής βλάβης είναι το πνευμονικό εμφύσημα, σαν αποτέλεσμα της χρόνιας βλαπτικής επιδράσεως του καπνού. Με τον καπνό καταστρέφονται διάφορα δομικά συστατικά του πνευμονικού παρεγχύματος και παρά το γεγονός ότι – ποσοτικά τουλάχιστον – οι ιστοί αποκαθίστανται έτσι που τελικά η κατά βάρος αναλογία τους δεν υπολείπεται μετά τη βλάβη, παρ' όλα αυτά η λειτουργική ακεραιότητα του οργάνου ουδέποτε αποκαθίσταται. Η έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας του οργάνου και η μεταβολή της ιστικής σύνθεσης συμπεριλαμβάνονται στην έννοια του γήρατος. (Slater, 2003)

- **Η θεωρία των ελευθέρων ριζών**

Η θεωρία αυτή δέχεται τη συσσώρευση οξειδωτικών ριζών σαν αποτέλεσμα πολύπλοκων ενζυματικών δράσεων, που συνεπάγονται μια

χρόνια τοξίνωση του οργανισμού. Οι οξειδωτικές ρίζες προκαλούν καταστροφή του κολλαγόνου και άλλων στοιχείων του συνδετικού ιστού, ο οποίος αργότερα επαναδομείται μεν, αλλά οργανώνεται σε εσφαλμένη θέση. Προκαλείται έτσι ίνωση των μικρών τριχοειδών με αποτέλεσμα διάχυτες τροφικές διαταραχές και επίσπευση της γηράνσεως.

- **Η θεωρία της μεταβολής των πρωτεϊνών**

Η θεωρία αυτή στηρίζεται στα ευρήματα μερικών ερευνητών τα οποία έδειξαν ότι τα ηλικιωμένα κύτταρα παράγουν τροποποιημένους μεταβολίτες από ότι τα νεαρά κύτταρα, με αποτέλεσμα μεταβολή της πρωτεϊνοσύνθεσης των πυρηνικών οξέων. Τα τροποποιημένα πυρηνικά οξέα ακολούθως, επάγουν τη σύνθεση αλλοιωμένων πρωτεϊνών τις οποίες ο οργανισμός αναγνωρίζει σαν ξένα σώματα και τις αντιπαρατάσσει σαν ξένα σώματα. Πρόκειται δηλαδή, περί μιας θεμελιώδους μεταβολής του βιοχημικού προφίλ του οργανισμού, που θυμίζει αυτοανοσολογικής προελεύσεως νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η ψωρίαση κ.α.

Συμπερασματικά, είναι φανερό ότι η παθογένεια του γήρατος είναι ακόμα άγνωστη. Φαίνεται πάντως, ότι υπάρχουν πολλοί αλληλοσυμπληρούμενοι μηχανισμοί που επιβάλλουν την έλευση του γήρατος υπό άλλοτε άλλο ρυθμό. (Slater, 2003)

2.7 Ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές στην τρίτη ηλικία

Εισαγωγή:

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 στο σπίτι. Αλλά 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 τις συνεχείς κοινωνικές επαφές με τους άλλους. Στις περιπτώσεις αυτές, μία υποστηρικτική κοινότητα, που προσφέρει ένα μεγάλο εύρος ευκαιριών, μπορεί να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο να ζήσει χαρούμενο και δημιουργικό. Εάν όμως τέτοιου είδους υπηρεσίες- καταφύγια είναι περιορισμένες και οι ηλικιωμένοι φοβούνται να βγουν έξω λόγω της μεγάλης εγκληματικότητας, το φυσικό επακόλουθο μπορεί να είναι η κατάθλιψη. Αυτό ισχύει περισσότερο για τους ανθρώπους των οποίων οι προηγούμενοι δεσμοί με την κοινότητα, είχαν λειτουργήσει καλά στο παρελθόν, διακόπτονται λόγω μιας ακούσιας συνταξιοδότησης ή του θανάτου του /της συζύγου.

Μια κοινότητα που δεν προνοεί για τα ηλικιωμένα μέλη της δεν πρέπει να εκπλήσσεται αν τα μέλη αυτά αντιδρούν αρνητικά, μερικές φορές εκδηλώνοντας κακή ψυχική και σωματική υγεία, κάτι που θα είχε αποφευχθεί εάν οι συνθήκες ήταν πιο ευνοϊκές. Τα ποσοστά των αυτοκτονιών στα άτομα άνω των 65 ετών είναι τρεις φορές περισσότερα από αυτό του γενικού πληθυσμού (Tucker, 1999).

2.8 Συνταξιοδότηση

Η μετάβαση από το να είσαι ένα πλήρως απασχολούμενο μέλος της κοινότητας στο να είσαι συνταξιούχος, είναι από τα πιο οδυνηρά περάσματα. Αλλά, η ζωή δεν αποτελείται μόνο από την πληρωμένη εργασία(ή τη φροντίδα των παιδιών) αλλά κι από ένα δίκτυο κοινωνικών σχέσεων, προσωπικών ενδιαφερόντων και συσχετισμών ανάμεσα στους οποίους μερικοί υπολανθάνοντες από την εποχή της νεότητας λόγω ελλείψεως χρόνου. (Καστενμπάουμ, 1985)

Για πολλούς ανθρώπους η δουλειά δεν υπήρξε το πιο σημαντικό ή ικανοποιητικό μέρος της ζωής τους. Μπορεί να ήταν ακόμα και μια αρνητική εμπειρία και να ασχολήθηκαν με άλλα πράγματα με μεγαλύτερο ενθουσιασμό. Το ίδιο, φυσικά, μπορεί να ισχύει και με τα παιδιά και την οικογενειακή ζωή. Αν η αντιμετώπιση των εφήβων ήταν εξαντλητική και ενέτεινε τις συζυγικές διαφωνίες μπορεί η αναχώρηση των παιδιών να φέρει ανακούφιση. Μετά τη σύνταξη, εκείνοι που ήταν αρκετά τυχεροί να αγαπούν τη δουλειά, που έζησαν έντονα όλη τη ζωή τους, μπορεί να έχουν την ευκαιρία να ασχοληθούν μερικά ή εθελοντικά με κάτι. (Καστενμπάουμ, 1985)

Εκείνοι που δεν αγαπούσαν τη δουλειά τους με την οποία κέρδιζαν το ψωμί τους, θα νιώσουν ανακούφιση εγκαταλείποντας την. Και στις δύο περιπτώσεις θα υπάρχει περισσότερος χρόνος, για να μάθει κανείς να απολαμβάνει άλλα, μη επαγγελματικά ενδιαφέροντα. (Καστενμπάουμ, 1985)

2.9 Κατάθλιψη

Σήμερα η κατάθλιψη, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου ή αναπηρίας και κοινωνικής

δυσλειτουργίας ενώ το 2020 πιστεύεται ότι θα έχει καταβάλει την δεύτερη θέση.

(Γηριατρική - Γεροντολογική Εταιρεία Ν\Δ Ελλάδος, 2008)

Υπολογίζεται ότι μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οχτώ άντρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωής τους. Τι σημαίνει αυτό; Σημαίνει ότι το 8- 10% του ελληνικού πληθυσμού πάσχουν από την νόσο. Το ποσοστό είναι ιδιαίτερα υψηλό και πρέπει να μας κινητοποιήσει.

Σχεδόν όλοι οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν έντονο το συναίσθημα θλίψης, αίσθημα απελπισίας και απογοήτευσης και εκνευρίζονται εύκολα. Συχνά συμπτώματα κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι:

- το συνεχές αίσθημα κόπωσης
- η μείωση του ενδιαφέροντος
- η αϋπνία και διάχυτοι πόνοι σε όλο το σώμα, ειδικά εάν αυτά τα συμπτώματα αποτελούν μια πρόσφατη αλλαγή στις παλιότερες συνήθειες αυτού του ατόμου. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα πιθανής κατάθλιψης σε αυτήν την ηλικία είναι να χάσει ο ηλικιωμένος το ενδιαφέρον του να ασχολείται με τα εγγόνια του. Τουλάχιστον 15% των ηλικιωμένων εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, δηλαδή έχουμε γύρω στις 250000 ηλικιωμένους καταθλιπτικούς στην Ελλάδα. (Γηριατρική - Γεροντολογική Εταιρεία Ν\Δ Ελλάδος, 2008)

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης είναι δύο ειδών. Αυτοί που αφορούν το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει ο ηλικιωμένος και προκαλούν πιέσεις και άγχος και αυτοί που σχετίζονται με τον ίδιο τον ηλικιωμένο και πιο συγκεκριμένα την κατασκευή του και τις βιολογικές του λειτουργίες.

Όσον αφορά τα βιολογικά αίτια της κατάθλιψης, έρευνες έδειξαν ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ελλείμματα σε νευροδιαβιβαστές, ουσίες δηλαδή που υπάρχουν στον εγκέφαλο και επιτρέπουν στα κύτταρα του εγκεφάλου να επικοινωνούν μεταξύ τους. Ο

θάνατος του συντρόφου ή των φίλων, κάτι συχνό για αυτή την ηλικία ή μεγάλα οικονομικά προβλήματα που προέρχονται ίσως και από τη συνταξιοδότηση, μπορεί να αποτελέσουν ερεθίσματα για την εμφάνιση της κατάθλιψης. (Γηριατρική - Γεροντολογική Εταιρεία Ν\Δ Ελλάδος, 2008)

Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων χρειάζονται τη βοήθεια ειδικού για να ισορροπήσουν και να βρουν το χαμένο τους εαυτό μετά την απώλεια που βίωσαν λόγω συνταξιοδότησης, οπότε έχουμε απώλεια του κοινωνικού ρόλου και ανάγκη να βρεθεί ένα νόημα ζωής ή λόγω πένθους και απώλειας του συντρόφου, οπότε έχουμε απώλεια του συζυγικού ρόλου και του κοινωνικού γοήτρου που συνδέετε με αυτόν το ρόλο. (Παγοροπούλου, 2000)

Αντίθετα, οι δραστήριοι, οι χαρούμενοι και οι δημοφιλείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη από όσους είναι μοναχικοί και απομονωμένοι. Η κατάθλιψη επίσης σχετίζεται με μειωμένη αντίσταση στην ψυχική και σωματική ασθένεια. Ο βαθμός στον οποίο οι ηλικιωμένοι άνθρωποι νιώθουν ότι έχουν ακόμη την ευθύνη και τον έλεγχο της ζωής τους ασκεί ισχυρή επίδραση σε κάθε παράμετρο της υγείας τους. (Tucker, 1999)

2.10 Μοναξιά

Τα ηλικιωμένα ζευγάρια είναι πολύ αφοσιωμένα στη φροντίδα του ενός από τον άλλο. Οι ηλικιωμένοι άντρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να τους περιθάλψουν οι γυναίκες τους, λόγω του μεγαλύτερου χρόνου επιβίωσης των γυναικών και της τάσης που έχουν να παντρεύονται με νεότερές τους. Στην ηλικία των 65 ετών και άνω, το 52% των γυναικών είναι χήρες, ενώ το 77% των ανδρών είναι παντρεμένοι. Με την πάροδο της ηλικίας η σχέση χήρων γυναικών/

ανδρών συνεχώς αυξάνεται, με αποτέλεσμα να αντιστοιχούν τέσσερις γυναίκες χήρες προς έναν άνδρα χήρο. Οι ηλικιωμένοι σύζυγοι που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ασθενών συντρόφων τους καταβάλλουν υπέρμετρες προσπάθειες, ενώ οι ικανότητες τους έχουν ελαττωθεί λόγω της ηλικίας τους και των συνεπειών που συνεπάγεται η γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού. Έτσι, αίσθημα απομόνωσης και μοναξιάς καθώς και αίσθημα απόλυτης υπευθυνότητας. Η μεγάλη αγωνία και ο φόβος θανάτου του συντρόφου τους δεν είναι σπάνιες εκδηλώσεις. Οι σύζυγοι αυτοί χρειάζονται ιδιαίτερη αντιμετώπιση από ειδικές υπηρεσίες παροχής βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

2.11 Πένθος

Το πένθος συνήθως ορίζεται, τόσο ως η προσπάθεια αποδοχής μιας απώλειας όσο και η γενικότερη διαδικασία προσαρμογής σε αυτή την απώλεια. Η διαδικασία του πένθους ακολουθεί συγκεκριμένα στάδια ή κύκλους συμπτωμάτων. (Δρίτσας, x.x)

Η αίσθηση του σοκ αποτελεί μια από τις πιο συνηθισμένες πρώτες αντιδράσεις. Ιδιαίτερα σε αιφνίδιες και απρόσμενες καταστάσεις απώλειας ο αμυντικός μηχανισμός της άρνησης αποτελεί το πρώτο καταφύγιο.

Ο θυμός επίσης αποτελεί ένα άλλο σύμπτωμα που συχνά εκφράζεται εναντίον του ίδιου του νεκρού που ποτέ δεν σκεπτόταν τους δικούς του ή κατά του θεού ή των ιατρών που θα μπορούσαν να είχαν εμποδίσει την απώλεια. Ενώ συναισθήματα ενόχων, μοναξιάς και λύπης ακολουθούν στη συνέχεια, ενισχύοντας συναισθήματα εγκατάλειψης και ανασφάλειας

και την ανάγκη διαπραγμάτευσης της απώλειας και αναπλήρωσης του κενού.

Ειδικότερα, η παρουσία και συνεργασία ορισμένων παραγόντων μπορούν να περιπλέξουν το πένθος, οι σπουδαιότεροι από τους οποίους είναι η προσωπικότητα του πενθούντα και οι μηχανισμοί που έχει χρησιμοποιήσει στο παρελθόν για την αντιμετώπιση παρόμοιων κρίσεων, η ιδιαίτερη σημασία και αξία που αποδίδεται στην συγκεκριμένη απώλεια, και, τέλος, σε συνθήκες αιφνίδιας απώλειας η ανεπάρκεια του χρόνου για κατάλληλη προετοιμασία και αποδοχή του γεγονότος. (Δρίτσας, x.x)

Ο θάνατος του/της συζύγου είναι συνήθως ένα πολύ αγχογόνο γεγονός κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Οι άντρες συνήθως δείχνουν να επηρεάζονται περισσότερο από ότι οι γυναίκες, πιθανώς γιατί έχουν λιγότερους φίλους έξω από το σπίτι. Το ποσοστό των θανάτων, όμως, μεταξύ των ηλικιωμένων που έχουν μείνει χήροι είναι δέκα φορές μεγαλύτερο από ότι στα άτομα της ίδιας ηλικίας που ζουν ακόμη με τους/τις συζύγους τους.

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι, που περιβάλλονται ολοένα και περισσότερο από τους θανάτους των συνομηλίκων τους, αισθάνονται μοναξιά και κατάθλιψη, αν και μπορεί να νιώθουν κάποια ικανοποίηση και συγχρόνως ενοχή που οι ίδιοι ζουν ακόμη, ενώ οι άλλοι όχι. (Tucker, 1999)

Επίσης, η απώλεια λόγω θανάτου, δηλαδή το πένθος, έχει βρεθεί ότι επηρεάζει περισσότερο τους νέους ενήλικες από τους γεροντότερους. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι, λίγο έως πολύ, θεωρούν φυσικό γεγονός την απώλεια του συντρόφου τους, κάτι που δεν συμβαίνει κατά κανόνα με τους νέους ενήλικες. (Παγοροπούλου, 2000)

2.12 Φόβος Θανάτου

Τα άτομα που δείχνουν να έχουν το μεγαλύτερο άγχος για το θάνατο είναι συχνά εκείνα που αναρωτιούνται τι θα συμβεί μετά το θάνατο. Ο Kalish (1985) αναφέρει ότι ο φόβος του θανάτου είναι ελάχιστος στα άτομα με βαθύ, αλλά και στα άτομα με ελάχιστο θρησκευτικό συναίσθημα. Η Elizabeth Kubler- Ross (1969), η οποία εργάστηκε για πολλά χρόνια με ετοιμοθάνατους ασθενείς, περιέγραψε τις ακόλουθες αντιδράσεις τους στη γνώση του επικείμενου θανάτου:

1. Άρνηση: «Όχι σε εμένα!»
2. Θυμός: «Γιατί σε εμένα;»
3. Διαπραγματεύση: Το άτομο προσπαθεί να κάνει κάποια συμφωνία με τη μοίρα του: «Εάν μου έδινες ακόμη έναν χρόνο ζωής..»
4. Κατάθλιψη: Αυτή συμβαίνει όταν τα συμπτώματα είναι πολύ εμφανή για να τα αγνοήσει κανείς. Επίσης, μπορεί να είναι έντονη η αίσθηση της απώλειας.
5. Αποδοχή: Εάν υποχωρήσει η κατάθλιψη, είναι δυνατό να αντικατασταθεί από μια αίσθηση παραίτησης – απόσυρσης, καθώς το άτομο πλέον βλέπει μπροστά του την αναχώρησή του.

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι αυτά τα στάδια με την παραπάνω σειρά. Οι πιο ηλικιωμένοι όμως, που είναι πιο ευχαριστημένοι από τη ζωή τους και έχουν ήδη βιώσει τους θανάτους των συνομηλίκων τους, είναι συνήθως περισσότερο προετοιμασμένοι για το δικό τους θάνατο, όταν αυτός έλθει. 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.

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

Στην ψυχολογία το άγχος και ο φόβος περιγράφονται συχνά σαν δυο διαφορετικές έννοιες. Άγχος θεωρείται το έντονα γενικευμένο και διάχυτο συναίσθημα που δεν προκαλείται από κάποια συγκεκριμένη αιτία, αλλά από μια γενικότερη απροσδιόριστη κατάσταση, ενώ ο φόβος θεωρείται το συναίσθημα εκείνο που είναι άμεσα συνδεδεμένο με κάποια συγκεκριμένη απειλή ή κίνδυνο. (Slater,2003)

Σήμερα η κοινωνία δεν φαίνεται να προετοιμάζει καθόλου τα μέλη της για το θάνατο. Ίσως το πιο σημαντικό στοιχείο είναι η βαθιά χαραγμένη επιθυμία για αθανασία, που εκδηλώνεται μέσα από τις πολλές τελετουργίες και δοξασίες που έχουν σαν σκοπό τη διατήρηση του ανθρώπινου σώματος. Από την άλλη μεριά, η σύγχρονη, ειδικά η αμερικάνικη, άρνηση του θανάτου με την αραιοποίηση του σώματος φανερώνει το ίδιο καθαρά την καταπίεση του φόβου του θανάτου με το καμουφλάρισμά του. Αυτό όμως που απασχολεί τους ηλικιωμένους ανθρώπους είναι περισσότερο η διεργασία του θανάτου παρά ο καθαυτός ο θάνατος. Βασικός άξονας της φιλοσοφίας είναι η πίστη στην αξιοπρέπεια και την αξία όλων των ανθρώπων. Η πεποίθηση αυτή βρίσκει εφαρμογή στην περίθαλψη των ατόμων που πλησιάζουν το θάνατο, καθώς και των οικείων τους. (Slater,2003)

2.13 Ψυχολογικό Στρες

Ένας παράγοντας που φαίνεται να επιβαρύνει την υγεία των ατόμων, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων, είναι το ψυχολογικό στρες. Το ψυχολογικό στρες ή η ψυχολογική πίεση περιλαμβάνει τις αρνητικές γνωστικές και συναισθηματικές καταστάσεις που ανακύπτουν όταν το άτομο αισθάνεται ότι οι απαιτήσεις που τίθενται σε αυτό υπερβαίνουν την ικανότητα του να τις αντιμετωπίσει. Η ψυχολογική πίεση εμφανίζεται όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ένα γεγονός ως απειλητικό και αισθάνεται ως πιεσμένο,

ανήμπορο, και αβοήθητο. Η ψυχολογική πίεση και ένταση αυξάνει όταν η κατάσταση περιλαμβάνει απώλεια πράγματος που έχει ιδιαίτερη αξία για το άτομο, όπως η εργασία, η υγεία του ίδιου του ατόμου. Η ανεργία, η ασθένεια, και ο θάνατος οικείων προσώπων είναι παραδείγματα καταστάσεων που δημιουργούν μεγάλη ψυχολογική πίεση στο άτομο.

Όταν το άτομο εκτιμήσει μια κατάσταση ως στρεσογόνο, τότε αρχίζει μια αλυσιδωτή αντίδραση που έχει επιπτώσεις στα συναισθήματα, στις σκέψεις, στη συμπεριφορά, και στη φυσιολογία του. Για παράδειγμα, εκδηλώνεται θυμός, δυσφορία, θλίψη, άγχος. Η ψυχολογική πίεση μπορεί να παρεμποδίσει τη γνωστική λειτουργία και επίδοση με διάσπαση της προσοχής, με έλλειψη συγκέντρωσης, με δυσκολία μνήμης και κρίσης. Σε διαπροσωπικό επίπεδο οδηγεί σε προβλήματα, διότι το άτομο απορροφάται από τα προβλήματά του, γίνεται ανασφαλές, οξύθυμο. (Κωσταρίδη - Ευκλείδη, 1999)

3. ΓΗΡΑΝΣΗ

3.1 Διαδικασία του Γήρατος

Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου. Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλλει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια καθορισμού χρονολογικής ηλικίας έναρξης των μεταβολών λόγω γήρανσης.

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της γενικής συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για την καταγραφή

των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν το διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πάροδο της ηλικίας. Σήμερα έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται γηριατρικός.

Αναγνωρίζοντας ότι οι διάφορες ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις που χαρακτηρίζουν την Τρίτη ηλικία αποτελούν μια ατέρμονη διαδικασία, ο όρος γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ως απόλυτα επιτυχής. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999)

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης είναι οι εξής:

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

Οι περισσότεροι επιστήμονες, που ασχολούνται με τη φυσιολογία και τη βιολογία της γήρανσης, συμφωνούν ότι, κατά πάσα πιθανότητα, δεν υφίσταται μια και μόνο θεωρία, που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης.

Οι μέχρι σήμερα θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη διαδικασία της γήρανσης διακρίνονται σε γενετικές και σε μη γενετικές. Στις γενετικές θεωρίες συγκαταλέγονται οι θεωρίες των λαθών, η θεωρία των περιττών μηνυμάτων, η θεωρία της αντιγραφής και η θεωρία του γενετικού προγράμματος. Στις μη γενετικές θεωρίες της γήρανσης

συγκαταλέγονται η ανοσοβιολογική θεωρία, η θεωρία συνδετικού ιστού και η θεωρία των ελεύθερων ριζών. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999)

3.2 Κοινωνικές επιπτώσεις του Γήρατος

Η μεγάλη ηλικία είναι δυστυχώς συχνά μια περίοδος απωλειών. Οι πιθανές απώλειες που συνοδεύουν τη μεγάλη ηλικία ποικίλλουν, είναι συχνά αλληλένδετες και συνοψίζονται ως εξής:

- Û Της υγείας λόγω αυξανόμενης παθολογίας.
- Û Της οικονομικής κατάστασης λόγω απώλειας της εργασίας.
- Û Της συντροφικότητας ύστερα από τον θάνατο του συντρόφου.
- Û Της ανεξαρτησίας λόγω εμφανιζομένων ανικανοτήτων.
- Û Της ομοιόστασης δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος και των νεφρών.
- Û Της κοινωνικής κατάστασης που συνοδεύεται από τη συνταξιοδότηση και την απώλεια της ανεξαρτησίας.

Οι παραπάνω αλλαγές και απώλειες μπορεί να εκθέσουν το ηλικιωμένο άτομο στις ακόλουθες καταστάσεις:

- Û Δυστυχία, μελαγχολία, κατάθλιψη, αυτοκτονία.
- Û Αυξημένη συχνότητα νοσησεων.
- Û Φτώχεια.
- Û Εξάρτηση και κακομεταχείριση.
- Û Υποσιτισμός και κακή διατροφή.
- Û Υποθερμία.

(Χανιώτης, 1998)

3.3 Οι διακρίσεις του γήρατος

Λαμβάνοντας υπόψη ορισμένους παράγοντες που διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις διάφορες ηλικιακές περιόδους της ζωής μπορούμε να διακρίνουμε την γηριατρική ηλικία σε τρεις περιόδους:

- Από 46 έως 65, που ονομάζεται κρίσιμη ηλικία ή πρώτο γήρας. Εδώ προέχει το κατεξοχήν βιολογικό πρόβλημα, δηλαδή οι βιολογικές εκείνες μεταβολές του οργανισμού που χαρακτηρίζουν την περίοδο αυτή της ζωής μας που ονομάζεται γήρας.
- Από 65 έως 75, που αποτελεί μια ενδιάμεση περίοδο μεταξύ κρίσιμης ηλικίας και πραγματικού γήρατος. Εδώ το πρόβλημα είναι καθαρά κλινικό και προσανατολίζεται προς τη διάγνωση της βλάβης ή της δυσλειτουργίας που εμφανίζεται στο κάθε ηλικιωμένο άτομο η οποία θα πρέπει να είναι κατά το δυνατόν έγκαιρη.
- Πάνω από 75, που αποτελεί το πραγματικό γήρας. Στην περίοδο αυτή υπάρχει ένα ευρύ ιατρό-κοινωνικό πρόβλημα που είναι αποτέλεσμα καταστάσεων αναπηρίας ή ανάγκης περίθαλψης, έμμεσης ή άμεσης.

Οποιοδήποτε όμως και αν είναι το όριο, δεν παύει να σημειοδοτεί την ηλικία κατά μία μόνο διάσταση, δηλαδή την χρονολογική. Ως εκ τούτου πέραν της χρονολογικής έννοιας για τον ορισμό της ηλικίας, θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας και την βιολογική-ψυχολογική-κοινωνική και ιατρική έννοια. (Αμηρά, 2001)

1. *Βιολογική ηλικία*, η οποία καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις του σώματος όπως είναι η δύναμη, η φυσική κατάσταση, η ταχύτητα, η οξύτητα των αισθήσεων, η κατάσταση

του δέρματος, το χρώμα και η ποιότητα των μαλλιών και διάφορα άλλα.

2. *Ψυχολογική ηλικία*, η οποία καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις των νοητικών λειτουργιών (μνήμη, δημιουργικότητα, ευελιξία) και από στάσεις που ο ηλικιωμένος έχει υιοθετήσει απέναντι στα θέματα της τρέχουσας πραγματικότητας.
Νοημοσύνη και προσωπικότητα είναι δύο βασικά στοιχεία βάσει των οποίων μπορούμε να καταγράψουμε την κάμψη που σημειώνεται με την έλευση της ηλικίας.
3. *Κοινωνική ηλικία*, η οποία υπονοεί τις κοινωνικές προσδοκίες που καλλιεργούνται για τα διάφορα άτομα, ανάλογα με το επίπεδο ωριμότητας και την χρονολογική τους ηλικία.
4. *Ιατρική ηλικία*, σύμφωνα με την οποία εκτιμάται η λειτουργική ικανότητα του ατόμου, δηλαδή η ικανότητα του ατόμου να εμπλέκεται σε σκόπιμη δραστηριότητα. (Πέτρος, 2002)

3.4 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων και η Ελληνική οικογένεια

Στην Ελλάδα ο θεσμός της οικογένειας παραμένει ακόμη πολύ ισχυρός, συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ευρώπης και γενικά της δύσης. Αν και τα τελευταία χρόνια η κοινωνία μας διέρχεται μια μεγάλη κρίση αξιών, η οποία ταλανίζει όλες τις πτυχές της, κατά βάθος, το ελληνικό φιλότιμο εξακολουθεί να υφίσταται. Η κρίση αξιών που διαποτίζει σχεδόν όλες τις πτυχές της ελληνικής κοινωνίας, είναι εισαγόμενο φαινόμενο, επειδή σαν λαός, τα τελευταία χρόνια, έχουμε ξεφύγει από τις παραδοσιακές μας αξίες και μιμούμαστε, δυστυχώς αυτές τις αξίες, της δήθεν «πολιτισμένης Δύσης», για να μη φανούμε οπισθοδρομικοί. (DR. Άλεξ & Β. Κοσμοπούλου, 1980)

Οι ηλικιωμένοι, είναι οι απόμαχοι της ζωής, είναι οι συνταξιούχοι, οι οποίοι, αφού εργάστηκαν και προσέφεραν, όσο μπόρεσε ο καθένας, στη

συνέχεια επιθυμούν να ζήσουν μαζί ή κοντά με τα παιδιά τους, τα εγγόνια τους, τα αδέρφια τους ή όποιους άλλους συγγενείς έχουν. Οι ηλικιωμένοι, με τη σειρά τους προσφέρουν οικονομικώς με τη σύνταξή τους, στα έξοδα της οικογένειας. Επίσης, όταν τους το επιτρέπει η υγεία τους βοηθούν, όσο μπορούν, στις διάφορες δουλειές του σπιτιού. Όμως όταν κάποιος από τους ηλικιωμένους ασθενήσει σοβαρά, τότε χρειάζεται συχνά, περιποίηση, φροντίδα, βοήθεια, σχεδόν σε καθημερινή βάση και σίγουρα χρειάζεται άνθρωπο δίπλα του, επειδή τα προβλήματα της υγείας του είναι αρκετά. Εάν η κατάσταση της ασθένειας είναι ήπιας μορφής, τότε ο ηλικιωμένος μπορεί να εξυπηρετείται και μόνος του, χωρίς να δυσχεραίνει την οικογένεια. (DR. Αλεξ & Β. Κοσμοπούλου, 1980)

Στην οικογένεια κάποιος σίγουρα θα είναι ο αρχηγός, ο υπεύθυνος, αυτός που θα έχει το γενικό πρόσταγμα, το συντονισμό και θα παίρνει τις κρίσιμες αποφάσεις. Η οικογένεια είναι το κύτταρο της κοινωνίας. Κι εδώ λοιπόν στη μικρή αυτή κοινωνία, συναντάμε διάφορους χαρακτήρες ανθρώπων. Θα υπάρχει ο εργατικός, που αποτελεί το συνεχές θύμα, ο αδιάφορος, ο τεμπέλης, ο άσωτος, ο γκρινιάρης, ο μόνιμος υπηρέτης όλων των μελών της οικογένειας κ.α.

Από την ελληνική πραγματικότητα έχει παρατηρηθεί ότι αρκετοί ηλικιωμένοι προτιμούν να μένουν μόνοι τους, σε διπλανό σπίτι ή σε διπλανό διαμέρισμα, ιδίως στις πόλεις, αλλά κοντά στα παιδιά τους και τα εγγόνια τους. Αυτό είναι πολύ καλό και για τις δυο πλευρές, επειδή κανένας δεν θα ανακατεύεται. Συγχρόνως συναντιούνται πολύ τακτικά και αισθάνεται η μια πλευρά την παρουσία της άλλης. Σε άλλες περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι ζουν στο ίδιο σπίτι με τα παιδιά τους, αλλά έχουν κι αυτοί ένα δικό τους δωμάτιο, ώστε να μη γίνονται ενοχλητικοί στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Έτσι αποσύρονται στο δωμάτιο τους, όταν θέλουν να ησυχάσουν, ενώ συγχρόνως εάν παραστεί κάποια ανάγκη,

έχουν τα παιδιά τους που θα φροντίσουν αμέσως γι' αυτούς, προσφέροντας τους οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστεί.

Συμβαίνει συχνά τα ηλικιωμένα ζευγάρια να αισθάνονται μεταξύ τους μεγάλη αγάπη και στοργή, καθώς επίσης ασφάλεια και σιγουριά, μετά από πάρα πολλά χρόνια γάμου. Εάν τυχαίνει και έχουν παιδιά τα οποία φρόντιζαν και ανάθρεψαν σωστά, σε όλη τους τη ζωή, τότε σίγουρα θα εισπράξουν και την ανάλογη αγάπη από τα παιδιά τους, όταν φτάσουν στα γεράματα. Τότε κι αυτοί θα αισθάνονται ευτυχισμένοι, επειδή τα παιδιά τους πήραν σωστή ανατροφή, δεν πήγαν οι κόποι των γονιών τους χαμένοι κι επιπλέον θα έχουν τη μόνιμη φροντίδα των παιδιών τους.

Όμως υπάρχει και η αντίθετη περίπτωση, γονείς δυστυχώς, που για διάφορους λόγους παράτησαν, στην κυριολεξία, τα παιδιά τους, αδιαφορώντας γι' αυτά ή μη δίνοντας τα την κατάλληλη αγωγή, φροντίδα και ιδίως την πολύτιμη αγάπη, τότε ας μην περιμένουν κι αυτοί με τη σειρά τους, την πρέπουσα φροντίδα από τα παιδιά τους.

Υπάρχει και η περίπτωση που τα παιδιά πετάνε στο δρόμο, τους ανήμπορους και ηλικιωμένους γονείς τους ή τους παρατούν στα γηροκομεία και σε άλλα ιδρύματα, επειδή ενδιαφέρονται συνήθως μόνο για την περιουσία των γονιών τους. Αλλά περνώντας τα χρόνια θα γίνουν και οι ίδιοι κι ύστερα με τη σειρά θα γίνουν ηλικιωμένοι και θα πληρωθούν κι αυτοί με το ίδιο σκληρό νόμισμα, μένοντας μόνοι ή απροστάτευτοι, χωρίς συντροφιά κι αγάπη. Τότε θα καταλάβουν το ολέθριο σφάλμα που διέπραξαν στα νιάτα τους, αλλά δυστυχώς θα είναι πολύ αργά. Η ίδια η ζωή, που είναι το μεγαλύτερο πανεπιστήμιο, μας έχει διδάξει και μας έχει δώσει άπειρα παραδείγματα. (DR. Άλεξ & Β. Κοσμοπούλου, 1980)

Η Τρίτη ηλικία, ως γνωστόν, είναι μια δύσκολη υπόθεση στην οικογένεια. Συμβαίνει πολλές φορές να διαταράζεται η φυσιολογική ζωή της οικογένειας από διάφορους παράγοντες που έχουν να κάνουν με την

κατάσταση των ηλικιωμένων και να προκύπτουν σοβαρά προβλήματα. Αυτά επηρεάζουν πρώτα τους ίδιους τους ηλικιωμένους κι ύστερα, κατά συνέπεια, όλη την οικογένεια. Τέτοια μπορεί να είναι διάφορα προβλήματα υγείας (σωματικά, ψυχικά, πνευματικά, οικονομικά κ.α.)

Η οικογένεια οφείλει, από την πλευρά της, να καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για την αντιμετώπιση, στο μέτρο φυσικά του δυνατού, των όποιων προβλημάτων προκύψουν, ώστε αυτά να εξαλειφθούν ή έστω να περιοριστούν στο ελάχιστο, για να επανέλθει η ζωή του σπιτιού στο φυσιολογικό της ρυθμό. Όποιο μέλος της οικογένειας ασχολείται με τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, ανεξαρτήτως αριθμού ή φύλου, πρέπει να έχει πολύ υπομονή, αλλά να μπορεί να εκπαιδεύει κι άλλα μέλη της οικογένειας στην παροχή φροντίδας, προς τους ηλικιωμένους.

(DR. Αλεξ & Β. Κοσμοπούλου, 1980)

3.5 Στο Ρόλο του Παππού και της Γιαγιάς

Οι πρόσφατες έρευνες έδειξαν, ότι οι ηλικιωμένοι είναι γενικά λιγότερο αποκομμένοι από τις οικογένειες τους. Οι απογραφές δείχνουν, ότι ένα μικρό μόνο ποσοστό σπιτικών περιλαμβάνει κάποιον ηλικιωμένο συγγενή. Οι κοινωνικές, όμως, έρευνες έδειξαν, ότι οι ηλικιωμένοι κατοικούν κοντά στις οικογένειες των παιδιών τους και τις επισκέπτονται τακτικά. Μερικοί άνθρωποι τονίζουν την παρουσία μιας γιαγιάς μέσα στο σπίτι και επισημαίνουν όχι μόνο τα πλεονεκτήματα στη φροντίδα των παιδιών αλλά και τις ιδιαίτερα φιλικές σχέσεις, που μπορούν να αναπτυχθούν ανάμεσα στα μέλη των εναλλασσόμενων γενεών. Άλλοι πιστεύουν, ότι σε ένα σύγχρονο, ανεξάρτητο σπιτικό οι παππούδες δεν έχουν θέση ψυχολογικά ή πρακτικά: ένα σπίτι με δύο ή τρεις κρεβατοκάμαρες δεν έχει περισσευούμενο χώρο. Αλλά ένας από τους λόγους που σπάνια προτάθηκε, είναι ότι η γιαγιά, στην πραγματικότητα

θέλει να μένει μόνη της, στο δικό της σπίτι, για όσο γίνεται περισσότερα χρόνια. (Κανστενμπάουμ, 1982)

Τώρα ξέρουμε ότι υπάρχει μεγαλύτερη επαφή ανάμεσα στις γενεές απ' όσο πίστευαν οι κοινωνιολόγοι. Τα παιδιά των ηλικιωμένων έχουν την τάση να κατοικούν κοντά στο γονιό ή τους γονείς, τους επισκέπτονται, συχνά, και τους προσφέρουν αρκετή υποστήριξη. Αυτό φαίνεται ότι το προτιμούν και οι δυο πλευρές, εφόσον η υγεία των γονιών είναι καλή. Ακόμα και στις Η.Π.Α όπου τόσοι άνθρωποι μετακομίζουν πολύ μακριά, όταν παίρνουν προαγωγή ή αλλάζουν δουλειά, το 80% των ηλικιωμένων μένει σε απόσταση μιας ώρας από ένα τουλάχιστον απ' τα παιδιά τους. Στη μεγάλη Βρετανία και στη Δανία το ποσοστό είναι σχεδόν 90%. Η πιθανότητα να ζει κανείς στην περιοχή είναι μεγαλύτερη στις κυρίως εργατικές κοινότητες και στις αγροτικές, παρά ανάμεσα στα άτομα που προέρχονται από υπαλληλικό ή επαγγελματικό περιβάλλον, τα οποία, συνήθως, έχουν μεγαλύτερη άνεση κινήσεων και περισσότερα χρήματα, ώστε να ταξιδέψουν.

Αυτοί που δεν έχουν:

Τα μηχανήματα που εξοικονομούν χρόνο και προσπάθεια δίνουν τη δυνατότητα στους περισσότερους ηλικιωμένους να τα βγάλουν πέρα μόνοι τους για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και το τηλέφωνό τους κρατάει σε επαφή με τη νεότερη γενιά.

(Κανστενμπάουμ, 1982)

Αλλά το ένα τρίτο των ηλικιωμένων στις ΗΠΑ, έχουν χαρακτηριστεί σαν «αποστερημένοι και απογοητευμένοι» ζώντας κάτω από τη διαχωριστική γραμμή της φτώχειας, χωρίς τηλέφωνο ή άλλες πολυτέλειες. Τα παιδιά διαφέρουν στην προθυμία τους να διατηρήσουν επαφή όχι μόνο με τους γονείς με τους οποίους αντιμετώπισαν δυσκολίες, αλλά και με γονείς με τους οποίους είχαν καλές σχέσεις. Μερικοί ηλικιωμένοι δεν έχουν κανενός είδους επαφή με τις οικογένειες τους, ούτε με τα παιδιά

τους ούτε με τα αδέρφια τους. Και, φυσικά, υπάρχουν και άλλοι που δεν έχουν παιδιά ή άλλους συγγενείς. Αποτελούν μια ομάδα που χρειάζεται ιδιαίτερη βοήθεια και φροντίδα.

Κοντά, αλλά όχι πολύ κοντά:

Στους περισσότερους ηλικιωμένους, όμως, αρέσει να είναι κοντά, αλλά πολύ κοντά στα παιδιά και τα εγγόνια τους, ακόμα και τα δισέγγονά τους. Υπάρχει η ευκαιρία και η πρόκληση να διατηρούν διπλωματικές και αμοιβαία εποικοδομητικές σχέσεις με τους απογόνους. Το κλειδί, και πάλι, βρίσκεται σ' ένα ζωντανό, αλλά όχι πολύ στενό, μοίρασμα ενδιαφερόντων. Οι κοινωνιολόγοι και οι ψυχολόγοι βρίσκουν, ότι οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι προτιμούν έναν συνδυασμό απόστασης κι εμπλοκής, αυτό που ένας αυστριακός γεροντολόγος ονόμασε «ανακλητέα απομάκρυνση».

Ένας ευέλικτος ρόλος:

Πολλές πρόσφατες μελέτες έδειξαν, ότι ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει κανείς το γεγονός , ότι έχει εγγόνια, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες: την προσωπικότητα του, τις προηγούμενες σχέσεις με τα παιδιά του, τον τόπο κατοικίας, τις αξίες του και τις πηγές του.

Είναι ξεκάθαρο ότι για να μπορέσει κανείς να αντλήσει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ικανοποίηση , ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς, απαιτεί εξέλιξη

Οι εξ αγχιστείας συγγενείς: μια περίπτωση που χρειάζεται προσοχή:

Εκείνοι που έχουν επαφή με εξ αγχιστείας συγγενείς έχουν σχέσεις που, όπως είναι φυσικό, ποικίλουν απ' τις πολύ στενές – ο ένας συνέχεια μες στα πόδια του άλλου- μέχρι τις ψυχρές ή εριστικές. Πρέπει να καλλιεργήσουν τη διπλωματία, γιατί αντίθετα με τις σχέσεις των παππούδων, αυτή είναι μια κλασικά αδέξια σχέση. Οι ηλικιωμένοι γονείς τρέμουν μήπως ακούσουν από τον γαμπρό τους ή τη νύφη τους, να ρωτά: «Μα πάλι πρέπει να πάμε στη μητέρα σου;» Οι σχέσεις ίσως πρέπει να αναθεωρούνται ιδιαίτερα, όταν ο γονιός έχει χηρέψει. Επίσης, όλο και

περισσότεροι νέοι γονείς ζητούν από τις γιαγιάδες και τους παππούδες να παίξουν έναν αποφασιστικό ρόλο στην ήρεμη ανατροφή των παιδιών τους. Πολλές φορές, αυτός ο ρόλος έχει ως συνέπεια την ανάπτυξη μιας οικειότητας και μιας βαθιάς φιλίας ανάμεσα στις δυο “ακραίες” γενιές. Κατά τους ειδικούς ψυχολόγους, δεν είναι μόνο τα παιδιά που έχουν πολλά να κερδίσουν από την τρυφερότητα και την αγάπη που τους δείχνουν οι παππούδες και οι γιαγιάδες, αλλά κυρίως οι τελευταίοι είναι εκείνοι που αντλούν αισιοδοξία από τα μικρά παιδιά. Αυτή είναι ίσως μια από τις πιο γόνιμες και πιο ευτυχισμένες δραστηριότητες που ασκούν οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας κατά τον ελεύθερο χρόνο τους. Η νέα “τέχνη” του να είσαι παππούς ή γιαγιά έρχεται να συμπληρώσει και να διορθώσει την παλιά αντίληψη. Ο απελευθερωμένος χρόνος μετά τη σύνταξη χρόνια και την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής δημιούργησαν καινούργιες συγγενικές αντιλήψεις, πολύ πιο βαθιές απ’ αυτές της παλιά κοινωνίας.

Ο ενεργός ρόλος που καλείται σήμερα να παίξει η Τρίτη ηλικία μπορεί να αλλάξει ακόμη και την ίδια τη σχέση της με τον θάνατο. Οι ηλικιωμένοι δεν έχουν τώρα πια το συναίσθημα ότι βρίσκονται σε “αναμονή”, στον “προθάλαμο του θανάτου”, δεν περιορίζονται στην απλή επιβίωση, αλλά παλεύουν να επεκτείνουν όσο περισσότερο γίνεται τη χαρά της ζωής. Η επιθυμία του “ευ ζειν” δεν είναι πλέον το μονοπώλιο των νεότερων ηλικιών.

Αυτό το μεγάλης πλέον διάρκειας “τέλος της ζωής” σίγουρα μπορεί να το βιώσει η Τρίτη ηλικία με άπειρους, περισσότερους και πιο ενδιαφέροντες τρόπους από παλαιότερα. Σε ένα μήνυμα αισιοδοξίας, η μεγάλη πλειοψηφία των συνταξιούχων δήλωσε, σε μια δημοσκόπηση, ότι έχει περισσότερο από κάθε άλλη φορά πεισθεί για τη μέγιστη αξία των εφαρμογών του ελεύθερου χρόνου και για την ευκαιρία που τους δίνεται να τις απολαύσουν, στο τέλος, έστω, της ζωής τους.

(Κανστενμπάουμ ,1982)

3.6 Ο ηλικιωμένος στον παραδοσιακό χώρο και η κοινωνική αλλαγή

Οι ηλικιωμένοι στο επίπεδο της κοινότητας, του «κύκλου των δικών μας» και της οικογένειας αποτελούσαν σημαντικά πρόσωπα, που λειτουργούσαν μέσα από πλήθος ρόλων και καλούνταν να ανταποκριθούν σε πλήθος απαιτήσεων και αναγκών και να δώσουν λύσεις στα υπάρχοντα προβλήματα. Μέσα από αυτόν τον ρόλο τους παρέμεναν ενεργείς και δραστήριοι, πολύτιμοι για τη μεταφορά των εμπειριών τους, ακόμη και όταν λόγω βαθιών γηρατειών έπρεπε να παραδώσουν τη σκυτάλη στη νεότερη γενιά. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

Τα πέρασμα από τη φάση του ενήλικα στη φάση του ηλικιωμένου ήταν βαθμιαίο και συντελούνταν σ' ένα χώρο που παρείχε ασφάλεια, σεβασμό και ακόμη τη δυνατότητα προσαρμογής στο νέο τρόπο ζωής. Η κοινότητα παρείχε εναλλακτικές λύσεις στα ηλικιωμένα μέλη της, με τη δυνατότητα συμμετοχής στα κοινά, την ύπαρξη κοινών χώρων διασκέδασης. Η οικογένεια , με την ανοικτή επικοινωνία και την αδιάκοπη συναλλαγή των τριών γενεών, έδινε πλήθος ευκαιριών για την συμμετοχή των ηλικιωμένων στις λειτουργίες και δραστηριότητες της οικογένειας τόσο μέσα στο σπίτι, όσο και στον έξω χώρο, ακόμη και με την μορφή της περιορισμένης συμμετοχής στις οικονομικές δραστηριότητες της.

Ο «κύκλος των δικών μας» επιτελούσε, τέλος, και τη σημαντική λειτουργία ενός υποστηρικτικού συστήματος με έντονες συναισθηματικές σχέσεις, κοινές αξίες, παραδόσεις, με ατμόσφαιρα που χαρακτηριζόταν από εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και ανθρωπιά. Έτσι, το ηλικιωμένο άτομο τελείωνε τη ζωή του μέσα σε ένα περιβάλλον οικογενειακό και κοινωνικό, που του παρείχε τη δυνατότητα προσωπικής συμμετοχής, επιλογών, υποστήριξης και ασφάλειας, που το βοηθούσε να αντιμετωπίσει τις

εκάστοτε δυσκολίες, π.χ. τη φτώχεια, τη μετανάστευση των παιδιών, την αρρώστια, το θάνατο κ.λπ. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

Το πέρασμα της Ελληνικής κοινωνίας στη σύγχρονη κοινωνική της οργάνωση χαρακτηρίζεται από ασυντόνιστη και στρεβλή ανάπτυξη και από την ανεξέλεγκτη εισβολή ξένων αξιών και μοντέλων τρόπου ζωής. Η βιομηχανοποίηση, η αστικοποίηση, η τουριστική ανάπτυξη, η ταχεία εξάπλωση των μέσων μαζικής επικοινωνίας και καταναλωτισμός ως «νέος» τρόπος ζωής, οδήγησαν τον κοινωνικό χώρο σε υψηλού βαθμού πολυπλοκότητα.

Σε αυτόν το χώρο, όπου ο τρόπος παραγωγής είναι εξ ορισμού ανταγωνιστικός, ο ατομικός στόχος είναι η προσωπική επιτυχία. Το άτομο ασχολείται με τον εαυτό του με τρόπο που ελάχιστα του επιτρέπει να ενδιαφερθεί για τις ανάγκες του άλλου. Η διεργασία κοινωνικοποίησης είναι πλέον η διεργασία ενσωμάτωσης σ' έναν κόσμο μοναχικό. Οι ρόλοι, οι αξίες, οι τρόποι συμπεριφοράς δεν είναι ενιαίοι, γιατί δεν αντιπροσωπεύουν πλέον ένα κοινά αποδεκτό σύστημα αξιών και ένα ομαδικού προσανατολισμού τρόπο συμπεριφοράς. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

Η κοινωνική οργάνωση του «κύκλου των δικών μας» δεν επέτρεψε να διατηρηθεί η λειτουργικότητα του, γιατί κάθε παραδοσιακός τρόπος συμπεριφοράς στο νέο κοινωνικό χώρο είχα καταστεί δυσλειτουργικός. Στην απουσία του στενού κοινωνικού περιβάλλοντος, η αλληλεξάρτηση καθίσταται κενή, εάν όχι δυσλειτουργική έννοια: επιβιώνει μόνο ως τρόπος εξάρτησης από τους άλλους. Οι περισσότερες παραδοσιακές νόρμες, οι τρόποι συμπεριφοράς, έγιναν άχρηστες και βαθμιαία επικίνδυνες μέσα σε μια κοινωνία κατά βάση εκμεταλλευτική, ενώ οι βασικές αξίες έγιναν απαξίες.

Στον παραδοσιακό χώρο, οι άνθρωποι που χρειάζονταν βοήθεια την αναζητούσαν καταρχήν στην οικογένεια ή στις οικογένειες των παιδιών τους και κατόπιν στους συγγενείς, στους φίλους ή στους φίλους φίλων. Υπήρχε δηλαδή μια κίνηση από τα έσω προς τα έξω (την ευρύτερη κοινότητα). Σήμερα, η ανάγκη αναζήτησης βοήθειας οδηγεί, από την πυρηνική οικογένεια, στην ανάγκη να εμπεριέχει το κάθε άτομο τα προβλήματά του και ν' αναζητά βοήθεια από τον εαυτό του. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

Οι άνθρωποι βρέθηκαν να ζουν σε μεγάλες πόλεις, να συναλλάσσονται μέσα από σχέσεις τυπικές και απρόσωπες. Πέρασαν από έναν αριθμό συναλλαγών με οικείες σχέσεις και έντονη αλληλεξάρτηση, σε ένα μεγάλο αριθμό συναλλαγών, με σχέσεις τυπικές, χωρίς συγκινησιακή υποστήριξη και περιεχόμενο.

Η καινούργια πραγματικότητα απαιτεί την αξιοποίηση των αυτορρυθμιστικών και αυτοκοινωνικών του δυνατοτήτων ταυτόχρονα με την αξιοποίηση των κοινωνικών και πολιτισμικών καταβολών που έρχονται από τον παραδοσιακό χώρο, μέσα από προσωπικές επιλογές και συνθέσεις.

Ο ηλικιωμένος σήμερα:

Σ' έναν κόσμο που αλλάζει με ταχύτατο ρυθμό, οι ηλικιωμένοι βρίσκονται καθημερινά ν' αντιμετωπίζουν τη σύγκρουση του χθες με το σήμερα, την ανατροπή των αξιών και των κανόνων συμπεριφοράς που «υπηρέτησαν» στη ζωή τους και καλούνται να λειτουργήσουν σε συνθήκες που είναι περισσότερο συμπλοκές ακόμη και για τις πιο δραστήριες, λόγω ηλικίας, ομάδες πληθυσμού. Μέσα σε σχέσεις συγκρουσιακές και ανταγωνιστικές, αποξενωμένοι από τον «κύκλο των δικών μας» ή στην καλύτερη περίπτωση, ζώντας σε διαμέρισμα κοντινής πολυκατοικίας με αυτήν των παιδιών τους. Έχοντας ν' αντιμετωπίσουν την αρνητική στάση της κοινωνίας μέσα από την προκατάληψη, τον

ορισμό της ελευθερίας ως ξέκομμα από την πάνω γενιά, τη στέρηση κάθε ρόλου, κάθε δραστηριότητας, κάθε δυνατότητας για λειτουργία. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

Το πέρασμα από τη φάση της ζωής του ενήλικα σε αυτήν του ηλικιωμένου συντελείται απ' τη μια στιγμή στην άλλη, συνήθως οριζόμενο απ' τη συνταξιοδότηση, χωρίς καμία προετοιμασία, ενώ είναι γνωστό ότι αυτά τα κομβικά σημεία της αλλαγής της φάσης της ζωής, όπως και για κάθε άλλη ηλικία, ενέχουν μεγάλη αποσταθεροποίηση και πλήθος συναισθημάτων, αγωνίας, λύπης, άγχους, θυμού, τόσο στον ηλικιωμένο όσο και στην οικογένειά του. Απαιτείται επαναδιαπραγμάτευση των σχέσεων, καταρχήν ανάμεσα στο ζευγάρι, που για πρώτη φορά μετά τη γέννηση των παιδιών ξαναβρίσκεται, τώρα στην τελευταία φάση της ζωής, μπροστά στα προβλήματα της σχέσης του, της σχέσης με τα παιδιά ή με τις οικογένειες των παιδιών.

Η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής των ατόμων έχει φέρει τα ηλικιωμένα άτομα να περνούν ένα μεγάλο διάστημα της ζωής τους μόνα με το σύντροφό τους, γεγονός που θέτει διάφορα ζητήματα στη σχέση του ζεύγους των ηλικιωμένων προς επίλυση. Η μέχρι τώρα εμπειρία ήταν ότι το διάστημα απ' το γάμο του τελευταίου παιδιού μέχρι το θάνατο του ενός ηλικιωμένου γονιού παρεμβάλλονταν κατά μέσο όρο 1,5 χρόνια. Με τα σημερινά δεδομένα, το ηλικιωμένο ζευγάρι καλείται, χωρίς προηγούμενη εμπειρία, να ζήσει μια καινούργια φάση ζωής, που ο μέσος όρος ανέρχεται γύρω στα 15 χρόνια και στη οποία χρειάζεται να δώσει περιεχόμενο και νόημα. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

Η ουσία της ζωής είναι η αλλαγή, λέει η Β. Friedan, και είναι γεγονός ότι, χωρίς αλλαγές, ολόκληρος ο οργανισμός πεθαίνει. Χρειάζεται να παραμείνει κανείς ανοικτός σε νέους, διαφορετικούς τρόπους ζωής σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η ζωή πρέπει να έχει πάντα κάποιο στόχο και νόημα. «Αντί να κοιτάζεις πίσω στον τρόπο που μεγάλωσες, στους γονείς

και σε όσα πράγματα σε καταπίεσαν στη ζωή σου, κοίταξε πίσω στα σημαντικά γεγονότα και στις εμπειρίες που σε έκαναν να νιώσεις ότι κάτι προσέφερες στη ζωή σου, που σ' έκαναν και σε κάνουν να μεγαλώνεις».

Οι ηλικιωμένοι που δημιούργησαν έναν καινούργιο τρόπο ζωής, νέα ενδιαφέροντα, οικείες σχέσεις και υποστηρικτικό σύστημα πέραν των ορίων της οικογένειάς τους, βρέθηκαν να έχουν μεγαλύτερη ζωτικότητα και αυτοεκτίμηση και καλύτερη ψυχοκοινωνική υγεία, γεγονός που επηρέασε και τη σωματική τους υγεία. (Γ.Ν. Χριστοδούλου & Β.Π. Κονταξάκης, 2000)

3.7 Τρόποι συνταξιοδότησης

Σύμφωνα με την Ευκλείδη, στις περισσότερες χώρες με οργανωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ηλικία των 65 χρόνων είναι το όριο για τη συνταξιοδότηση. Ωστόσο μπορεί κάποιος να βγει στη σύνταξη είτε νωρίτερα είτε αργότερα ανάλογα με το επάγγελμα που ασκεί αλλά και μία σειρά άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για συνταξιοδότηση του ατόμου. Τέτοιοι παράγοντες είναι η υγεία, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (μόρφωση, επάγγελμα, εισόδημα), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός εξαρτώμενων προσώπων), τα χαρακτηριστικά της εργασίας (ελεύθερο επάγγελμα ή εξαρτημένη εργασία, πίεση για συνταξιοδότηση / κίνητρα). (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999)

Οι γυναίκες συνταξιοδοτούνται νωρίτερα από τους άντρες, διότι θέλουν να συμπέσει η συνταξιοδότησή τους με αυτή του συζύγου τους ή για να φροντίσουν τον άρρωστο σύζυγο ή τους γονείς τους. Η απόφαση των

γυναικών για συνταξιοδότηση προβλέπεται καλύτερα από τη σύνταξη του συζύγου παρά τη δική τους σύνταξη.

Η σύνταξη είναι μία συνεχώς αυξανόμενη περίοδος της ζωής του ατόμου, που προϋποθέτει προσαρμογή για αρκετό χρονικό διάστημα. Διακρίνονται οι ακόλουθες φάσεις: προσυνταξιοδοτική, σύνταξη (που ακολουθείται από μια ευχάριστη φάση ρουτίνας ή ξεκούρασης και χαλάρωσης), προσγείωση στην πραγματικότητα, αναπροσανατολισμός ρουτίνας και τερματισμός (είτε με επάνοδο στην εργασία είτε με ασθένεια είτε με θάνατο). (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999)

Σε άμεση σχέση με το θέμα που παρουσιάστηκε παραπάνω – της ηλικίας συνταξιοδότησης – είναι ο τρόπος που ο εργαζόμενος μπορεί να επωφεληθεί από το δικαίωμα για σύνταξη.

Ο τρόπος συνταξιοδότησης αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα προσαρμογής στη ζωή του συνταξιούχου και πάνω στο θέμα αυτό μπορούν να στηριχθούν αξιόλογες προτάσεις που να βοηθούν στην κατεύθυνση της καλύτερης προσαρμογής για το ηλικιωμένο άτομο.

Έτσι λοιπόν συνοπτικά έχουμε:

- Την υποχρεωτική συνταξιοδότηση. Εδώ ο εργαζόμενος εφόσον έχει συμπληρώσει κάποιο προκαθορισμένο όριο ηλικίας (συνταξιοδότηση λόγω γήρατος) ή κάποια επίσης προκαθορισμένα έτη εργασίας υποχρεούται να παύσει να εργάζεται και συνταξιοδοτείται.
- Την ελαστική συνταξιοδότηση. Το κύριο χαρακτηριστικό του τρόπου αυτού της συνταξιοδότησης είναι η επιθυμία του εργαζόμενου να συνταξιοδοτηθεί. Βέβαια βασική προϋπόθεση είναι να έχει συμπληρώσει ένα ελάχιστο χρόνο εργασίας (τα στοιχεία αυτά κάθε φορά ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του φορέα απασχόλησης του εργαζόμενου) και συνήθως να έχει κάποια

ελάχιστη ηλικία έπειτα από το πέρας της οποίας μπορεί να συνταξιοδοτηθεί.

Η τάση για πρόωρη συνταξιοδότηση ενισχύθηκε με τη θεσμοθέτηση κανόνων που έδιναν τη δυνατότητα ελαστικότητας (ευελιξίας) στη επιλογή του χρόνου αποχώρησης, για ομάδες εργαζομένων όπως οι εργαζόμενοι σε βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα, οι μακροχρόνια άνεργοι κάποιας ηλικίας, οι μερικώς πολύτεκνες μητέρες, οι μοναχικές άπορες γυναίκες κλπ. (Νικολακοπούλου – Στεφάνου Η., 1996).

3.8 Εργασία και συνταξιοδότηση

Η εργασία και η επαγγελματική ζωή στην εποχή μας παίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό της ταυτότητας του ατόμου και της ψυχολογικής του ευεξίας. Η δουλειά σημαίνει οικονομική ανεξαρτησία, οικονομική ασφάλεια και ζωή ανάλογη προς τις κοινωνικές προσδοκίες. Προσφέρει, επίσης, προσωπική ικανοποίηση, προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση, προσωπικές επιτεύξεις και προσφορά, καθώς και φιλίες. Το ερώτημα είναι αν οι ηλικιωμένοι μπορούν και θέλουν να συνεχίζουν την εργασίας τους τόσο πριν όσο και μετά την συνταξιοδότηση. Και βέβαια για να μπορούν να διατηρήσουν την εργασία τους θα πρέπει οι εργοδότες να αναγνωρίζουν τα οφέλη ή το κόστος που έχουν από τη διατήρηση ηλικιωμένων ατόμων στις επιχειρήσεις τους. Έτσι, το πρώτο θέμα που τίθεται είναι αν με την αύξηση της ηλικίας επηρεάζεται η απόδοση του εργαζομένου. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999)

Απόδοση στην εργασία: Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η απόδοση των ηλικιωμένων στην εργασία δεν μειώνεται με την ηλικία. Ωστόσο, θα πρέπει να διευκρινιστεί εδώ ότι υπάρχουν διάφορα μέτρα βάσει των

οποίων κρίνεται η απόδοση, και τα αποτελέσματα των ερευνών τείνουν να διαφοροποιούνται ανάλογα με το μέτρο που χρησιμοποιούμε. Στην περίπτωση που το μέτρο είναι οι εκθέσεις των προϊσταμένων, φαίνεται να υπάρχει μια μικρή πτώση της απόδοσης στη μεγάλη ηλικία. Όταν όμως το μέτρο είναι αντικειμενικό, όπως λόγω χάρη οι πωλήσεις, δεν υπάρχει διαφορά, ούτε γενικότερη συσχέτιση της ηλικίας με την επαγγελματική απόδοση. Από την άλλη, σε εργασίες στις οποίες απαιτείται σωματική ικανότητα, αντιληπτική ή ψυχοκινητική ταχύτητα η απόδοση αρχίζει να πέφτει ήδη από τη μέση ηλικία, αν και υπάρχουν ατομικές διαφορές. Σε διευθυντικές θέσεις, δε φαίνεται να υπάρχει πτώση της απόδοσης, αν και οι ηλικιωμένοι διευθυντές επιχειρήσεων τείνουν να παίρνουν αποφάσεις πιο αργά. Αν οι ηλικιωμένοι βρίσκονται σε εργασία που συνήθως κατέχεται από νεότερους, τότε τα ατυχήματα είναι περισσότερα από ότι στους νέους. Τέλος, αν το μέτρο σύγκρισης είναι οι αδικαιολόγητες απουσίες από τη δουλειά, οι ηλικιωμένοι τείνουν να απουσιάζουν λιγότερο συχνά από ότι οι νέοι. Και εδώ όμως παρεμβαίνουν προσωπικοί παράγοντες, που διαφοροποιούν τους εργαζόμενους. Είναι ενδεικτικό ότι οι γυναίκες εμφανίζουν πιο υψηλή συχνότητα απουσιών από τους άντρες, αλλά οι απουσίες αυτές δεν έχουν διάρκεια, δηλαδή οι γυναίκες δεν λείπουν πολλές ημέρες. Το αντίθετο συμβαίνει με τους άντρες. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999)

Ικανοποίηση από την εργασία: Ένας άλλος τρόπος να μελετήσει κανείς το θέμα της εργασίας στους ηλικιωμένους είναι μέσω των στάσεων προς αυτήν και της ικανοποίησης που αποκομίζουν από αυτήν. Οι ηλικιωμένοι τονίζουν συνήθως τις προσωπικές ικανοποιήσεις από τη δουλειά και λιγότερο την οικονομική πλευρά της αντίθετα προς τους νέους. Γενικά, η συνολική ικανοποίηση από την εργασία τείνει να αυξάνεται με την ηλικία, αλλά αυτό εξαρτάται από το είδος της εργασίας. Η προσφορά υπηρεσιών και η εργασία σε επιχειρήσεις συνδέονται με

μεγαλύτερη ικανοποίηση όσο περνάει ο χρόνος. Αντιθέτως, η εργασία σε εργοστάσιο, η υπαλληλική και η διδασκαλική εργασία δε δείχνουν αντίστοιχη θετική στάση. Επίσης, ενώ οι άνθρωποι δηλώνουν ικανοποιημένοι με τη δουλειά αυτή καθαυτή, δε δείχνουν την ίδια ικανοποίηση με τις αμοιβές τους. Αυτό υποδουλώνει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερο εσωτερικές αμοιβές από τη δουλειά τους και λιγότερο εξωτερικές.

Από την άλλη, οι άντρες και οι γυναίκες διαφέρουν στις αξίες που αποδίδουν στη δουλειά. Οι γυναίκες βλέπουν συχνά τη δουλειά τους λιγότερο σημαντική για τους άλλους από ότι η δουλειά των αντρών, μια και όπως είναι γνωστό, οι γυναίκες συχνά καλύπτουν ηγετικές και περισσότερο εξαρτημένες θέσεις εργασίας. Η ικανοποίηση όμως που αισθάνονται οι γυναίκες από την εργασία τους είναι αντίστοιχη αυτής των αντρών. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι ηλικιωμένοι τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους από ότι οι νεότεροι. Και αυτό διότι κατέχουν πλέον πιο υψηλές θέσεις στον εργασιακό τους χώρο, αισθάνονται ότι τα καταφέρνουν καλά και έχουν πλέον τη δυνατότητα μέσα από την πολύχρονη εργασία και τις επιλογές τους να προσαρμόσουν την εργασία τους στις προσωπικές ανάγκες και προτιμήσεις τους. Τη χαμηλότερη ικανοποίηση από την επαγγελματική τους ζωή συχνά αναφέρουν οι μεσήλικες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο αίσθημα ότι έχουν μείνει πίσω στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία είτε σε σχέση με τους συνομήλικους του είτε σε σχέση με τις δικές του προσδοκίες. Η έλλειψη ικανοποίησης μπορεί να υπάρχει ακόμα και αν αντικειμενικά το άτομο είναι πετυχημένο στη δουλειά του. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999)

Δυνατότητες απασχόλησης: Ένα άλλο θέμα που εξετάζεται σε σχέση με την εργασία των ηλικιωμένων είναι το τι εναλλακτικές δυνατότητες εργασίας υπάρχουν γι' αυτούς, τόσο μέσα στην επιχείρηση στην οποία

εργάζονται όσο και εκτός αυτής. Υπάρχει συχνά η άποψη ότι οι ηλικιωμένοι δεν παίρνουν εύκολα προαγωγή, δεν παραιτούνται για να βρουν άλλη καλύτερη δουλειά, ούτε βρίσκουν αμέσως νέα εργασία αν απολυθούν από αυτή στην οποία εργάζονται. Όμως τα ερευνητικά δεδομένα και στον τομέα αυτό είναι αντιφατικά και διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος της εργασίας. Για παράδειγμα, σε ότι αφορά τις προσλήψεις φαίνεται ότι οι νέοι προτείνονται για πρόσληψη πιο συχνά από ότι οι ηλικιωμένοι εφόσον το κριτήριο είναι η προοπτική εξέλιξης. Όταν όμως το κριτήριο είναι η γνώση του αντικειμένου και το επίπεδο της θέσης, τότε προτιμώνται οι ηλικιωμένοι. Όταν πρόκειται για λιγότερο σημαντικές θέσεις, η απόφαση των επιχειρήσεων για πρόσληψη ηλικιωμένων επηρεάζεται από διάφορες προκαταλήψεις, που θέλουν τους ηλικιωμένους ως λιγότερο αποτελεσματικούς, κυρίως σε θέσεις που θεωρείται ότι είναι κατάλληλες για τους νέους.

Συμπερασματικά, σε ότι αφορά την επαγγελματική κατάσταση των ηλικιωμένων, η έρευνα δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι θεωρούνται ως μια ομάδα εργαζομένων που έχει σταθερότητα, εμπειρία και αξιοπιστία, ωστόσο χρειάζεται να διαθέτουν ευελιξία και προσαρμοστικότητα στις αλλαγές που παρατηρούνται στον εργασιακό περιβάλλον, ώστε να μπορούν να διατηρήσουν τη θέση τους. Η απόδοση των ηλικιωμένων μπορεί να παραμείνει υψηλή και να εργάζονται αποτελεσματικά και μετά τα 65 χρόνια, όταν και όπου δεν υπάρχει υποχρεωτική συνταξιοδότηση. Συχνά όμως οι εργαζόμενοι επιδιώκουν να βγουν στη σύνταξη όταν οι ίδιοι δεν είναι ευχαριστημένοι με τις συνθήκες της δουλειάς τους. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999)

3.9 Προσαρμογή στη σύνταξη και συναισθήματα ηλικιωμένων κατά τη συνταξιοδότηση

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες για την προσαρμογή στη σύνταξη. Κυριότερες είναι:

- 1) Η θεωρία της κρίσης. Στηρίζεται στην άποψη ότι η απώλεια της εργασίας οδηγεί σε χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και θέση, σε απόσυρση, απομόνωση, ασθένεια και μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή. Όμως τέτοιες επιπτώσεις εμφανίζονται μόνο σε άτομα που ήταν ασθενή ήδη πριν από τη σύνταξη. Τρεις δεκαετίες έρευνας στο θέμα αυτό δείχνουν ότι η σύνταξη γενικά δεν κάνει τους ανθρώπους να αισθάνονται άσχημα. Υπό αυτή την έννοια δεν ισχύει η θεωρία της κρίσης.
- 2) Η θεωρία της συνέχειας. Η θεωρία αυτή πρεσβεύει ότι λίγα άτομα βασίζουν την πλήρη ταυτότητα τους στη δουλειά, αντιθέτως υπάρχουν επαρκείς ευκαιρίες για ικανοποίηση και διατήρηση της αίσθησης του εαυτού από άλλες πηγές, ότι οι στάσεις και δραστηριότητες δεν αλλάζουν μετά τη σύνταξη. Πραγματικά, 70% των συνταξιούχων δεν αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα προσαρμογής. Αλλά και αυτή η άποψη είναι απλουστευτική. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές, πράγμα που σημαίνει ότι άλλοι περνούν κρίση, άλλοι χαίρονται τη συνταξιοδότηση, άλλοι αναγκάζονται να έχουν μερική απασχόληση για να εξασφαλίσουν μια επαρκή οικονομική κατάσταση, άλλοι διευρύνουν την επαγγελματική και προσωπική τους ζωή αναλαμβάνοντας ρόλο επίβλεψης και όχι άμεσης εμπλοκής στην εργασία κ.λπ.

(Lemme, 1995)

Η επικείμενη συνταξιοδότηση προκαλεί ανάμικτα συναισθήματα: το 20% των εργαζομένων φοβάται τη συνταξιοδότηση, αλλά το 50%

ανυπομονεί για αυτήν. Η συνταξιοδότηση είναι μια περίοδος απώλειας του εισοδήματος, της κοινωνικής θέσης, της συντροφικότητας και της αυτοπεποίθησης.

Για να αντισταθμιστούν τα μειονεκτήματα, σημειώνονται και οι ακόλουθες θετικές όψεις της συνταξιοδότησης:

- § Μπορεί να καταλαμβάνει το ένα – τρίτο της ζωής.
- § Πολλοί παραμένουν δραστήριοι και υγιείς για το περισσότερο διάστημα αυτής της περιόδου.
- § Είναι μια ευκαιρία επανασχεδιασμού του τρόπου ζωής και βελτίωσης της υγείας.
- § Υπάρχει διαθέσιμος χρόνος για καινούργια ή ανανεωμένα ενδιαφέροντα, δραστηριότητες και σχέσεις.

Η συνταξιοδότηση μπορεί όμως από μόνη της να προκαλέσει κοινωνικά προβλήματα και συνιστά μια περίοδο κατά την οποία θα πρέπει να ληφθούν ορισμένες δύσκολες αποφάσεις. Τα διλήμματα που αντιμετωπίζονται μπορεί να επικεντρωθούν στα ακόλουθα:

- § Το αν αναλάβει ο ηλικιωμένος τη φροντίδα των τέκνων του ή των εγγονιών ή άλλων συγγενών.
- § Τόπος κατοικίας- είναι πιθανότατα καλύτερο να παραμείνει όπου αισθάνεται άνετα και γνώριμα. Αν κάποια μετακόμιση είναι υπό σκέψη, είναι καλύτερο να όσο το δυνατόν νωρίτερα, τότε που ο συνταξιούχος θα είναι ποιο υγιής.
- § Τι είδους διαμονή; Κάπου που να είναι δυνατή η ανεξαρτησία ακόμα και αν υπάρχουν κάποιες αναπηρίες.
- § Οδήγηση – μπορεί να περιοριστεί η δυνατότητα' επομένως, προσοχή στη γεωγραφική απομόνωση.
- § Σεξ – «επιτρέπεται» ακόμα και σε πολύ μεγάλη ηλικία, εφόσον ευχαριστεί και τους δύο συντρόφους.

§ Η άνοια επηρεάζει το 10% των συνταξιούχων – ένα 20% (παρόλο που δεν πλήττει) θα προτιμούσε να εργάζεται ακόμα. Οι φτωχοί, οι ανάπηροι, οι χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και οι απομονωμένοι πιθανότατα να είναι δυσαρεστημένοι με τη συνταξιοδότηση. Οι οικονομικές επιπτώσεις του αυξανόμενου πληθυσμού των συνταξιούχων προκαλούν σημαντική ανησυχία στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Συνεπώς, η ηλικία της συνταξιοδότησης μπορεί να αυξηθεί σταδιακά στα 70+ χρόνια. Επιπλέον, θα εμφανιστεί επίσης κατά τα επόμενα χρόνια η ανάγκη αναθεώρησης της φύσης της μισθωτής εργασίας λαμβάνοντας υπ' όψιν σχέδια τα οποία θα κάνουν ευκολότερη τη μερική ή σταδιακή συνταξιοδότηση χωρίς την απώλεια της κοινωνικής θέσης και των δικαιωμάτων μισθοληψίας ή σύνταξης. Η προετοιμασία για τη συνταξιοδότηση είναι ζωτικής σημασίας.

§ Επιπλέον, η αυξανόμενη αστάθεια και η μη προβλεψιμότητα των παγκόσμιων οικονομικών αγορών θέτει σε κίνδυνο τη χορήγηση των συντάξεων. Πολλοί από τους εργαζόμενους σήμερα μπορεί να μην λάβουν ποτέ σύνταξη και αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως πιθανή απειλή για την παγκόσμια οικονομία. (Lemme, 1995)

3.10 Ο ελεύθερος χρόνος μετά την επαγγελματική δραστηριότητα

Ένα πρώτο ερώτημα είναι: “ γιατί κάποιος βγαίνει σε σύνταξη;” και έχει βέβαια νόημα για την κατηγορία των εργαζομένων που παίρνουν σύνταξη από ελεύθερη δική τους επιλογή και όχι εξαναγκασμένοι από υπηρεσιακούς κανονισμούς(όπως π.χ. όριο ηλικίας που ισχύει για μερικά επαγγέλματα κ.λπ.)

Για τους περισσότερους από όσους ρωτήθηκαν σε μια έρευνα που έγινε, για το 50% περίπου η σύνταξη είναι το μέσο για να αποκτήσουν

“ελευθερία”, “ελεύθερο χρόνο”. Για το 25%, η αιτία για την οποία επιθυμεί τη σύνταξη είναι η ανάγκη για “ξεκούραση”. Το υπόλοιπο 25% δηλώνει ότι θέλει να ασχοληθεί με το σπίτι του, τον εαυτό του ή την οικογένεια του. Επομένως, για την πλειοψηφία των εργαζομένων δεν είναι ούτε η κοινωνική καταπίεση που ασκείται μέσω της εργασίας ούτε τα προβλήματα υγείας αυτά που την ωθούν προς τη σύνταξη, αλλά η έλξη του ελεύθερου χρόνου και της ξεκούρασης. (Μπαδογιαννάκης, 1994)

Παρόλα αυτά, τι συμβαίνει, κυρίως μερικά χρόνια αργότερα, όταν τα εισοδήματα ίσως δεν επαρκούν και η υγεία έχει υποβαθμιστεί; Υπάρχει, άραγε, κάτι το οποίο αντισταθμίζει τις συναδερφικές σχέσεις, που δημιουργήθηκαν κατά την περίοδο της εργασίας, έστω και αν αυτές μερικές φορές δεν ήταν πάντοτε ιδιαίτερα φιλικές; Μήπως γεννιέται μια νοσταλγία για την περίοδο εκείνη;

Μόνο μια μικρή μειοψηφία συνταξιούχων δηλώνει ότι πλήττει. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν εκείνοι στους οποίους το απότομο σταμάτημα της εργασίας προκαλεί ψυχικές διαταραχές ή ψυχικά τραύματα, με τραγικές καμιά φορά συνέπειες. Συνήθως όμως, το μικρό ήδη ποσοστό αυτών που υποφέρουν από πλήξη μετά τη σύνταξη μειώνεται ακόμη περισσότερο με την πάροδο του χρόνου.

Φαίνεται, πάντως, ότι η κοινωνική απομόνωση και η δυσκολία να καλύψει κανείς πολλές ώρες από το διαθέσιμο χρόνο, έστω και με το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, δημιουργούν ειδικά προβλήματα σε μερίδα συνταξιούχων, ιδίως όταν το εισόδημα τους είναι χαμηλό ή οι οικογενειακοί τους δεσμοί χαλαροί. Παρ’ όλα αυτά, οι γενικεύσεις πρέπει να αποφεύγονται. Θα πρέπει ίσως να φροντίσουμε, ώστε η πολιτική του ελεύθερου χρόνου, η οποία μέχρι τώρα επικεντρωνόταν κυρίως στους νέους, να επεκταθεί με την ίδια ένταση και στους συνταξιούχους. (Μπαδογιαννάκης, 1994)

Γιατί άραγε να υπάρχει τέτοια υστέρηση στη δημιουργία και στον εξοπλισμό των διαφόρων κέντρων συγκέντρωσης ή ψυχαγωγίας των συνταξιούχων, σε σχέση με τα αντίστοιχα κέντρα των νέων; Γιατί να υπάρχουν τόσες λίγες εγκαταστάσεις για δραστηριότητες φυσικές, καλλιτεχνικές, πνευματικές, κοινωνικές, οι οποίες να αφορούν ειδικά την τρίτη ηλικία; Γιατί αγνοείται το γεγονός ότι ο ελεύθερος χρόνος είναι μία ανάγκη πολύ βαθύτερη για τον συνταξιούχο παρά για τον ενεργά εργαζόμενο, από την οποία εξαρτάται σε απόλυτο καμιά φορά βαθμό η προσωπική του ικανοποίηση, η γενική κατάσταση της υγείας του ή η κοινωνική του ένταξη; Θα το επαναλάβουμε: ο ελεύθερος χρόνος, ιδιαίτερα για την τρίτη ηλικία, δεν είναι χρόνος συμπληρωματικός, αλλά χρόνος υπαρξιακός. (Μπαδογιαννάκης, 1994)

Τι γίνεται τώρα με τους “νέους” συνταξιούχους της εποχής μας, οι οποίοι “προικίζονται” απότομα με άφθονο διαθέσιμο χρόνο; Η μεγάλη πλειοψηφία δηλώνει ότι δεν της δημιουργεί κανένα πρόβλημα και ότι έχει βρει τον τρόπο να τον διαθέτει κατά τον καλύτερο τρόπο.

Από άποψη είδους δραστηριοτήτων με τις οποίες καταπιάνεται στον ελεύθερο χρόνο της η πλειοψηφία των συνταξιούχων, τις οποίες και εξετάζουμε αναλυτικότερα στο επόμενο κεφάλαιο σημειώνουμε μόνον εδώ ότι πιο συχνά παραμένουν αμετάβλητες, εκείνες οι οποίες προϋπήρχαν κατά τη διάρκεια της ενεργού εργασιακής ζωής. Αυξάνεται, ίσως, ελαφρά η διάρκεια τους ή η συχνότητα τους, παρ’όλη την, εντωμεταξύ, απομείωση των δυνάμεων αυτών που τις ασκούν.

Υπάρχουν όμως και οι άλλες δραστηριότητες οι οποίες ασκούνται σε μεγάλη έκταση από τα άτομα της τρίτης ηλικίας και τις οποίες δεν συναντάμε συνήθως στις προηγούμενες ηλικιακές περιόδους. Αξίζει τον κόπο να πούμε δύο λόγια για αυτές:

Μια πολύ ενδιαφέρουσα έννοια, η οποία τα τελευταία χρόνια πήρε τεράστια έκταση, είναι εκείνη του “αμειβόμενου ερασιτέχνη”. Τα είδη της

απασχόλησης εδώ είναι ποικίλα, ο ρυθμός παραγωγής καθόλου μονότονος, τα ωράρια πολύ εύκαμπτα. Αυτή η εργασία του ερασιτέχνη έχει τη γοητεία της ανεξάρτητης επαγγελματικής εργασίας, χωρίς να έχει κανέναν από τους κινδύνους της. Το ραδιόφωνο και η τηλεόραση προσφέρουν πολλές διδακτικές εκπομπές για αυτήν την δραστηριότητα· ένα σωρό περιοδικά ή εφημερίδες συνοδεύονται από ειδικά ένθετα φυλλάδια, ενώ αφθονούν τα βιβλία πρακτικής τεχνικής κ.λ.π., τα οποία προσφέρουν γνώσεις και εκπαίδευση πάνω σε αυτά τα θέματα. Όλες οι δημοσκοπήσεις δείχνουν ότι οι ερασιτέχνες χειροτέχνες κάνουν αυτήν τη δουλειά πολύ περισσότερο από ευχαρίστηση παρά από ανάγκη. (Μπαδογιαννάκης, 1994)

Μια άλλη απασχόληση είναι εκείνη που έχει σχέση με τη σωματική άσκηση και συντήρηση: περίπατοι, πορείες, χαλαρή άσκηση που επιτρέπεται σε ηλικιωμένους. Ακόμη όμως και οι πλέον πρόσφατες αθλητικές “μόδες” (π.χ. το aerobics) επεκτείνονται τώρα και στην Τρίτη ηλικία. Τα ταμπού της παλιάς εποχής πέφτουν και η σωματική άσκηση για τους ηλικιωμένους έχει πάρει ένα εύρος και μία ποικιλία πρωτόγνωρη, ένα χαρακτήρα που συνδυάζει το παιχνίδι με την υπαρξιακή ανάγκη. Το μεγαλύτερο μέρος των λεσχών των συνταξιούχων έχουν σκοπό να δώσουν στα μέλη τους δυνατότητες άσκησης για τη συντήρησή τους και απασχόλησης με φυσικά παιχνίδια, για άνδρες και γυναίκες.

Τα ταξίδια είναι ένας άλλος τομέας όπου η εισβολή της τρίτης ηλικίας είναι καταλυτική: όλες οι δημοσκοπήσεις επιβεβαιώνουν ότι ο αριθμός των συνταξιούχων που ταξιδεύουν, και μάλιστα για σχετικά μεγάλα χρονικά διαστήματα, αυξάνεται ταχύτατα. Δεν έχετε παρά να ρίξετε μια ματιά, την ώρα που αδειάζει ένα από τα απειράριθμα “πούλμαν” των ταξιδιωτικών γραφείων!

Ο ελεύθερος χρόνος της σύνταξης επιτρέπει, επίσης μια αυξημένη συμμετοχή στην παρακολούθηση όλων των θεαμάτων και ιδιαίτερα της

τηλεόρασης. Λένε ότι η τηλεόραση σκοτώνει τον διάλογο. Ασφαλώς, αυτό έχει μεγάλη δόση αλήθειας, αλλά ο διάλογος προϋποθέτει την ύπαρξη και ενός άλλου προσώπου με το οποίο διαλέγεσαι! Ποιος, όμως θα κάνει παρέα σε ένα ηλικιωμένο άτομο το οποίο, για διαφορετικούς κάθε φορά λόγους, ζει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του μέσα στη μοναξιά: Η τηλεόραση σίγουρα ανοίγει ορίζοντες όχι μόνο στο θέαμα, αλλά και στην πληροφόρηση και στη γνώση: οι διάφορες ανταποκρίσεις, οι συνεντεύξεις, το “πρόσωπο με πρόσωπο”, οι συζητήσεις στρογγυλής τράπεζας, τα παιχνίδια των λέξεων, οι εκπομπές για μαστορέματα, οι θρησκευτικές, φιλοσοφικές, πολιτικές εκπομπές παρουσιάζουν σίγουρα μεγάλο ενδιαφέρον για τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας. Το τεράστιο θέμα της ποιοτικής βελτίωσης της τηλεόρασης και της δυνατότητας λειτουργίας ενός έστω μικρού τμήματος της έξω από τα καθαρά εμπορικά κυκλώματα αγγίζει άμεσα την ειδική αυτή κατηγορία των συνταξιούχων αυτό, όμως, είναι ένα πολύ μεγάλο θέμα που απασχολεί έντονα τους στοχαστές, τους κοινωνιολόγους και την πολιτική ηγεσία όλου του κόσμου. (Μπαδογιαννάκης, 1994)

Μια άλλη πολύ δημοφιλής απασχόληση των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας, συνδυασμένη με άφθονη δόση ψυχαγωγίας αλλά και “πάθους”, είναι τα “χαρτιά”. Δεν έχουν ίσως μορφωτικό χαρακτήρα, αλλά πριν μερικοί από εσάς τα καταδικάσετε, σκεφθείτε ότι παίζουν ένα σημαντικό ρόλο αντιβάρου στην κοινωνική απομόνωση, την αποθάρρυνση, την κατάθλιψη και τους άλλους τραγικούς κοινωνικούς “ιούς” που συνοδεύουν αναπόφευκτα την τρίτη ηλικία.

Ανάμεσα στις δραστηριότητες της τρίτης ηλικίας πρέπει να τοποθετήσει κανείς και αυτές τις της διαρκούς μόρφωσης και ιδιαίτερα της “αυτομόρφωσης”. Ασφαλώς αυτές αφορούν μειοψηφίες, οι οποίες ανήκουν κυρίως σε μεσαίες ή ανώτερες κοινωνικές τάξεις, με ήδη προηγούμενο σχετικά υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Είναι, όμως, μια νέα

προοπτική που έρχεται να δώσει στην έννοια της διαρκούς μόρφωσης ένα σημαντικό κοινωνικό “ειδικό βάρος”. (Μπαδογιαννάκης, 1994)

Μέχρι τώρα, η μόρφωση αποτελούσε προνόμιο και δικαίωμα των νέων και ίσως η άποψη αυτή επικρατεί ακόμη στην πλειοψηφία. Στη Γαλλία, το πρώτο πανεπιστήμιο για την Τρίτη ηλικία δημιουργήθηκε στην Toulouse το 1973. από τότε, περισσότερα από εξήντα πανεπιστήμια στη χώρα αυτή έχουν οργανώσει ειδικά εκπαιδευτικά τμήματα για ηλικιωμένους. Αλλά και στους κανονικούς καταλόγους εγγράφων των ανώτερων σπουδών βλέπει κανείς αρκετούς εξηντάρηδες. Μερικά μάλιστα από αυτά τα πανεπιστήμια πήραν και ειδικές ονομασίες για παράδειγμα το πανεπιστήμιο της Toulouse ονομάστηκε “πανεπιστήμιο της τρίτης ηλικίας”, της Grenoble “πανεπιστήμιο όλων των ηλικιών”, της Reines “πανεπιστήμιο ελεύθερου χρόνου” κ.λπ.

Αλλά και σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η τρίτη ηλικία έχει “εισβάλει” στον πανεπιστημιακό χώρο: στο Βέλγιο λειτουργούν πέντε πανεπιστήμια για την Τρίτη ηλικία καθώς και κάμποσες ακαδημίες επιμόρφωσης. Σε έντεκα ολλανδικές πόλεις λειτουργούν ισάριθμα μορφωτικά ιδρύματα για ηλικιωμένους, στην Ιταλία περισσότερα από 100 πανεπιστήμια προσφέρουν κύκλους μαθημάτων αποκλειστικά για την Τρίτη ηλικία. Ενώ σε πολλά γερμανικά πανεπιστήμια οργανώνονται παρόμοια σεμινάρια.

Στους περισσότερους “σπουδαστές” αυτής της κατηγορίας υπάρχει ένας ενθουσιασμός, ο οποίος έρχεται συχνά σε αντίθεση με το σκεπτικισμό και την τόση συχνή αδιαφορία των νέων. Όλες οι έρευνες δείχνουν ότι η χαρά της μόρφωσης στην αγνότερή της μορφή. Όταν δηλαδή αυτή δεν στοχεύει σε οικονομικά οφέλη ή στη δημιουργία χρήσιμων κοινωνικών σχέσεων, αποτελεί από μόνη της ένα ισχυρό κίνητρο για αυτή τη νέα κατηγορία φοιτητών. (Κοσμοπούλου, 1980)

3.11 Ο Ρόλος και η σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνομιακές, και υγειονομικές προεκτάσεις. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η δραματική πτώση της γεννητικότητας, έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μία από τα πλέον γηρασμένα έθνη του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Ενώ στις ΗΠΑ, η αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών, στο σύνολο του πληθυσμού, είναι 16,5%, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 22,3%. Το έτος 2030, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών, στη χώρα μας, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), θα αυξηθεί κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου. Η φθίνουσα γονιμότητα και η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας. Οι παππούδες και οι γιαγιάδες σήμερα κοντεύουν να ξεπεράσουν αριθμητικά τα παιδιά. Σήμερα, σε εκατό παιδιά κάτω των 15 ετών αναλογούν 71 άτομα άνω των 65 χρόνων. Το έτος 2020, σύμφωνα με σχετική έρευνα του ΕΚΚΕ, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι όσο και των νέων. Παλαιότερα, το έτος 1853, το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 3,2% και των νέων κάτω των 15 ετών 41,2%.

Οι πιο γερασμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Και ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%. Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει

φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία.

Σήμερα, ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων απ' ό τι στο παρελθόν. Παράλληλα με αυτή την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων. Η υπογεννητικότητα αποτελεί κυρίαρχο σύγχρονο πρόβλημα που συνδέεται με την αστικοποίηση του πληθυσμού και τη συγκέντρωσή του στις πόλεις, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, την έλλειψη κατάλληλης υποδομής σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, την ανεπάρκεια των οικογενειακών επιδομάτων και γενικότερα στη διαφοροποίηση των κοινωνικών αξιών. (Slater, 2003)

Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία της Eurostat, στη χώρα μας το 1997, σε κάθε 10 γυναίκες, αναλογούσαν κατά μέσο όρο 13 παιδιά, έναντι 23 παιδιών πριν από 20 χρόνια. Το 1997 η Ελλάδα εμφάνιζε περίπου μηδενική φυσική μεταβολή του πληθυσμού, έναντι αύξησης 0,9 του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο ίδιος δείκτης ήταν λίγο πιο αρνητικός για τη Γερμανία (0,5), την Ιταλία (0,5) και τη Σουηδία (0,4). Και πιο θετικός για την Ιρλανδία (5,8), την Ολλανδία (3,7) και τη Γαλλία (3,3). Οι παραπάνω διαπιστώσεις, έχουν δραματικές συνέπειες για την ηλικιακή υπόσταση του πληθυσμού. Ένα έθνος που δεν είναι σε θέση να ανανεώνει τον πληθυσμό του είναι καταδικασμένο να εξαφανιστεί. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι καταλυτικά αρνητικές για την οικονομία, τα ασφαλιστικό σύστημα, την κοινωνική πρόνοια και υγεία, την εθνική άμυνα, την

προοπτική επιβίωσής του σ' ένα περιβάλλον γειτονιάς, όπου χώρες όπως η Τουρκία γιγαντώνονται πληθυσμιακά.

Στην τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα, ο ελληνικός πληθυσμός θα σημείωνε επικίνδυνη στασιμότητα, αν δε μεσολαβούσε η ορμητική εισροή 200.000 περίπου ομοεθνών παλιννοστούντων και προσφύγων και 650.000 περίπου αλλοεθνών και ξένων λαθρομεταναστών που αναλογούν συνολικά στο 8,5% του πληθυσμού. Η μετατροπή της χώρας από τόπο εξαγωγής σε κέντρο εισαγωγής μεταναστών, αποτελεί ένα σοβαρότατο νέο δεδομένο που ανατρέπει πολλά από τα παλαιότερα κοινωνικά, ηλικιακά, οικονομικά κι εθνικά της χαρακτηριστικά. Αυτή η καινοφανής εξέλιξη συνδέεται άμεσα με την οξύτατη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υποκατάσταση του εγχώριου εργατικού δυναμικού ελληνικής καταγωγής, από εργαζόμενους ξένης υπηκοότητας. (Slater, 2003)

3.12 Το Σύγχρονο κράτος Κοινωνικής αλληλεγγύης.

Η οικοδόμηση ενός συστήματος κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας για τους ηλικιωμένους, συνεπάγεται, την αυξημένη κρατική φροντίδα όπως και τη δαπάνη σημαντικών κονδυλίων για τον ίδιο σκοπό. Ριζική επέκταση και αναβάθμιση χρειάζεται για μια σειρά από μέτρα πολιτικής και υποδομής όπως τα ΚΑΠΗ, οι στέγες ηλικιωμένων, τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, η τηλεϊδοποίηση, η προώθηση του θεσμού των κοινωνικών βοηθών, η αύξηση του αριθμού των κοινωνικών λειτουργών, η κατ' οίκον νοσηλεία κ.λ.π. Ζωτικής σημασίας είναι επίσης η ενίσχυση του θεσμού του εθελοντισμού, όπως και των παραδοσιακών δεσμών της ελληνικής οικογένειας και ειδικότερα της νεολαίας, με τους ηλικιωμένους. Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, της εκκλησίας όπως

και διαφόρων φορέων και εθελοντικών συλλογικών προσπαθειών, είναι εξ' ίσου σημαντικός.

3.13 Τρίτη και Τετάρτη ηλικία και οικονομικές συνιστώσες

Στα πλαίσια της αλματωδώς αυξανόμενης σημασίας και του αριθμού των ωρίμων πολιτών, σκόπιμο θα ήταν να διαφοροποιήσουμε δύο βασικές περιπτώσεις του ζητήματος. Η πρώτη αφορά τα άτομα άνω των 60-65 ετών που βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση υγείας και ζωτικότητα και μπορούν όχι μόνο να συμμετέχουν ενεργά στον κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά και εφ' όσον το επιθυμούν, να απασχολούνται με ελαστικό ωράριο της επιλογής τους.

Στη δεύτερη κατηγορία, υπάγονται τα ηλικιωμένα άτομα που η κακή κατάσταση της υγείας τους δεν επιτρέπει να αυτοεξυπηρετούνται και πολύ περισσότερο να αναπτύσσουν κάποια δραστηριότητα. Για την περίπτωση των ατόμων αυτών, η πολιτεία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση η εκκλησία και οι εθελοντικοί φορείς, οφείλουν να αναλάβουν την ευθύνη για την αξιοπρεπή τους προστασία και διαβίωση. Την τελευταία αυτή κατηγορία, θα ήταν σκόπιμο να προσδιορίσουμε ότι ανήκει στη λεγόμενη "τέταρτη ηλικία", η οποία σύμφωνα με τον προτεινόμενο ορισμό της, περιλαμβάνει άτομα ηλικιωμένα, συνήθως άνω των 70 ή 75 ετών, που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται". Σε αντιδιαστολή η τρίτη ηλικία θα μπορούσε να οριστεί ότι αφορά άτομα άνω των 60-65 ετών που είναι σε θέση, εφ' όσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και οικονομική ζωή".

Η τρίτη αλλά και η τέταρτη ηλικία, όσον αφορά την όλη λειτουργία της οικονομίας, αποτελούν ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοτικό και ποιοτικό μέγεθος.

Ένα πολυσύνθετο σύνολο εργαζόμενων, επιχειρηματιών, υπηρεσιών και μεταποίησης, δραστηριοποιείται και αναπτύσσεται με επίκεντρο τις ηλικίες αυτές.

Η αλματώδης αύξηση των δαπανών υγείας, συνταξιοδότησης, κοινωνικής προστασίας, κατοικίας, αναψυχής και τουρισμού, συνδέεται άμεσα με την ως άνω πραγματικότητα. Επιχειρηματίες, επαγγελματίες, τεχνολόγοι, ερευνητές, γιατροί, νοσηλευτές, δικηγόροι, φοροτεχνικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, φύλακες, βοηθοί ηλικιωμένων, φυσιοθεραπευτές, εργάτες και υπάλληλοι βιομηχανικών μονάδων, τραπεζών, αναψυχής, τουρισμού, κ.λ.π., ένα πολυπληθές σχήμα παραγωγικών συντελεστών εξαρτάται από την παρουσία των ηλικιωμένων ατόμων. Οι ώριμοι πολίτες έμμεσα και ορισμένες φορές άμεσα, συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία την τροφοδοτούν και την ανακυκλώνουν. (Αμηνά, 2001)

Σε ατομικό επίπεδο, τα μέλη της τρίτης ηλικίας μπορούν να αναπτύσσουν δραστηριότητα με κοινωνικό αλλά και έμμεσα οικονομικό περιεχόμενο. Τέτοιας μορφής είναι η συμβολή τους στην ανατροφή των παιδιών, στο οικογενειακό νοικοκυριό και γενικότερα σε οικιακές εργασίες που είναι χρονοβόρες και εμπεριέχουν το αναντικατάστατο δεδομένο της προσωπικής εμπιστοσύνης.

Και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκείνες όπου οι ηλικιωμένοι με την κατάλληλη αξιοποίηση της εμπειρίας, των αποταμιεύσεων, της σύνταξης και γενικότερα της οικονομικής τους αυτονομίας, συμμετέχουν στην οικονομική στήριξη της οικογένειας και του ευρύτερου κοινωνικού τους περίγυρου. Ανεκτίμητη είναι επίσης η συμβολή μελών της τρίτης ηλικίας, με την ωριμότητα, και την ευθυκρισία που συχνά διαθέτουν, σε εθελοντικές δραστηριότητες κοινωνικού χαρακτήρα που εμπεριέχουν και το στοιχείο της οικονομικής δραστηριότητας.

Φυσικά όλες οι περιπτώσεις δεν είναι ίδιες. Γι' αυτό και όσον αφορά την ηλικία συνταξιοδότησης, σκόπιμη είναι η υιοθέτηση μέτρων επιλεκτικής σταδιακής αποχώρησης από την ενεργό εργασιακή ζωή. Επίσης, η μερική απασχόληση αποτελεί ένα πρόσφορο τρόπο εργασίας για τα μέλη της τρίτης ηλικίας, τουλάχιστον για όσους επιθυμούν κάτι τέτοιο. Κι' αυτό γιατί δεν πρέπει να παραγνωρίζεται, κατά περίπτωση έστω, η ανάγκη σκοπών και στόχων αυτοεπιβεβαίωσης που έχουν πολλοί ώριμοι πολίτες, οι οποίοι με τη συνταξιοδότηση νοιώθουν ως απόμαχοι, όχι μόνο της εργασίας αλλά και της ίδιας της ζωής.

Μια ιδιαίτερης σημασίας νέα πραγματικότητα που ευνοεί τη μερική απασχόληση και την ενεργό συμμετοχή στην κοινωνία των ωρίμων πολιτών είναι η τηλεργασία, η τηλεματική και η χρήση του Internet. Με τις τεχνολογίες αυτές, τα μέλη της τρίτης ηλικίας μπορούν, εφ' όσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν, με ευελιξία και χαμηλούς ρυθμούς, στην παραγωγική διαδικασία. Το ίδιο ισχύει και όσον αφορά την ανάγκη επικοινωνίας που έχει ο κάθε άνθρωπος και ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα άτομα. Χωρίς φυσικά να παραγνωρίζεται η σημασία και ο ρόλος των κέντρων φυσικής συνάντησης των ωρίμων πολιτών όπως τα ΚΑΠΗ, η σύγχρονη τεχνολογία, και το Internet, ειδικότερα, μπορεί να αποτελέσουν ένα χρήσιμο βήμα για μια αλλαγή πλεύσης στον τρόπο ζωής και ευρύτερης συμμετοχής της τρίτης ηλικίας στην κοινωνία και την οικονομία.

Ένα άλλο ζήτημα για χώρες όπως η Ελλάδα με εύκρατο κλίμα και πολλές φυσικές ομορφιές, είναι η ανάπτυξη παραθεριστικών ή και μόνιμων κατοικιών και οικισμών για ομοεθνείς, αλλά και εύπορους ξένους συνταξιούχους. Μια τέτοια προοπτική αποτελεί για το μέλλον, σημαντικό εφελκυστικό οικονομικής δραστηριότητας και σοβαρό μέσο άντλησης ξένου συναλλάγματος. (Αμηρά, 2001)

Προς τη νέα χιλιετία:

Γενικότερα, το μέγεθος, ο ρόλος και η σημασία των ωρίμων πολιτών, αποτελούν για τη νέα χιλιετία μια σημαντική συνιστώσα, η οποία θα απασχολεί όλο και περισσότερο το κοινωνικό και οικονομικό γίγνεσθαι. Και είναι γεγονός ότι το επίπεδο του πολιτισμού της σύγχρονης κοινωνίας θα είναι άμεσα συναρτημένο με τον τρόπο αντιμετώπισης της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Στα πλαίσια των αντιλήψεων αυτών, ο ΟΗΕ έχει αποδεχτεί εισήγηση που αρχικά έχει προταθεί και υιοθετηθεί στις 15 Φεβρουαρίου 1991 από την ελληνική Βουλή, με πρόταση του υπογράφοντος, και της τότε Υπουργού Υγείας κας Μαριέττας Γιαννάκου-Κουτσίκου, για την καθιέρωση της 1^{ης} Οκτωβρίου, ως ημέρας τιμής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Με μεθύστερες αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, ορίστηκε επίσης το 1999 ως έτος της τρίτης ηλικίας, ενώ το κεντρικό μήνυμα για τον ίδιο σκοπό είναι η πορεία «προς μια κοινωνία για όλες τις ηλικίες».

Η βραβευμένη με το Νόμπελ Ιατρικής του 1986 Ρίτα Λέβι Μονταλτσίνι, αποδεικνύει στις έρευνές της ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί τέλεια, ακόμη και σε μεγάλη ηλικία, ανεξάρτητα από τη φθορά των υπολοίπων οργάνων του σώματος. Ζωντανή απόδειξη των θέσεων αυτών είναι η ίδια η γοητευτική αυτή κυρία, που στο κατώφλι των ενενήντα της χρόνων ενεργοποιείται δυναμικά και παράγει σημαντικό έργο. Με τη δραστηριότητα της θυμίζει πολλούς άλλους επώνυμους ηλικιωμένους, που έφτασαν στην κορυφή της δημιουργίας τους σε προχωρημένη ηλικία μεταξύ άλλων, όπως ο Γαλιλαίος, ο Μιχαήλ Άγγελος, ο Πικάσο, ο Μπέν Γκουριόν, ο Μπέρτραν Ράσελ, ο Γεώργιος Παπανδρέου και πρόσφατα ο βετεράνος αστροναύτης Τζών Γκλέν, ο οποίος στα 77 του χρόνια έκανε και πάλι το διαστημικό του ταξίδι.

Στην κοινωνία του 2000, η διογκούμενη παρουσία και συμμετοχή των ωρίμων πολιτών, σηματοδοτεί μια νέα πραγματικότητα της οποίας χαρακτηριστικό σημείο είναι η ομαλή συμβίωση και συνύπαρξη όλων των ομάδων ηλικιών. Η νέα χιλιετία, εκτός από την εισβολή της υψηλής τεχνολογίας την παγκοσμιοποίηση, τα διεθνή προσφυγικά και μεταναστευτικά ρεύματα, την κρίση των αξιών, εμπεριέχει ως δυναμική συνιστώσα αυτή τη νέα πραγματικότητα, η οποία δεν μπορεί παρά να είναι καλοδεχούμενη σε μια σύγχρονη ευνομούμενη κοινωνία αλληλεγγύης και ανθρωπιάς. Οι νεότερες γενιές οφείλουν να κατανοήσουν τη σημασία των νέων δεδομένων που συνδυάζονται εύστοχα και με τη γνωστή λαϊκή ρήση -υπενθύμιση ότι " εκεί που ήσουν ήμουν κι' εδώ που είμαι θάρθεις". Κλείνοντας: θα αναφερθούμε σε μια σοφή κουβέντα της προαναφερθείσας Ρίτας Λέβι Μονταλτσίνι από το βιβλίο της για την τρίτη ηλικία " Ο Κρυφός Άστος " όπου αναφέρει` ότι "η τρίτη ηλικία είναι η ωραιότερη, το λεω στα 88 μου. Ο τρόπος για να φτάσεις ως αυτήν καλά και ήρεμα είναι να την προετοιμάζεις από νέος". (Αμηνά, 2001)

3.14 Διεθνή προγράμματα αντιμετώπισης ηλικιωμένων

Προσπαθώντας να δοθεί μια διάσταση στο θέμα της αντιμετώπισης των ηλικιωμένων, επελέγησαν κάποιες αντιπροσωπευτικές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και η Αμερική ως μεγαλύτερη Ήπειρος.

Η δημογραφική γήρανση είναι πλέον γεγονός για όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από τη δεκαετία του 1990, τόσο τα κράτη – μέλη όσο και η ηγεσία της Ε.Ε ασχολείται με το φαινόμενο και τις σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές του επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης της αγοράς εργασίας.

Από το 1995 και μετά, η μέση ηλικία του πληθυσμού έπαψε να είναι σταθερή και αυξάνει με ρυθμό ενός έτους κάθε έξι χρόνια. Η υπογεννητικότητα, που πλήττει τα κράτη και η μεγάλη πληθυσμιακή αύξηση της πρώτης εικοσαετίας, μετά τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, σήμερα έχει δημιουργήσει ένα μεγάλο σε μέγεθος εργατικό δυναμικό που ξεπερνά το όριο των 50 ετών.

Η εκούσια ή ακούσια πρόωρη αποχώρηση θα δημιουργούσε δυσαναπλήρωτα κενά σε πολλές θέσεις εργασίας και δυσοίωνες εξελίξεις στο συνταξιοδοτικό σύστημα. Η αφυπηρέτηση από την ενεργό απασχόληση σηματοδοτεί στην κοινωνία μας την έλευση του «Γήρατος» ως μιας πραγματικότητας που μαζί της φέρνει μια ποικιλία προβλημάτων. Συνεπώς, η διαπίστωση αυτή οδηγεί στο ζήτημα των συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας, τα οποία προσφέρονται στα γηραιά μέλη της κοινωνίας. (Βάγια, Χ., 2004, Κοινωνική Εργασία, τευχ.75, σελ. 179).

Η χαμηλή ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής φροντίδας, όσο και η ανεπιτυχής πολιτική της πρόωρης συνταξιοδότησης είναι γεγονότα αναμφισβήτητα.

Κατά συνέπεια, οι νέες εξελίξεις στην αξιοποίηση των ενηλίκων προχωρημένης ηλικίας στην αγορά εργασίας έχουν σκοπό τη διατήρηση της απασχολησιμότητάς τους και τη συνεχή ανάπτυξή τους, σε ένα κλίμα συνεργασίας και όχι ανταγωνισμού με τις νεότερες γενιές.

Όλα τα κράτη- μέλη πια έχουν επιδιώξει τις απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις για να μετατρέψουν μια «εχθρική» προς τους ηλικιωμένους οικονομία, σε μια πολιτική που ονομάζουν «ενεργό γήρας» και μιας «παθητικής» κοινωνικής προστασίας σε προνοιακά συστήματα κατά του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι νέοι προσανατολισμοί συνεπώς, τείνουν να φέρουν τις υπηρεσίες πρόληψης, κοινωνικής φροντίδας, περίθαλψης και αποκατάστασης όσο το δυνατόν πιο κοντά στους χώρους που βρίσκονται τα άτομα που χρειάζονται βοήθεια.

Έτσι, ενισχύεται η αποκέντρωση των Υπηρεσιών με λειτουργία σε τοπικό επίπεδο (local development), η αποιδρυματοποίηση, η ανοιχτή φροντίδα στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους, η διατομεακή επικοινωνία, καθώς και η αξιοποίηση της Πληροφορικής Τεχνολογίας από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες, προς όφελος πάντα των εξυπηρετούμενων. (Βάγια, Χ., 2004, Κοινωνική Εργασία, τευχ.75, σελ. 179).

Στη Μεγάλη Βρετανία, τα τελευταία χρόνια συζητείται αρκετά, με πρωτοβουλία των κυβερνήσεων, η μελλοντική επιβάρυνση των φορολογουμένων για την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων στη χώρα. Επίσης, ο ιδιωτικός τομέας της αγοράς θα χρειαστεί να προσφέρει μεγαλύτερο μέρος των αναγκαίων υπηρεσιών και ο ρόλος της οικογένειας και του μη κερδοσκοπικού τομέα θα ενθαρρυνθεί και θα υποστηριχθεί ιδιαίτερα, προκειμένου να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του μεγάλου προβλήματος των ηλικιωμένων.

Η προσφορά της κοινωνικής πρόνοιας έγκειται να υποστηρίζει άτομα τρίτης ηλικίας με διαφόρων τύπων δυσλειτουργίας με το να ζουν στο δικό τους χώρο παρά σε ιδρύματα. Αυτό αφορά την παροχή υποστήριξης και υπηρεσιών στο σπίτι από διάφορους φορείς που ενισχύονται από τις τοπικές αρχές κοινωνικών υπηρεσιών αναλαμβάνοντας αναδοχή σε οικογένεια, εξοπλισμό, τηλέφωνα και «συναγερμούς», βοήθεια στο σπίτι και ανάπαυλα από τη φροντίδα (respite care).

Τα παραπάνω είναι κάποια από τα προγράμματα που εφαρμόζονται με επιτυχία στην Αγγλία για τη βοήθεια και υποστήριξη των ηλικιωμένων ατόμων που απαιτούν έναν ιδιαίτερο κοινωνικό σχεδιασμό και εξειδικευμένο προσωπικό αποτελούμενο από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ιατρικό προσωπικό καθώς επίσης και εθελοντές.

Η ανάδοχη φροντίδα με αποδέκτες άτομα τρίτης ηλικίας είναι ένας θεσμός που βρίσκεται σε νηπιακό στάδιο στην Ελλάδα. Είναι μια

ενδιαφέρουσα εναλλακτική λύση στο πρόβλημα της φροντίδας των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα σε χώρες ή περιόδους όπου η σημασία της οικογένειας συρρικνώνεται ή λόγω της αύξησης του μέσου όρου ζωής, πολλοί ηλικιωμένοι φθάνουν στο τέλος του βίου τους αβοήθητοι από τους δικούς τους. Ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος έχει τοποθετηθεί υπέρ αυτού, όμως ακόμη δεν έχουν γίνει σημαντικά βήματα. (Αμηρά, Αν., 2001)

Σύμφωνα με έρευνα του K. Ashman τα προγράμματα που εφαρμόζονται από την πολιτεία για τα ηλικιωμένα μέλη της είναι κατά κύριο λόγο προγράμματα ανοικτής προστασίας τα οποία προάγουν την αυτονομία των ατόμων αυτών. Δίδεται έμφαση στο ότι οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν και πρέπει να χρησιμοποιούν τις δυνάμεις τους για να επιβιώσουν, να προσαρμόζονται σε καινούργιες εμπειρίες και να μαθαίνουν να εκτιμούν τη θετική πλευρά των καινούργιων εμπειριών με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι.

Η μεγάλη απήχηση που έχουν τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους (nursing homes) αποδεικνύονται από τα παρακάτω ποσοστά των ατόμων που κάνουν χρήση αυτών των προγραμμάτων.

- 82% είναι από 75 ετών και άνω
- 75% είναι γυναίκες
- 89% είναι λευκές γυναίκες
- Οι πλειοψηφία των ατόμων είναι σοβαρά ασθενείς ή ανάπηροι

(Kirst, A., 2003)

Συμπερασματικά, είναι πια ολοφάνερο πως με την αύξηση που παρατηρείται στα περισσότερα κράτη της μερίδας του πληθυσμού που ανήκει στην ονομαζόμενη Τρίτη ηλικία οι κυβερνήσεις έχουν προβληματισθεί. Προσπαθώντας να δώσουν μια λύση στο θέμα αυτό η κοινωνική τους πολιτική προσανατολίζεται προς την ανοικτή

(εξωιδρυματική) περίθαλψη προκειμένου να βοηθήσουν και να υποστηρίξουν αυτό το μεγάλο τμήμα του πληθυσμού.

3.15 Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Τα Κ.Α.Π.Η. είναι κρατικά προγράμματα που έχουν καταρτιστεί για την εξυπηρέτηση του θεσμού ‘‘παραμονή στο σπίτι’’. Τα Κ.Α.Π.Η., μέσα στα πλαίσια κρατικού πάντα προγραμματισμού, πέρασαν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, πολλαπλασιάστηκαν και έφτασαν τα 120 λειτουργούντα σε όλη τη χώρα. (Γεωργιάδου & Τεπερογλου, 1986)

Σκοπός τους είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους.

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ είναι:

- Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές κ.ά.) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, εργασία με ομάδες κλπ.)
- Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Κοινωνική εργασία που προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους.

- Φυσικοθεραπεία.
- Εργασιοθεραπεία.
- Βοήθεια στο σπίτι για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.
- Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.

Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά κλπ. και βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη. (Γεωργιάδου & Τεπερογλου, 1986)

1. **Κοινωνικοποίηση:** Το πρόγραμμα ενός ΚΑΠΗ είναι εντελώς διαφορετικό από τα άλλα γνωστά, ως σήμερα, προγράμματα που οργανώνονται από την εκκλησία και τις διάφορες φιλανθρωπικές οργανώσεις, και που παρέχουν πού περιορισμένες υπηρεσίες. Ο παραδοσιακός τρόπος “παροχής βοήθειας” παραχωρεί τη θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου που οδηγεί στην “ένταξη” στην κοινότητα.

Οι ποιοτικές υπηρεσίες, οι φροντισμένες αίθουσες των ΚΑΠΗ, το γεγονός ότι πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου του κέντρου είναι ο Δήμαρχος, η συμμετοχή των ίδιων των ηλικιωμένων δημιουργούν ισχυρά κίνητρα συμμετοχής που τους οδηγούν στην πλήρη κοινωνικοποίηση.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η προσέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια, όπως άλλωστε, μόνο από τις πολύ χαμηλές εισοδηματικές τάξεις. Έτσι, ξεφεύγουμε από τους περιορισμούς που επιβάλλει η κοινωνική προστασία στον “άπορο” ηλικιωμένο και επιδιώκουμε, χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη κοινωνικές τάξεις, μια από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων καταστάσεων και προβλημάτων τους με πρωταρχικό στόχο το πρόβλημα της ψυχικής τους μοναξιάς.

2. **Προληπτική ιατρική :** Σύμφωνα με ορισμένες παρατηρήσεις, οι ηλικιωμένοι δεν είναι πολλές φορές σε θέση να ξεχωρίσουν την ασθένεια από τα γηρατειά. Αυτό αποτελεί και την κυριότερη αιτία για την οποία κάνουν τόσο μεγάλη χρήση φαρμάκων οι άνω των 65 ετών, οι οποίοι ενώ αποτελούν το 13% του πληθυσμού καταλαμβάνουν αναλογικά το 40%

των κρεβατιών στα νοσοκομεία, αφήνοντας το υπόλοιπο 60% για το 8% του πληθυσμού που ανήκει στις νεότερες ηλικίες. Η πρόληψη μέσα στα ΚΑΠΗ διακρίνεται σε α) *πρωτογενή* (εμβολιασμοί, συμβουλές για σωστή διατροφή, ένδυση και αποφυγή ατυχημάτων) και β) *δευτερογενή* που σκοπό έχει την έγκαιρη διάγνωση ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια συνήθως θεραπεία.

3. **Ενεργοποίηση:** Η ενεργοποίηση είναι η τρίτη φάση μιας διαδικασίας στην οποία φθάνει ο ηλικιωμένος όταν έχει πια ησυχάσει ότι η υγεία του είναι υπό παρακολούθηση και έχει ήδη κοινωνικοποιηθεί με τη συμμετοχή του στα ποικίλα προγράμματα του κέντρου.

Εδώ κρίνεται όλη η ικανότητα του προσωπικού του κέντρου με πρωταγωνιστή τον υπεύθύνό του, δηλαδή τον κοινωνική λειτουργό, ο οποίος με το έμπειρο μάτι της, και σε συνεργασία με όλο το προσωπικό διακρίνει τις ικανότητες των ηλικιωμένων και τα μικρά της ταλέντα, εντοπίζει κάθε δυνατότητα δημιουργίας των ομάδων εκείνων που μπορούν να φτιάξουν κάτι με τα χέρι τους, αρχίζοντας από κεντήματα, κάθε είδους χειροτεχνία, χαρτοκοπτική.

4. **Εναισθητοποίηση της γειτονιάς:** Όπου αποδέχονται τα νέα άτομα και εκδηλώνουν προσφορά υπηρεσίας. Όταν εναισθητοποιηθεί η γειτονιά αναπτύσσεται η κοινοτική συνείδηση και η κοινοτική προσφορά. (Γεωργιάδου & Τεπερογλου, 1986)

3.16 Ο ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Προϊσταται η *Κοινωνική Λειτουργός* που είναι συντονιστής της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του Κ.Α.Π.Η., η οποία έρχεται σε επαφή με το κοινωνικό του Ιστορικό και να το ενημερώσει για τις υπηρεσίες που προσφέρει το κέντρο.

Εφαρμόζει όλες τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας:

Κοινωνική Εργασία με άτομα: Παρέχει ψυχολογική – συναισθηματική υποστήριξη στα άτομα μέλη του Κ.ΑΠ.Η. για την αντιμετώπιση ψυχολογικών δυσκολιών και προβλημάτων καθώς επίσης και συμβουλευτική κοινωνική εργασία τόσο των ιδίων όσο και του οικογενειακού και κοινωνικού περιγυρου. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα μέλη που χρειάζονται περισσότερη προστασία και στήριξη και είναι άτομα που βρίσκονται σε πρόσφατη χηρεία, τα μοναχικά άτομα, επειδή παρουσιάζουν συναισθηματικές στερήσεις και τέλος στους πολύ υπερήλικες επειδή διακατέχονται από το άγχος του θανάτου, παρουσιάζουν φοβίες και ανασφάλειες. Παρέχει συμβουλευτική και στήριξη στα μέλη του ΚΑΠΗ προκειμένου να αντιμετωπίσουν θέματα που αφορούν την επικοινωνία τους με νοσοκομεία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, πρόνοια και άλλους φορείς.

Κοινωνική εργασία με ομάδες: Οργανώνει, εμπνυχώνει, συντονίζει, βοηθά τις ομάδες ή επιτροπές αυτενέργειας των μελών που λειτουργούν στο Κ.ΑΠ.Η. όπως χορωδίες, αλληλοβοήθειας, καλής λειτουργίας, ψυχαγωγίας, εκδρομών, διαχείρισης κυλικείου.

Σκοπός αυτών των ομάδων είναι η επαναδραστηριοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ηλικιωμένων, η καλλιέργεια ειδικών ενδιαφερόντων όπου μέσα από τη δημιουργική απασχόληση δημιουργείται το αίσθημα της ικανοποίησης και προσφοράς, η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, η δημιουργία συντροφικότητας και συνεργασίας. Ένα από τα μέσα της πραγματοποίησης των σκοπών και στόχων είναι εμφάνιση μέσα στο χώρο των Κ.ΑΠ.Η., σε δημοτικές, πανελλαδικές εκδηλώσεις άλλων Κ.ΑΠ.Η.

Κοινωνική εργασία με την κοινότητα: Αναπτύσσει δίκτυο

επικοινωνίας και συνεργασίας με τους τοπικούς παράγοντες της περιοχής και τις υπηρεσίες του Δήμου με σκοπό την ενημέρωση και συμμετοχή σε διάφορα πράγματα. Επίσης και με άλλους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς όπως με πολιτιστικούς συλλόγους για προγράμματα λαϊκής παράδοσης, με την Κοινωνική Πρόνοια για προγράμματα κατασκηνώσεων και λουτρών, με την Πυροσβεστική Υπηρεσία για προγράμματα Πυρασφάλειας με τον Ερυθρό Σταυρό για πρόγραμμα Πρώτων Βοηθειών και τηλεσυναγερμού με την Τροχαία για Προγράμματα κυκλοφοριακής αγωγής με σχολεία, για προγράμματα Σύνδεση ηλικιών.

Κοινωνική έρευνα: Είναι έρευνα με επισκέψεις κατ' οίκον η οποία έγκειται στις ανάγκες των μελών που αφορά την οικογενειακή βοήθεια, οικονομική ενίσχυση, λουτρά και κατασκηνώσεις. Επιλέγει περιπτώσεις και καταρτίζει πρόγραμμα εργασίας για την οικογενειακή βοήθ.

Η σωστή οργάνωση της κοινωνικής Υπηρεσίας προϋπόθεση για την επιτυχία ενός τόσο ζωτικού προγράμματος Κοινωνικής Πρόνοιας που απευθύνεται σε μια μεγάλη πληθυσμιακή ομάδα του ελληνικού λαού όπως διαμορφώνεται σήμερα η "Τρίτη ηλικία" στη χώρα μας. Το έργο της *Οικογενειακής Βοηθού* έρχεται σε συνέχεια του έργου της *Κοινωνικής Λειτουργού* μετά την έρευνα που κάνει και τις ανάγκες βοήθειας και εξυπηρέτησης που έχουν τα μοναχικά μέλη του Κ.ΑΠ.Η.

Η οικογενειακή βοήθός έρχεται σε άμεση επαφή με τους ηλικιωμένους, κατ' οίκον, ιδίως σε άτομα άπορα μη αυτοεξυπηρετούμενα. Πραγματοποιεί διάφορες μικροεξυπηρετήσεις μέσα και έξω από το σπίτι, (προμήθεια φαρμάκων, πληρωμή λογαριασμών). Βοηθάει στη διαμόρφωση του χώρου για την καλύτερη μετακίνηση του μέλους και συμπαραστέκεται ηθικά στα προβλήματα των ηλικιωμένων.

Μέσα στο χώρο του Κ.ΑΠ.Η. εκτός από τις υπηρεσίες της ειδικότητας

προσφέρει τη συνεργασία της για την πραγματοποίηση διαφόρων εκδηλώσεων των μελών του Κ.ΑΠ.Η. καθώς και στην οργάνωση των επιτροπών και ομάδων αυτενέργειας. (www.skle.gr)

3.17 Ορισμένοι μύθοι για την γήρανση

- Û Είναι ένα καινούργιο πρόβλημα. Όχι – Πάντα υπάρχουν ηλικιωμένοι, απλώς τώρα είναι περισσότεροι. Στο παρελθόν οι περισσότεροι άνθρωποι στερούνταν της ευκαιρίας να φτάσουν σε μεγάλες ηλικίες επειδή πέθαιναν νέοι. Τώρα, τα περισσότερα βρέφη που γεννιούνται σε αναπτυγμένες χώρες αναμένεται να επιζήσουν μέχρι τα 80 τους.
- Û Όλοι οι ηλικιωμένοι έχουν αναπηρίες και ικανότητες. Όχι – οι περισσότεροι ζουν ανεξάρτητοι και κυρίως στο σπίτι τους (96% στο Ηνωμένο Βασίλειο).
- Û Οι χρόνιες καταστάσεις της μεγάλης ηλικίας δεν θεραπεύονται. Όχι – η ιατρική περίθαλψη για όλες τις ηλικίες αφορά πρωταρχικά στην αντιμετώπιση των χρόνιων καταστάσεων. Η πορεία των ασθενειών μπορεί να επιβραδυνθεί ή να τροποποιηθεί – π.χ. η ασθένεια Parkinson ή η γεροντική άνοια του τύπου Alzheimer – συμπτώματα όπως ο πόνος και η δύσπνοια να ελαττωθούν – ενώ σε ασθένειες που οφείλονται σε ανεπάρκεια κάποιων παραγόντων η φυσιολογική λειτουργία μπορεί να αποκατασταθεί.
- Û Η σωματική κατάπτωση δεν μπορεί να ανασταλεί. Όχι – Η τακτική σωματική δραστηριότητα στη μεγάλη ηλικία μπορεί να βελτιώσει τη φυσική απόδοση για 10 – 15 χρόνια. Επίσης, η υιοθέτηση ενός «υγιούς τρόπου ζωής» στη μέση ηλικία (όχι κάπνισμα, αποφυγή του πάχους και τακτική γυμναστική) μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη και να

μειώσει την επακόλουθη βαρύτητα και διάρκεια της ανικανότητας προς το τέλος της ζωής.

- ü Η φροντίδα των ηλικιωμένων είναι σπατάλη χρημάτων. Όχι – η έλλειψη περίθαλψης δεν είναι μόνον απάνθρωπη(βλέπε « Πράξη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων 1998») αλλά συχνά τα δαπανηρά και γι' αυτό παραμελούμενα προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν μακροπρόθεσμα σε υψηλότερες δαπάνες (π.χ. η «φροντίδα» μπορεί να είναι πιο δαπανηρή από τη «θεραπεία»).
- ü Η φροντίδα των ηλικιωμένων χρεοκοπεί το ΕΣΥ. Όχι – είναι αλήθεια ότι οι ηλικιωμένοι κοστίζουν περισσότερο στο ΕΣΥ απ' ότι οι νέοι (εξαιρώντας τη διαχείριση των παιδιών). Ωστόσο, οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν λίγες απαιτήσεις από το ΕΣΥ μέχρι 15 χρόνια πριν τον θάνατό τους. Τα έξοδα για αυτήν την τελική περίοδο είναι παρόμοια σε4 όποια ηλικία και αν επέλθει ο θάνατος, π.χ. 40 ετών, 50 ετών, 60 ετών κλπ. Μάλιστα, ο θάνατος σε αρκετά μεγάλη ηλικία μπορεί να είναι ήπιος και να μην συνεπάγεται υψηλό κόστος.
- ü Όλοι οι ηλικιωμένοι υποφέρουν από μοναξιά και κατάθλιψη, και θα ήταν καλύτερο να πεθάνουν. Όχι – στην πλειονότητά τους οι ηλικιωμένοι δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Στην πραγματικότητα, η καλή ζωή και η απόλαυσή της μπορούν να παρουσιαστούν στα όψιμα χρόνια της ζωής περισσότερο απ' ότι στα αισιόδοξα και παραγωγικά χρόνια που έχουν περάσει. Παρόλο που ο γενικός πληθυσμός πιστεύει ότι βρίσκονται σε αυτή τη θέση.
- ü Οι ηλικιωμένοι είναι άχρηστοι. Όχι – είναι μια πολύτιμη πηγή εμπειριών και ορισμένες φορές, σοφίας. Η πλειονότητα των ατόμων που φροντίζουν άλλους ανθρώπους είναι ηλικιωμένοι και περιλαμβάνει τους παππούδες και τις γιαγιάδες που βοηθούν στην ανατροφή των εγγονιών τους όταν οι γονείς εργάζονται ή

απουσιάζουν. Οι ηλικιωμένοι είναι η σπονδυλική στήλη των εθελοντικών υπηρεσιών!

- Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν περιορισμένο μέλλον και δυσμενή πρόγνωση. Όχι – το προσδόκιμο ζωής σε άτομα που έφτασαν την ηλικία των 65 ετών υπερβαίνει τα 15 χρόνια. Η επιβίωση για πέντε χρόνια ύστερα από αρκετές χειρουργικές και ογκολογικές αγωγές καταγράφεται ως επιτυχία. (Coni & Nicholl & Webster & Wilson, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ ΕΡΕΥΝΑ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Είδος της έρευνας

Η έρευνα που θα σας παρουσιάσουμε είναι ποσοτική. Η ποσοτική έρευνα διευκολύνει στην εύκολη, γρήγορη και με χαμηλό κόστος συλλογή στοιχείων. Είναι ακριβής και αξιόπιστη. Γίνεται χρήση μέσων, όπως είναι τα τεστ, οι μετρήσεις και τα ερευνητικά σχέδια, που επιτρέπουν τον πειραματικό χειρισμό ενός ή περισσότερων μεταβλητών. Στόχος των ποσοτικών μεθόδων είναι η ερμηνεία και ο εντοπισμός αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των μελετώμενων μεταβλητών.

Εν συνέχεια, η ποσοτική έρευνα επικεντρώνεται στην μέτρηση των θεωρητικών εννοιών μέσω εργαλείων όπως το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο. Θεωρητικές έννοιες όπως η κοινωνική απομόνωση ορίζονται με βάση τα συνθετικά τους στοιχεία τα οποία στην συνέχεια προσδιορίζονται εμπειρικά με κατάλληλους δείκτες (π.χ. υπό μορφή ερωτήσεων)

Συγκεκριμένα, χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο σε άτομα τρίτης ηλικίας από 65 ετών και άνω και προς αποφυγήν τυχόν δυσκολιών τους λέγαμε προφορικά τις ερωτήσεις που περιείχε το ερωτηματολόγιο και συμπληρώναμε την απάντηση .

1.2 Σκοπός της έρευνας

Προφανής σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μετά τη συνταξιοδότησή τους. Μέσα από την έρευνα αυτή στοχεύουμε στην εξακρίβωση των συναισθημάτων

που βιώνουν στην καθημερινότητά τους μετά την αποκοπή τους από το εργασιακό περιβάλλον.

1.3 Στόχοι της έρευνας

Οι ειδικότεροι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας ήταν:

- I. Να μελετηθεί η σχέση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους και τα εγγόνια τους, αν υπάρχουν, και τι συναισθήματα βιώνουν όταν βρίσκονται κοντά τους.
- II. Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων για το ποια είναι η κατάσταση της υγείας τους.
- III. Να διαπιστωθεί αν τα άτομα με την είσοδο τους στην Τρίτη ηλικία και κατά τη διάρκειά της, αν εξακολουθούν να ασχολούνται με τα ενδιαφέροντα τους στον ελεύθερο χρόνο τους.
- IV. Να καταγραφούν τα συναισθήματα των ηλικιωμένων για τον θάνατο.
- V. Να καταγραφούν τα συναισθήματά που προξενήθηκαν από τότε που βγήκαν στη σύνταξη.
- VI. Να διερευνηθούν τα συναισθήματα που βιώνουν στην καθημερινότητά τους.

1.4 Ερωτήματα- Υποθέσεις

Τα ποιο βασικά ερωτήματα τα οποία διαπραγματεύεται και γύρω από τα οποία κινείται η ερευνητική μελέτη είναι τα εξής:

- I. Ποια είναι η σχέση με τα παιδιά τους και ποια τα συναισθήματά τους όταν βρίσκονται με τα εγγόνια τους;
- II. Αν έχουν ενδιαφέροντα και ποια είναι αυτά.
- III. Που στρέφονται όταν νιώθουν ανάγκη παρέας;
- IV. Ποια είναι τα συναισθήματά τους τις περισσότερες ώρες της ημέρας;

- V. Αν εγκατέλειψαν πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα τους που είχαν πριν την συνταξιοδότηση.
- VI. Ποια είναι τα συναισθήματά τους από τότε που βγήκαν στη σύνταξη;
- VII. Αν τους έχει απασχολήσει η ιδέα του θανάτου και πως νιώθουν όταν σκέφτονται τον θάνατο.
- VIII. Σε ποιο βαθμό αν γύριζαν πίσω το χρόνο θα άλλαζαν κάτι από τη ζωή τους;
- IX. Σε ποιο βαθμό είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους;

1.5 Δυσκολίες κατά την έρευνα

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας αντιμετωπίσαμε κάποιες δυσκολίες. Μια από τις δυσκολίες που προέκυψαν ήταν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τα άτομα τρίτης ηλικίας, για το λόγο ότι κάποιοι από αυτούς αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας όπως πρόβλημα όρασης, πάρκινσον, καθώς και ανεπαρκής γνώση. Για την αποφυγή των παραπάνω δυσκολιών, διαβάσαμε τις ερωτήσεις που περιείχε το ερωτηματολόγιο και τα άτομα μας απαντούσαν προφορικά και συμπληρώναμε την απάντηση, με αποτέλεσμα να χαθεί πολύτιμος χρόνος. Οφείλουμε να τονίσουμε όμως ότι η πλειοψηφία ανταποκρίθηκε θετικά και συμμετείχε στην έρευνά μας.

2. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας

Ο ερευνητής για να μπορέσει να εξάγει χρήσιμα συμπεράσματα πρέπει να αποφασίσει ποιος είναι ο πληθυσμός που θέλει να μελετήσει σύμφωνα με τα κριτήρια που έχει θέσει. Αυτά τα κριτήρια επιλογής πληθυσμού μπορεί να αφορούν είτε το πεδίο εφαρμογής των συμπερασμάτων της έρευνας είτε μπορεί να συσχετίζονται με τον οικονομικό προϋπολογισμό που έχει στη διάθεσή του. Επίσης ο πληθυσμός διαχωρίζεται σε δυο συνιστώσες, στον πληθυσμό στόχο και στον προσβάσιμο πληθυσμό. Ο πληθυσμός στόχος αποτελείται από όλα τα άτομα που μπορεί να αφορά τον ερευνητή ή και να τους αφορά η έρευνα. Ο προσβάσιμος πληθυσμός είναι εκείνος ο οποίος συμφωνεί με τα δοσμένα κριτήρια και παρέχουν εύκολη προσβασιμότητα στον ερευνητή.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Δήμο Αιγίου και για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο υπό την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας και της ψυχολόγου το οποίο απευθυνόταν σε 100 συνταξιούχους άνω των 65 ετών ανεξάρτητα από την καταγωγή, την οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, εκ των οποίων ήταν 52 γυναίκες και 48 άντρες.

2.2 Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από το Νοέμβριο του 2009 έως και το Φεβρουάριο του 2010 στο Δήμο του Αιγίου.

2.3 Πλαίσια για την μελέτη

Οι χώροι στους οποίους διεξήχθη η έρευνα ήταν τα ΚΑΠΗ και συγκεκριμένα τα ΚΑΠΗ του Αιγίου από άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω

αλλά και από άτομα τα οποία δεν ήταν μέλη σε ΚΑΠΗ (πχ συγγενικά πρόσωπα). Επιλέγει η πόλη του Αιγίου λόγω της καταγωγής μας και λόγω καλύτερης πρόσβασης που μπορούσαμε να έχουμε σε αυτά τα πλαίσια. Για την διεξαγωγή και περάτωση της ερευνητικής διαδικασίας πραγματοποιήθηκε επίσκεψη, στην οποία μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε άτομα και τα περισσότερα από αυτά έγιναν με την δική μας βοήθεια .

2.4 Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

2.5 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Στις ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιείται ευρύτατα η συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Ο ερευνητής αναλαμβάνει α) να μετατρέψει τους σκοπούς που επιδιώκει η έρευνα σε επιμέρους ερωτήσεις β) να προσαρμόσει το ερωτηματολόγιο στα πρόσωπα τα οποία απευθύνεται.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα εύκολο, γρήγορο, οικονομικό μέσον με το οποίο μπορεί ο ερευνητής να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με το αντικείμενο που θέλει να ερευνήσει. Το ερωτηματολόγιο που χορηγήσαμε διέθετε 32 ερωτήσεις κλειστού τύπου, με βάση πέντε θεματικές ενότητες που σκοπό έχουν την συλλογή των ακόλουθων πληροφοριών:

- I. Το πρώτο μέρος προσπαθεί να συλλέξει στοιχεία σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τον ερωτώμενο, (όπως π.χ. φύλο ηλικία), καθώς και την οικογενειακή του κατάσταση ή το εκπαιδευτικό του επίπεδο.
- II. Το δεύτερο μέρος διερευνά τις σχέσεις των ηλικιωμένων με την οικογένειά του.
- III. Το τρίτο μέρος στοχεύει στο να διαπιστωθεί κατά πόσον οι ηλικιωμένοι συνεχίζουν ή παύουν να διατηρούν τα ενδιαφέροντα τους και μετά την είσοδο τους στην συνταξιοδότηση και πως το γεγονός αυτό διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τα υπόλοιπα χρόνια της ζωής τους.
- IV. Το τέταρτο μέρος προσπαθεί να συλλέξει στοιχεία σχετικά με την καθημερινότητα του ηλικιωμένου και πως αυτός την βιώνει και κατά πόσο είναι ευχαριστημένος από την ζωή.
- V. Το πέμπτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την στάση των ηλικιωμένων απέναντι στον θάνατο και ποια τα συναισθήματά τους.

Για την καλύτερη ροή και την ευκολότερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου η σειρά των ερωτήσεων δεν ακολουθεί αυστηρά και την σειρά των θεματικών ενοτήτων που αναφέρθηκαν παραπάνω.

2.6 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν συνταξιούχοι της τρίτης ηλικίας και κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και τέλος δεν περιλάμβανε άτομα μη συνταξιοδοτημένους.

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν .

2.7 Κωδικοποίηση και Στατική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

2.8 Ηθικοί προβληματισμοί και Δεοντολογία

Πριν την διεξαγωγή της έρευνας πάρθηκαν υπόψη οι ακόλουθοι ηθικοί και δεοντολογικοί προβληματισμοί, όσο αυτό ήταν δυνατόν. Το παρόν ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις που κατά την κρίση των ερευνητών είναι πλήρως σχετικές με το αντικείμενο της έρευνας. Οι συμμετέχοντες στις έρευνες πρέπει να ενημερώνονται όσο το δυνατόν περισσότερο για το σκοπό της έρευνας και τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν, και εάν χρειαστεί να εξαπατηθούν, για το σκοπό της έρευνας, αυτό να γίνει με τον λιγότερο ανώδυνο τρόπο. Ούτε βέβαια να κινδυνεύσουν σωματικά και ψυχικά οι συμμετέχοντες, είτε κατά τη διάρκεια της έρευνας, είτε μετέπειτα. Οι ερευνητές έκριναν ότι εξαπάτηση δεν χρειαζόταν και οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό της έρευνας όπως και για την διαδικασίας της.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνά έλαβαν μέρος 100 άτομα τρίτης ηλικίας. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

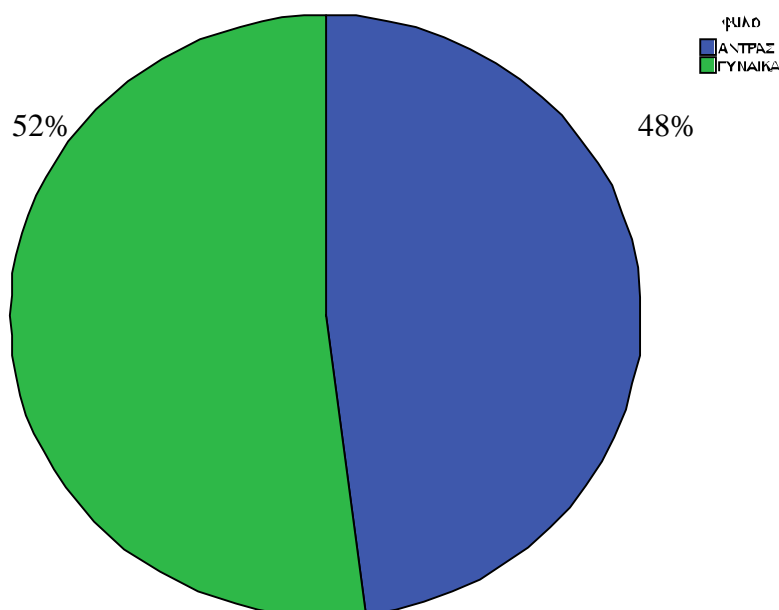
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα.

Το 52% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες και το 48% άντρες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΑΝΤΡΕΣ	48	48,0
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	52	52,0
Total	100	100,0

Σχήμα 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

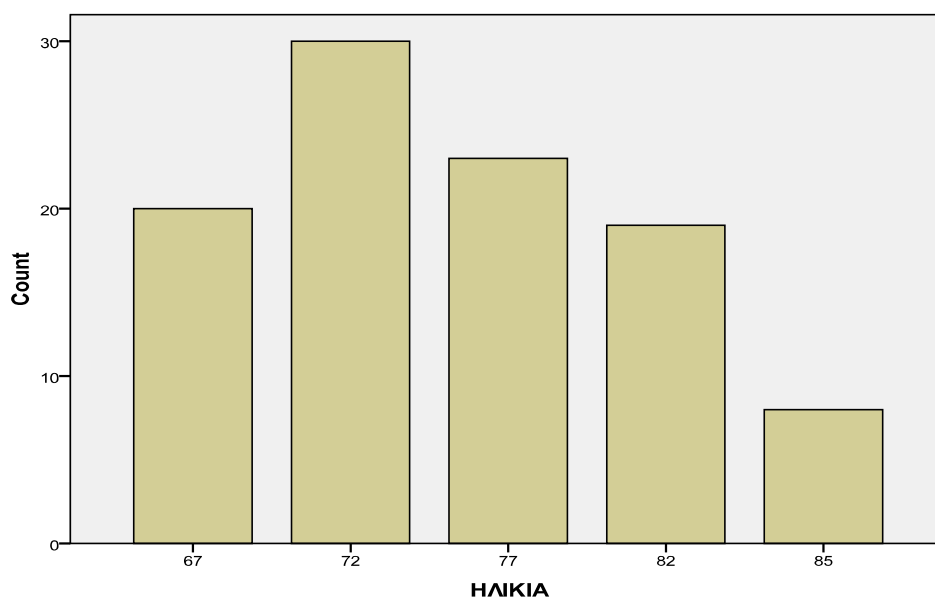


Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 65 ετών και 85 και άνω. Το 30 % των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 72 ετών. (έχει χρησιμοποιηθεί η μέση τιμή κάθε ηλικίας δηλαδή η ηλικία των 65 έως 69 η μέση τιμή είναι το 67). Το 20% ήταν ηλικίας 67 ετών, το 23% ήταν ηλικίας 77 ετών, το 19% ήταν ηλικίας 82 ετών και πολύ μικρό ποσοστό 8% αφορά ηλικίες από 85 ετών και άνω. (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
67ετών	20	20,0
72ετών	30	30,0
77ετών	23	23,0
82ετών	19	19,0
85και άνω	8	8,0
Total	100	100,0

Σχήμα 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

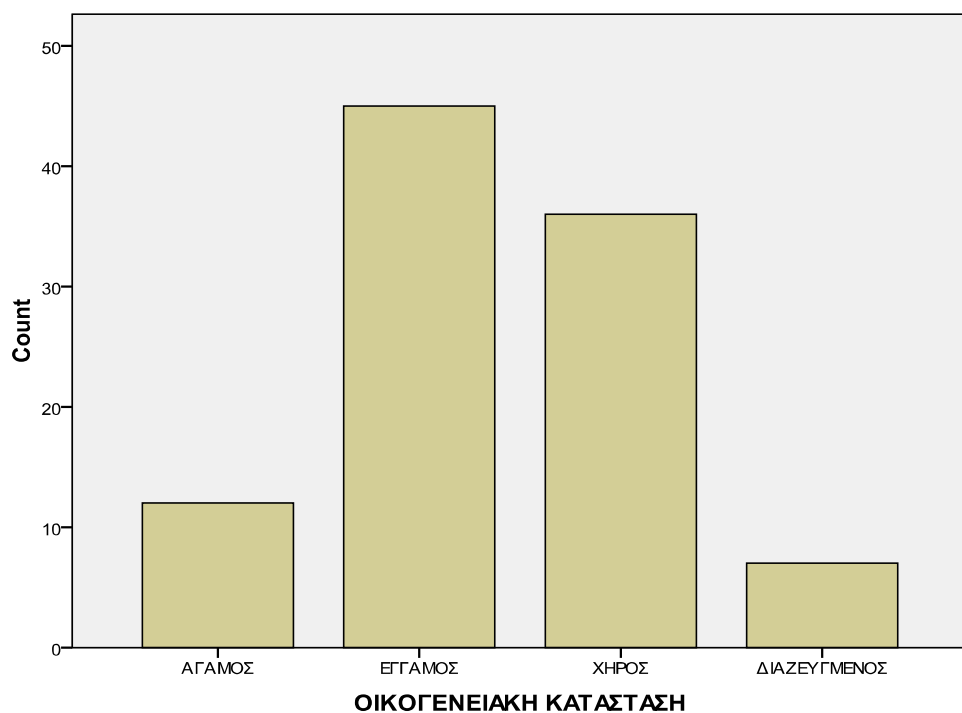


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων δήλωσαν είτε άγαμοι (12%) είτε έγγαμοι (45%) είτε χήροι (36%) και μόλις 7 άτομα (7 %) διαζευγμένοι. (Πίνακας 3, Σχήμα 3)

Πίνακας 3: Κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΑΓΑΜΟΣ	12	12,0
ΕΓΓΑΜΟΣ	45	45,0
ΧΗΡΟΣ	36	36,0
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟ	7	7,0
Σ		
Total	100	100,0

Σχήμα 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.



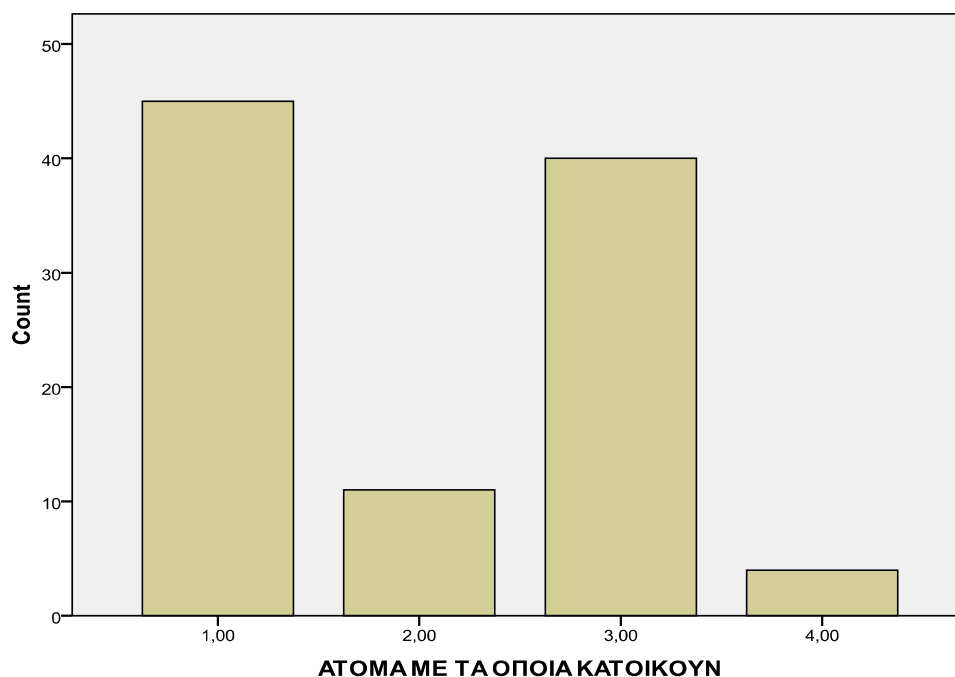
Τα 45 άτομα (45%) δήλωσαν ότι μένουν με τον/την σύζυγο, τα 11 άτομα (11%) μένουν με τα παιδιά, τα 40 άτομα (40%) μένουν μόνοι και τέλος τα 4 άτομα (4%) δήλωσαν “κάτι άλλο”.

(Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με ποια άτομο κατοικούν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΣΥΖΥΓΟΣ/Ο	45	45,0
ΠΑΙΔΙΑ	11	11,0
ΜΟΝΟΣ /Η	40	40,0
ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	4	4,0
Total	100	100,0

Σχήμα 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων ανάλογα με ποια άτομα συγκατοικούν.



Τα 28 άτομα (28%) δήλωσαν ότι η επικοινωνία με τον/ την σύντροφο είναι καλή, τα 18 άτομα (18%) δήλωσαν ότι είναι μέτρια και τέλος 2 άτομα δήλωσαν ότι είναι κακή. Τα 52 άτομα (52%) περιλαμβάνει τους χήρους/ ες και τους άγαμους/ ες (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποια είναι η επικοινωνία με τον/την σύντροφο.

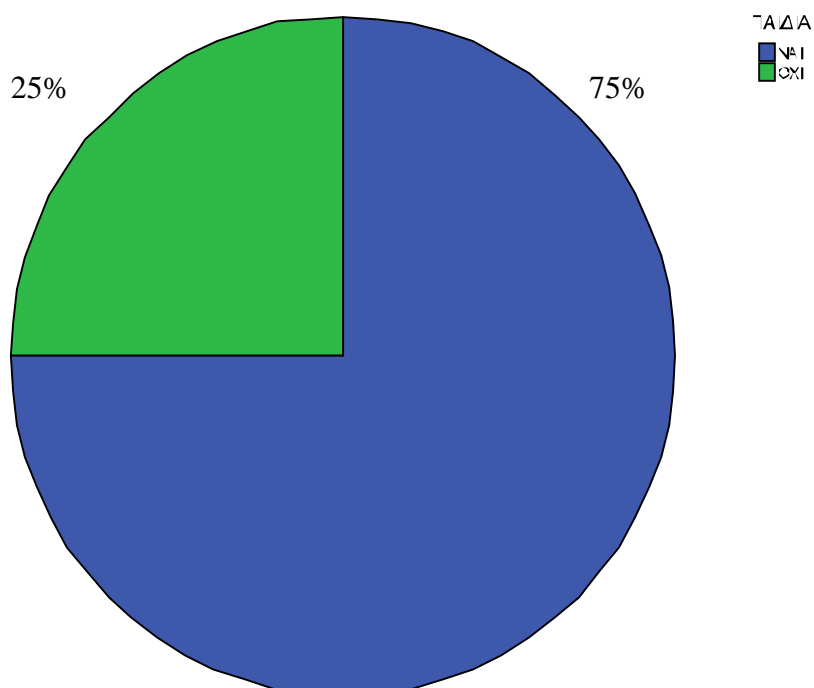
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
0	52	52,0
ΚΑΛΗ	28	28,0
ΜΕΤΡΙΑ	18	18,0
ΚΑΚΗ	2	2,0
Total	100	100,0

Ένα αρκετά υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων 75 άτομα (75%) δήλωσαν ότι έχουν παιδιά ενώ 25 άτομα (25%) δεν έχουν παιδιά (Πίνακας 6, Σχήμα 5).

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν παιδιά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΝΑΙ	75	75,0
ΟΧΙ	25	25,0
Total	100	100,0

Σχήμα 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων ανάλογα με το αν έχουν παιδιά.



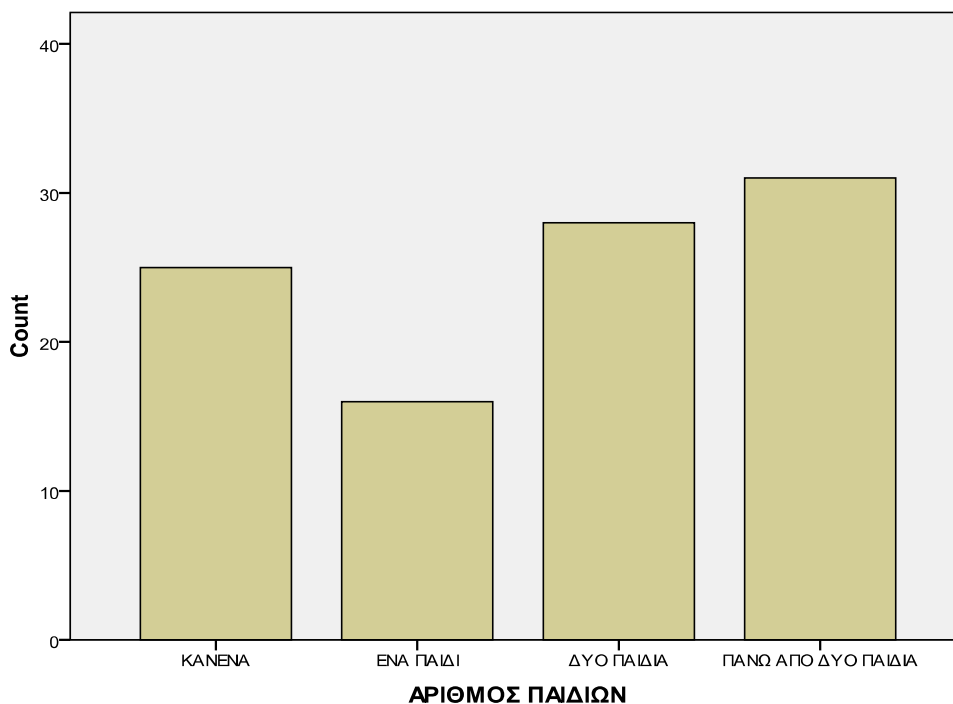
Στην ερώτηση για το πόσα παιδιά έχουν, τα 31 άτομα (31%) απάντησαν πως έχουν πάνω από δύο παιδιά, τα 28 άτομα (28%) έχουν

δύο παιδιά, ένα παιδί έχουν 16 άτομα (16%) ενώ 25 άτομα (25%) δεν έχουν κανένα παιδί (Πίνακας 7, Σχήμα 6).

Πίνακας 7: Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΚΑΝΕΝΑ	25	25,0
ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ	16	16,0
ΔΥΟ ΠΑΙΔΙΑ	28	28,0
ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΔΥΟ ΠΑΙΔΙΑ	31	31,0
Total	100	100,0

Σχήμα 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών.

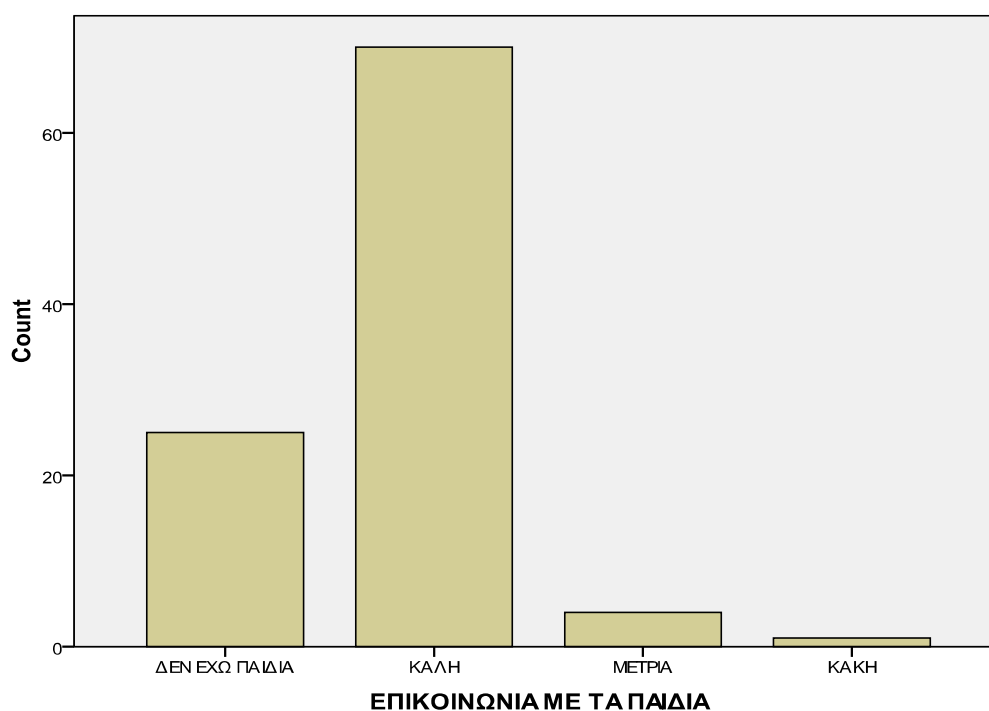


Το 70% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι η επικοινωνία με τα παιδιά τους είναι καλή, το 4% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι είναι μέτρια και μόλις 1 άτομα δήλωσε πως είναι κακή, το 25% απάντησε ότι δεν έχουν παιδιά(Πίνακας 8, Σχήμα 7).

Πίνακας 8: Κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με την επικοινωνία με τα παιδιά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΙΔΙΑ	25	25,0
ΚΑΛΗ	70	70,0
ΜΕΤΡΙΑ	4	4,0
ΚΑΚΗ	1	1,0
Total	100	100,0

Σχήμα 7: Γραφική παράσταση των απαντήσεων ανάλογα με την επικοινωνία με τα παιδιά.

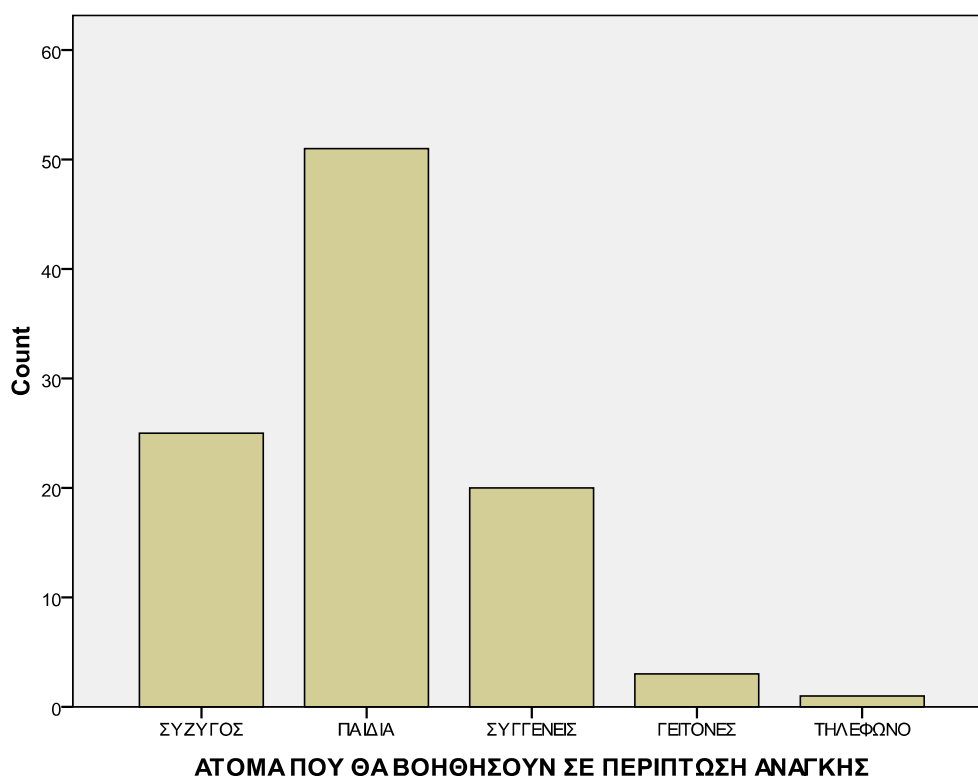


Ένα ποσοστό λίγο μεγαλύτερο του μισού των ερωτηθέντων (51%) δήλωσαν πως τα παιδιά τους θα βοηθήσουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, τα 25% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως θα βοηθήσει ο/ η σύζυγος, το 20% δήλωσε τους συγγενείς, το 3% απάντησε τους γείτονες και 1 μόλις άτομο απάντησε ότι θα χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο έκτακτης ανάγκης. (Πίνακας 9, Σχήμα 8)

Πίνακας 9: Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με το ποια άτομα θα βοηθήσουν σε περίπτωση ανάγκης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΣΥΖΥΓΟΣ	25	25,0
ΠΑΙΔΙΑ	51	51,0
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	20	20,0
ΓΕΙΤΟΝΕΣ	3	3,0
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	1	1,0
Total	100	100,0

Σχήμα 8: Γραφική παράσταση των απαντήσεων με τα άτομα που θα βοηθήσουν σε περίπτωση ανάγκης.

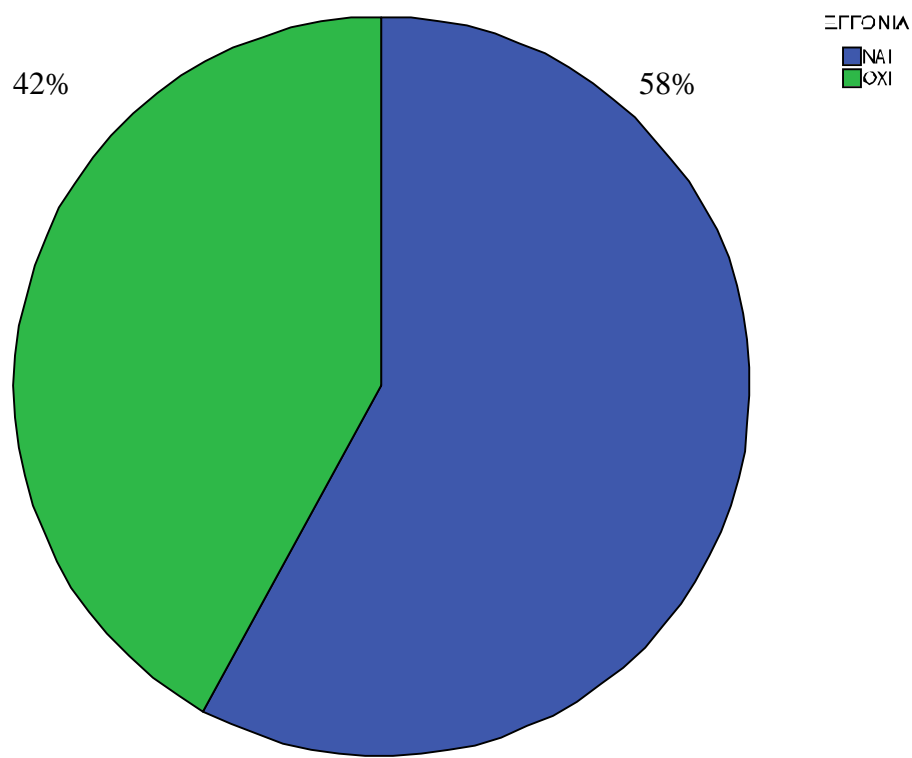


Τα 58 άτομα (58%) απάντησε ότι έχουν εγγόνια, και 42 άτομα (42%) απάντησε πως δεν έχει εγγόνια (Πίνακας 10, Σχήμα 9).

Πίνακας 10: Κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με το αν έχουν εγγόνια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΝΑΙ	58	58,0
ΟΧΙ	42	42,0
Total	100	100,0

Σχήμα 9: Γραφική παράσταση των απαντήσεων ανάλογα με το αν έχουν εγγόνια.

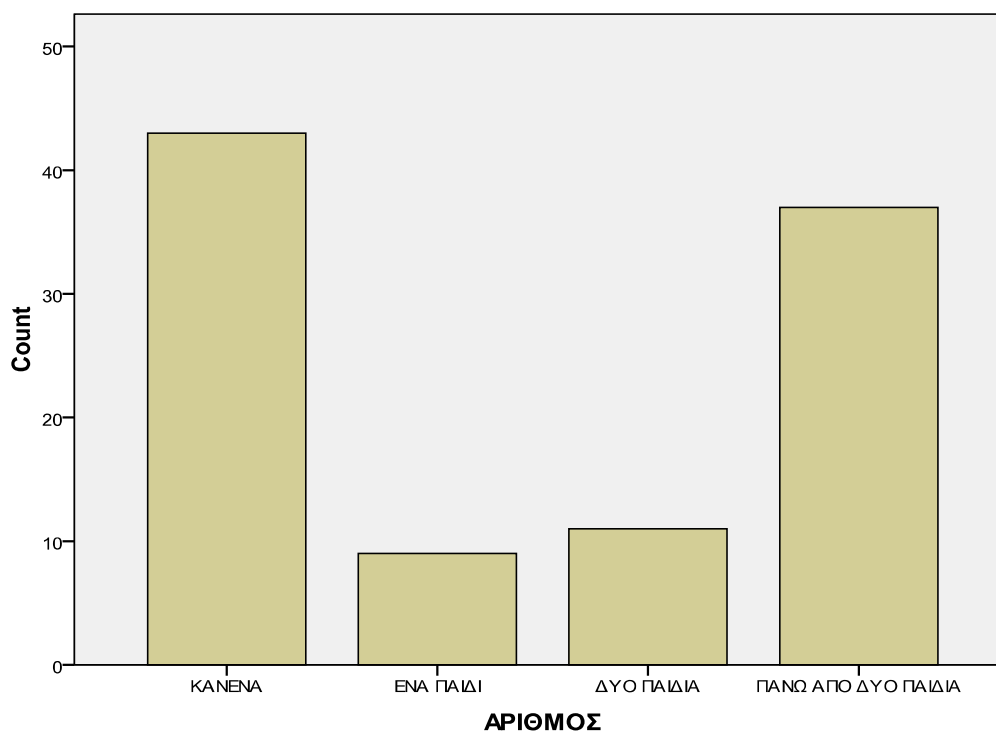


Το 37% των ερωτηθέντων απάντησε πως έχει πάνω από δυο εγγόνια, το 11% απάντησε πως έχουν 2 εγγόνια, τα 9 άτομα (9 %) έχουν 1 εγγόνι και τέλος το 43% απάντησε πως δεν έχουν εγγόνια (Πίνακας 11, Σχήμα 10).

Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των εγγονιών

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΚΑΝΕΝΑ	43	43,0
ΕΝΑ ΕΓΓΟΝΙ	9	9,0
ΔΥΟ ΕΓΓΟΝΙΑ	11	11,0
ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΔΥΟ ΕΓΓΟΝΙΑ	37	37,0
Total	100	100,0

Σχήμα 10: Γραφική παράσταση των απαντήσεων ανάλογα με τον αριθμό των εγγονιών.



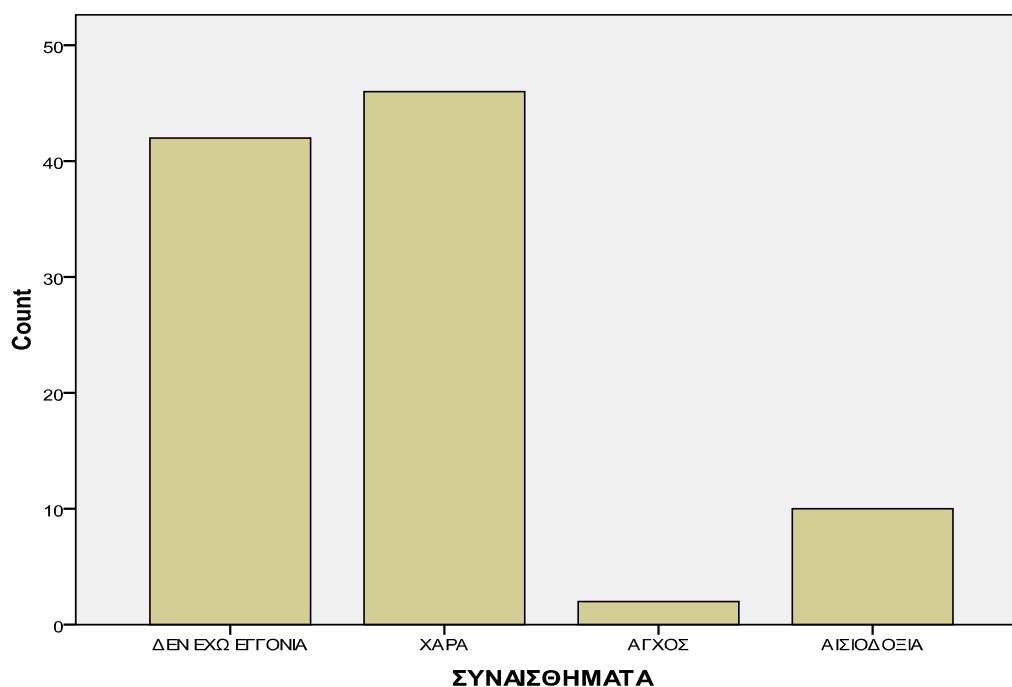
Σχεδόν το μισό ποσοστό των ερωτηθέντων 46 άτομα (46%) απάντησαν πως νιώθουν χαρά όταν βρίσκονται με τα εγγόνια τους, τα 10 άτομα απάντησαν πως νιώθουν αισιοδοξία και μόλις 2 άτομα απάντησαν

πως νιώθουν άγχος, τέλος 42 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν εγγόνια (Πίνακας 12, Σχήμα 11)

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα συναισθήματα που νιώθουν όταν βρίσκονται με τα εγγόνια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΓΓΟΝΙΑ	42	42,0
ΧΑΡΑ	46	46,0
ΑΓΧΟΣ	2	2,0
ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	10	10,0
Total	100	100,0

Σχήμα 11: Γραφική παράσταση των απαντήσεων με τα συναισθήματα που νιώθουν όταν βρίσκονται με τα εγγόνια τους.

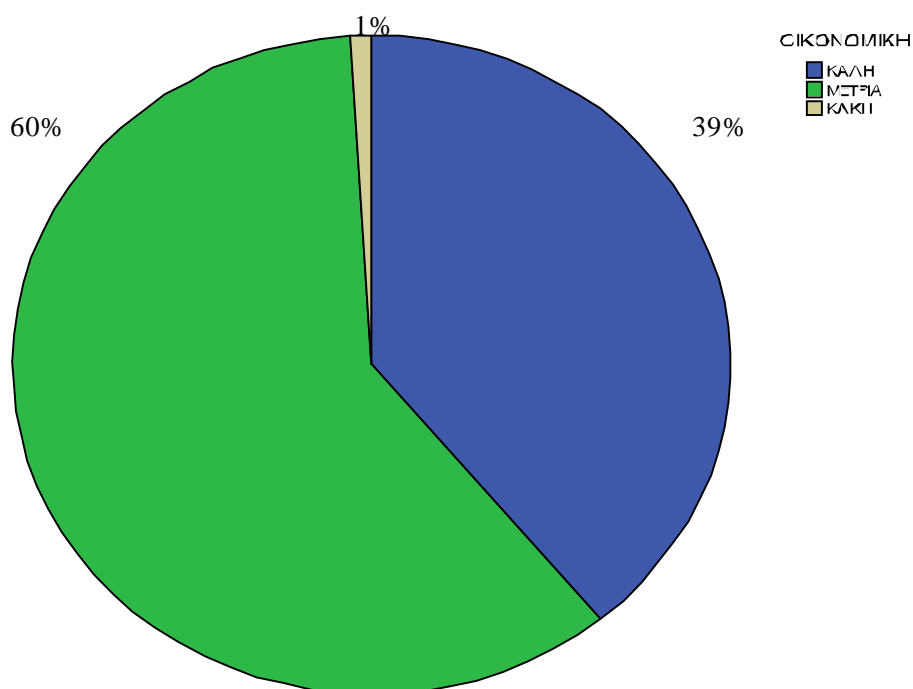


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (60%) δήλωσαν πως η οικονομική τους κατάσταση είναι μέτρια, το 39% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είναι καλή, ενώ 1 άτομο δήλωσε πως είναι κακή (Πίνακας 13, Σχήμα 12).

Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΚΑΛΗ	39	39,0
ΜΕΤΡΙΑ	60	60,0
ΚΑΚΗ	1	1,0
Total	100	100,0

Σχήμα 12: Γραφική παράσταση των απαντήσεων σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση.

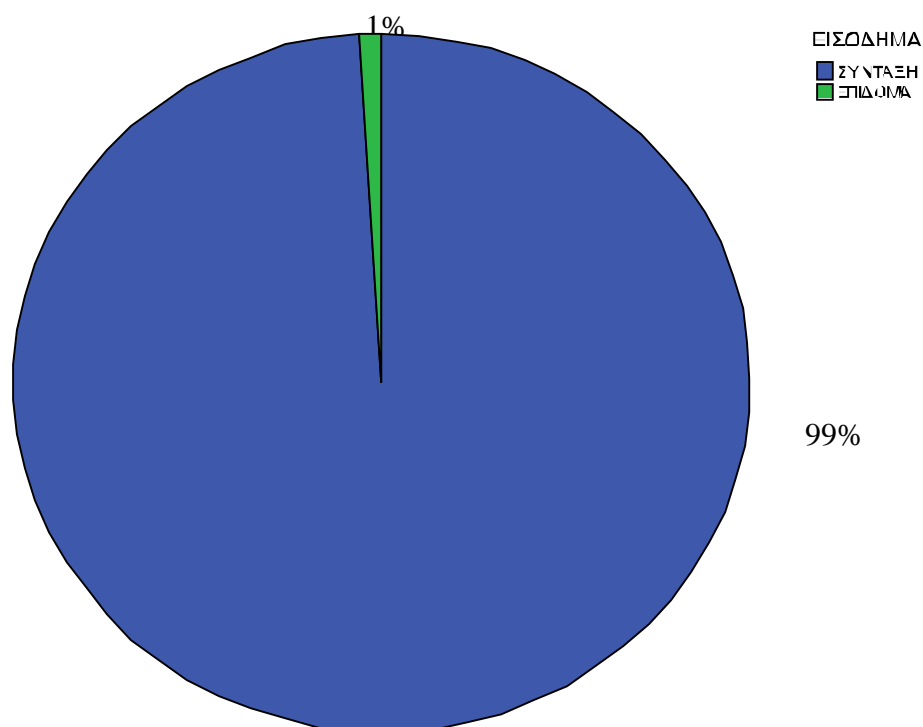


Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες (99%) απάντησαν πως πηγή εισοδήματος είναι η σύνταξη και μόνο 1 άτομο απάντησε πως παίρνει επίδομα (Πίνακας 14, Σχήμα 13).

Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις πηγές εισοδήματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΣΥΝΤΑΞΗ	99	99,0
ΕΠΙΔΟΜΑ	1	1,0
Total	100	100,0

Σχήμα 13: Γραφική παράσταση του δείγματος ανάλογα με τις πηγές εισοδήματος.

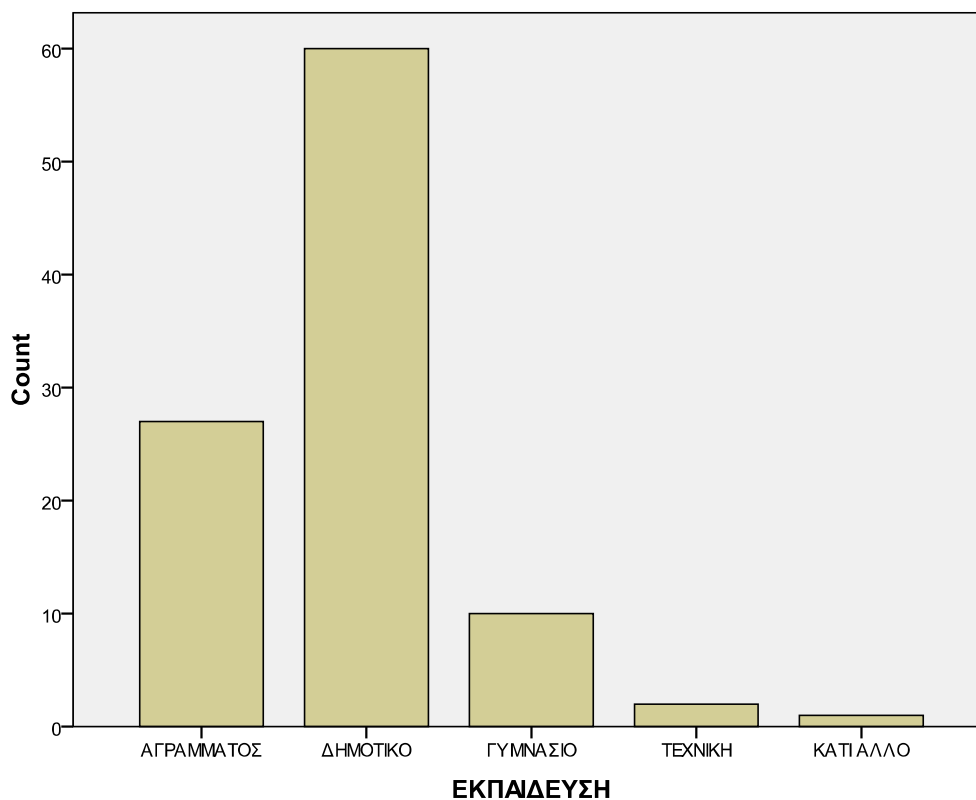


Ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων 60 άτομα (60%) απάντησαν πως το μορφωτικό τους επίπεδο είναι το δημοτικό, τα 27 άτομα (27%) απάντησαν πως είναι αγράμματοι, τα 10 άτομα (10%) απάντησαν πως έχουν τελειώσει γυμνάσιο, τα 2 άτομα (2%) έχουν παρακολουθήσει κάποια τέχνη και 1 άτομο δήλωσε “ κάτι άλλο” (Πίνακας 15, Σχήμα 14).

Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	27	27,0
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	60	60,0
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	10	10,0
ΤΕΧΝΙΚΗ	2	2,0
ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	1	1,0
Total	100	100,0

Σχήμα 14: Γραφική παράσταση ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.

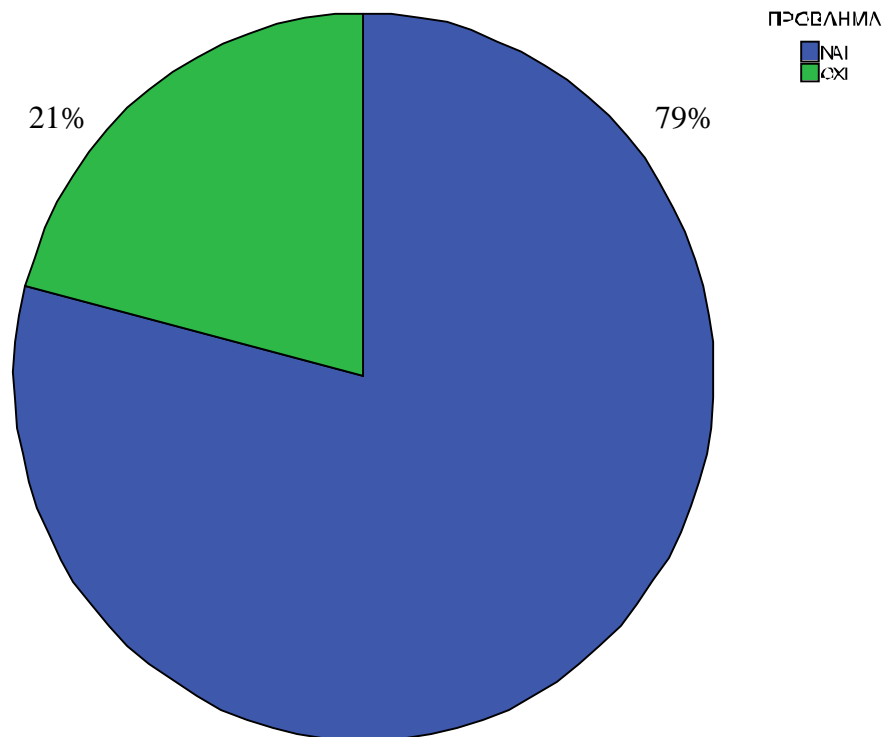


Το υψηλότερο ποσοστό των ερωτηθέντων 79 άτομα (79%) δήλωσαν πως έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας αντιθέτως, 21 άτομα (21%) δεν τους απασχολεί κάποιο πρόβλημα υγείας (Πίνακας 16, Σχήμα 15).

Πίνακας 16: Κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με το αν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΝΑΙ	79	79,0
ΟΧΙ	21	21,0
Total	100	100,0

Σχήμα 15: Γραφική παράσταση του δείγματος ανάλογα με το αν τους απασχολεί κάποιο πρόβλημα υγείας.

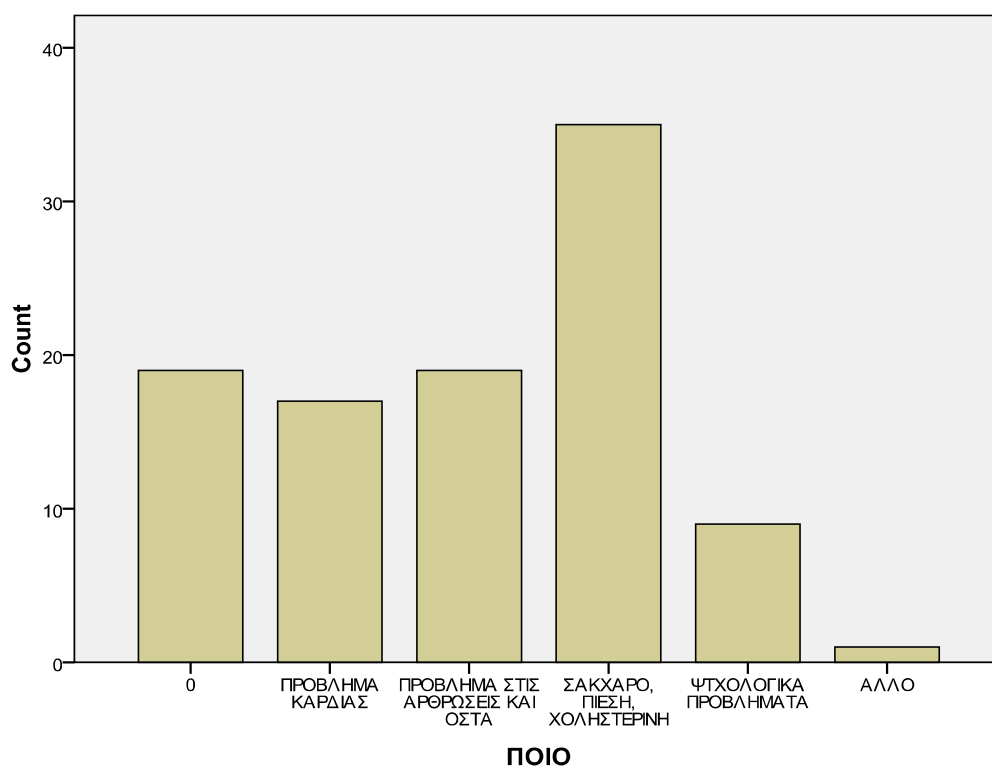


Ένα ποσοστό μικρότερο του μισού των ερωτηθέντων 35 άτομα (35%) απάντησαν πως το πρόβλημα υγείας που τους απασχολεί είναι σάκχαρο, αρτηριακή πίεση, χοληστερίνη, τα 19 άτομα (19%) απάντησαν πως έχουν προβλήματα στις αρθρώσεις και τα οστά, τα 17 άτομα (17%) απάντησαν πως έχουν πρόβλημα καρδιάς και τέλος τα 19 άτομα (19%) δήλωσαν πως είναι υγιείς .(Πίνακας 17, Σχήμα 16)

Πίνακας 17: Καταγραφή του δείγματος ανάλογα με το πρόβλημα υγείας που τους απασχολεί.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
0	19	19,0
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΡΔΙΑΣ	17	17,0
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΙΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΣΤΑ	19	19,0
ΣΑΚΧΑΡΟ, ΠΙΕΣΗ ,ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	35	35,0
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	9	9,0
ΑΛΛΟ	1	1,0
Total	100	100,0

Σχήμα 16: Γραφική παράσταση του δείγματος ανάλογα με το πρόβλημα υγείας που τους απασχολεί.

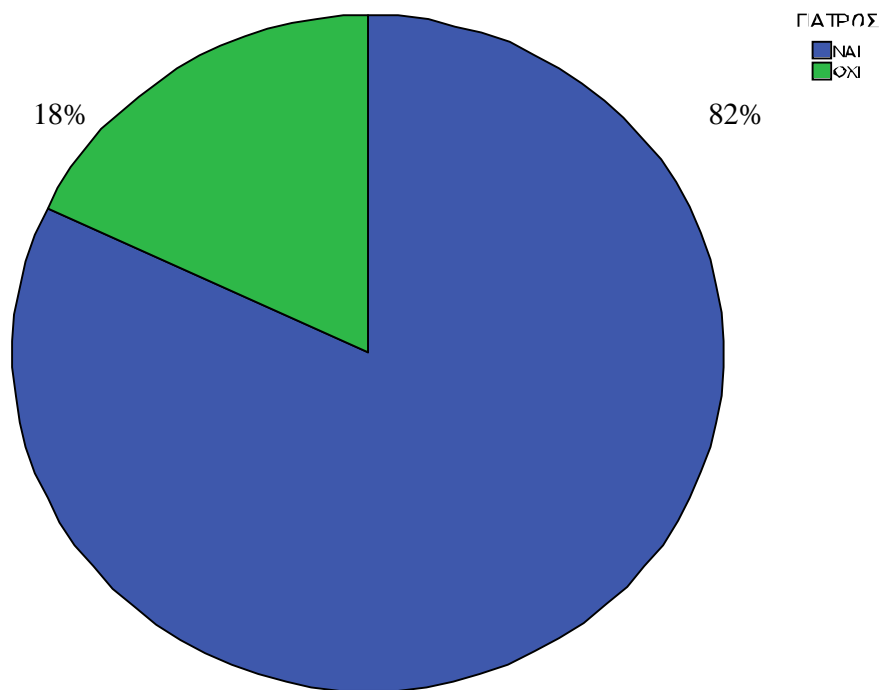


Αρκετά μεγάλο ποσοστό (82%) απάντησαν πως παρακολουθούνται από γιατρό ενώ μόλις το 18% των ερωτηθέντων απάντησαν πως δεν παρακολουθούνται από γιατρό (Πίνακας 18, Σχήμα 17).

Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον παρακολουθούνται από γιατρό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΝΑΙ	82	82,0
ΟΧΙ	18	18,0
Total	100	100,0

Σχήμα 17: Γραφική παράσταση των απαντήσεων ανάλογα με το αν παρακολουθούνται από γιατρό.



Ένα ποσοστό λίγο μεγαλύτερο του μισού των ερωτηθέντων (51%) παρακολουθούνται από γιατρό πάνω από τρεις μήνες , οι 18 ερωτηθέντες (18%) κάθε τρεις μήνες, οι 7 ερωτηθέντες (7%) κάθε δυο μήνες, οι 6 ερωτηθέντες (6%) κάθε μήνα ενώ 18 ερωτηθέντες (18%) δεν παρακολουθείται από γιατρό (Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάθε πότε παρακολουθούνται από γιατρό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΔΕΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΜΕ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ ΚΑΘΕ ΔΥΟ ΜΗΝΕΣ	18	18,0
	7	7,0

ΚΑΘΕ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ	18	18,0
ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ	51	51,0
ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ	6	6,0
Total	100	100,0

Όλοι οι ερωτηθέντες(100%) έχουν ενδιαφέροντα (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος των απαντήσεων ανάλογα με το αν έχουν ενδιαφέροντα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΝΑΙ	100	100,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (23%) απάντησαν πώς τον ελεύθερο χρόνο τους πηγαίνουν εκκλησία, 22% των ερωτηθέντων πηγαίνει για περπάτημα, το 18% ασχολείται με δουλειές στο σπίτι, τα 10 άτομα (10%) πηγαίνει στο καφενείο, 8 άτομα (8%) ασχολείται με τα εγγόνια, το 7% διαβάζει, το 5% ασχολείται με την κηπουρική, το 4% απάντησε κάτι άλλο, τα 2 άτομα βλέπουν τηλεόραση, τέλος 1 άτομο από τους ερωτηθέντες απάντησε πως κεντάει ή πλέκει (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με ποια ενδιαφέροντα ασχολούνται.

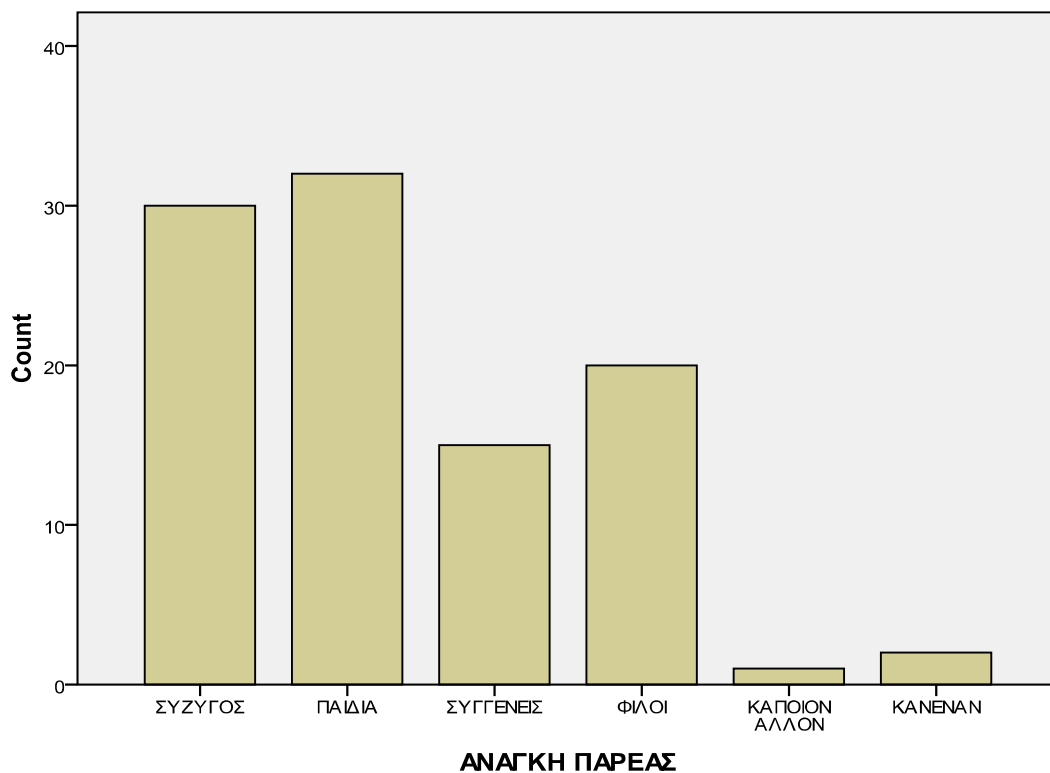
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ	22	22,0
ΕΚΚΛΗΣΙΑ	23	23,0
ΕΓΓΟΝΙΑ	8	8,0
ΚΗΠΟΥΡΙΚΗ	5	5,0
ΔΟΥΛΕΙΕΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	18	18,0
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	7	7,0
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	2	2,0
ΠΛΕΞΙΜΟ, ΚΕΝΤΗΜΑ	1	1,0
ΚΑΦΕΝΕΙΟ	10	10,0
ΆΛΛΟ	4	4,0
Total	100	100,0

Το 32% των ερωτηθέντων στην ερώτηση που απευθύνεται όταν νιώθουν την ανάγκη για παρέα σε ποια άτομα στρέφονται απάντησαν στα παιδιά τους, το 30% των ερωτηθέντων στρέφονται στον/ ην σύζυγο, το 20% απάντησαν σε φίλους, το 15% σε συγγενείς, το 2% δεν στρέφεται σε κανέναν και μόλις 1 άτομο σε κάποιον άλλον (Πίνακας 22, Σχήμα 18).

Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα σε ποια άτομα στρέφονται όταν νιώθουν ανάγκη παρέας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΣΥΖΥΓΟΣ	30	30,0
ΠΑΙΔΙΑ	32	32,0
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	15	15,0
ΦΙΛΟΙ	20	20,0
ΚΑΠΟΙΟΝ ΑΛΛΟΝ	1	1,0
ΚΑΝΕΝΑΝ	2	2,0
Total	100	100,0

Σχήμα 18: Γραφική παράσταση ανάλογα σε ποια άτομα στρέφονται όταν νιώθουν ανάγκη παρέας.

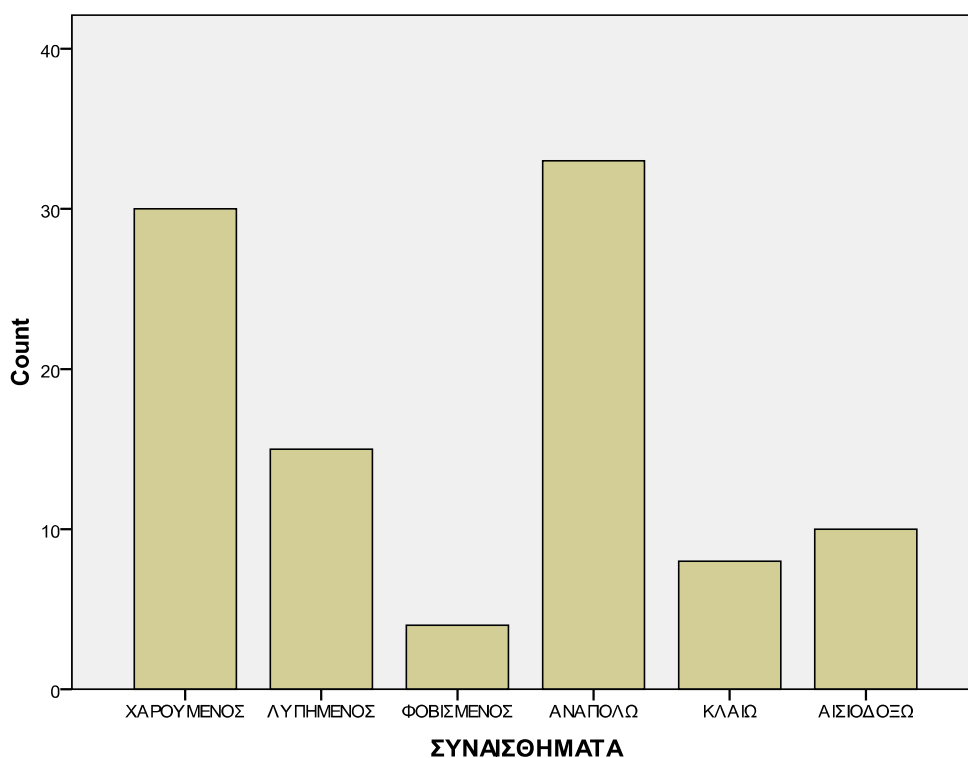


Στην ερώτηση ποια τα συναισθήματά τους κατά την διάρκεια της ημέρας το 33% των ερωτηθέντων αναπολούν , οι 30 ερωτηθέντες (30%) νιώθουν χαρούμενοι, οι 15 ερωτηθέντες (15%) νιώθουν λυπημένοι, οι 10 ερωτηθέντες (10%) νιώθουν αισιοδοξία, οι 8 ερωτηθέντες (8%) κλαίνε και οι 4 ερωτηθέντες (4%) νιώθουν φόβο (Πίνακας 23, Σχήμα 19).

Πίνακας 23: Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με τα συναισθήματα τους κατά τη διάρκεια της ημέρας

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Percent
ΧΑΡΟΥΜΕΝΟΣ	30	30,0
ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ	15	15,0
ΦΟΒΙΣΜΕΝΟΣ	4	4,0
ΑΝΑΠΟΛΩ	33	33,0
ΚΛΑΙΩ	8	8,0
ΑΙΣΙΟΔΟΞΩ	10	10,0
Total	100	100,0

Σχήμα 19: Γραφική παράσταση ανάλογα με τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια της ημέρας.



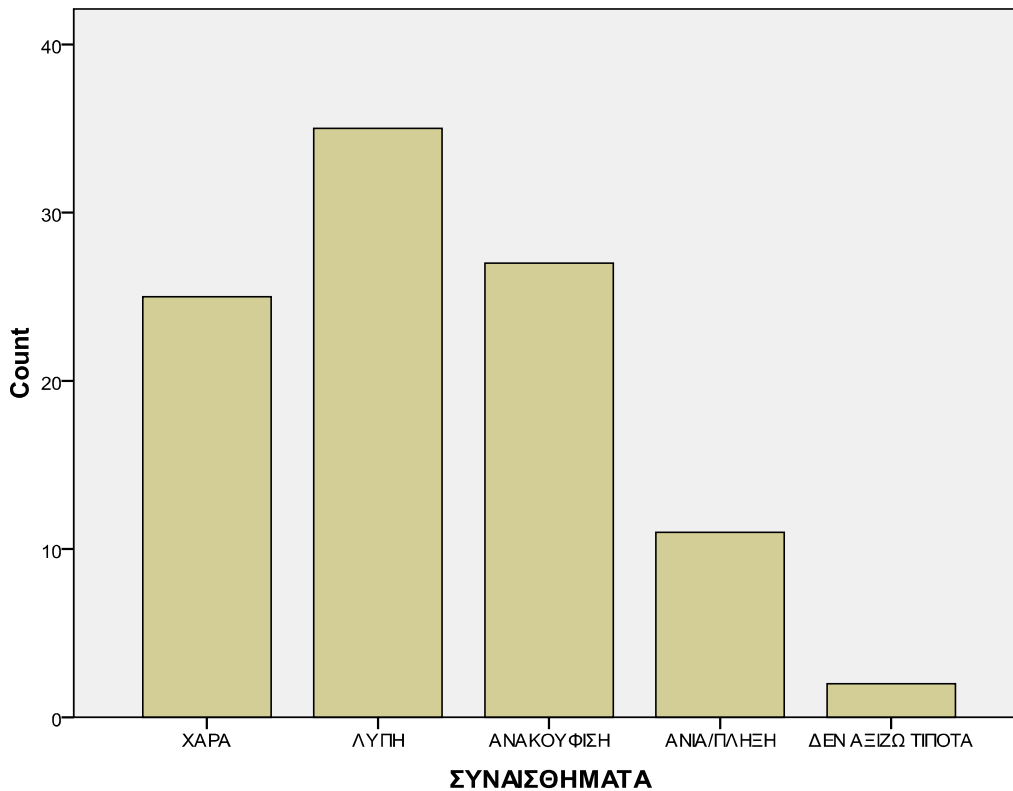
Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (35%) απάντησε πως νιώθει λύπη από τη στιγμή που βγήκε σε σύνταξη, τα 27 άτομα (27%) νιώθει ανακούφιση, 25 άτομα (25%) είναι χαρούμενοι, 11 άτομα (11%) νιώθει ανία / πλήξη και μόλις 2 άτομα νιώθουν πως δεν αξίζουν τίποτα. (Πίνακας 24, Σχήμα 20)

Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα συναισθήματά τους από τότε που βγήκαν στη σύνταξη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΧΑΡΑ	25	25,0
ΛΥΠΗ	35	35,0
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ	27	27,0
ΑΝΙΑ / ΠΛΗΞΗ	11	11,0

ΔΕΝ ΑΞΙΖΩ ΤΙΠΟΤΑ	2	2,0
Total	100	100,0

Σχήμα 20: Γραφική παράσταση ανάλογα με τα συναισθήματα τους από τότε που βγήκαν στη σύνταξη.

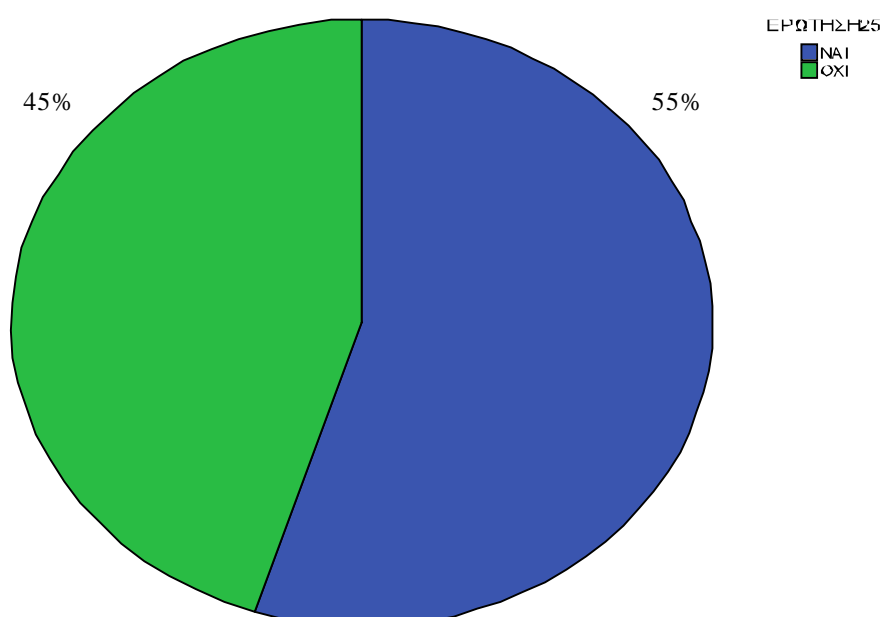


Μοιρασμένα είναι σχεδόν τα ποσοστά (55 άτομα – ποσοστό 55%) ανάμεσα στους ερωτηθέντες που έχουν εγκαταλείψει τα ενδιαφέροντα που είχαν πριν τη συνταξιοδότησή τους ενώ 45 άτομα (45%) δεν τα έχουν εγκαταλείψει, (Πίνακας 25, Σχήμα 21).

Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν εγκαταλείψει τα ενδιαφέροντα τους που είχαν πριν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΝΑΙ	55	55,0
ΟΧΙ	45	45,0
Total	100	100,0

Σχήμα 21: Γραφική παράσταση ανάλογα με το αν έχουν εγκαταλείψει τα ενδιαφέροντα τους.

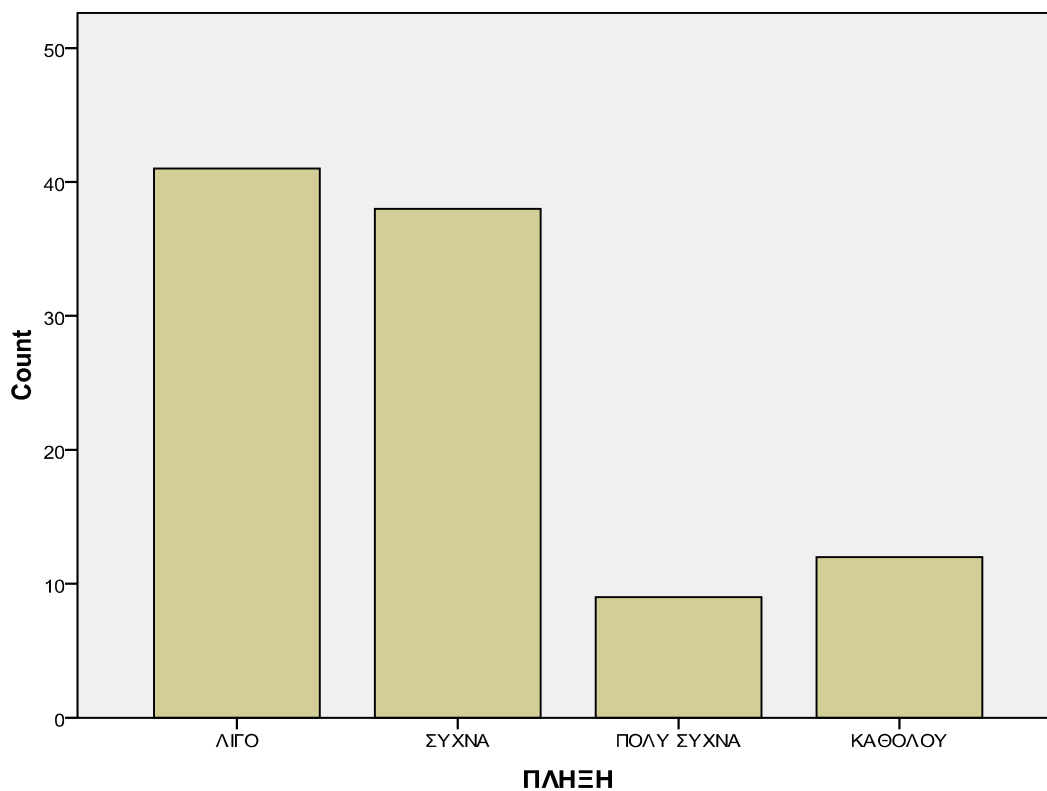


Το 41% των ερωτηθέντων απάντησε πως νιώθει λίγο πλήξη, το 38% νιώθει συχνά πλήξη, το 12% των ερωτηθέντων δεν νιώθει καθόλου πλήξη και τέλος το 9% των ερωτηθέντων νιώθει πολύ συχνά πλήξη (Πίνακας 26, Σχήμα 22).

Πίνακας 26: Κατανομή των απαντήσεων ανάλογα με το αν νιώθουν πλήξη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΛΙΓΟ	41	41,0
ΣΥΧΝΑ	38	38,0
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	9	9,0
ΚΑΘΟΛΟΥ	12	12,0
Total	100	100,0

Σχήμα 22: Γραφική παράσταση του δείγματος ανάλογα με το βαθμό που αισθάνονται πλήξη.

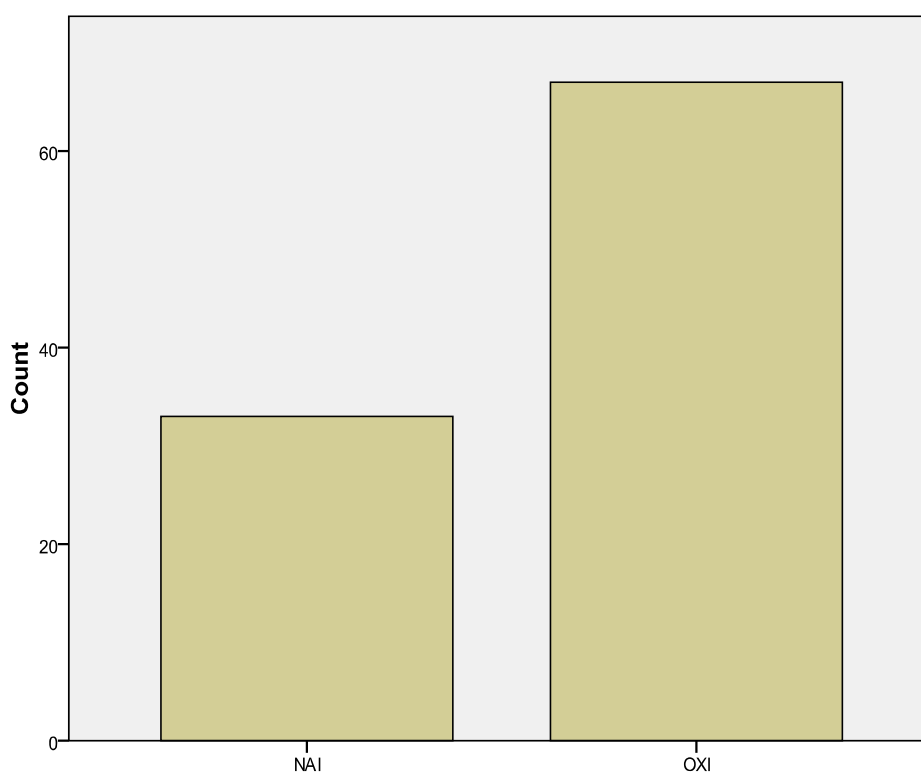


Το υψηλότερο ποσοστό των ερωτηθέντων (67%) δεν προτιμούν να μένουν σπίτι ενώ 33 άτομα (33%) προτιμά να μένει σπίτι (Πίνακας 27, Σχήμα23).

Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν προτιμούν να μένουν σπίτι ή να βγαίνουν έξω.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΝΑΙ	33	33,0
ΟΧΙ	67	67,0
Total	100	100,0

Σχήμα 23: Γραφική παράσταση του δείγματος σε σχέση με το αν προτιμούν να μένουν σπίτι ή να βγαίνουν έξω.

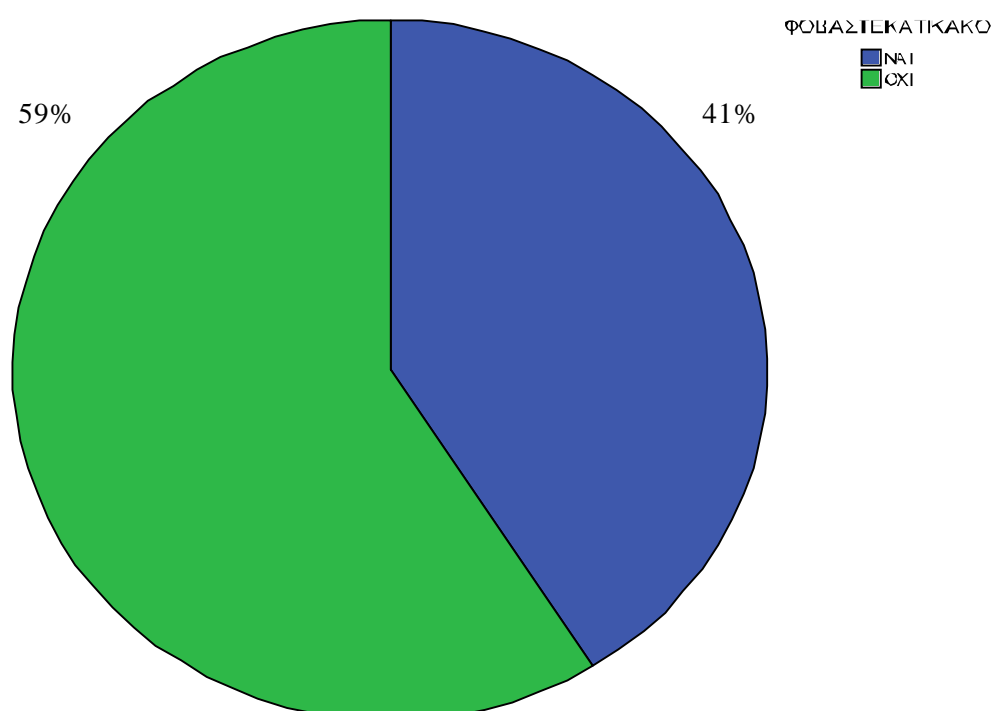


Μοιρασμένα είναι σχεδόν τα ποσοστά στην ερώτηση εάν φοβούνται ότι θα τους συμβεί κάτι κακό, το 59% των ερωτηθέντων δεν φοβούνται ενώ το 41% των ερωτηθέντων φοβούνται (Πίνακας 28, Σχήμα 24).

Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν φοβούνται ότι θα τους συμβεί κάτι κακό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΝΑΙ	41	41,0
ΟΧΙ	59	59,0
Total	100	100,0

Σχήμα 24: Γραφική παράσταση του δείγματος ανάλογα με τον αν φοβούνται πως θα τους συμβεί κάτι κακό.

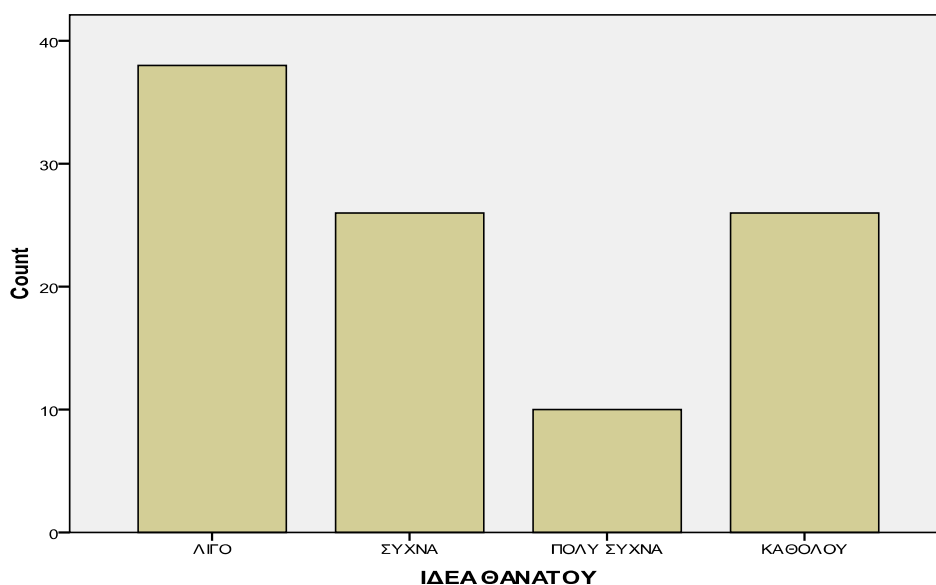


Το 38% των ερωτηθέντων απάντησαν πως τους έχει απασχολήσει λίγο η ιδέα του θανάτου, το 26% απάντησε συχνά ή και καθόλου και το 10% απάντησαν πολύ συχνά (Πίνακας 29, Σχήμα 25).

Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα σε ποιο βαθμό τους έχει απασχολήσει η ιδέα του θανάτου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΛΙΓΟ	38	38,0
ΣΥΧΝΑ	26	26,0
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	10	10,0
ΚΑΘΟΛΟΥ	26	26,0
Total	100	100,0

Σχήμα 25: Γραφική παράσταση του δείγματος ανάλογα σε πιο βαθμό τους έχει απασχολήσει η ιδέα του θανάτου.

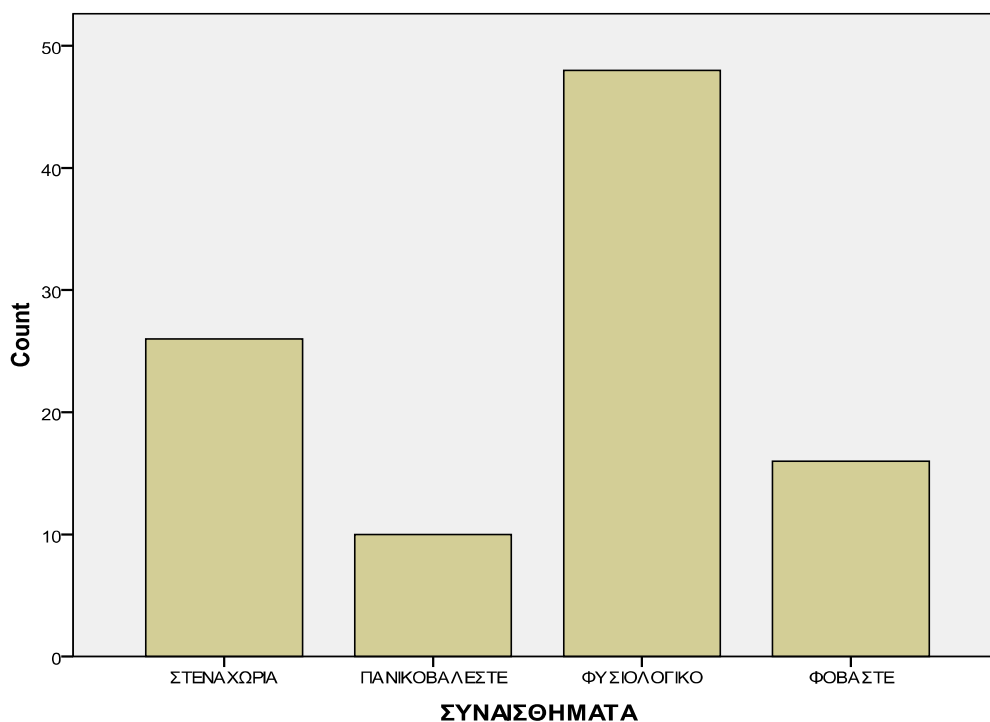


Ένα υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων (48%) απάντησαν πως θεωρούν φυσιολογικό τον θάνατο, επίσης μεγάλο ποσοστό (26%) νιώθουν στεναχώρια όταν τον σκέφτονται, ακόμη 16 άτομα (16%) φοβούνται και τέλος οι 10 ερωτηθέντες (10%) πανικοβάλλονται. (Πίνακας 30, Σχήμα 26)

Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος σε σχέση με τα συναισθήματά τους όταν σκέφτονται τον θάνατο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΣΤΕΝΑΧΩΡΙΑ	26	26,0
ΠΑΝΙΚΟΒΑΛΛΕΣΤΕ	10	10,0
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	48	48,0
ΦΟΒΑΣΤΕ	16	16,0
Total	100	100,0

Σχήμα 26: Γραφική παράσταση του δείγματος ανάλογα με τα συναισθήματά τους όταν σκέφτονται τον θάνατο.



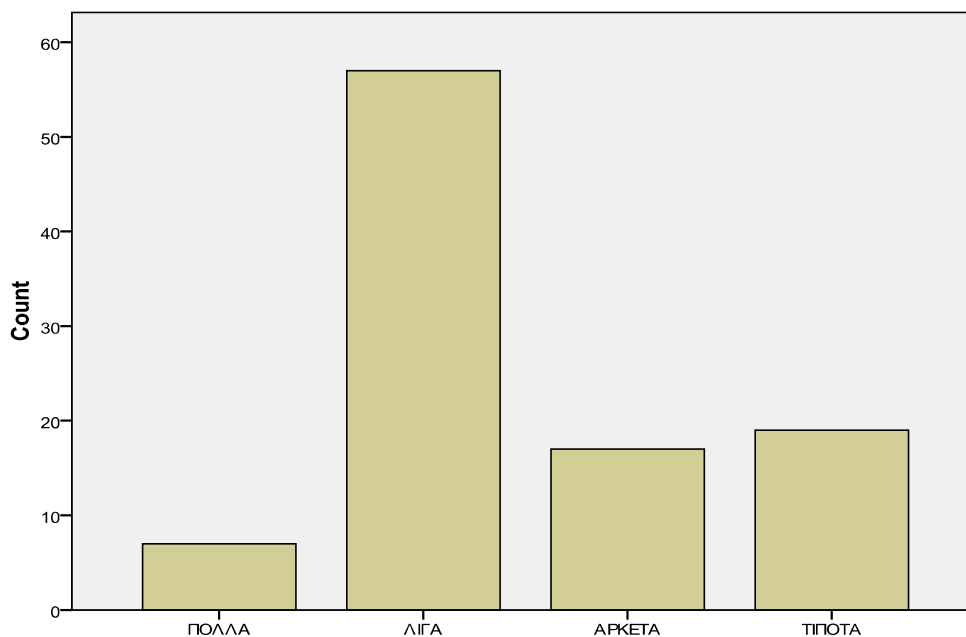
Ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (57%) αν γύριζαν πίσω το χρόνο θα άλλαζαν λίγα από τη ζωή τους, οι 19 ερωτηθέντες (19%) δεν θα άλλαζαν τίποτα από τη ζωή τους, οι 17 ερωτηθέντες (17%) θα άλλαζαν

αρκετά ενώ οι 7 ερωτηθέντες (7%) θα άλλαζαν πολλά. (Πίνακας 31, Σχήμα 27)

Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα σε ποιο βαθμό αν γύριζαν πίσω το χρόνο θα άλλαζαν κάτι από τη ζωή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΠΟΛΛΑ	7	7,0
ΛΙΓΑ	57	57,0
ΑΡΚΕΤΑ	17	17,0
ΤΙΠΟΤΑ	19	19,0
Total	100	100,0

Σχήμα 27: : Γραφική παράσταση του δείγματος ανάλογα σε ποιο βαθμό αν γύριζαν πίσω το χρόνο θα άλλαζαν κάτι από τη ζωή τους.



Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (56%) είναι αρκετά ευχαριστημένοι από τη ζωή τους, οι 30 ερωτηθέντες (30%) είναι λίγο ευχαριστημένοι, οι 9 ερωτηθέντες (9%) είναι πολύ, οι 3 ερωτηθέντες

(3%) δεν ξέρουν και τέλος 2 ερωτηθέντες δεν είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους. (Πίνακας 32)

Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα σε ποιο βαθμό είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	N=100	Percent (%)
ΠΟΛΥ	9	9,0
ΑΡΚΕΤΑ	56	56,0
ΛΙΓΟ	30	30,0
ΚΑΘΟΛΟΥ	2	2,0
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	3	3,0
Total	100	100,0

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως έχει σημειωθεί σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων μετά τη συνταξιοδότησή τους, στο Δήμο Αιγίου. Σύμφωνα με την έρευνά μας και τα αποτελέσματα τα όποια αναλύονται σε προηγούμενο κεφάλαιο, ανακύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (45%), συγκατοικεί με τον/την σύζυγο και η επικοινωνία μεταξύ τους είναι αρκετά καλή. Έτσι, οι σταθεροί και οι ευτυχισμένοι γάμοι εξακολουθούν να είναι σημαντικοί στην ηλικία αυτή, ιδιαίτερα όταν βοηθούν τα άτομα να αποφεύγουν το πρόβλημα της μοναξιάς.

Όπως δηλαδή έχουν δείξει και ευρήματα άλλων ερευνών, φαίνεται ότι το 90% των ηλικιωμένων έγγαμων ζευγαριών περιγράψανε την σχέση τους ως πολύ καλή.

Αντίθετα, ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων ηλικιωμένων (40%) δεν συγκατοικεί με κανέναν, δηλαδή ζει μόνο του. Αυτά τα άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν μοναξιά στην περίοδο αυτή.

- Οι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι σε ποσοστό 70%, αξιολογούν ως πολύ καλή και σημαντική την επικοινωνία με τα παιδιά τους. Έτσι, σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης τα παιδιά θα τους φροντίσουν και θα τους βοηθήσουν σε ποσοστό 51%, ακολουθεί ο/η σύζυγος σε ποσοστό 25% .
- Οι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι σε ποσοστό 46%, δηλώνουν ότι αντλούν μεγάλη ευχαρίστηση και χαρά όταν βρίσκονται κοντά με τα εγγόνια τους.

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (79%), δηλώνουν ότι τους απασχολεί κάποιο πρόβλημα υγείας κυρίως από σάκχαρο, αρτηριακή πίεση και χοληστερίνη σε ποσοστό 35% και από προβλήματα στις αρθρώσεις και τα οστά (ποσοστό 20%). Παλαιότερη έρευνα έχει δείξει ότι περίπου εννέα στα δέκα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών πάσχουν από τουλάχιστον από μια χρόνια ασθένεια όπως αρθρίτιδα, αρτηριακή πίεση, καρδιοπάθειες που δυσκολεύουν τους ηλικιωμένους. Έτσι, ένα υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων (82%), δηλώνει πως παρακολουθείται από γιατρό.
- Ιδιαίτερο θετικό αποτέλεσμα είναι ότι όλοι οι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι (ποσοστό 100%), δηλώνουν πως έχουν ενδιαφέροντα. Κάποια από τα ενδιαφέροντα που δηλώνουν είναι το περπάτημα (22%), κάποιο ποσοστό των ερωτηθέντων (23%) πηγαίνει εκκλησία, και κάποιοι άλλοι δηλώνουν (ποσοστό 18%) πως ασχολούνται με δουλειές του σπιτιού ή αγροτικές δουλειές. Επίσης, οι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι σε ποσοστό 55%, δηλώνουν ότι δεν έχουν εγκαταλείψει τα ενδιαφέροντα τους μετά την συνταξιοδότηση τους.
- Σχεδόν μοιρασμένα είναι τα ποσοστά στην ερώτηση σε “ποια άτομα στρέφονται όταν νιώθουν ανάγκη παρέας”. Οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 32%, δηλώνουν ότι στρέφονται στα παιδιά τους, ένα άλλο ποσοστό 30%, δηλώνουν ότι στρέφονται στον/ ην σύντροφο και άλλοι στρέφονται σε φίλους, ποσοστό 20%.
- Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι σε ποσοστό 60%, δηλώνουν ότι τις περισσότερες ώρες της ημέρας είτε αναπολούν δηλαδή επαναφέρουν στη συνείδησή τους παλιές εμπειρίες, είτε είναι λυπημένοι είτε είναι φοβισμένοι ή κλαίνε. Ενώ, ένα άλλο ποσοστό των ερωτηθέντων (30%) αισθάνονται χαρούμενοι και αισιόδοξοι.

- Οι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι σε ποσοστό 52%, δηλώνουν ότι από τότε που βγήκαν στη σύνταξη αισθάνονται χαρά και κυρίως ανακούφιση. Ενώ, σε ποσοστό 48%, οι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι αισθάνονται κυρίως λύπη είτε ανία/πλήξη ή άλλοι ότι δεν αξίζουν, αυτό το ποσοστό των ερωτηθέντων (48%), βιώνουν την συνταξιοδότηση σαν μια περίοδος απώλειας του εισοδήματος, της κοινωνικής θέσης, της συντροφικότητας και της αυτοπεποίθησης.
- Θετικό αποτέλεσμα είναι οι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι σε ποσοστό 67%, δηλώνουν ότι προτιμούν να μην μένουν στο σπίτι τους αλλά να βγαίνουν έξω και να ασχολούνται με διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, ενώ το 33% των ερωτηθέντων προτιμά να μένει στο σπίτι.
- Οι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι σε ποσοστό 52%, όταν σκέφτονται τον θάνατο νιώθουν στεναχώρια, φοβούνται και άλλοι πανικοβάλλονται. Αντίθετα, το 48% των ερωτηθέντων θεωρούν τον θάνατο φυσιολογικό.
- Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ερωτηθέντες σε ποσοστό 65%, είναι γενικά ευχαριστημένοι από τη ζωή τους.

5. Προτάσεις

Για την καλύτερη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, το οποίο αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα, παρακάτω αναφέρονται κάποιες προτάσεις σύμφωνα με τις οποίες μπορεί να επιτευχθεί κάποια αλλαγή ως προς τη ζωή των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Οι προτάσεις αυτές είναι οι εξής:

1. Το κράτος θα πρέπει να στοχεύει στην εγγύηση της οικονομικής ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων, του δικαιώματός τους για την διαμόρφωση αποφάσεων στα προσωπικά τους ζητήματα και του δικαιώματός τους να συνεισφέρουν ενεργά μέσα στην κοινωνία στην οποία ζουν.
2. Η κοινωνία θα πρέπει να ερευνήσει εξαντλητικά τις δυνατότητες για κινητοποίηση και για άντληση ωφελημάτων από τις πνευματικές και πολιτιστικές παρακαταθήκες των ηλικιωμένων, έτσι ώστε να πάψουν να αισθάνονται μειονεκτικά και να αυξηθεί το αυτοσυναισθημά τους.
3. Το κράτος θα πρέπει να προωθήσει την παροχή οικονομικής στήριξης στην οικογένεια που διαβιώνει με ηλικιωμένο άτομο, έτσι ώστε να μην υπάρχει μεγάλη οικονομική επιβάρυνση για την οικογένεια και κατά συνέπεια, οι ηλικιωμένοι να παραμένουν σε αυτήν και να μην αναγκάζονται να μπουν σε ίδρυμα.
4. Επίσης, προτείνεται η συστηματική ενημέρωση του κοινού για τις οργανώσεις ,αλλά και τις συμβάσεις που προστατεύουν την Τρίτη ηλικία, καθώς, και για τις περιπτώσεις εκμετάλλευσής τους έχοντας ως σκοπό την ευαισθητοποίηση και δραστηριοποίηση της κοινωνίας.
5. Το κράτος θα πρέπει να τοποθετήσει περισσότερους κοινωνικούς λειτουργούς σε χώρους όπου υπάρχουν ηλικιωμένοι, όπως τα

ΚΑΠΗ. Επιπλέον, θα πρέπει να εφαρμόσει το πρόγραμμα των Δήμων « Βοήθεια στο σπίτι », σε μεγαλύτερο πλαίσιο και με την χρησιμοποίηση των μέσων μαζικής ενημέρωσης να γίνει ευρύτερο γνωστό. Μόνο έτσι, θα μπορούν να έχουν συμβουλευτική στήριξη και ηλικιωμένοι που δεν μπορούν να μετακινηθούν και να βγουν από το σπίτι τους, λόγω σωματικής ανικανότητας.

6. Είναι απαραίτητη η ενθάρρυνση του προγράμματος βοήθεια στο σπίτι για την ανακούφιση της οικογένειας με τη συνδρομή κρατικών λειτουργών και εθελοντικών οργανώσεων.
7. Επί πρόσθετα, είναι απαραίτητη η εξειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών, αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας, ώστε στην εκπαίδευσή τους να συμπεριλαμβάνεται πληρέστερη ενημέρωση και ευαισθητοποίησή τους, γύρω από την Τρίτη ηλικία και το επερχόμενο τέλος της ζωής. Μόνο έτσι, θα επιτύχουν να κατανοήσουν και να αποδεχθούν τους ηλικιωμένους και να αναπτύξουν ένα κλίμα εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού με αυτούς,
8. Ο γενικότερος στόχος της κοινωνίας, λοιπόν, πρέπει να είναι να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να συνειδητοποιήσει ότι έχει δικαιώματα στη ζωή, και ότι η προχωρημένη ηλικία δεν σημαίνει ότι πρέπει να παραιτηθεί από αυτά. Αγωνίστηκε και κουράστηκε κατά το μεγαλύτερο μέρος της ζωής του για να απολαύσει κάποια στιγμή τους κόπους του και δεν πρέπει να επιτρέπει σε κανέναν να του το στερήσει αυτό. Εξάλλου, οι ηλικιωμένοι έχουν το αυτονόητο δικαίωμα σε ένα δίκαιο μερίδιο από τα αγαθά που οι ίδιοι συνεισέφεραν τόσα χρόνια για να δημιουργηθούν.

Οι παραπάνω προτάσεις, θα μπορούσαν ίσως με την υλοποίησή τους να βελτιώσουν τη θέση των ηλικιωμένων στην σύγχρονη κοινωνία, και να

βοηθήσουν έτσι ώστε η ποιότητα ζωής τους να γίνει καλύτερη και να μην τους οδηγεί να παραιτούνται από τη ζωή και τις χαρές τις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αβεντισιάν, Α. – Παγοροπούλου, « *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας* » , εκδόση Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000

Αμηρά Α., & Γεωργιάδη Ε., & Τεπέροπλου Α., « *Υπουργείο υγείας Πρόνοιας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών. Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα* », Αθήνα, 1986

Βάγια, Χ. «*Κοινωνική προστασία των ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ο ρόλος του εθελοντικού τομέα* » στο *κοινων. Εργασία*, τεύχος 75, σελ 179, Αθήνα, 2004

Γηριατρική και γεροντολογική εταιρία Ν\Δ Ελλάδος, «*Ελπίδα στο αύριο*», Αθήνα, 2008

Δρίτσας Ι., « *Η συμβουλευτική του πένθους*», χ.χ

Ζάρρα, Ι.Λ , «*Το πρόβλημα του Γήρατος στην Ελλάδα : Ειδική έκθεση για τον οργανισμό Ηνωμένων Εθνών* », Αθήνα, 1984

Ιωαννίδου- Jhonson, « *Σημειώσεις στο μάθημα συνέντευξης*», χ.χ

Κοσμοπούλου, Β., & Dr alex «*Στοιχεία ψυχολογίας και ανθρωπαγωγικής της ώριμης ηλικίας*», έκδοση ελληνικά γράμματα, Πάτρα, 1980

Κωσταρίδου, Α. – Ευκλείδη, «*Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*», έκδοση Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999

Κανστενμπάουμ, Ρ. « *Ο κύκλος της ζωής*», έκδοση Αθανάσιος Ψυχογιός, Αθήνα, 1982

Κοτζαμάνης, Β. «*Γήρανση και κοινωνία*» Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1996

Kirst, A. «*Introduction to social care*» St. James University Trust Hospital, 2003

Lindley, R. «*Εγκεφαλικά επεισόδια*», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2007

Μαλικιώση, Μ. - Λοΐζου «*Συμβουλευτική ψυχολογία*», έκδοση Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999

Μπαδογιαννάκης, Γ. « *Ελεύθερος χρόνος: Η μεγάλη πρόκληση*», έκδοση Βήτα, Αθήνα, 1994

Νικολακοπούλου & Στεφάνου Η. « *Ελαστική ηλικία Συνταξιοδότησης*», έκδοση οδυσσέας, Αθήνα, 1996

Παγοροπούλου, Α. « *Η γεροντική κατάθλιψη*», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. « *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*», Αθήνα, 1993

Παπασπυρόπουλος, Σ. « *Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας*», Αθήνα, 1991

Πέτρος, Ζ. «*Τα γηρατειά ένα μεγάλο υπαρξιακό πρόβλημα*», στο Ηθικά κεφάλαια, Βρυένιος, Θεσσαλονίκη, 2002

Slager, R. «*γηρατειά, θλιμμένος χειμώνας ή Δεύτερη άνοιξη;* » Η ψυχολογία της γήρανσης, (μετάφραση Μεταξάς Στέλιος) έκδοση ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 2003

Σαχίνη, Α. - Καρδάση « *Μεθοδολογία έρευνας*», εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2004

Tucker, N. « *Εφηβεία Ωριμότητα και Τρίτη ηλικία* », εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999

Χανιώτης, Φ.Ι «*Εγχειρίδιων Γηριατρικής*» ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1998

Harvard Medical school «*Ζήστε ανεξάρτητοι στην Τρίτη ηλικία*», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ., Πασχαλίδης, Ιούλιος 2005

N. Coni- C.Nickoll- S.Webster- K.J Wilson, « *Γηριατρική*», Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα, 2006

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

Γηριατρική και γεροντολογική εταιρία Ν\Δ Ελλάδος, « *10 χρόνια Γηριατρικής*», στο Συνεδριακό- Πολιτιστικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Πατρών, Οκτώβριος 2009

INTEPNET

www.medlook.net

www.stefanogiannis.blogspot.com

<http://samiaki-agera.gr/>

www.skle.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο:

1. Φύλο:

Άντρας Γυναίκα

2. Ηλικία:

65-69 70-74 75-79

80-84 85 και άνω

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος(η) Έγγαμος(η) Χήρος(α)

Διαζευγμένος Σε διάσταση Σε συγκατοίκηση

4. Με ποιόν μένετε στο σπίτι σας;

α) Με την σύζυγο β) Με τα παιδιά

γ) Μόνος δ) Άλλο (προσδιορίστε)

5. Ποια είναι η επικοινωνία με την σύντροφό σας;

Καλή Μέτρια Κακή

6. Έχετε παιδιά;

Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα;

.....

7. Ποια είναι η επικοινωνία σας με τα παιδιά;

Καλή Μέτρια Κακή

8. Σε περίπτωση ανάγκης ποιος θα σας βοηθήσει;

- α) Ο/Η σύζυγος
- β) Τα παιδιά
- γ) Οι συγγενείς
- δ) Οι γείτονες
- ε) Οι φίλοι
- στ) Κάνενας

9. Έχετε εγγόνια;

Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα;

.....

10. Όταν είστε με τα εγγόνια σας τι αισθάνεστε;

Χαρά: Πολύ Μέτρια Λίγο

Λύπη: Πολύ Μέτρια Λίγο

Άγχος: Πολύ Μέτρια Λίγο

Αισιοδοξία: Πολύ Μέτρια Λίγο

11. Πως είναι η οικονομική σας κατάσταση;

Καλή Μέτρια Κακή

12. Ποιες είναι οι πηγές εισοδήματός σας;

α) Εργασία

β) Βοήθημα Πηγή

γ) Σύνταξη Ταμείο

δ) Επίδομα

ε) Κληρονομιά

στ) Άλλο (προσδιορίστε)

13. Ποιο είναι το επίπεδο της εκπαίδευσής σας;

α) Αγράμματος

β) Δημοτικό

γ) Γυμνάσιο

δ) Λύκειο

ε) Πανεπιστήμιο

στ) Τεχνική

η) Κάτι άλλο

14. Η κατοικία στην οποία μένετε είναι:

α) Ιδιόκτητη

β) Με ενοίκιο

γ) Μονοκατοικία

δ) Πολυκατοικία

στ) Άλλο (προσδιορίστε)

15. Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας που σας απασχολεί;

Ναι Όχι

16. Αν ναι, ποιο πρόβλημα υγείας σας απασχολεί;

- α) Προβλήματα καρδιάς
- β) Προβλήματα στις αρθρώσεις και τα οστά
- γ) Πρόβλημα με το σάκχαρο, την αρτηριακά πίεση, τη χοληστερίνη
- δ) Ψυχολογικά προβλήματα (κατάθλιψη, μελαγχολία, άγχος κτλ.)
- ε) Άλλο (προσδιορίστε)

17. Παρακολουθήστε από γιατρό;

Ναι Όχι

Πόσο συχνά;.....

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

- α) Γιατρός
- β) Φυσιοθεραπεία
- γ) Ψυχαγωγικά προγράμματα (εκδρομές, ομιλίες κλπ.)

- δ) Βοήθεια στο σπίτι
- ε) Καφενείο
- στ) Όλα τα παραπάνω
- η) Άλλο (προσδιορίστε)

19. Έχετε ενδιαφέροντα;

Ναι Όχι

20. Ποια είναι τα ενδιαφέροντα σας;

- α) Περπάτημα
- β) Πηγαίνω εκκλησία
- γ) Ασχολούμαι με τα εγγόνια
- δ) Ασχολούμαι με την κηπουρική
- ε) Κάνω δουλειές του σπιτιού
- στ) Διάβασμα
- ζ) Παρακολουθώ τηλεόραση
- η) Πλέξιμο- Κέντημα
- θ) Καφενείο
- ι) Άλλο (προσδιορίστε)

21. Όταν νιώθετε ανάγκη παρέας σε ποιους στρέφεστε;

- α) Στον/στην σύζυγο
- β) Στα παιδιά
- γ) Σε συγγενείς
- δ) Σε φίλους
- ε) Κάποιον άλλον
- στ) Κανέναν

22. Πως αισθάνεστε τις περισσότερες ώρες της ημέρας;

- α) Χαρούμενος Πολύ Μέτρια Λίγο
- β) Λυπημένος Πολύ Μέτρια Λίγο
- γ) Φοβισμένος Πολύ Μέτρια Λίγο

- δ) Αναπολώ Πολύ Μέτρια Λίγο
ε) Κλαίω Πολύ Μέτρια Λίγο
στ) Αισιοδοξώ Πολύ Μέτρια Λίγο
η) Κάτι άλλο

.....

23. Έχετε πάρει σύνταξη;

- ΝΑΙ ΟΧΙ

24. Από τότε που βγήκατε στη σύνταξη πώς αισθάνεστε;

- α) Χαρά Πολύ Μέτρια Λίγο
β) Λύπη Πολύ Μέτρια Λίγο
γ) Ανακούφιση Πολύ Μέτρια Λίγο
δ) Ανία/ Πλήξη Πολύ Μέτρια Λίγο
ε) Ότι δεν αξίζετε τίποτα Πολύ Μέτρια Λίγο
στ) Άλλο (προσδιορίστε)

.....

25. Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας που είχατε πριν ;

- Ναι Όχι

26. Αισθάνεστε συχνά πλήξη;

- Ναι Όχι

27. Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;

- Ναι Όχι

28. Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;

- Ναι Όχι

29. Σας έχει απασχολήσει η ιδέα του θανάτου;

- α) Λίγο

- β) Συχνά
- γ) Πολύ συχνά
- δ) Καθόλου

30. Πώς νιώθετε όταν σκέφτεστε το θάνατο;

- α) Στεναχώρια
- β) Πανικοβάλλεστε
- γ) Φυσιολογικό
- δ) Φοβάστε
- ε) Κάτι άλλο

31. Αν γυρίζατε πίσω το χρόνο θα αλλάζατε κάτι από τη ζωή σας;

Πολλά Λίγα Αρκετά Τίποτα

32. Είστε ευχαριστημένος από τη ζωή σας;

- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου
- Δεν ξέρω

*Αργοπεθαίνει... όποιος γίνεται σκλάβος της συνήθειας
επαναλαμβάνοντας κάθε μέρα τις ίδιες διαδρομές, όποιος δεν αλλάζει
περπατησιά, όποιος δεν βρίσκει σαγήνη στον εαυτό του, όποιος δεν
επιτρέπει να τον βοηθήσουν, όποιος εγκαταλείπει μια ιδέα πριν ακόμη
την αρχίσει, όποιος δεν ρωτά για πράγματα που δεν γνωρίζει.*

“Pablo Nerouda”