

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΩΝ ΑΘΗΝΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΜΕΑΣ: ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ι. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΑΡΙΛΑΟΣ ΚΟΥΤΗΣ**

**ΕΠΙΒ.ΣΥΝΕΡΓ. Α΄:ΕΛΛΗ ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ**

**ΕΠΙΒ.ΣΥΝΕΡΓ. Β΄:ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ», ΕΣΔΥ–ΤΕΙ Α΄**

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

**ΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΑ ΚΑΠΗ ΤΩΝ ΧΑΝΙΩΝ**

**ΚΟΡΚΙΔΗ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΘΗΝΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011**

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΑΘΗΝΩΝ ΑΘΗΝΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΜΕΑΣ: ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ι. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΑΡΙΛΑΟΣ ΚΟΥΤΗΣ**

**ΕΠΙΒ.ΣΥΝΕΡΓ. Α΄: Ε. ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ**

**ΕΠΙΒ.ΣΥΝΕΡΓ. Β΄: Γ.ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ», ΕΣΔΥ – ΤΕΙ Α΄**

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

**ΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΑ ΚΑΠΗ ΤΩΝ ΧΑΝΙΩΝ**

**ΚΟΡΚΙΔΗ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΘΗΝΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011**

**Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην**

**“ ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ”**

**που απονέμει η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, σε σύμπραξη με το Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής του ΤΕΙ Αθηνών.**

**Εγκρίθηκε την**  6-10-2011 **από την εξεταστική επιτροπή:**

**ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ**

**ΚΟΥΤΗΣ ΧΑΡΙΛΑΟΣ ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ ΕΛΛΗ ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ**

**ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:**

**ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:**

**ΚΑΛΗ:**

**ΑΠΟΔΕΚΤΗ:**

**«ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΔΙΚΗΣ ΜΟΥ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΡΑΜΜΕΝΗ ΜΕ ΔΙΚΑ ΜΟΥ ΛΟΓΙΑ. ΣΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ Η΄ ΜΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΕΣ ΠΗΓΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΩ ΕΧΩ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΟΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΕΧΩ ΠΑΡΑΘΕΣΕΙ ΤΙΣ ΠΗΓΕΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ»**

**ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΞΕΩΝ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΝ ΞΕΠΕΡΝΑ ΤΙΣ 50.000 ΛΕΞΕΙΣ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ……………………….**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

[ΠΕΡΙΛΗΨΗ 1](#_Toc304815557)

[ABSTRACT 4](#_Toc304815558)

[ΠΡΟΛΟΓΟΣ 6](#_Toc304815559)

[ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ 9](#_Toc304815560)

[1.1 Περί γήρατος 9](#_Toc304815561)

[1.1.1. Βιολογικά και Λειτουργικά Χαρακτηριστικά γήρατος 12](#_Toc304815562)

[1.1.2. Ανάγκες ηλικιωμένων 14](#_Toc304815563)

[1.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ 18](#_Toc304815564)

[1.2.1. Βιολογικές θεωρίες 18](#_Toc304815565)

[1.2.2. Δημογραφικές θεωρίες 33](#_Toc304815566)

[1.2.3. Κοινωνιολογικές Θεωρίες 22](#_Toc304815567)

[1.2.4. Ψυχολογικές θεωρίες 25](#_Toc304815568)

[1.3. Δημογραφική γήρανση 35](#_Toc304815569)

[1.4. Οικονομικές συνιστώσες της δημογραφικής γήρανσης 39](#_Toc304815570)

[ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :TΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ 44](#_Toc304815571)

[2.1. Οικογένεια και ηλικιωμένοι 44](#_Toc304815572)

[2.2. Η εξάρτηση των ηλικιωμένων 48](#_Toc304815573)

[2.3. Η κακοποίηση των ηλικιωμένων 51](#_Toc304815574)

[ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ 59](#_Toc304815575)

[3.1. Σύγχρονες τάσεις και πολιτικές για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα 61](#_Toc304815576)

[3.2. Σύγχρονες τάσεις και πολιτικές στην Ευρωπαϊκή Ένωση 64](#_Toc304815577)

[3.3. Κοινωνική Φροντίδα ηλικιωμένων και οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης 68](#_Toc304815578)

[KEΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ 77](#_Toc304815579)

[4.1. Επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία καθώς και στην υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων 77](#_Toc304815580)

[4.2. Προσδοκίες για το μέλλον 83](#_Toc304815581)

[5. ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ 87](#_Toc304815582)

[5.1. Σκοπός έρευνας 87](#_Toc304815583)

[5.1.1. Ερευνητικές υποθέσεις 87](#_Toc304815584)

[5.2. Υλικό και Μεθοδολογία έρευνας 88](#_Toc304815585)

[5.2.1. Δείγμα 88](#_Toc304815586)

[6.AΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑ 92](#_Toc304815587)

[6.1. Παρουσίαση συμμετοχόντων 92](#_Toc304815588)

[6.2. Συνολικά αποτελέσματα δείγματος 101](#_Toc304815589)

6.2.1. Η ανάγκη για μάθηση…………………………………………………………………………………102

6.2.2. Κατάσταση υγείας-αυτοεκτίμηση ηλικιωμένων-επιβάρυνση γυναικών ………105

[6.2.3. Ο ρόλος της αγάπης και της πνευματικότητας στην Τρίτη ηλικία 106](#_Toc304815590)

[6.2.4. Ο εθελοντισμός στη ζωή του ηλικιωμένου 109](#_Toc304815591)

[6.2.5. Τι σημαίνει το παρελθόν και τι σηματοδοτεί το μέλλον για τον ηλικιωμένο 112](#_Toc304815592)

[6.2.7.Επίπεδο ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας – ΚΑΠΗ ………………………………………………………………………………………………………………………….119](#_Toc304815593)

[6.2.8.Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα άτομα της τρίτης ηλικίας 121](#_Toc304815594)

[7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ 125](#_Toc304815595)

[8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 146](#_Toc304815596)

[ΕΛΛΗΝΙΚΗ BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 153](#_Toc304815597)

**ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ…………………………………….....163**

**ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΥΚΤΙΟΥ…………………………………………173**

[ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 174](#_Toc304815599)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2…………………………………………….....176**

[ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 177](#_Toc304815600)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4………………………………………………..179**

**ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

**ΑΕΠ: Aκαθάριστο Εθνικό Προϊόν**

**AGE: European Older People΄s Platform)  
 Ευρωπαϊκό Δίκτυο 150 περίπου οργανισμών από και για τις ηλικίες άνω των 50 που βοηθά να αρθρωθούν και να προβληθούν τα συμφέροντα των 150 εκατομμυρίων ηλικιωμένων πολιτών**

**ALMA: ALo Maltraitance des Personnes Agees** **et/ou des**

**Personnes** **Handicapees**

**ΑSP: Association of Retired Person**

**DNA: Δεοξυριβονουκλεϊκό οξύ**

**ΔΟΚΟΙΠ: Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Πολιτικής**

**EE: Ευρωπαϊκή ‘Ενωση**

**EΣΥΕ: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας**

**ΕΚΚΕ: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών**

**EΣΔY: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας**

**ΕUROFARMAKER:** Διεθνές ερευνητικό πρόγραμμα: Services Family Cares

of Erderly People in Europe : Characteristics, Coverage

and Usage στο 5ο πρόγραμμα πλαίσιο της Ευρωπαϊκής

Ένωσης

**HΠΑ: ‘Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής**

**INPEA:**  [**International Network for the Prevention of Elder**](http://www.google.gr/url?sa=t&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CBkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.inpea.net%2F&rct=j&q=%CE%99%CE%9D%CE%A0EA&ei=iiFmTqP9N6324QSD2MWrCg&usg=AFQjCNHfiNUNv1t-p60TAirtJKNHXLJcXA&cad=rja)

**Abuse**

Διεθνές Δίκτυο για τη πρόληψη της

κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων(έτος ίδρυσης 1997)

**IKA: ΄Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων**

**KAΠΗ: Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων**

**ΜΦΗ: Mονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων**

**ΝΠΔΔ: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου**

**ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων**

**OECD: The Organization for Economic Co-operation**

**and Development**

**OOΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης**

**OHE: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών**

**RNA: Ριβονουκλεϊκό οξύ**

**WHO : World Health Organization**

**ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγεία**

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γήρανση είναι ένα αναπόφευκτο φυσιολογικό φαινόμενο για κάθε ζωντανό οργανισμό. Η ανθρωπότητα από τα πρώιμα κιόλας χρόνια πολιτισμού , αγωνιωδώς αναζήτησε να βρει απαντήσεις τόσο στο φαινόμενο της γήρανσης όσο και του θανάτου, αναπτύσσοντας ποικίλες φιλοσοφικές και θρησκευτικές θεωρίες, ενώ πλήθη επιστημόνων, αλλά και αλχημιστών ασχολήθηκαν διακαώς με την ανεύρεση του ‘’ελιξίριου της ζωής’’. Σήμερα το φαινόμενο της γήρανσης απασχολεί ολόκληρη την κοινωνία και αντιμετωπίζεται πολυσύνθετα από διάφορους επιστημονικούς κλάδους (βιοϊατρικές , κοινωνιολογικές και οικονομικές επιστήμες).

Οι βιοϊατρικές επιστήμες στοχεύουν στην κατανόηση των βιολογικών αιτιών της γήρανσης και αν αυτές σχετίζονται με γενετικούς παράγοντες (κληρονομικότητα) ή /και με το περιβάλλον. Οι κοινωνιολογικές επιστήμες από την πλευρά τους προσπαθούν να κατανοήσουν αλλά και να δώσουν λύσεις στα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας.’’ Τέλος, οι οικονομικές επιστήμες αλλά και η ίδια η Πολιτεία καλούνται να αντιμετωπίσουν τις οικονομικές επιπτώσεις της ολοένα αυξανόμενης διάρκειας ζωής.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των ιδιαίτερων αναγκών της τρίτης ηλικίας τόσο σε κοινωνικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Επιπλέον μελετήθηκαν οι επιδράσεις της σημερινής οικονομικής κατάστασης στη ζωή των ηλικιωμένων. Αναλυτικότερα, αντικειμενικός **στόχος** της έρευνας είναι η καταγραφή της οικογενειακής ,ψυχοκοινωνικής κατάστασης τους ,της ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας-ΚΑΠΗ, των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε όλα τα επίπεδα της ζωής τους. Από τις αναλύσεις προκύπτουν χρήσιμα συμπεράσματα για νέες προτάσεις που αφορούν την σημαντικότητα που αρμόζει στο θέμα των πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων της Τρίτης Ηλικίας, αφορμή για την ανάπτυξη της κατάλληλης κοινωνικής πολιτικής .

Από το Κεφάλαιο 1 ξεκινά το Γενικό Μέρος της εργασίας, που αποσαφηνίζει όρους όπως γήρας ,Τρίτη ηλικία, όρους, που θα χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια της εργασίας, αναλύει συνοπτικά τα χαρακτηριστικά, τις ανάγκες γήρατος, τις θεωρίες της γήρανσης και προσπαθεί να διερευνήσει τη δημογραφική γήρανση και τις οικονομικές επιπτώσεις στην κοινωνία. Το Κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την συνοπτική παράθεση των κοινωνιολογικών και ψυχολογικών προσεγγίσεων.

Το Κεφάλαιο 2 αναλύει τη σχέση της οικογένειας με τον ηλικιωμένο, προσπαθεί να διερευνήσει το βαθμό εξάρτησης του και μελετά το φαινόμενο της κακοποίησης των ηλικιωμένων στη σημερινή εποχή, εξετάζοντας τα αίτια και τα αποτελέσματα αυτού.

Το Κεφάλαιο 3 προσπαθεί να προσεγγίσει την Τρίτη ηλικία από τη μεριά της πολιτείας και αναλύει τις σύγχρονες τάσεις και τις πολιτικές τόσο στον Ελλαδικό χώρο όσο και στην Ευρωπαϊκή ‘Ένωση. Επίσης εξετάζει την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα και στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.

Το Κεφάλαιο 4 προσπαθεί να ερμηνεύσει την κατάσταση της οικονομίας στην σημερινή ζωή των ηλικιωμένων και αναλύει τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης τόσο στην υγεία όσο και στην περίθαλψη των ηλικιωμένων. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού έχομε τις προσδοκίες για το μέλλον των ηλικιωμένων.

Στη συνέχεια είναι το Ειδικό Μέρος της εργασίας που παρουσιάζει την έρευνα που πραγματοποιήθηκε μέσα στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας μας δίνει το σκοπό και τους επιμέρους στόχους της έρευνας καθώς και το υλικό και τη μεθοδολογία αυτής. Η έρευνα είναι ποιοτική , ακολούθησε τον οδηγό συνέντευξης που περιελάμβανε 25 ερωτήσεις που έγινε σε μια ομάδα 15 ατόμων εκ των οποίων οι 4 ήταν γυναίκες και οι υπόλοιποι 11άνδρες κι αυτό γιατί στα ΚΑΠΗ τα περισσότερα ενεργά μέλη σε καθημερινή βάση είναι άνδρες. Τα άτομα του δείγματος άνηκαν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με τα περισσότερα να είναι από την ηλικιακή ομάδα που έχει περισσότερα μέλη και είναι αυτή των 70-80ετών που έχομε άτομα 7 από την κατηγορία των 60-70ετών έχομε 3 άτομα, 4 από την ηλικία των 80-90 και τέλος ένα άτομο από 90άνω.επίσης το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει τις ερευνητικές υποθέσεις καθώς και τους περιορισμούς και τις δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής.

Ακολουθεί η καταγραφή των αποτελεσμάτων σύμφωνα με τους τομείς που διερευνήθηκαν και αυτοί ήταν: Δημογραφικά χαρακτηριστικά, επάγγελμα, επίπεδο μόρφωσης, οικονομική κατάσταση, κατάσταση υγείας και ποιότητα ζωής-αυτοεκτίμηση, ο ρόλος της αγάπης και του πνευματισμού, στη ζωή των ηλικιωμένων, η σημασία του παρελθόντος και του μέλλοντος για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, την επίδραση της κοινωνικής και οικογενειακής ζωής , το βαθμό ικανοποίησή τους από τα ΚΑΠΗ και τις άλλες υπηρεσίες υγείας και τέλος τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των ηλικιωμένων. Πριν από την καταγραφή των αποτελεσμάτων στους διάφορους τομείς που μελετήθηκαν γίνεται παρουσίαση του δείγματος. Στο τέλος έχομε τα συνολικά αποτελέσματα , καθώς και τα συμπεράσματα με τις προτάσεις για δράσεις και πολιτικές για τα υπερήφανα γηρατειά.

**Λέξεις κλειδιά :** Γηρατειά, Τρίτη Ηλικία,Ψυχοκοινωνικές Ανάγκες των Ηλικιωμένων, Κοινωνική Πρόνοια, Κοινωνική Αλληλεγγύη και Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Κοινωνική Πολιτική.

# ABSTRACT

Ageing is an inevitable natural process for every living organism. Humans have always tried to find answers to ageing (and death) developing a variety of philosophical and religious theories. A large number of scientists and alchemists strived to find the “elixir of life”. Today , our society approaches and studies the phenomenon of ageing from various different scientific disciplines (biomedical, sociological and economic sciences).

Biomedical sciences try to understand the biological causes of ageing and whether they relate to genetic factors (heredity) and/or to the environment. Sociological sciences try to understand and provide solutions to everyday problems that “ageing “ people face. Economic sciences (and countries) face the challenges of the economic implications that the increasing lifespan creates .

**Purpose**

The purpose of this research is to investigate the particular needs of the elderly both in social and psychological level. The effect of the current economic situation in the life of the elderly is also analysed. The **objective** of this research is the recording of both family and psychosocial factors of the elderly, their satisfaction from the social health services (ΚΑΠΗ) and the impact of the economic crisis on every level of their lives. The analysis reveals useful conclusions relating to the significance of the political and social rights of the elderly, leading to new proposals for the development of appropriate social policies.

**Chapter 1** defines terms such as “old age” and “elderly”, analyses the characteristics and the needs of the elderly, the theories of ageing and tries to explore the economic impact of the ageing society. Then it approaches the psychological and sociological perspectives of old age.

**Chapter 2** analyses the relationship of the elderly with their family and tries to investigate the degree of dependence from it. It also investigates the phenomenon of the abuse of older persons today, examining the causes and effects.

**Chapter 3** attempts to approach the elderly from the scope of the State and discusses current trends and policies in Greece and the European Union. It also examines the social care of the elderly by the community and local authorities.

**Chapter 4** trying to interpret the current economic crisis in the lives of the elderly, it’s effects on the health and the provision of care to the elderly. At the end of this chapter our aspirations for the future of the elderly are presented.

**Part 5** is the special part of the research work carried out within the “Open Protection Centres”. It presents the purpose, the targets of the investigation, the material and methodology. It is an interview-based qualitative analysis. 25 questions and a sample of 15 persons (4 women, 11 men). Men are the most frequent attendants at the “Open Protection Centres”. The people who participated in the research belong to different age groups, however most of them come from the age group of 70-80 years ( the most common age group in OPCs). Some come from the 60-70 years group, some from the 80-90 years group and one person is >90 years old. This chapter also includes research hypotheses, the constraints and the difficulties encountered in conducting the investigation.

**Part 6** presents the results of the research according to certain factors: Demographic characteristics, occupation, educational level, economic status, health status and quality of life, self-esteem, the role of love and spirituality in the lives of the elderly, the importance of the past and the future for the elderly, the effects of social and family life, the level of satisfaction from the services at the “Open Protection Centres” and other health services and finally the impact of the economic crisis on the health of the elderly.

**Part 7-8** before the presentation of the results in the various different areas studied , the sample is presented. Ιn the end we have the overall results, the conclusions and the proposals for actions and social policies for the proud old people.

**Keywords:** old age , elderly , psychosocial needs of the elderly, social welfare, social policy.

# ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το ερώτημα « τι νόημα έχει να είσαι γέρος **;**» πλανάται συνέχεια γύρω μας. Η κοινωνία αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους σαν να έχουν λιγότερη αξία από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Η προκατάληψη , ότι τα γηρατειά είναι μια ανάξια , αξιοθρήνητη κατάσταση δηλητηριάζει τους ανθρώπους σ΄ όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Τι αξία έχει τότε η ενήλικη ζωή μας, αν είναι να παραχωρήσει τη θέση της σε μια τόσο άχρηστη κατάσταση**;**

Είναι μερικά από τα ερωτήματα που με πλημμυρίζουν τα είκοσι και πλέον χρόνια που εργάζομαι με την Τρίτη ηλικία στο Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Η συνύπαρξη μαζί τους όλα αυτά τα χρόνια πολλές φορές με προβλημάτισε και άλλες φορές με τη σοφία τους ξεδιάλυναν το θαμπό , πολύβουο κόσμο μου.

Όμως δεν θα μπορούσαμε να απαντήσομε τα παραπάνω ερωτήματα αν δεν εξετάζαμε βαθύτερα τις ανάγκες των ηλικιωμένων και ειδικά σήμερα που οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες είναι σε κρίσιμη καμπή.

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος ‘*’Εφηρμοσμένης Δημόσιας* *Υγείας*“ αξιοποίησα την ευκαιρία να εξετάσω βαθύτερα τις σκέψεις και τα συναισθήματα αυτής της ‘’*τρυφερή*ς’’ Τρίτης Ηλικίας , και προσπάθησα να απαντήσω στα ερωτήματα που με απασχολούν αλλά κυρίως θα επιθυμούσα με την έρευνα πάνω στις ανάγκες τους, να ευαισθητοποιήσω τους εμπλεκόμενους φορείς – όσο αυτό είναι δυνατό- στη χάραξη δράσεων και πολιτικών για ευτυχέστερα γηρατειά.

Σε αυτό το σημείο αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους με βοήθησαν για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας μου και πρωτίστως τους καθηγητές μου.

Εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου στον κύριο *Κουτή Χαρίλαο* για την ευκαιρία που μου έδωσε να παρακολουθήσω ένα τόσο ενδιαφέρον μεταπτυχιακό πρόγραμμα. Το ήθος, η επιμονή, η υπομονή , το πάθος κι ο ενθουσιασμός που μου μετέδωσε σαν άξιος δάσκαλος , υπήρξαν καθοριστικοί παράγοντες στην δύσκολη πορεία των μεταπτυχιακών σπουδών μου .

Επίσης ,θεωρώ βαθύτατη υποχρέωσή μου να εκφράσω τις πιο θερμές μου ευχαριστίες στην καθηγήτριά μου κ. *Ιωαννίδου Έλλη* για τη συνεχή κι αμέριστη συμπαράστασή της, για τις επιστημονικές της υποδείξεις και την πολύτιμη βοήθειά της σε ουσιαστικές διορθώσεις της διπλωματικής, τόσο ως προς το περιεχόμενο , όσο και προς τις τεχνικές της προδιαγραφές. Ο ενθουσιασμός και το πάθος της με συνόδευαν καθ ‘ όλη τη διάρκεια του θερμού καλοκαιριού που έγινε η έρευνα και ομολογώ ήταν ανάσα δροσιάς για μένα.

Τον καθηγητή μου κ. *Κουλιεράκη Γιώργο* θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως για τη ζεστασιά, τη σοβαρότητα και την επιστημονικότητα που με περιέβαλε κατά τη διάρκεια των σπουδών μου και την καθοριστική του συμβολή στην διόρθωση της διπλωματικής μου εργασίας , μαθαίνοντάς με πως τίποτα δεν είναι αδύνατο αρκεί να το επιθυμείς.

Εδώ θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Δήμαρχο των Χανίων κ. Εμμανουήλ Σκουλάκη , την κ. αντιδήμαρχο Χανίων κ. *Χρυσούλα Χατζηδάκη*, την πρόεδρο του Δ.Ο.ΚΟΙ.Π κ. *Χρύσα Μακράκη*, τους εκπροσώπους και όλα τα μέλη των έξι ΚΑΠΗ του Δήμου Χανίων καθώς επίσης και τους εργαζόμενους και συναδέλφους για τη συμπαράσταση και τη διευκόλυνση που μου έκαναν κατά τη διάρκεια της έρευνας .

Ιδιαίτερα επιτρέψτε μου να ευχαριστήσω τις κυρίες και τους κυρίους από τα ΚΑΠΗ της πόλης των Χανίων που δέχτηκαν να συνομιλήσουν μαζί μου και να μου ανοίξουν την καρδιά τους , χωρίς αυτούς η διεξαγωγή αυτής της έρευνας θα ήταν αδύνατη.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τα παιδιά μου, Νίκο και Γεωργία, για το χώρο που μου παραχώρησαν στο φοιτητικό τους σπίτι και για την υπομονή κι αγάπη που μου επέδειξαν καθ ΄ όλη τη διάρκεια τόσο των σπουδών μου όσο και της εκπόνησης διπλωματικής εργασίας μου.

Aφιερωμένη**:**

*Στην μνήμη μου του πατέρα μου* ***‘****’Γεωργίου Κορκίδη* ***‘’****, ο οποίος καλλιέργησε το ενδιαφέρον μου για τη γήρανση και τον ύστερο βίο.*

***ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

## 1.1 Περί γήρατος

**‘*’ Θλιμμένος Χειμώνας ή Δεύτερη Άνοιξη?’’***

Το αίνιγμα της Σφίγγας στον νεαρό Οιδίποδα απεικονίζει τις φάσεις της ανθρώπινης πορείας από τη γέννηση έως την έσχατη γεροντική ηλικία : τη φάση της ανάπτυξης (δυνάμεις δημιουργίας), την φάση της ωρίμανσης (δημιουργία, φθορά) και την φάση της εξέλιξης ή του γήρατος-υποτροπής(φθορά) (Παρασκευόπουλος 1985, Μπαμπάτσικου, 2007). Μεταξύ αυτών των τριών φάσεων δεν είναι δυνατόν να υπάρξει σαφής διαχωρισμός των χρονολογικών ορίων και ειδικότερα της αρχής του γήρατος (Salomone et al.1998; Μπαμπάτσικου, 2007).

O όρος ‘’τρίτη ηλικία ‘’ χρησιμοποιείται εναλλακτικά για να περιγράψει τα ηλικιωμένα άτομα, ως συνέχεια της χρονικής διαβάθμισης της ζωής**:** Νεογνό, βρέφος, παιδί, έφηβος ,ενήλικας, ηλικιωμένος (Κουρέα –Κρεμαστινού,1994 ). Διαιρείται σε τέσσερα στάδια, που αντιστοιχούν στις τέσσερις δεκαετίες μεταξύ 60 και 100 ετών . «*Το πώς οι άνθρωποι* *αντιμετωπίζουν τη ζωή στο καθένα από αυτά είναι πάλι μια ατομική υπόθεση, καθώς πολλά εξαρτώνται από τις αλλαγές και τα γεγονότα της ζωής που βιώνουν*» (Τucker,1997).

O ΠΟΥ το 1964 όρισε τα άτομα 60-74 ετών σαν ηλικιωμένους (personnes agees), τα άτομα ηλικίας 75-89 ετών σαν γέροντες (vieillards) και όσα είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 90 ετών σαν μεγάλους γέροντες (grands vieillards ή gerontins).

Το 1980 ο ΟΗΕ καθόρισε ως ‘’ γήρας’’ ή ‘’τρίτη ηλικία ‘’ τα χρόνια που θα ακολουθήσουν το 60ο έτος της ηλικίας. Το γήρας είναι μια φυσιολογική κατάσταση και αυτό το ίδιο δεν υπαινίσσεται παθολογικά στοιχεία(Stokes 1961). Οποιοδήποτε όμως και αν είναι το όριο , δεν παύει να σηματοδοτεί την ηλικία κατά μια και μόνο διάσταση, τη χρονολογική. ‘’*Η χρονολογική, και μόνο, ηλικία ενός ανθρώπου αποτελεί μη ακριβή δήλωση της πραγματικής ηλικίας του από άποψη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική*’’( Αβεντισιάν-Παγοροπούλου,2008). Ο όρος ηλικιωμένος δεν αποτελεί σαφή έννοια, ενώ η χρονολογική ηλικία δεν εκφράζει απόλυτο δείκτη της βιολογικής ηλικίας. Υπάρχουν άτομα 80-85 ετών που βρίσκονται σε πλήρη εγρήγορση και δράση. Για λόγους όμως οργανωτικούς και διοικητικούς για τη στάθμιση των δεξιοτήτων ενός ατόμου, χρησιμοποιείται η βιολογική ηλικία(Κρεμαστινού,2007).

Η γεροντική ηλικία δεν διαθέτει μόνο τη βιολογική της συνιστώσα, σχετίζεται και με τις αναπαραστάσεις που κάθε φορά έχει η κοινωνία. Από τη μια μεριά το γήρας ως βιολογικό φαινόμενο, από την άλλη , το γήρας ως κοινωνικοπολιτισμικό φαινόμενο. Γι ‘ αυτό άλλωστε και ο όρος Τρίτη ηλικία είναι και ένας «οικονομικός» όρος, που αναφέρεται στην αδρανοποίηση μετά τα 65 έτη, ένα όριο που τίθεται υπό αμφισβήτηση καθώς φτάσαμε πλέον να περιγράφεται και μια , πέραν των 85 , η τέταρτη ηλικία (Καραβάτος, 2007)

Η αστικοποίηση και η βιομηχανοποίηση, που ανεξέλεγκτα και χωρίς σχεδιασμό εκδηλώθηκε στην Ελλάδα μετά το β΄ παγκόσμιο πόλεμο, και η αλληλεπίδραση με τις επικρατούσες κοινωνικοπολιτισμικές και ψυχοκοινωνικές διεργασίες, διαμόρφωσε νέο είδος σχέσεων τόσο μέσα στην οικογένεια, όσο και την ευρύτερη κοινωνική ομάδα.(Βιολάκη, 2000).

Στον ελληνικό χώρο, τα τελευταία τριάντα χρόνια, ιδιαίτερα αποτέλεσαν περίοδο έντονων κοινωνικών και πολιτικών αλλαγών. Το παλιό και το καινούριο, ο παραδοσιακός και ο σύγχρονος τρόπος ζωής ακόμα συνυπάρχουν και αναμιγνύονται , φαινόμενο σύνηθες σε όλες τις αναπτυγμένες κοινωνίες.

Σε έναν κόσμο που αλλάζει με ταχύτατο ρυθμό, οι ηλικιωμένοι βρίσκονται καθημερινά να 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 σύμπλοκες ακόμη και με 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, έχουν να 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. Το πέρασμα από τη φάση της ζωής του ενήλικα σε αυτήν του ηλικιωμένου συντελείται απ΄ τη μια στιγμή στην άλλη, συνήθως οριζόμενο από την 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(Κastenbaum, 1980).

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. Νέα οριοθέτηση ανάμεσα στις γενιές. Επαναπροσδιορισμός προσωπικών ρόλων, στόχων και προσδοκιών σε αυτή τη φάση της ζωής.( Βιολάκη, 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 ανοιχτός σε νέους, διαφορετικούς τρόπους ζωής σε 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 όποια πράγματα σε καταπίεσαν στη ζωή σου, κοίταξε πίσω στα σημαντικά γεγονότα και στις εμπειρίες που σ΄έκαναν να νιώσεις ότι κάτι πρόσφερες στη ζωή σου, που σε έκαναν και σε κάνουν να μεγαλώνεις’’*( Βιολάκη, 2000).

Η καρτερία και η διαλλακτικότητα, η επιείκεια και η κατανόηση που δείχνουν οι γέροντες οφείλονται σ΄αυτό ακριβώς το μεγάλο τους προνόμιο, ότι βλέπουν της ζωής τα προβλήματα από μακριά. Η απόσταση κάνει τους γέροντες αντικειμενικότερους, και γι αυτό επιεικέστερους, διαλλακτικότερους. Εάν είναι περισσότερο υποχωρητικοί και συγχωρούν τις αδυναμίες των νέων, τούτο δεν οφείλεται στη δήθεν υπερβολική τους συναισθηματικότητα(δεν είναι τόσο συναισθηματικοί οι γέροντες, όσο νομίζομε, μαζί με τις άλλες κάμψεις, παθαίνει χαλάρωση και το θυμικό στην πολύ προχωρημένη ηλικία), αλλά στο γεγονός ότι μπορούν, καθώς βλέπουν από μακριά, να έχουν μια βαθύτερη κατανόηση των ανθρώπινων πραγμάτων. ‘Από την άλλη όχθη είναι διαφορετική η προοπτική – η ζωή έχει άλλα σχήματα, άλλο χρώμα, άλλη τάξη. ‘Όταν βλέπεις από πολύ μακριά, μπορεί να χάνεις τις λεπτομέρειες, αλλά έχεις μια αδρότερη , στις κύριες γραμμές, επομένως καθαρότερη εικόνα. Αυτοί είναι που έχοντας το θησαύρισμα της πείρας, ξέρουν πως απολήγουν στο τέλος τα πράγματα και πως από απειρία ή ανυπομονησία δίνομε συνήθως μεγάλο συντελεστή σημασίας σε εντελώς ασήμαντα γεγονότα(Slater,2003).

Οι ηλικιωμένοι που δημιούργησαν, ελεύθεροι από τις δεσμεύσεις των προηγούμενων φάσεων ζωής, ένα καινούριο τρόπο ζωής, νέα ενδιαφέροντα, οικείες σχέσεις και υποστηρικτικό σύστημα πέρα των ορίων της οικογένειάς τους (παιδιών, εγγονών.κ.λ.π), βρέθηκαν να έχουν μεγαλύτερη ζωτικότητα και αυτοεκτίμηση και καλύτερη ψυχοκοινωνική υγεία, γεγονός που επηρέασε και τη σωματική τους υγεία.

Είναι σημαντικό να προσεγγίσομε αυτή τη φάση της ζωής και αυτά τα χρόνια που προστέθηκαν στην ανθρώπινη ζωή μέσα από το πρίσμα της συνέχειας, της αναζήτησης νέων στόχων, ρόλων και δραστηριοτήτων, ως μια άλλη φάση στην προσωπική ή ακόμη και στην πνευματική ανάπτυξη και εξέλιξη του ανθρώπου.

### 1.1.1. Βιολογικά και Λειτουργικά Χαρακτηριστικά γήρατος

Γήρας είναι η πορεία, ή η επεξεργασία, ή η διαδρομή της βαθμιαίας φυσιολογικής αδυναμίας, της προσαρμοστικότητας στο περιβάλλον. Σύμφωνα με την κυρίαρχη ιατρική άποψη, γήρανση θεωρείται η συσσώρευση βλαβών στα δομικά στοιχεία της ζωής, και ειδικότερα στο DNA. Το γήρας, αποτελεί, δηλαδή μια πολύπλοκη πολυπαραγοντική διαδικασία έκπτωσης της λειτουργίας των κυττάρων, ο ρυθμός της οποίας εξαρτάται τόσο από εξωγενείς όσο και από ενδογενείς παράγοντες. Στους ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνονται τα γενετικά προγράμματα όπως η μετάλλαξή του DNA, οι αυτοάνοσες αντιδράσεις κι άλλες ενδογενείς διεργασίες ενώ στους εξωγενείς περιλαμβάνονται οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (π.χ. διατροφή, ακτινοβολία κ.ά). Η μεταβολή των φυσικών εξωτερικών χαρακτηριστικών του ατόμου αρχίζει πριν από τα 40 περίπου χρόνια της ζωής και είναι προοδευτική. Η συνήθης ηλικία κατά την οποία το άτομο αξιολογεί τις προοδευτικές μεταβολές που έχουν επέλθει είναι τα 65 χρόνια. Η μείωση της δύναμης και της φυσικής αντοχής είναι επίσης προοδευτική (Τζημουράκα, 1989).

Η μείωση της προοπτικής συνέχισης του συναισθηματικού, οικονομικού και κοινωνικού αισθήματος ασφάλειας που δημιουργήθηκε με πολύ προσπάθεια όλα αυτά τα χρόνια θα μπορούσε να θεωρηθεί ο κανόνας της τρίτης ηλικίας. Συνήθως, συνοδεύεται με μείωση αυτοεκτίμησης και κοινωνικοοικονομικές στερήσεις. Η μείωση της ταχύτητας και της οξύτητας των αισθήσεων και των αντιδράσεων είναι επίσης κάτι προοδευτικό( Πασσά, Μεράκου,2010).

Το γήρας είναι μια αργή και αναπόφευκτα μη αντιστρεπτή πορεία λειτουργικών αποκλίσεων, είναι η εκφύλιση και η φθορά των κυττάρων του οργανισμού (Δοντάς, 1981). Ο γεροντικός εκφυλισμός αφορά όλα τα συστήματα όπως την *αναπνευστική λειτουργία*(μείωση της ικανότητας των αναπνευστικών μυών, αύξηση του παραμένοντα όγκου αέρα μέσα στους πνεύμονες κ.λ.π.)( Μουντοκαλάκης, 2002), *την καρδιακή λειτουργία* (μείωση της λειτουργικής ικανότητας της καρδιάς, αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων , ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης κ.λ.π.)( Κυριακίδης 2000, Κρεμαστινός 2005), *τη νεφρική λειτουργία* ( σταδιακή έκπτωση της νεφρικής κάθαρσης με άμεσο αντίκτυπο στο μεταβολισμό κ.λ.π.) (Βασιλακόπουλος και Ρούσσος 2002), *την ηπατική λειτουργία (*σταδιακή έκπτωση της , με άμεσο αντίκτυπο στο μεταβολισμό κ.λ.π.)(Δοντάς 1981),*το μυοσκελετικό σύστημα*(μείωση της μυϊκής μάζας, μείωση της ελαστικότητας, μείωση του ύψους του σώματος, αλλαγή στάσης του σώματος, δύσκαμπτες αρθρώσεις, αρθροπάθειες, διαταραχή μεταβολισμού με αποτέλεσμα την οστεοπόρωση, κ.λ.π.) (Στάμος και συν. 2000, Λυρίτης 2001), *το γαστρεντερολογικό σύστημα* (απώλεια δοντιών, μείωση κινητικότητας στομάχου, εντέρου, δυσκοιλιότητα κ.λ.π.) (Δοντάς 1981), *το νευρικό σύστημα* (εκφύλιση των νευρικών κυττάρων, μείωση των νευροδιαβιβαστών και των υποδοχέων τους κυρίως στους μετωπιαίους λοβούς και την παρεγκεφαλίδα με αποτέλεσμα διαταραχή των ανωτέρων λειτουργιών κ.λ.π )( Μαργαρίτη και συν . 2000, Βασιλόπουλος 2000. ), *το δέρμα και τον υποδόριο ιστό (* λέπτυνση της επιδερμίδας, αφυδάτωση, κ.λ.π.), *τα αισθητήρια(ακοή , όσφρηση, όραση, αφή και ελάττωση αντανακλαστικών) (Μουντοκαλάκης 2002), ενδοκρινικές μεταβολές (*μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, ευπάθεια στη θερμοπληξία, υποθερμία κ.λ.π)( Ιωαννίδης και Κατσιλάμπρος 2000) και *σεξουαλικές μεταβολές* (ατροφία κολπικού βλεννογόνου, ουρολοιμώξεις κ.λ.π.)( Κρεατσάς 1998, Βαϊδάκης 2000,).

Οι συντελεστές βιολογικών παραμέτρων, κοινωνικών δυνατοτήτων, λειτουργικών δυνατοτήτων, ψυχολογικής κατάστασης, μεταβάλλονται με διαφορετικούς ρυθμούς και δεν συμπίπτουν με την ημερομηνία γέννησης. Η ημερομηνία γέννησης ουσιαστικά προσδιορίζει ότι κάποτε οι δυνάμεις θα μειωθούν, τα εξωτερικά χαρακτηριστικά θα αλλοιωθούν, οι αισθήσεις θα μειωθούν, χωρίς όμως, να προσδιορίζει το πότε θα γίνει αυτό.(Μπαμπάτσικου, 2007)

Συνοψίζοντας τα κοινά χαρακτηριστικά γήρατος:

* **Μειωμένη αντίδραση** (μείωση ταχύτητας και οξύτητας αντιδράσεων )
* **Μειωμένη ικανότητα ανάκαμψης – ανάρρωσης**
* **Αυξημένη ευαισθησία στο ενδογενές και εξωγενές στρες**
* **Διαταραχές ενδοκυτταρικής και εξωκυτταρικής ομοιοστασίας**
* **Αύξηση της πιθανότητας θανάτου με τη πάροδο της ηλικίας**
* **Μείωση της δύναμης και της φυσικής αντοχής**(Βόλικας,2004)

**‘’** *Τα γηρατειά είναι μια πολύπλοκη και ρευστή έννοια. Δεν παύουν όμως να αποτελούν μια πραγματικότητα αναμφισβήτητη, την οποία το άτομο και η κοινωνία οφείλουν να προετοιμαστούν για να αντιμετωπίσουν’’(Levet-Gautrat)*

### 1.1.2. Ανάγκες ηλικιωμένων

Η κατανόηση των αναγκών της τρίτης ηλικίας είναι ένα από τα θέματα που απασχολούν την παγκόσμια κοινωνία σήμερα. Η ανατροπή των παλαιότερων αναλογιών μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων έχει προκαλέσει ριζικές αλλαγές στην οικονομική και κοινωνική διάρθρωση των περισσοτέρων χωρών διεθνώς, δημιουργώντας προβλήματα αλλά και νέες προκλήσεις σε τομείς όπως υγεία, κοινωνική ασφάλιση, υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας, κ.ά.(Κουρέα–Κρεμαστινού,Τ.,2007).

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη, αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων εστιάζονται σε θέματα όπως**:** 1) υγείας, 2)κοινωνικών παροχών, 3)εισοδήματος, 4)κατοικίας και 5)συμμετοχής σε πολιτιστικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Η άρνηση της ανάδειξης ή υποβάθμιση της σημασίας των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας, όταν μάλιστα συνοδεύεται από υποτονικό ενδιαφέρον για την συγκρότηση και λειτουργία δομών που θα μπορούσαν να τα αντιμετωπίσουν, επιδρά αρνητικά τόσο στους ίδιους τους ηλικιωμένους όσο και στην κοινωνία συνολικότερα (Κοτταρίδη, 2007).

Συνήθως, οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται ως μείζον ζήτημα, σχεδόν ως ένα είδος ‘’περιορισμού ‘’,στα μακροχρόνια σχέδια ανάπτυξης. Σε αυτό το πνεύμα προτείνεται η προσέγγιση που θεωρεί το ζήτημα της γήρανσης ως πεδίο, ευκαιρία, αφορμή για την ανάπτυξη καινοτομιών, τεχνολογικών, επιστημονικών και οργανωτικών, που θα καθιστούν ευχερέστερη την αντιμετώπιση των περιορισμών και των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας (Μεσθεναίου, 2005)

Σε αντίθεση με τις υγειονομικές ανάγκες και τις υπηρεσίες, που παρουσιάζουν μεγάλη ομοιομορφία για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, οι κοινωνικές ανάγκες εμφανίζουν μεγάλες διαφοροποιήσεις γιατί εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως η αγωγή, η πολιτιστική στάθμη, η οικονομική κατάσταση των μεμονωμένων ατόμων, αλλά και γενικά της οικιστικής ικανότητας μέσα στην οποία τα άτομα αυτά ζουν(Βιολάκη, 2000)

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη για τους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από **:**

**α)**Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς "φιλανθρωπία".

**β)**Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αυτοσεβασμό και αυτονομία. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων. Όχι στην απομόνωση και στην απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι η στέγη είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των ηλικιωμένων.

Σημαντικές διαφοροποιήσεις υπάρχουν μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών. Στις αγροτικές περιοχές πολλοί ηλικιωμένοι κατοικούν σε κατοικίες που δεν τους παρέχουν σύγχρονες ανέσεις. Οι συνθήκες διαβίωσης είναι ακατάλληλες και πολλές φορές επικίνδυνες. Οι συνέπειες από τις συνθήκες αυτές είναι σοβαρές για τη σωματική ακεραιότητα των ηλικιωμένων (π.χ. φωτιά από ακατάλληλες θερμάστρες, επικίνδυνα σκαλοπάτια κ.λπ.).

Τα προβλήματα κατοικίας στις αστικές περιοχές είναι άλλης μορφής. Στις περιοχές αυτές υπερτερεί η πολυκατοικία, άρα το διαμέρισμα, το οποίο ως επί το πλείστον είναι πολύ μικρό και δε διαθέτει υπαίθριο χώρο. Έτσι το ηλικιωμένο άτομο ζει εγκλωβισμένο και απομονωμένο μέσα στο διαμέρισμα, χωρίς επικοινωνία με τους γείτονες.

Οι αλλαγές που έγιναν τα τελευταία χρόνια στον τρόπο ζωής στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις έχουν καθοριστικές επιπτώσεις και στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων.

**γ)**Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητά τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους.

Τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων αφορούν το ότι υποφέρουν από πολλές αρρώστιες ταυτόχρονα και απαιτείται χρόνος για να αναρρώσουν. Τα σημαντικότερα όμως προβλήματα αφορούν την κινητικότητα, επικοινωνία, άνοια, ελάττωση της ακοής και όρασης-όλα όσα δημιουργούν τέτοιου είδους συμπεριφορά απομόνωσης από το κοινωνικό σύνολο. Οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν πολύ συχνά τις νοσοκομειακές υπηρεσίες και λόγω των διαφόρων ασθενειών που προαναφέρθηκαν τις έχουν ανάγκη για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

**δ)**Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.

**ε)**Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο.

**στ**)Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.

**ζ)**Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή/και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία. Σε όλες τις έρευνες-μελέτες τονίζεται η σημαντική προσφορά που παρέχει η ελληνική οικογένεια στα ηλικιωμένα άτομα. διάφορες όμως κοινωνικοοικονομικές αλλαγές στη δομή της οικογένειας δυσχεραίνουν την

προσφορά αυτή. Οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν έχουν, από την άλλη, αναπτυχθεί σε τέτοιο ικανοποιητικό βαθμό, ώστε να καλύψουν τις ανάγκες αυτές. Η κλειστή ιδρυματική περίθαλψη εξακολουθεί να είναι μικρή στην ελληνική κοινωνία.

**η)**Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.

**ι)**Εισόδημα**:** Η διασφάλιση του εισοδήματος για τα ηλικιωμένα άτομα αποτελεί μια δικλείδα ασφάλειας γι' αυτούς. Η σύνταξη αποτελεί το κατ' εξοχήν εισόδημα των ηλικιωμένων. Όμως διάφορες ομάδες ηλικιωμένων ζουν στα όρια της φτώχειας και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης και ως εκ τούτου και ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο. Ιδιαίτερα πλήττεται η ηλικιωμένη γυναίκα, η οποία παλιά δεν εργαζόταν και η οποία δεν είχε την ευκαιρία να σπουδάσει λόγω των κοινωνικών συνθηκών που επικρατούσαν. Επιπλέον, μπορεί μερικές δαπάνες μειώνονται ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών

(Νεοκλέους,2009).

**κ)**Συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες: Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων, καθώς και τα έντονα οικονομικά προβλήματα μεγάλης μερίδας της ηλικιακής αυτής ομάδας δημιουργούν τέτοιες έντονες αρνητικές προϋποθέσεις, ώστε η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε διάφορες πολιτιστικές δραστηριότητες να είναι μηδαμινή. Για τα μέλη των ΚΑΠΗ, η συμμετοχή σε εκδηλώσεις, όπως θέατρο, εκδρομές, συνεστιάσεις, διαλέξεις, είναι δεδομένη*(*Χριστοδούλου,Γ.Ν.,Κονταξάκης,Β.Π., *2000)*.

Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό των ηλικιωμένων περιορίζεται σε δραστηριότητες μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας. Όπως έχει ήδη διαπιστωθεί από τις σχετικές έρευνες, ο βασικός τρόπος διασκέδασης της ηλικιακής αυτής ομάδας είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο.

Η μη συμμετοχή τους, τους απομονώνει κοινωνικά και οι ίδιοι, λόγω διαφόρων ψυχολογικών επιπτώσεων, δεν αισθάνονται ενεργά μέλη της κοινωνίας.

Η τυχόν έλλειψη ικανοποίησης των παραπάνω αναγκών δημιουργεί στα ηλικιωμένα άτομα μεγάλη ανασφάλεια, αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, μαρασμό, απογοήτευση, που όλα αυτά οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια σε συνθήκες έντονης κοινωνικής απομόνωσης.

Σε ένα επόμενο κεφάλαιο θα εξετάσομε διεξοδικότερα τις ανάγκες(Κοινωνικές και ψυχολογικές) της ευαίσθητης αυτής ηλικίας.

## 1.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Διαφορετικοί επιστημονικοί κλάδοι έχουν επιχειρήσει να διατυπώσουν θεωρίες σχετικά με τη γήρανση. Έτσι έχομε τις **:**

### 1.2.1. Βιολογικές θεωρίες

Oι βιολογικές των γηρατειών εστιάζουν στην ανεύρεση των στοιχείων που προκαλούν τα αίτια της αλλαγής των βιολογικών και φυσιολογικών χαρακτηριστικών των ανθρώπων στην πάροδο του χρόνου( [Atwood CS](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=el&langpair=en%7Cel&rurl=translate.google.gr&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed%3Fterm%3D%2522Atwood%2520CS%2522%255BAuthor%255D&usg=ALkJrhinw85ybqGVnis2L3K51qSmI_Pc1g), [Bowen RL](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=el&langpair=en%7Cel&rurl=translate.google.gr&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed%3Fterm%3D%2522Bowen%2520RL%2522%255BAuthor%255D&usg=ALkJrhhHixJVfC6MBnlpRqWUiawgWTLHZQ).,2011).

Πιο συγκεκριμένα, επιχειρούν να διαπιστώσουν το αν υπάρχει ή μη παθολογική διαδικασία που να οδηγεί στην απώλεια της ικανότητας του οργανισμού και τελικά στο θάνατο του ανθρώπινου οργανισμού **(**Hayflick,1990;Lipsitz and Goldberger,1992;Μαλικιώση-Λοiζου,1993) Η πληθώρα των θεωριών ερμηνείας της γήρανσης χρήζει ταξινόμησης. Οι θεωρίες αυτές διακρίνονται σε δυο κυρίως κατηγορίες.

* **Θεωρίες: Γενετικές θεωρίες ή Προγραμματισμένων σταδίων γήρανσης**

Οι θεωρίες αυτές επικεντρώνονται στο ρόλο της κληρονομικότητας για τον καθορισμό του βαθμού γήρανσης του σώματος. Σύμφωνα με το Medvedev (1981), η γήρανση είναι αποτέλεσμα της βαθμιαίας αποσύνθεσης του δεοξυριβονουκλεικού οξέος (DNA) προκαλώντας ατελή παραγωγή κυττάρων. Επιπλέον, οι θεωρίες αυτές υποστηρίζουν ότι κάθε κύτταρο του σώματος ελέγχεται από το δικό του βιολογικό ρολόι και είναι υπεύθυνο για τη διαδικασία της γήρανσης. Αυτή η διαδικασία είναι και το εμπόδιο για την αειφόρο διαίρεση και ανάπτυξη των κυττάρων(Medvedev,1981;Πασσά,2010).

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του ’60 επικρατούσε η αντίληψη πως τα φυσιολογικά κύτταρα είναι δυνατόν να πολλαπλασιάζεται σε καλλιέργειες αιώνια και επομένως η γήρανση είναι διαδικασία που προέρχεται από εξωτερικούς παράγοντες και λίγο έχει να κάνει με ενδοκυτταρικά φαινόμενα(Κletsas, 2003;Πασσά,2010).

O Hayflick απέρριψε αυτή τη θεώρηση, δείχνοντας πως φυσιολογικοί ανθρώπινοι ινοβλάστες, έχουν περιορισμένη πολλαπλασιαστική ικανότητα (όριο Hayflick), πράγμα που επιβεβαιώθηκε και σε άλλα είδη κυττάρων, Ο σχεδόν σταθερός αριθμός μιτώσεων έδωσε την αίσθηση ύπαρξης ενός μιτωτικού ’’ρολογιού‘’ (Hayflick,1990). Το όριο του Hayflick δηλώνει ότι ο αριθμός που το ανθρώπινο κύτταρο μπορεί να διαιρεθεί είναι προκαθορισμένος ( περίπου 50) και μετά πεθαίνει.( Ηayflick,1961).

Η θεωρία αυτή πλέον θεωρείται ξεπερασμένη γιατί είναι γνωστό πλέον ότι τα κύτταρα δεν γερνούν με τον ίδιο βαθμό.

Οι βιολογικές θεωρίες δεν έχουν ακόμα συμφωνήσει για τον ορισμό της ανθρώπινης γήρανσης. Δεν λαμβάνουν υπόψη τον τρόπο με τον οποίο πολλά άτομα προσαρμόζονται σε αυτές τις αλλαγές αλλά και ούτε και τις δυνατότητες για ανάπτυξη άλλων μη βιολογικών δυνατοτήτων (Hughes, 1995).

Καταλήγοντας θα λέγαμε ότι οι βιολογικές θεωρίες οδηγούν σε μια αρνητική , ακόμα και ‘’ρατσιστική‘’ εικόνα των ηλικιωμένων και συμβάλλουν κατά κάποιο τρόπο στην άποψη ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν βάρος για τις οικογένειες τους και την κοινωνία(Πασσά,2010).

* **Θεωρίες: Μη γενετικές θεωρίες ή Στοχαστικές ή Συνεχούς φθοράς**

Οι θεωρίες αυτές αναφέρονται στη συσσώρευση της κυτταρικής φθοράς. Η κυτταρική φθορά θεωρείται υπεύθυνη για τη κυτταρική δυσλειτουργία και το θάνατο του κυττάρου. Σύμφωνα με αυτές τα κύτταρα καταστρέφονται από τη συσσώρευση σφαλμάτων του DNA όπως, ελεύθερες ρίζες των κυττάρων, γλυκόζη κ.λ.π.

* **Η υπόθεση του ΟRGEL ή θεωρία του λάθους** **:**To 1963 o Οrgel πρότεινε ένα βιολογικό πρότυπο γήρανσης, το οποίο βασιζόταν *σε ’’ μια ελάττωση της πιστότητας αντιγραφής του γενετικού μηνύματος κατά τη σύνθεση των πρωτεϊνών’’*(Orgel,1963).

Κατά τη θεωρία αυτή, η γήρανση είναι το αποτέλεσμα λαθών στη σύνθεση πρωτεϊνών, τόσο κατά τη φάση της αντιγραφής (DNA-RNA) όσο και κατά τη φάση της μετάφρασης (RNA-πρωτεϊνών).Η πληροφορία που περιέχεται στο DNA θα μπορούσε να αλλοιωθεί από εξωγενείς παράγοντες, ελεύθερες ρίζες κ.λ.π.

Όμως πολλά πειραματικά δεδομένα δεν υποστηρίζουν την άποψη αυτή διότι**:**

* + - Δεν υπάρχουν διαφορές στη σειρά των αμινοξέων στις ζωικές πρωτεϊνες μεταξύ νέων-γηρασμένων οργανισμών
    - Δεν αποδείχθηκε έλλειψη ή περίσσεια RNA στις προχωρημένες ηλικίες
    - Τόσο η αντιγραφή όσο και η μετάφραση του DNA φαίνεται πως συνεχίζουν να είναι αποτελεσματικές ακόμα και σε προχωρημένες ηλικίες.

Γενικά όσο αφορά τη θεωρία αυτή φαίνεται να ισχύει ο κανόνας της θετικής ανατροφοδότησης(feedback) δηλαδή όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των λαθών που έχουν συσσωρευτεί στα μικρομοριακά στοιχεία του κυττάρου, τόσο επιταχύνεται η συσσώρευση και των άλλων λαθών. Τελικά φαίνεται πως οι εξωκυττάριοι και ενδοκυττάριοι μηχανισμοί της γήρανσης είναι αλληλένδετοι, καθώς η λανθασμένη σύνθεση πρωτεϊνών πρέπει να επηρεάζει και τα εξωκυττάρια συμβάντα(Orgel,1963).

* **Η θεωρία των ελευθέρων ριζών οξυγόνου :** Oι ελεύθερες ρίζες είναι υψηλής δραστικότητας μόρια οξυγόνου και ρίζες οξυγόνου, που περιέχουν ασύζευκτα ηλεκτρόνια και για αυτό μπορούν να γίνουν εξαιρετικά δραστικές και να τροποποιήσουν ζωτικά βιολογικά μόρια όπως τα λίπη, τις πρωτεΐνες και το DNA. Είναι δηλαδή, αντιδρώντα και δυνητικά καταστροφικά μόρια.

Σε φυσιολογικές συνθήκες υπάρχει στον οργανισμό μια προστασία από τις ελεύθερες ρίζες, όπως αυτή που προσφέρουν ορισμένα ένζυμα και διάφορα αντιοξειδωτικά μόρια. Όταν η ισορροπία ανάμεσα στις ελεύθερες ρίζες και την αντιοξειδωτική άμυνα διαταραχτεί, τότε οι ελεύθερες ρίζες μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαφόρων ασθενειών. Στο επίκεντρο των θεωριών αυτών τίθεται το πρόβλημα επαγωγής της δράσης των ελευθέρων ριζών πέρα των φυσιολογικών τους λειτουργιών (Cape et al., 1990).

Τότε, αυτό που μπορεί να προκληθεί είναι η αναστολή δράσης ορισμένων ενζύμων, η οξείδωση των λιπιδίων, η καταστροφή της δομής του κυτταρικού DNA ή άλλες κυτταροτοξικές δράσεις. Η υπερπαραγωγή ελευθέρων ριζών ενοχοποιείται στην αιτιολογία πλήθους ασθενειών, όπως οι καρδιακές παθήσεις, ο διαβήτης, ο καρκίνος, το Alzheimer,αλλά και η διαδικασία του γήρατος(Cape et al,1990).

* **Η θεωρία των διασταυρούμενων δεσμών :** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή , η γήρανση και ασθένειες σχετιζόμενες με την ηλικία, είναι αποτέλεσμα διασταυρούμενων δεσμών μεταξύ πρωτεϊνών και άλλων κυτταρικών μεγαλομορίων.

Η παραπάνω θεωρία ερμηνεύει φαινόμενα που συνοδεύουν τη γήρανση, όπως για παράδειγμα τη γλυκοζυλίωση πρωτεϊνών. Ο διαδοχικός σχηματισμός διασταυρούμενων δεσμών θα μπορούσε να ευθύνεται για τη θόλωση του φακού του οφθαλμού και την ανάπτυξη καταρράκτη, ή για ανάλογο φαινόμενο ανάμεσα σε γλυκοζυλιωμένες ανοσοσφαιρίνες και πρωτεΐνες της βασικής μεμβράνης του σπέρματος**(**Βόλικας, 2000).

Συνοψίζοντας, όσο αφορά τις βιολογικές θεωρίες της γήρανσης είτε γενετικές είτε μη-γεννετικές φαίνεται ότι υπάρχουν γονίδια που συνδέονται είτε με τη γήρανση είτε με τη μακροβιότητα που ρυθμίζονται διαφορετικά από έναν κοινό βιολογικό μηχανισμό. Γιατί όμως οι ζωντανοί οργανισμοί γερνάνε και πεθαίνουν; Είναι εφικτή η αθανασία; Αναφορικά με το πρώτο ερώτημα η απάντηση δύναται να προκύψει από την επιστήμη της εξελικτικής βιολογίας. Σύμφωνα με διάφορες θεωρίες, εξέλιξη σημαίνει προσαρμοστικότητα. Μπορεί να θεωρηθεί ότι όταν το περιβάλλον μεταβάλλεται, αυτό γίνεται με κάποιο τρόπο αντιληπτό και το γενετικό υλικό αλλάζει κωδικοποιώντας την αντίστοιχη πληροφορία, την οποία και μεταφέρει στους απογόνους ούτως ώστε οι τελευταίοι να είναι περισσότερο ικανοί να ανταπεξέλθουν στις νέες συνθήκες. Με βάση τα προαναφερόμενα, εάν οι άνθρωποι δεν γήρασκαν ή γενικότερα κάποια μορφή ζωής δεν γήρασκε, σαφέστατα η ζωή θα εξέλειπε μέσα σε λίγες σχετικά γενεές, διότι το περιβάλλον θα άλλαζε και δεν θα μπορούσαν οι συγκεκριμένοι οργανισμοί να αλλάξουν ώστε να μπορούν να προσαρμοσθούν στις νέες συνθήκες. Ο μοναδικός τρόπος για να επιβιώσει το κάθε είδος, είναι να περάσει αυτή την πληροφορία στους απογόνους του. Σ' αυτό το πλαίσιο σκέψης μπορεί κάποιος να αναρωτηθεί το κατά πόσο ορισμένες περιπτώσεις καρκινογένεσης αποτελούν αποτυχημένες εξελικτικές προσπάθειες των κυττάρων. Αναφορικά με τη δυνατότητα επίτευξης αθανασίας φαίνεται να βρίσκεται εκτός των γνωστών βιολογικών νόμων της φύσης(Γκόνος,1988).

Είναι βέβαιο πως η Μοριακή Βιολογία έχει ανοίξει νέους ορίζοντες στη μελέτη και κατανόηση της λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Αυτό το ταξίδι το οποίο ξεκίνησε πριν λίγα σχετικά χρόνια στον άγνωστο και μαγευτικό κόσμο των βιολογικών νοημάτων της ζωής δεν είναι ούτε εύκολο ούτε γρήγορο. Οι ταξιδιώτες πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με υπομονή, με περίσσεια γνώση, με αμφισβήτηση, αλλά προπαντός με ηθική δεοντολογία. Σε κάθε περίπτωση η Πολιτεία πρέπει να κρίνει και να αξιολογεί τους καρπούς και τις εμπειρίες τέτοιων εγχειρημάτων. Υπάρχουν άραγε γονίδια αθανασίας;

Θα διαλευκανθούν πλήρως οι μηχανισμοί ρύθμισης των γονιδίων της γήρανσης και της μακροβιότητας;

Θα αποδεχθεί, ηθικά, η ανθρωπότητα σε μία τέτοια περίπτωση να παρέμβει. Φαίνεται πως είναι προτιμότερο να στοχεύεται η ανεύρεση τρόπων βελτίωσης της ποιότητας ζωής, οι οποίοι με τη σειρά τους θα επιφέρουν έμμεσα την επιμήκυνση της προσδόκιμης διάρκειας της, παρά τα επικίνδυνα ταξίδια με γνώμονα την ανθρώπινη ματαιοδοξία. Άλλωστε όπως και ο ποιητής έχει δηλώσει(Γκόνος,1988):

... **ηδονικά παντοτινά ζητάμε, μάταια πάντα...**

### 1.2.2. Κοινωνιολογικές Θεωρίες

### 

Η κοινωνιολογία μελετά πως η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζεται από τον πολιτισμό, την τεχνολογία και τη συνεχώς μεταβαλλόμενη σχέση του ανθρώπου με το περιβάλλον. Επιπλέον, ασχολείται με την κοινωνική θέση και το ρόλο των ηλικιωμένων στη κοινωνία και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζονται αυτοί από τις κοινωνικές αλλαγές, τις επιπτώσεις των κοινωνικών δομών και την επιρροή τους στην κατανομή των υλικών και πολιτισμικών αγαθών και πόρων, ανάμεσα στις ομάδες ηλικιών και τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές υποομάδες των διάφορων ομάδων ηλικιών.

Οι κοινωνικοί επιστήμονες ασχολούνται, ακόμα, με τον κοινωνικό ρόλο και τη θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία. Οι κοινωνιολογικές θεωρίες σχετικά με τη γήρανση και τους ηλικιωμένους επηρεάζονται από τη δομή της κοινωνίας και τις κοινωνικές αλλαγές.

Επίσης δίνουν έμφαση στις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των ατόμων όσο αφορά το ρυθμό και το είδος των αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία (Rοsenmayr, 1987).

Οι κοινωνιολογικές θεωρίες εστιάζουν σε δύο βασικές συνιστώσες:

Θεωρούν ότι δεν συμβαίνει απότομη φθορά στη σωματική ή ψυχολογική λειτουργία του ατόμου που πλησιάζει τα 65 χρόνια.Η επιλογή της χρονολογικής ηλικίας ως σταθμός στη ζωή του ατόμου δεν τεκμηριώνεται με έρευνες και κλινικές παρατηρήσεις(Rοsenmayr, 1987).

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες ενδεικτικές προσεγγίσεις που περικλείουν διαφορετικές πτυχές της ζωής αλλά και του ρόλου των ηλικιωμένων.

* **H θεωρία της διαδικασίας** **« Αποδέσμευσης ή της Αποσύνδεσης»** ( process of disengagement)

Ο Cohen το 1973 διατύπωσε τη θεωρία της ‘’διαδικασίας, της αποδέσμευσης ή της αποσύνθεσης λέγοντας ότι οι ηλικιωμένοι σταδιακά αποσύρονται από την κοινωνική ζωή και τους κοινωνικούς τους ρόλους και προετοιμάζονται για το θάνατο. Αυτή η διαδικασία έχει πλεονεκτήματα και για τους ίδιους αλλά και για ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο. Η απομάκρυνση από τις υποχρεώσεις δίνει στα άτομα τη δυνατότητα να αναπτύξουν νέες δραστηριότητες και ενδιαφέροντα διαφορετικά από το παρελθόν δημιουργώντας έτσι νέες ισορροπίες με την κοινωνία. Προσπαθώντας η θεωρία αυτή να ερμηνεύσει τη διαδικασία της αποδέσμευσης από τη σκοπιά του φύλου μας λέει ότι οι γυναίκες περνούν διαδοχικά από το ρόλο της κόρης – μητέρας – γιαγιάς σε ένα κλειστό δίκτυο αμοιβαίων σχέσεων και έτσι δεν χάνουν απαραίτητα την ‘’απασχόλησή‘’ τους με το πέρασμα του χρόνου. Ενώ οι άνδρες μετά τη συνταξιοδότησή τους περνούν σε μια κρίσιμη φάση όσο αφορά τον τομέα της απασχόλησης και των διαπροσωπικών σχέσεων επειδή έχουν συνηθίσει να επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στην επαγγελματική δραστηριότητα και την εξασφάλιση της βιοποριστικής περίθαλψης της οικογένειας τους και έτσι έρχονται αντιμέτωποι με ένα νέο σύστημα σχέσεων και δραστηριοτήτων.

* **Η θεωρία της δραστηριότητας** (activity theory)

Σύμφωνα με τις παραδοσιακές θεωρίες για τη Τρίτη ηλικία, οι άνθρωποι χάνουν σταδιακά το ενδιαφέρον τους για τη ζωή και τους διάφορους κοινωνικούς τους ρόλους καθώς γερνάνε.

Από την άλλη πλευρά, θεωρητική και εμπειρική ανάλυση έχει καταδείξει ότι οι προσπάθειες ενασχόλησης των ηλικιωμένων σε νέες γι΄ αυτούς δραστηριότητες δίνουν νέα ‘’ζωή’’ σε όλα τα επίπεδα (Havighurst Rj.Et al.,1968).

H νέα ενασχόληση των ηλικιωμένων συμβάλει στην ανακάλυψη νέων κοινωνικών ρόλων που οδηγούν σε νέα επίπεδα φυσικής και πνευματικής εγρήγορσης. Οι καταστάσεις αυτές οδηγούν σε μια νέα ποιότητα ζωής τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο κοινωνικό πλαίσιο της ευρύτερης ζωή τους ( Streib G., Scheineider Cj., 1971).

* **Η θεωρία του εκσυγχρονισμού** ( modernization theory)

Η θεωρία του εκσυγχρονισμού ( Cowgill and holmes,1972) υποστηρίζει ότι οι βιομηχανικές και καπιταλιστικές κοινωνίες δεν χρειάζονται την προσφορά των ηλικιωμένων στο κοινωνικό σύνολο όπως στις προκαπιταλιστικές και αγροτικές κοινωνίες.

Οι κυριότεροι παράγοντες στους οποίους στηρίζεται η θεωρία αυτή είναι η κοινωνική κινητικότητα των νεώτερων γενιών (social mobility), η σταδιακή εξάλειψη της πολυμελούς οικογένειας και η ατομικοποίηση σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο των νεότερων γενιών.

* **H θεωρία της ‘’πολιτισμικής ιδιαιτερότητας’’** (subculture theory)

Η θεωρία της ’’ *πολιτισμικής ιδιαιτερότητας* ’’ αντιλαμβάνεται την αυξανόμενη τάση της γήρανσης και δίνει έμφαση στην καλύτερη περίθαλψη και οικονομική ζωή**’’** Ο Rose τo 1965 εμπνεύστηκε τη νέα αυτή ιδεολογία η εξέλιξη της οποίας θα οδηγήσει σε νέες μορφές οργάνωσης αφού η ηλικιωμένοι θα λειτουργήσουν για την βελτίωση του κοινωνικού τους επιπέδου.

* **H θεωρία της ‘’ανταλλαγής ‘’**(exchange theory**)**

ΟDowd (1981) υποστηρίζει ότι με τη βαθμιαία γήρανση υποβαθμίζεται η θέση των ηλικιωμένων. Παρά το γεγονός ότι οι υλικές συνθήκες διαβίωσης για τους ηλικιωμένους έχουν βελτιωθεί σημαντικά, οι κοινωνικοί δεσμοί που συνέδεαν τους ανθρώπους στις προγενέστερες περιόδους συρρικνώθηκαν ή εξαφανίστηκαν με τους ραγδαίους μετασχηματισμούς της κοινωνίας. Ο καταμερισμός των πόρων ανάμεσα στα κοινωνικά στρώματα είναι διαφορετικός και δημιουργεί ένα ποσοστό ανταλλαγής σχετικό με την εκάστοτε ηλικία. Το ποσοστό αυτό είναι ευνοϊκό για τους ηλικιωμένους που βρίσκονται σε αγροτικές κοινωνίες γιατί μπορούν ακόμα να κατέχουν τον έλεγχο της γης τους αλλά δυσοίωνο για τους ηλικιωμένους των βιομηχανικών κοινωνιών που στερούνται πλεονεκτημάτων εξαιτίας της περιθωριοποίησης τους από την αγορά εργασίας. ΄Ετσι, η θέση των ηλικιωμένων στη σύγχρονη κοινωνία κινδυνεύει να υποβαθμιστεί εξαιτίας αυτής της μείωσης πόρων.

Οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν εύκολα να επιτύχουν ευνοϊκά (ή και ισότιμα) ποσοστά ανταλλαγής όταν διαπραγματεύονται με άλλες κοινωνικές ομάδες.

Η Θεωρία αυτή επικεντρώνεται στις σχέσεις που δημιουργούνται ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στα άλλα κοινωνικά στρώματα και σε εξατομικευμένα άτομα στα πλαίσια της ομάδας (λέσχες, τοπικές οργανώσεις κ.ά) και της οικογένειας. Εξετάζει τις κοινωνικές αποστάσεις ανάμεσα σε ομάδες και άτομα, το επίπεδο των ατομικών σχέσεων, τις ιδέες που επικρατούν για τους ηλικιωμένους, την ύπαρξη ή όχι αλληλεγγύης και άλλα κοινωνικά χαρακτηριστικά.

### 1.2.3. Ψυχολογικές θεωρίες

Τα νέα δημογραφικά δεδομένα, οδήγησαν την επιστήμη της ψυχολογίας στη δημιουργία ενός νέου κλάδου που ασχολείται αποκλειστικά με την ‘’ψυχολογία του γήρατος’’. Οι ψυχολογικές θεωρίες δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχολογική κατάσταση και την ικανότητα προσαρμογής των ατόμων στην Τρίτη Ηλικία. Εστιάζουν στις μεταβολές του κεντρικού νευρικού συστήματος που έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση της ικανότητας αντίληψης, την άμβλυνση των αισθήσεων και τη με τη μείωση της ικανότητας για σωστή χρήση των πληροφοριών. (Μαλικιώση –Λοϊζου, 1993).

* **Θεωρία της σωματικής σύστασης**

Η φυσική κατασκευή ,τα φυσιολογικά και βιοχημικά χαρακτηριστικά του σώματος αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της συμπεριφοράς. Η βαθμιαία και συνεχής φθορά του σώματος έχει αναπόφευκτα αντίκρισμα στη συμπεριφορά του ατόμου. Έχοντας ως γνώμονα τη διαπίστωση αυτή , η θεωρία της σωματικής σύστασης ερμηνεύει τις διαφορές στη συμπεριφορά μεταξύ νέων και ηλικιωμένων (. (Μαλικιώση –Λοϊζου, 1993).

* **Ψυχαναλυτική άποψη**

Για πολλά χρόνια κυριαρχούσε η άποψη ότι η ηλικιωμένοι έχουν αυστηρά συγκροτημένους χαρακτήρες και προσωπικότητες. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη του Φρόιντ, με την έναρξη των γηρατειών αρχίζουν να αυξάνονται οι ενστικτώδεις ωθήσεις και να μειώνεται η δύναμη του εγώ(Μαλικιώση-Λοϊζου, 1980). Οι ηλικιωμένοι αντιδρούν με αύξηση των φόβων, με δογματισμό, συντηρητικότητα στις απόψεις τους, αδιαφορούν για τα εξωτερικά γεγονότα και γίνονται περισσότερο εσωστρεφείς.

* **Η άποψη της ατομικής ψυχολογίας**

Σύμφωνα με την ατομική ψυχολογία τα γηρατειά χαρακτηρίζονται από το αίσθημα της κατωτερότητας. Οι οικονομικές δυσχέρειες λόγω μείωσης αποδοχών, η διάλυση της οικογένειας, η διανοητική ανεπάρκεια είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που συμβάλλουν στο αίσθημα αυτό.

Ο Hughes (1995) διακρίνει οχτώ στάδια ζωής εκ των οποίων το τελευταίο στάδιο είναι της καταξίωσης ή της απόγνωσης. Αν το ηλικιωμένο άτομο αισθάνεται ότι ενήργησε σωστά κατά τη διάρκεια της ζωή του τότε έχει το συναίσθημα της καταξίωσης. Αν όχι τότε οδηγείται στην απόγνωση. Η θεωρία αναγνωρίζει τις διαφορές ανάμεσα στους ανθρώπους και τη διαφορετικότητα καθώς διαβαίνουν το κατώφλι των γηρατειών αλλά δεν λαμβάνει υπόψη τους σημαντικούς παράγοντες όπως η φυλή, το φύλο, η κοινωνική τάξη και η αναπηρία.

Όταν ο Carl Rogers (1980) κλήθηκε να μιλήσει για την εμπειρία της γήρανσης του , έγραψε ένα άρθρο με τίτλο ‘’Growing old’’ ( Μεγαλώνοντας ή Γερνώντας), το οποίο όμως πριν την έκδοσή του άλλαξε σε ‘’ Growing old – or older and growing’’ (Γερνώντας – ή γηραιότερος και εξελισσόμενος)(Slater.R, 2003).

Οι ηλικιωμένοι έχουν καμιά φορά περισσότερο αναπτυγμένο αίσθημα ελευθερίας στην έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους. Εκφράζουν, για παράδειγμα , το θυμό τους με μια ευθύτητα που εκπλήσσει τους άλλους. Το ίδιο συμβαίνει με συναισθήματα τρυφερότητας και χαράς. Υπάρχουν φορές που ο ηλικιωμένος ακτινοβολεί από αγάπη ακριβώς γιατί τη νιώθει βαθιά μέσα του. Ένα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά μερικών ηλικιωμένων είναι η ικανότητά τους να μεταδίδουν τρυφερότητα και χαρά χωρίς να οχυρώνονται πίσω από ‘’ λογικά αίτια ‘*’Είναι σαν να καταργούνται ξαφνικά μερικές από τις πολύπλοκες και άχρηστες ψυχολογικές τελετουργίες, που περιορίζουν την έκφραση των αισθημάτων σ΄ όλη τη διάρκεια της ζωής μας κι έτσι τα αισθήματα και οι αξίες αναδύονται μ ΄ εξαιρετική καθαρότητα’*’ (Παπανούτσος, 1984).

Η ψυχολογική διάσταση της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων θα πρέπει να μελετηθεί υπό το πρίσμα της αλληλεπίδρασης της υγείας, της συμπεριφοράς και της σχέσης τους με το περιβάλλον. Οποιαδήποτε αλλαγή σε ένα τουλάχιστον από τα παραπάνω ,μοιραία θα επηρεάσει την κατάσταση των άλλων δύο. Η εξέλιξη της ψυχολογίας της γήρανσης εξαρτάται κατά πολύ από την εξέλιξη της γενικής ψυχολογίας αλλά κι από την ανάπτυξη άλλων επιστημονικών κλάδων, βιολογικών και κοινωνικών, ως προς τη γεροντολογική τους διάσταση.

Η ψυχολογία τα τελευταία χρόνια έχει δώσει μεγάλη έμφαση στη σπουδαιότητα του περίγυρου (του πλαισίου) εντός του οποίου γερνά ο άνθρωπος. Αναμφισβήτητα οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις μας για την πορεία προς τα γηρατειά επηρεάζουν τις υποθέσεις, τη μεθοδολογία και την ερμηνεία των ευρημάτων της έρευνας γύρω από τα θέματα αυτά.

‘*’Διαφορετική στάση θα υιοθετήσουμε απέναντι στα γηρατειά αν πιστεύουμε ότι οι άνθρωποι γίνονται καλύτεροι όσο περνάνε τα χρόνια. Διαφορετική θα είναι επίσης η στάση μας απέναντι στα γεράματα αν είμαστε πεπεισμένοι ότι τα αίτια των κερδών και των απωλειών της δομής και των λειτουργιών του ανθρώπου δεν συνδέονται αποκλειστικά και μόνο με το πέρασμα του χρόνου’’*(Slater,2003).

Tην άποψη αυτή έρχονται να ενισχύσουν και εμπειρικά δεδομένα ερευνών, τα οποία διαπιστώνουν ότι τα ηλικιωμένα άτομα αναμένεται να αντιμετωπίσουν δύο διαφορετικές και αντικρουόμενες καταστάσεις **:** είτε μια κατάσταση στέρησης και αποξένωσης, που μπορεί να περιγραφεί ως ‘’ θλιβερός χειμώνας’’, είτε μια κατάσταση προσωπικής εξέλιξης και αυτοπραγμάτωσης, που θα μπορούσε να χαρακτηρισθεί ως ‘’ δεύτερη άνοιξη’’.‘’*Το ποια από τις δυο αυτές καταστάσεις θα υπερισχύσει εξαρτάται εν πολλοίς και από τη στάση της κοινωνίας στα γηραιότερα μέλη της* (Giarchi, 1996).

Aξίζει να αναφέρομε πέντε βασικά στερεότυπα τα οποία κυριαρχούν επί του παρόντος σε μεγάλο μέρος της κοινωνίας μας σε σχέση με τους γηραιότερους συμπολίτες μας, και να δούμε κατά πόσο ισχύουν. Όπως λοιπόν πιστεύεται, οι ηλικιωμένοι:

Είναι γενικά αδύναμοι κι έχουν κακή υγεία

Έχουν σύγχυση και πάσχουν από άνοια

Είναι κατά το πλείστον απομονωμένοι και νιώθουν έντονη μοναξιά

Είναι φτωχοί, μη παραγωγικοί και επιβαρύνουν οικονομικά την κοινωνία

Είναι σεξουαλικά αδρανείς και ψυχροί (Giarchi,1998)

Όσο αφορά το πρώτο στερεότυπο, οι έρευνες δείχνουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι άνω των 65 ετών( τρεις στους τέσσερις ) χαίρουν πολύ καλής υγείας. Σε σχέση με το δεύτερο στερεότυπο, τα γεράματα συνδέονται συχνά με τη λήθη και τη σύγχυση. Και σίγουρα, από τη στιγμή που ο πληθυσμός άνω των 80 και 90 ετών έχει αυξηθεί, είναι μεγαλύτερη και η πιθανότητα προσβολής από νόσους όπως η Alzheimer. Παρά τις δυσοίωνες υποθέσεις όμως, οι έρευνες δείχνουν ’’ *ότι οι εννέα στους δέκα ανθρώπους ηλικίας 65 ετών και άνω και οι τέσσερις στους πέντε ηλικίας 85 ετών και άνω δεν παρουσιάζουν κανενός είδους άνοια’’* ( Giarchi,1998).

Άλλωστε η νόσος Αlzheimer δεν πλήττει μόνο τα ηλικιωμένα άτομα, αλλά και τα νεώτερα άτομα. Από την άλλη πλευρά η άνοια δεν συνδέεται αιτιολογικά με τα γεράματα. Βεβαίως πολλοί ηλικιωμένοι πλήττονται από ψυχικές διαταραχές και εκδηλώνουν σοβαρά καταθλιπτικά φαινόμενα.

Οι έρευνες όμως δείχνουν ότι ‘*’οι τακτικές που οι άνθρωποι υιοθετούν για τη διαχείριση του στρες συνδέονται με τις μεθόδους που είχαν μάθει να χρησιμοποιούν σε νεαρή ηλικία προκειμένου να αντιμετωπίσουν αγχογόνες* καταστάσεις’’(Slater, 2003).

Σε έρευνα της κ. Αβεντισιάν, Παγοροπούλου για την παθογένεια της γεροντικής κατάθλιψης κατέληξε ότι τα αίτια είναι ψυχοκοινωνικά. Η δηµοσίευση της περιλαµβάνει τα πορίσµατα από έρευνες πέντε (5) ψυχοκοινωνικών παραγόντων που δηµιουργούν ή επιτείνουν τη γεροντική κατάθλιψη σύµφωνα µε τη διεθνή βιβλιογραφία. Πρόκειται για τους παράγοντες:

α) χηρεία

β) απώλεια προσφιλούς προσώπου

γ) έλλειψη δηµιουργικής απασχόλησης

δ) η απώλεια οικονοµικού εισοδήµατος και

ε) το σύνδροµο της άδειας φωλιάς.

Η επισήµανση των παραγόντων που συνδέονται αιτιοπαθογενετικά µε τη γεροντική κατάθλιψη δηµιουργεί τις προϋποθέσεις για την αντιµετώπισή τους ως παραγόντων επικινδυνότητας. Η ανίχνευση των παραπάνω παραγόντων σε Έλληνες ηλικιωµένους, καταδεικνύει την αναγκαιότητα για συστηµατικό έλεγχο των παραγόντων αυτών στη ψυχοπαθολογία της µεγάλης ηλικίας.

Ως προς το τρίτο στερεότυπο, ότι στην πραγματικότητα οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν είναι απομονωμένοι. Αντίθετα, βρίσκονται σε συνεχή επαφή με συγγενικά και φιλικά πρόσωπα. Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα οι οικογενειακοί δεσμοί παραμένουν ισχυροί. Ο αριθμός των ηλικιωμένων που μένουν μόνοι τους –ανεξάρτητοι αλλά όχι απομονωμένοι- έχει αυξηθεί, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ένας στους τέσσερις ηλικιωμένους ζει μόνος. Για παράδειγμα, στη Γερμανία σχεδόν ένα στα δύο άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ζει μόνο του, ενώ στην Ελλάδα και την Πορτογαλία αυτό ισχύει για το 20% των ηλικιωμένων (Giarchi,1998).To γεγονός ότι τα άτομα ζουν μόνα τους δεν σημαίνει απαραίτητα ότι νιώθουν και μοναξιά. Τουναντίον, οι έρευνες δείχνουν ότι έχουν αναπτύξει τρόπους αντιμετώπισης των ιδιαιτεροτήτων του μοναχικού βίου (Jerrome,1993), ενώ παράλληλα ψυχαγωγούνται και διασκεδάζουν(Abrams, 1988).

H φτώχεια πάλι δεν συνδέεται τόσο με την ηλικία, όσο με την κοινωνική τάξη, τη φυλή και με διάφορες μειονεξίες. Εκτός από αυτές τις μεταβλητές, η οικονομική δυσπραγία στους ηλικιωμένους συνδέεται με τις συντάξεις. Υπάρχουν συνταξιούχοι με επαρκείς και συνταξιούχοι με ανεπαρκείς συντάξεις. Στη Γερμανία , την Ολλανδία και τη Δανία, για παράδειγμα, οι συντάξεις είναι καλές, ενώ στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα αρκετά χαμηλές.

Όσο αφορά τη συνεχιζόμενη απασχόληση, πολλοί ηλικιωμένοι εξακολουθούν να είναι παραγωγικοί . Τα στοιχεία αναφέρουν ότι ποσοστό 10% των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω στην Ευρώπη απασχολούνται εργασιακά. Οι έρευνες δείχνουν επίσης ότι όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες, είναι δημιουργικοί και επιδιώκουν την περαιτέρω μόρφωσή τους(Giarchi,1998).

Τέλος ,αναφορικά με την σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων, χρειάζεται καταρχάς να επισημανθεί ότι *’’ η θετική αντιμετώπιση των γηρατειών ενισχύει τη σεξουαλική και τη διανοητική επίγνωση του ατόμου’*’ ( Slater, 2000).

Δυο είναι οι βασικές προκαταλήψεις που πρέπει να ξεπεραστούν: πρώτον, ότι στα γεράματα δεν υπάρχει σεξ και, δεύτερον , ότι στα γεράματα δεν θα έπρεπε να υπάρχουν σεξουαλικές σχέσεις.

Φαίνεται ότι ο κύριος λόγος της ανικανότητας των ηλικιωμένων είναι η πεποίθηση πως το σεξ είναι ντροπή και λάθος σε αυτήν την ηλικία. Η αλήθεια εντούτοις είναι ότι στην ερωτική ανταπόκριση δεν υπάρχει περιορισμός ηλικίας**:** ‘’*οι επτά στους δέκα είναι σεξουαλικά ενεργοί‘’* ( Masters & Johnson, 1970).

Τα πορίσματα των ερευνών λοιπόν έρχονται να διαψεύσουν τα στερεότυπα της κοινωνίας σχετικά με τα γεράματα και την Τρίτη ηλικία. Αν μάλιστα υπάρξει σωστή ενημέρωση, πολλά ηλικιωμένα άτομα μπορεί να αρχίσουν να ατενίζουν το μέλλον με μεγαλύτερη αισιοδοξία.

Έχει αποδειχθεί ότι οι άνθρωποι δεν λειτουργούν στα όρια των ικανοτήτων τους, αυτό είναι γνωστό στους εξελικτικούς ψυχολόγους που μελετούν την ατομική ανάπτυξη.

Έρευνες δείχνουν ότι ‘*’η απόδοση των ηλικιωμένων σε πολλούς τομείς της ζωής είναι χαμηλότερη από το πραγματικό επίπεδο των ικανοτήτων τους’’*( Perlmutter & Hall,1992).

Φαίνεται ότι όλοι οι άνθρωποι, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, διαθέτουν ένα απόθεμα ικανοτήτων το οποίο δεν χρησιμοποιούν γιατί δεν το χρειάζονται. Αυτή είναι η λεγόμενη ζώνη ‘’ *επικείμενης ανάπτυξης’’*, όπως την αποκαλεί ο Lev Vygotsky (1978), o οποίος με τον όρο αυτόν επιδιώκει να καταστήσει σαφές ότι τα παιδιά μπορούν να καταφέρουν πολύ περισσότερα υπό την καθοδήγηση ενός ενήλικου παρά αν προσπαθήσουν μόνα τους.

Με το ίδιο σκεπτικό έχει βρεθεί ότι τα υγιή ηλικιωμένα άτομα, αν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση, μπορούν να ολοκληρώσουν με επιτυχία διάφορα έργα μνήμης και γενικότερα ‘’*να λειτουργήσουν γνωστικά σε πολύ υψηλότερα επίπεδα από εκείνα στα οποία λειτουργούν ανεκπαίδευτοι νέοι ενήλικοι’’*( Baltes & kliegel, 1986). Ορισμένοι ερευνητές μάλιστα κατόρθωσαν ‘*’με την κατάλληλη εκπαίδευση να ανατρέψουν την πτωτική τάση της νοημοσύνης κάποιων ηλικιωμένων και να την επαναφέρουν στο επίπεδο στο οποίο βρισκόταν 14 χρόνια πριν’*’( Schaie & Williw, 1986).

Για να διατηρήσουν υγιή τον εγκέφαλό τους με την πάροδο των χρόνων, οι επιστήμονες συνιστούν στους ηλικιωμένους έντονη κοινωνικότητα.   
Εκτός από τα σταυρόλεξα που μέχρι σήμερα ξέραμε, οι νευροψυχολόγοι προτείνουν να συχνότερες επισκέψεις σε φίλους, πάρτι, εκδρομές, γήπεδο, εθελοντισμό και γενικά συμμετοχή σε συλλογικές δραστηριότητες. Μια ζωή καθόλου βαρετή!

 Αυτό είναι το συμπέρασμα μιας νέας αμερικανικής επιστημονικής έρευνας, από ερευνητές του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου Ρας, με επικεφαλής τον επιδημιολόγο Μπράϊαν Τζέημς, που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό της Διεθνούς Νευροψυχολογικής Εταιρίας Journal of the International Neuropsychological Society.

Οι ερευνητές μελέτησαν περίπου 1.150 άτομα με μέση ηλικία 80 ετών, αναλύοντας τις κοινωνικές συνήθειές τους, σε συνδυασμό με το ιατρικό ιστορικό τους και τη διενέργεια πολλών νευροψυχολογικών τεστ (μνήμης, αντίληψης κ.α.) κατά τακτά χρονικά διαστήματα.

Κατέληξαν έτσι στο συμπέρασμα, ότι οι συχνές κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες μπορούν να βοηθήσουν στην απομάκρυνση του κινδύνου άνοιας ή στην καθυστέρηση της έκπτωσης των εγκεφαλικών και νοητικών λειτουργιών σε προχωρημένη ηλικία.

Στην αρχή της έρευνας, κανείς από τους συμμετέχοντες δεν είχε σημάδια άνοιας. Μετά από το πέρασμα μιας πενταετίας, είχε καταστεί φανερό ότι όσοι ήταν οι πιο δραστήριοι κοινωνικά, είχαν μειωμένο βαθμό νοητικού εκφυλισμού. Κατά μέσο όρο, οι πιο ενεργοί κοινωνικά είχαν μόνο το ένα τέταρτο του βαθμού έκπτωσης των γνωστικών και νοητικών λειτουργιών τους σε σχέση με τους λιγότερο κοινωνικά δραστήριους. Δεν είναι ακόμα σαφές γιατί η κοινωνική δραστηριότητα φαίνεται να παίζει ρόλο στην άμβλυνση ή η απουσία της στην επιδείνωση, των εγκεφαλικών λειτουργιών. Μια πιθανότητα, κατά τους ερευνητές, είναι ότι η συμμετοχή σε πολύπλοκες διαπροσωπικές σχέσεις βοηθά στην ανάπτυξη ή έστω στη συντήρηση των νευρωνικών δικτύων του εγκεφάλου, στη βάση της λογικής πως «*ό,τι δεν χρησιμοποιείται»* τελικά «*σκουριάζει*»

Όμως ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία αποτελεί και κατάθλιψη που πλήττει κυρίως τους ηλικιωμένους, γιατί μπορεί συχνά να οδηγήσει σε χρόνια πάθηση, είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή.

*‘Εχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων ενώ αν διαγνωστεί εγκαίρως θεραπεύεται σε μεγάλο ποσοστό και γιατί οι κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες – καθοριστές που συμμετέχουν στην εμφάνισή της, επί-το πλείστον, επιδέχονται τροποποίησης και κατά συνέπεια ενδείκνυται για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης(πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς) με απώτερο σκοπό την προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων’’* (Στυλιανοπούλου, Κουλιεράκης,2009) .

Φαίνεται λοιπόν ότι οι γνωστικές λειτουργίες είναι αρκετά εύπλαστες και ότι οι ηλικιωμένοι είναι πολύ πιο ικανοί από όσο υποθέταμε. Το ζητούμενο είναι το ενδιαφέρον των άλλων, οι οποίοι θα τους παρακινήσουν σε διαφορές δραστηριότητες και θα τους δημιουργήσουν τα απαραίτητα κίνητρα ώστε να παραμείνουν δραστήριοι σε πολλούς τομείς της ζωής τους.

### 1.2.4. Δημογραφικές θεωρίες

Οι θεωρίες αυτές αντιμετωπίζουν το φαινόμενο της γήρανσης από τη σκοπιά του πληθυσμού. Αναφέρονται στο δημογραφικό μετασχηματισμό του πληθυσμού με την πάροδο του χρόνου και στις επιδράσεις της θνησιμότητας και της γονιμότητας σε αυτόν.

Παρακάτω αναφέρονται τρεις βασικές από αυτές:

* **H θεωρία του δημογραφικού μετασχηματισμού**

Η γήρανση του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών έχει συνδυαστεί με μια διαδικασία που περιγράφεται ως Δημογραφικός μετασχηματισμός. Πρόκειται για μια χωρίς προηγούμενο μείωση της θνησιμότητας και της γονιμότητας που συνέβησαν κατά το 19ο και 20ο αιώνα και που οδήγησαν στη γήρανση του πληθυσμού(Κρεμαστινού,2007).

Στη διάρκεια της διαδικασίας αυτής τα χαμηλά ποσοστά πληθυσμιακής αύξησης αυξάνουν σημαντικά και κατόπιν μειώνονται πάλι. Τα υψηλά ποσοστά αύξησης στην ενδιάμεση(μεταβατική) φάση προκαλούνται από ένα χάσμα που δημιουργείται όταν η μείωση της γεννητικότητας συμβαίνει αργότερα από τη μείωση της θνησιμότητας.

Τα υψηλά επίπεδα θνησιμότητας και γονιμότητας καταλήγουν σε νεανική διάρθρωση του πληθυσμού, το οποίο σημαίνει πως υπάρχει μεγαλύτερη αναλογία των παιδιών στο συνολικό πληθυσμό και χαμηλότερη προσδοκώμενη ζωή(Μεράκου,2007).

Ο μετασχηματισμός αρχίζει καθώς μειώνονται τα ποσοστά θνησιμότητας ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία και η γονιμότητα παραμένει υψηλή. Κατά συνέπεια η αναλογία των νέων αυξάνει και η διάμεση ηλικία του πληθυσμού μειώνεται. Όταν η γονιμότητα αρχίζει να μειώνεται, ο νεανικός πληθυσμός μειώνεται σημαντικά και ο πληθυσμός γερνά από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών.

Καθώς οι μειώσεις της θνησιμότητας επεκτείνονται σε όλες τις ηλικίες και ιδιαίτερα της τρίτης ηλικίας, ο πληθυσμός γερνάει από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών δηλαδή, αυξάνουν σε μέγεθος ο γεροντικός πληθυσμός και συνολικά οι μεγαλύτερες ηλικίες (Πασσά, Μεράκου2010).

* **Η θεωρία του Sauvy**

Ο Sauvy επικεντρώνεται σε ένα δίλημμα που τίθεται σε όλες τις χώρες του κόσμου « Αύξηση του πληθυσμού ή γήρανση ;» που ισχύει είτε σε εθνικό επίπεδο είτε σε πληθυσμούς κάποιου μεγέθους.

Kαθώς ο θάνατος για τη ζωή, σύμφωνα πάντα με τον Sauvy, παρατείνεται , ο αριθμός των ηλικιωμένων όλο κι αυξάνεται συνεχώς, και για να μη θιγεί ο ενεργός πληθυσμός από την αύξηση αυτή θα έπρεπε να πραγματοποιηθεί ίδια αύξηση σε όλες τις ηλικίες.

Ένα τέτοιο γεγονός όμως, θα δημιουργούσε σοβαρά οικονομικά προβλήματα και καταλήγει ότι η κοινωνία πρέπει να μάθει να γερνάει χωρίς να αυξάνεται και χωρίς να χάνει τη ζωτικότητα της (Sauvy, 1965 ;Palait, 1982)

* **Η Θεωρία του κύκλου**

Στην Ευρωπαϊκή Διάσκεψη Πληθυσμού του Στρασβούργου το 1982 διατυπώθηκαν δύο απόψεις για τη θεωρία του κύκλου.

Σύμφωνα με την πρώτη άποψη η γονιμότητα θα επανέλθει χωρίς να απαιτούνται εξωτερικές επιδράσεις στο επίπεδο εκείνο που να εξασφαλίζει την αντικατάσταση των γενεών όπως συνέβη από τα 1955 ως 1964.

Η δεύτερη άποψη ισχυριζόταν ότι ο κύκλος των τεσσάρων τελευταίων δεκαετιών ήταν ένα εξαιρετικό γεγονός. Πιο συγκεκριμένα η ανάκαμψη της γονιμότητας μέχρι το 1964 ήταν λογικό επακόλουθο των απωλειών του παγκοσμίου πολέμου που ενισχύθηκε από τη μεγάλη οικονομική άνοδο της δεκαετίας του 1960. Στο μέλλον θα διατηρηθεί η χαμηλή γονιμότητα εξαιτίας πολλών παραγόντων όπως**:** της διαφοροποίησης του θεσμού του γάμου, της αύξησης των διαζυγίων, της γενίκευσης της αντισύλληψης, της άμβλωσης κά. Συνεπώς η προοπτική για την Ευρώπη προβλέπει την αύξηση της γήρανσης σε συνδυασμό με τη μείωση του συνολικού πληθυσμού.

Οι παραπάνω θεωρίες όπως αποτυπώθηκαν εξετάζουν τη γήρανση η καθεμιά από τη σκοπιά της επιστήμης που πρεσβέυει. Είναι όμως, προτιμότερο να βρεθούν εκείνοι οι τρόποι ώστε να μετατραπεί το "ζην" σε "ευ ζην". Δηλαδή, οι άνθρωποι να γεννιούνται, να ζουν και να γερνούν με υγεία. Εφόσον προκύψει κάτι τέτοιο είναι βέβαιο ότι και η διάρκεια ζωής θα επιμηκυνθεί για κάποια έτη. Εκεί ακριβώς πρέπει να στοχεύει η επιστήμη και άλλωστε έχουν ήδη γίνει πάρα πολλά βήματα προς αυτήν την κατεύθυνση. Το παράδειγμα της διάρκειας ζωής των Ελλήνων είναι έκδηλο: οι άνθρωποι πριν 40-50 χρόνια πέθαιναν 40 και 50 χρονών κατά μέσο όρο, ενώ σήμερα αισίως ο μέσος όρος ζωής προσεγγίζει τα 80 χρόνια και από τις επιδημιολογικές και στατιστικές μελέτες προκύπτει ότι ο ανδρικός πληθυσμός της Ελλάδας είναι από τους μακροβιότερους της Ευρώπης(Γκόνος,1978).

## 1.3. Δημογραφική γήρανση

,

**«*Φαίνεται πως ο μόνος διαθέσιμος τρόπος για να ζήσεις πολλά χρόνια είναι να γεράσεις*».**

***(The Mount Sinai Journal of Medicine,2003 )***

‘*’Οι επιτυχίες της ιατρικής επιστήμης και της Δημόσιας Υγείας καθώς και η βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών είναι οι κυριότεροι παράμετροι που συντέλεσαν στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης* ‘’ (Αγραφιώτης , Δ. 2003).

Πολλές αναπτυσσόμενες χώρες παγκοσμίως προβλέπεται ότι θα υποστούν γήρανση με πρωτοφανή ταχύτητα. ‘’*Στις δε ανεπτυγμένες χώρες, όπου το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι ήδη πολύ υψηλότερο, η γήρανση του πληθυσμού θα συνεχιστεί αλλά με βραδύτερο ρυθμό’’(* Global Action on Aging, 2008*)*

Η μελέτη των δημογραφικών στοιχείων είναι σημαντική για την κατανόηση της τάσης της υγείας του πληθυσμού τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον. Η δημογραφική γήρανση αποτελεί ένα παγκόσμιο κοινωνικό φαινόμενο που εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονο στις αναπτυγμένες οικονομικά και βιομηχανικά χώρες (Αnderson, Hussey, 2000).

Δημογραφική γήρανση ή γήρανση του πληθυσμού (Κοτζαμάνης, 2001)είναι η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων (60,65,70,75+)

Η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων είναι αλληλένδετη με τη μείωση της ηλικιακής ομάδας 0-14 ετών και, ενδεχομένως, με αυτή των ενδιάμεσων ηλικιών (15 έτη-κατώτατο ηλικιακό όριο που θέτουμε για να οριοθετήσομε την πληθυσμιακή ομάδα ηλικιωμένων).Κατά συνέπεια η δημογραφική γήρανση συνιστάται στις δομικές μεταβολές των πληθυσμών και δεν ταυτίζεται μόνο με την αύξηση του συνολικού αριθμού των ηλικιωμένων. Η δημογραφική (ή πληθυσμιακή) γήρανση δεν πρέπει ακόμη να συγχέεται με την ατομική γήρανση, την επίδραση δηλαδή του χρόνου στο άτομο, που προκαλεί σειρά μορφολογικών και λειτουργικών μεταβολών. Στην Ελλάδα οι δημογραφικές εξελίξεις δεν διαφοροποιούνται σημαντικά από το ευρύτερο πλαίσιο των μεταβολών που σημειώνονται στις χώρες της ΕΕ. Οι διαφορές που εντοπίζονται αφορούν την ένταση και το χρονοδιάγραμμα ως προς την επέλαση των μεταβολών ως προς την εξέλιξη των τάσεων (Μπάγκαβος, Μωυσίδης 2004).

Η Ελλάδα μεταπολεμικά χαρακτηρίζεται από μείωση της θνησιμότητας, η οποία οδήγησε σε σημαντική αύξηση στο προσδόκιμο επιβίωσης. Τα επίπεδα γονιμότητας ενώ αρχικά ακολούθησαν σταθερή πορεία σε όλη την διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου , τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα παρουσιάζουν συρρίκνωση, γεγονός που οδήγησε στη μείωση του αριθμού των γεννήσεων.

Επιπλέον η Ελλάδα από χώρα εκροής μεταναστών μετατράπηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 70’ και κυρίως την δεκαετία του 90΄ σε χώρα εισροής μεταναστών. Η είσοδος των μεταναστών την δεκαετία 1991-2001 αποτέλεσε τον κυριότερο παράγοντα αύξησης του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Η αύξηση του συνολικού πληθυσμού δηλαδή, συνδέεται περισσότερο με τις εξελίξεις της μετανάστευσης και λιγότερο με την φυσική αύξηση του πληθυσμού (Μπάγκαβος Χ. ,Μωϋσίδης, 2004).

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 δυναμικού ελληνικής καταγωγής, από εργαζόμενους ξένης υπηκοότητας.

Η κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού αξιολογείται μέσα από τον υπολογισμό διαφόρων δεικτών. Η χρησιμοποίηση αυτών των δεικτών είναι αναγκαίο επειδή με τη συμβολή τους επιταχύνεται η ποσοτική εκτίμηση σε όλες τις κοινωνικές, ψυχικές και βιολογικές παραμέτρους που εκφράζουν την κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού(WΗΟ, 2006).

Το προσδόκιμο κατά τη γέννηση στη χώρα μας αυξήθηκε μεταξύ του 1971 και του 2002 από 72,2 έτη σε 78,4 έτη κατά μέσο όρο. Οι γυναίκες εξακολουθούν να έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης με 81,1 έτη έναντι 75,8 για τους άνδρες (WHO,2006b).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μια από τις σημαντικότερες κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις του 21ου αιώνα η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει το επιδημιολογικό προφίλ των νόσων σε όλο τον κόσμο και έχει σημαντικές επιπτώσεις στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και γενικότερα της κοινωνίας. Το 2000 υπήρχαν 600.000 άτομα που είχαν ηλικία 60 ετών και άνω, το 2025 υπολογίζεται ότι σε όλο τον κόσμο θα υπάρχουν 1,2 δισεκατομμύρια άτομα τρίτης ηλικίας και το 2050 θα υπάρχουν 2 δισεκατομμύρια ηλικιωμένοι. Σήμερα περίπου 2/3 των ηλικιωμένων ζουν σε αναπτυγμένες χώρες, και το 2025 υπολογίζεται ότι οι ηλικιωμένοι που θα ζουν στις αναπτυγμένες χώρες θα αποτελούν το 75% του συνολικού πληθυσμού. Στις αναπτυγμένες χώρες τα άτομα της 4ης ηλικίας (80+ έτη) είναι η πιο γρήγορα αναπτυσσόμενη ηλικιακή ομάδα . Με γρήγορο και σταθερό ρυθμό διογκώνεται το ποσοστό του Ελληνικού πληθυσμού που έχει ηλικία 65 ετών και άνω.

Ειδικότερα στην Ελλάδα, η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η δραματική πτώση της γεννητικότητας, έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μια από τα πλέον γηρασμένα έθνη του κόσμου μαζί με την Ιταλία , τη Γερμανία και τη Σουηδία. Έτσι ενώ στις Η.Π.Α, 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 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 ετών. 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%(Δαρδαβέσης,2007).

Οι πιο γηρασμένες 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 %(Δαρδαβέσης,2007)..

Σήμερα ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων απ΄ ότι στο παρελθόν. Παράλληλα με αυτήν την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων. Η υπογεννητικότητα στην Ελλάδα 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 (Δαρδαβέσης,2007).

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, το 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.

## 1.4. Οικονομικές συνιστώσες της δημογραφικής γήρανσης

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα των εθνικών πολιτικών για την υγεία, στις βιομηχανικές χώρες, αποτελεί η προσπάθεια συγκράτησης των δαπανών υγείας και ελέγχου του κόστους, ώστε να βελτιστοποιηθεί η κατανομή των πόρων με κριτήριο την επίτευξη της ισότητας και αποδοτικότητας.(Κυριόπουλος,2011).

Η αύξηση των δαπανών υγείας οφείλεται κυρίως στην αύξηση του εισοδήματος, στην ευρεία διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και στις μεταβολές δημογραφικού χαρακτήρα, δηλαδή στην παρατηρούμενη ηλικιακή γήρανση, φαινόμενο το οποίο αποτελεί για πολλούς το βασικό παράγοντα διαμόρφωσης αυξητικής τάσης των δαπανών υγείας (OECD, 1988a,b, 1990). Το φαινόμενο αυτό προσέλαβε εκρηκτικές διαστάσεις στις δεκαετίες του ’60 και 70 αλλά συνεχίζεται ακόμα δεδομένου ότι η βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης είναι συνεχής ,αλλά σε-μικρότερο-βαθμό.  
 Η ομάδα των υπερηλίκων απορροφά μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία και η εξέλιξη αυτή έχει προκαλέσει σοβαρά προβλήματα τόσο στους προϋπολογισμούς των υπηρεσιών υγείας όσο και στην ασφάλιση υγείας, ενώ παράλληλα προκαλεί χρηματοδοτική εμπλοκή στις υπηρεσίες παροχής  
ιατρικής φροντίδας και τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης (Σκουτέλης,1994).  
 Η πληθυσμιακή γήρανση αναπόφευκτα επηρεάζει την πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών και γενικά κάθε πλευρά της οικονομίας. Δημιουργεί επίσης νέες κοινωνικές ανάγκες και επομένως, ιδιαίτερα  
προβλήματα στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής. Αποτελεί μια από τις σημαντικότερες συνιστώσες στην πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων στην οικονομία, την κοινωνική πολιτική και την πολιτική υγείας (Κυριόπουλος και Γεωργούση,1993).

Το κατά κεφαλήν κόστος για την υγεία των ηλικιωμένων είναι κατά μέσο όρο εξαιρετικά υψηλό σε σχέση με το αντίστοιχο του συνολικού πληθυσμού. Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ η δαπάνη για την υγεία ατόμων άνω των 65 ετών, σε σύγκριση με τα άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών, είναι 4,3φορές μεγαλύτερη, ενώ για τα άτομα των 75 ετών είναι 5,9 φορές μεγαλύτερη (OECD,1988a,b1990). Η τάση αυτή είναι εντόνως αυξητική με τη συμβολή της βιοϊατρικής τεχνολογίας κατά τη διάρκεια αντιμετώπισης των ασθενών στο τελικό στάδιο.

Δεδομένου ότι η εκτίμηση αυτή αναφέρεται σε χρονική περίοδο του παρελθόντος, είναι προφανές ότι τα σχετικά μεγέθη έχουν διαφοροποιηθεί με αυξητική τάση στη μακροπρόθεσμη προοπτική. Η διαφοροποίηση της δαπάνης για την υγεία και γενικότερα των κοινωνικών δαπανών έχει διαπιστωθεί ότι σχετίζεται αναλόγως με την ηλικία. Ειδικότερα, το ύψος της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία αλλά και συνολικά των κοινωνικών εξόδων αυξάνεται με την ηλικία, με εξαίρεση τα κοινωνικά έξοδα

Είναι αξιοσημείωτο, ότι η κατανομή της δαπάνης για την υγεία ανά ηλικία, και ειδικότερα για την ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, θα εμφανίζει στο μέλλον σημαντική αυξητική τάση στις χώρες του ΟΟΣΑ, έτσι ώστε θα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δημοσίων δαπανών για την υγεία.  
Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην “τρίτη ηλικία” προσανατολίζεται κυρίως σε αυτές, οι οποίες αφορούν στη θεραπεία και στην περίθαλψη και όχι σε υπηρεσίες υγείας οι οποίες αφορούν στην πρόληψη και οι οποίες χαρακτηρίζουν κυρίως μικρότερες ηλικίες.

Επομένως, η δαπάνη για την υγεία είναι κατά το μεγαλύτερο μέρος, δαπάνη για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη υψηλού κόστους.  
Το κόστος αυτών των μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο άλλων υπηρεσιών. Επίσης, η συχνότητα εμφάνισης της ανάγκης για ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους, όπως, για παράδειγμα, η συχνότητα ιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός ημερών  
νοσηλείας. Ακόμα, το επιδημιολογικό πρότυπο της “τρίτης ηλικίας” χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, τα οποία απαιτούν σύγχρονες και δαπανηρές μεθόδους  
θεραπείας και την υποστήριξη της φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας. Με την έννοια αυτή, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και η αντίστοιχη δαπάνη αυξάνεται σε σημαντικό επίπεδο για τους ηλικιωμένους  
(Μπαλασοπούλου,1991).  
Είναι προφανές ότι η συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας προς τα άτομα της “τρίτης ηλικίας” θα αυξηθεί στα επόμενα χρόνια λόγω κυρίως: **(α)** της αύξησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας**, (β)** του ύψους της κατανάλωσης, **(γ)** της μεγέθυνσης του αριθμού των ηλικιωμένων εξαιτίας της πληθυσμιακής γήρανσης και **(δ)** της αναγκαίας διεύρυνσης των παροχών προς τους ηλικιωμένους στα πλαίσια της βελτίωσης των κοινωνικών παροχών (Γεωργούση,1993).  
Η αύξηση της δαπάνης για φροντίδα υγείας προς τους ηλικιωμένους θεωρείται ότι προέρχεται από τη συνδυαστική επίδραση παραμέτρων, όπως το μέγεθος της πληθυσμιακής ομάδας και ο ετήσιος αριθμός μονάδων φροντίδας ανά ασθενή, οι οποίες όπως αναφέρεται και παραπάνω, είναι πολύ μεγαλύτερες από αυτές των νεαρότερων ηλικιών. Είναι βέβαιο λοιπόν ότι η γήρανση του πληθυσμού είναι βασική αυξητική παράμετρος της εθνικής δαπάνης για την υγεία και κατά συνέπεια, της κοινωνικής δαπάνης.  
Η χώρα μας, όπως οι άλλες βιομηχανικές χώρες, εμφανίζει συμπτώματα δημογραφικής γήρανσης. Η γήρανση του πληθυσμού θα έχει αυξητική πορεία, με κύρια χαρακτηριστικά της πορείας αυτής, τη μεγάλη μείωση του νεανικού πληθυσμού (15-64 ετών), τη σχετική σταθερότητα του ενεργού πληθυσμού (15+ ετών) και τη μεγάλη αύξηση των υπερηλίκων (65+ ετών), ενώ από την ανάλυση της ηλικιακής δομής μεταξύ των υπερηλίκων προκύπτει η αύξηση των ατόμων της “τέταρτης ηλικίας”, δηλαδή άνω των 75ετών (OECD, 1980). Η προσπάθεια υπολογισμού του κόστους της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής δαπάνης για την “τρίτη ηλικία” καθώς και η απόπειρα καταγραφής των μελλοντικών εξελίξεων οικονομικού χαρακτήρα,  
παρά τις δυσχέρειες στη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων, οι οποίες επιδρούν στην ακρίβεια των εκτιμήσεων, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η δαπάνη για το έτος 1990 ανέρχεται στο 30% περίπου των συνολικών δαπανών για την υγεία. Είναι γεγονός ότι η δημογραφική γήρανση συμπαρασύρει ένα μεγάλο τμήμα των νοσοκομειακών δαπανών, οι οποίες από *26,1%* το 1990 θα ανέλθουν σε *31,8%* το 2000 και *44,8%* το 2050.Αντίστοιχα, η συνολική δημόσια δαπάνη υγείας από *30,4%* που προσδιορίζεται για το έτος 1990 ανήλθε στο *37,1%* το 2000 και στο *52,1%* το έτος,2050(Kυριόπουλος,2008).

Η χρηματοδότηση αυτής της εξέλιξης, δεδομένου ότι η προαναφερθείσα εκτίμηση συμβάλλει στη διερεύνηση των κατωτάτων ορίων, είναι εξαιρετικά δυσχερής, διότι μέχρι το έτος 2050 η δημογραφική γήρανση θα απαιτήσει πρόσθετους πόρους ακόμη και με την προϋπόθεση ότι οι παροχές θα  
παραμείνουν σταθερές.

Η πρόσθετη χρηματοδότηση, σύμφωνα με αδρές εκτιμήσεις, απαιτεί ετήσια  
αύξηση των δαπανών υγείας κατά *0,33%,* δηλαδή 15-20 δισεκατομμύρια δραχμές (σε τιμές 1995) με την προϋπόθεση ότι οι άλλες παράμετροι (βιοϊατρική και φαρμακευτική τεχνολογία) θα παραμείνουν σταθερές.

Συμπερασματικά, η αύξηση του κόστους για την υγεία έχει διαπιστωθεί ότι είναι συνάρτηση του εισοδήματος, της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού.  
 Οι συντελεστές αυτοί – πλην βεβαίως του ΑΕΠ – στην Ελλάδα εξελίσσονται όπως στις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, με εξαίρεση την Ιαπωνία και τις ΗΠΑ στις οποίες η πυκνότητα βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι εξαιρετικά υψηλή και η τεχνολογία παραγωγής υγειονομικών υπηρεσιών είναι διαφορετική. Ειδικότερα, οι δείκτες γήρανσης του πληθυσμού και πυκνότητας της βιοϊατρικής τεχνολογίας, είναι στη χώρα μας σχετικώς ανάλογες των πλουσιοτέρων χωρών του ΟΟΣΑ.

Η Τρίτη αλλά και τέταρτη ηλικία , όσον αφορά την όλη λειτουργία της οικονομίας, αποτελούν ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοτικό και ποιοτικό μέγεθος. Ένα πολυσύνθετο σύνολο εργαζομένων, 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 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. 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 που οι ηλικιωμένοι με την κατάλληλη αξιοποίηση της εμπειρίας, των αποταμιεύσεων, της σύνταξης και γενικότερα της οικονομικής 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.

Η μεταρρύθμιση των ασφαλιστικών συστημάτων στις ευρωπαϊκές χώρες, που έγινε χωρίς κοινωνικά κριτήρια και υπό την πίεση της οικονομικής κρίσης, οδηγεί, με μαθηματική ακρίβεια τους ηλικιωμένους του μέλλοντος στην απόλυτη ένδεια, στην επαιτεία και στην απώλεια ακόμη και των πλέον στοιχειωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, συμπεραίνει, στην τελευταία του δημόσια παρέμβαση, ο επίτροπος για τα ανθρώπινα δικαιώματα του Συμβουλίου της Ευρώπης, Thomas Hammerberg. Επικαλούμενος στοιχεία της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας της Ε.Ε. ο Επίτροπος σημειώνει ότι, μέχρι το 2050, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών που ζουν στην Ευρώπη θα έχει αυξηθεί κατά 70%, ενώ ο αριθμός των ατόμων με ηλικία πάνω από 80 ετών θα παρουσιάσει αύξηση κατά 170%.  
Για τα «περήφανα γηρατειά» του άμεσου μέλλοντος, τονίζει ο Hammarberg , δεν έχει ληφθεί καμία μέριμνα από τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις, ιδιαίτερα εκείνων των χωρών που αντιμετωπίζουν οξυμένα οικονομικά προβλήματα ή βρίσκονται υπό την εποπτεία του ΔΝΤ ή παρεμφερών ευρωπαϊκών οργανισμών. Κατά τον επίτροπο, η δημογραφική αυτή αλλαγή θα έχει ως αποτέλεσμα οι νέοι και οι μεσήλικες της σημερινής εποχής να βιώσουν τη φτώχεια ή και την απόλυτη ένδεια όταν φθάσουν σε ηλικία συνταξιοδότησης και να μην έχουν ασφαλιστική κάλυψη για υπηρεσίες υγείας, φαρμακευτικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας.

Χτυπώντας το «καμπανάκι» στους Ευρωπαίους ηγέτες, ο επίτροπος τούς καλεί να αναθεωρήσουν τις πολιτικές τους σχετικά με τα δικαιώματα των ηλικιωμένων αλλιώς, όπως προβλέπει, θα υποστούν οι ίδιοι -και μάλιστα σύντομα- τις καταστροφικές συνέπειες των επιλογών τους.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 :TΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

## 2.1. Οικογένεια και ηλικιωμένοι

***’’Tα γεράματα είναι το λιγότερο αναμενόμενο πράγμα που συμβαίνει στον άνθρωπο‘’ (Trotsky).***

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι ’’ η οικογένεια θεωρείται η πρώτη κοινωνική αξία’’ ( Έμκε- Πουλοπούλου, 2000). Επιπλέον , ‘’*ο ηλικιωμένος και η οικογένεια σχηματίζουν ένα σύστημα ανθρωπίνων αλληλεπιδράσεων , μέσα από το οποίο κάθε μέλος εστιάζει στα υπόλοιπα ‘’* (Κοτταρίδη, 2007).

Όσον αφορά τη σχέση των ηλικιωμένων ατόμων και των οικογενειών τους , τις τελευταίες δεκαετίες έχουν συντελεστεί καθοριστικές αλλαγές τόσο στην Ελλάδα όσο και στον υπόλοιπο κόσμο. Στην διαδικασία των εξελίξεων αυτών ,οι οικονομικοί παράγοντες αφενός και οι κοινωνικοί αφετέρου, έπαιξαν επιπλέον σημαντικό ρόλο. ‘’ *Η αλλαγή που αφορά τον δημόσιο και τον ιδιωτικό βίο, δεν έχει να κάνει τόσο με ποσοτική αλλαγή, όσο με ποιοτική’’* (Τεπέρογλου, 2004).

Η οικογένεια στη χώρα μας αποτελεί πολύ σημαντική αξία. Ωστόσο ’’ η *δομή της και ο ρόλος της έχουν αλλάξει στο πέρασμα των χρόνων. Οι προκλήσεις που δέχθηκε ο θεσμός της οικογένειας ήταν πολλαπλές και διαφορετικής κατεύθυνσης: αμφισβητήθηκε, αποδυναμώθηκε αλλά και εμπλουτίστηκε, προσαρμόστηκε σε νέες συνθήκες και στόχους’’* (Τεπέρογλου, 2004).

Οι σχέσεις του ηλικιωμένου με την οικογένεια ‘’ *εξαρτώνται τόσο από* *την πολιτισμική παράδοση , όσο και από το πλέγμα των παρεχόμενων προς την Τρίτη ηλικία υπηρεσιών’’* (Μουσούρου, 2003).

‘’*Ο ηλικιωμένος πληθυσμός παρουσιάζεται αρκετά ανομοιογενής και επομένως προκύπτει ένας διαχωρισμός ανάμεσα σε εκείνους τους ηλικιωμένους που δεν έχουν ανάγκη άμεσης φροντίδας και συμμετέχουν στην κοινωνική ζωή και σε εκείνους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και που αντιμετωπίζουν τις περισσότερες φορές σοβαρά προβλήματα υγείας*. *Προβλήματα όπως η άνοια, η νόσος Αlzheimer, καθώς και προβλήματα κινητικότητας , χρίζουν ουσιαστικής και μόνιμης βοήθειας’*’ (Τεπέρογλου, 2004).

Η περίθαλψη λοιπόν αυτών που ανήκουν στην παραπάνω κατηγορία προκαλεί ‘’ *κρίση στην οικογένεια’’* (Πουλοπούλου – Έμκε, 1999), επιφέρει ‘’*καταπίεση και οδηγεί στην κακομεταχείριση των ηλικιωμένων* ‘’ (Κοτταρίδη,2007,;Τριανταφύλλου , 2002).

Aπό έρευνα που διερευνούσε την αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενεές, προέκυψε ότι η πλειονότητα των νέων πιστεύει ότι ‘’ *είναι υποχρέωση* *των παιδιών να φροντίζουν ένα ηλικιωμένο άτομο, αν δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί, ακόμα και αν αυτό απαιτεί θυσίες* ‘’(Γεωργούλη και συν., 1996).

Άλλες έρευνες δείχνουν ότι λόγω των απαιτήσεων του σύγχρονου τρόπου ζωής, η ικανότητα της οικογένειας να παρέχει φροντίδα στα ηλικιωμένα μέλη της είναι περιορισμένη, ’’*πολλές οικογένειες δεν μπορούν, δεν διατίθενται, δεν έχουν κίνητρο ή δεν είναι κατάλληλες να παρέχουν φροντίδα σε εξαρτώμενους ηλικιωμένους συγγενείs* ‘’(Κοτταρίδη , 2007).

Μελέτες της Ευρωπαϊκής ‘’ *Eurofarmacare’*’ που διενεργήθηκαν στην Ελλάδα και αφορούσε οικογένειες που φροντίζουν εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα, επισήμαναν ότι ενώ οι ευρωπαϊκές χώρες ακολουθούν πολιτικές που στοχεύουν στην παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι και κοντά στην οικογένειά τους εντούτοις παρατηρείται πραγματική απουσία αποτελεσματικών υπηρεσιών υποστήριξης που φροντίζουν κάποιο ηλικιωμένο άτομο της οικογένειας (Τριανταφύλλου και συν.,2006). Τα συμπεράσματα για την Ελλάδα ήταν : 64,5% των εξαρτώμενων ηλικιωμένων ατόμων ήταν γυναίκες, 49,8% ήταν ηλικίας 65 και 79 ετών και 50,2% πάνω από 80 ετών, η πλειονότητα δε των ατόμων που δέχονταν φροντίδα 56% είχε χηρέψει. Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που παρείχαν φροντίδα σε ηλικιωμένα άτομα ήταν τα 51,7 χρόνια και οι γυναίκες σε πολύ μεγάλο βαθμό (80,9%) ήταν κύριοι φροντιστές (Τριανταφύλλου και συν., 2006).

‘’ Η αδυναμία του κοινωνικού κράτους να καλύψει τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των ηλικιωμένων, αντισταθμίζεται από τον υποστηρικτικό ρόλο της οικογένειας’’ (Παπαλιού και Φαγαδάκη , 2007; Κοτταρίδη, 2007 ;Τριανταφύλλου και συν., 2006). Οι συγγενείς καλύπτουν το 80% της ιατρικής περίθαλψης και της προσωπικής φροντίδας και το 90% της βοήθειας για τις οικογενειακές ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων με κάποια πάθηση (Ιμπράλιος,2000).

Στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι γονείς παραδοσιακά τάσσονται θετικά στο να βοηθήσουν τα παιδιά τους έχοντας και ως προοπτική ότι εκείνα με τη σειρά τους θα τους συμπαρασταθούν στις δύσκολες στιγμές που θα ανακύψουν από την πορεία τους στην Τρίτη και Τέταρτη ηλικία. Αυτή η νοοτροπία ήταν η επικρατούσα άποψη μέχρι πριν από λίγα χρόνια. Οι αλλαγές που έχουν επέλθει στη δομή της οικογένειας ‘*’ έχουν ουσιωδώς επηρεάσει τέτοιου είδους στόχων. Ωστόσο, οι σχέσεις του ηλικιωμένου με την οικογένεια συνδέονται και με τη σημασία της προσφοράς του προς αυτήν ‘’ (Τεπέρογλου, 2004).*

*‘’Στην Ελλάδα, η μεταβίβαση της ακίνητης περιουσίας από τους γονείς στα παιδιά είναι η βασική παροχή οικονομικής βοήθειας’’ (Πουλοπούλου – Έμκε, 1999).*

Η παροχή οικονομικής βοήθειας των ηλικιωμένων προς την οικογένεια περιέχει μια διττή αντιμετώπιση*. ‘’Από τη μια είναι η επιθυμία, η υποχρέωση που αισθάνεται ο ηλικιωμένος απέναντι στα παιδιά και από την άλλη πλευρά είναι και οι απαιτήσεις ίσως και οι εξαναγκασμοί που βιώνουν οι ηλικιωμένοι εκ μέρους των παιδιών τους ‘’(Πουλουπούλου-Έμκε,1999).*

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων εντός της οικογένειας είναι ένα σοβαρό και «καλυπτόμενο» πρόβλημα. Η κακοποίηση των ηλικιωμένων ανθρώπων στο οικογενειακό πλαίσιο μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαφορετικών αιτιών. Για παράδειγμα, μπορεί να περιλαμβάνει οικονομική βία από ένα ενήλικο παιδί που χρειάζεται χρήματα, η φυσική ή ψυχολογική κακοποίηση από τον σύντροφο ως αποτέλεσμα της πίεσης που προκαλείται από την παροχή συνεχούς φροντίδας *(Πουλουπούλου-Έμκε,1999)*.

Η κακοποίηση στο οικογενειακό πλαίσιο είναι συχνά πολύ δύσκολη να εντοπιστεί. Συνήθως δεν αναφέρεται για διάφορους λόγους: η αίσθηση της ντροπής που βιώνουν τα θύματα, η σχέση μεταξύ θύματος και θύτη, η κατάσταση εξάρτησης στην οποία το θύμα βρίσκεται και ο φόβος συνεπειών. Ηλικιωμένες γυναίκες αποτελούν ομάδα υψηλότερου κινδύνου για όλες τις μορφές κακοποίηση. Όμως περισσότερος λόγος για την κακοποίηση των ηλικιωμένων θα γίνει στην επόμενη ενότητα.

Βεβαίως, δεν μπορούμε να παραβλέψομε την προσφορά των ηλικιωμένωνστην οικογένεια*.* Με τους τελευταίους να προσφέρουν διάφορες υπηρεσίες στην οικογένεια των παιδιών τους, όπως την φύλαξη των εγγονιών, τηνπαροχή βοήθειας στο σπίτι, τον ελεύθερο χρόνο τους(κατά τον Αγραφιώτη*,* 2003 είναι  *‘’πολύτιμο στρατηγικό όπλο’’ ),* την πείρα τους αλλά και ‘*’οικονομική ενίσχυση με τη μεταβίβαση της περιουσίας τους’’ ( 50+ Ελλάς, 2006;Αγραφιώτης, 2003;Έμκε- Πουλοπούλου , 2000).*

Καθώς η θέση των ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια και την κοινωνία μεταβάλλεται με τη σταδιακή αποστέρηση των οικονομικών και άλλων προνομίων που απολάμβαναν στο παρελθόν και με την ’’ *επιστημονική* *εξέλιξη καταστρέφεται ο ρόλος των ηλικιωμένων, ως γέφυρα μετάδοσης ιδεών, γνώσης και εμπειριών, ανάμεσα στις γενιές‘’ ( Μπαλούρδος, 1996).*

Διαφορές όμως θα πρέπει να περιμένομε από τους ‘’ηλικιωμένους του μέλλοντος’’ διότι ο αριθμός των παιδιών μέσα στις οικογένειες μειώνεται, αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης, τα διαζύγια αυξάνονται μαζί και οι μονογονεϊκές οικογένειες ενώ η διάρκεια του γάμου μειώνεται. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα παιδιά των διαζευγμένων γονιών προσφέρουν μικρότερη βοήθεια στους ηλικιωμένους συγγενείς σε σύγκριση με τα παιδιά των σταθερών γάμων . Η μελλοντική συμπεριφορά των παιδιών απέναντι στους γονείς τους εξαρτάται από τη συμπεριφορά των γονέων προς τους δικούς τους γονείς. Το παράδειγμα των γονέων κι όχι τα λόγια τους ή οι πραγματικές ανάγκες παίζουν το πιο σημαντικό ρόλο.

‘’*Όποιος θέλει να έχει καλά και ευχάριστα γηρατειά πρέπει να επενδύσει σήμερα το χρόνο του στη φροντίδα των δικών του γονιών’’*.Το παιδί βιώνει από κοντά το παράδειγμα της τελευταίας φάσης της ζωής , των μεγάλων ηλικιών, το εξοικειώνει με τα προβλήματά τους και το μυεί με το πιο ήπιο και φυσικό τρόπον στην έννοια του θανάτου(Πουλοπούλου-Έμκε,1999).

‘’ *Οι ηλικιωμένοι είναι φορείς των δικών τους αξιών που αντιτάσσουν στην δύναμη, την αδυναμία, στην ταχύτητα και το στρες, την αργή κίνηση και ακόμη τη δημιουργία και την προσφορά έξω από το κύκλωμα του επαγγελματισμού’’ (Γεωργιάδη Έ., 1994). ‘’Τέλος έχει παρατηρηθεί ότι η έλλειψη οικογένειας είναι δυσμενής προϋπόθεση για τα γηρατειά και ότι οι οικογενειακοί δεσμοί προάγουν την υγεία και προστατεύουν τα άτομα από ασθένειες και ψυχοκοινωνικές πιέσεις , αλλά και από τις επιπτώσεις τους στην υγεία των ηλικιωμένων’’ ( Κοτταρίδη, 2007; Ιορδάνου και συ. 2000).*

## 2.2. Η εξάρτηση των ηλικιωμένων

***“ H προσπάθεια, το λάθος ,η χαρά , το πάθος, το καθένα είναι λουλούδι. Νιάτα αλλά και γερατειά και χαρά και αμαρτία, όλα γίνονται τραγούδι ‘’ (Goethe - μετάφραση : Κ. Μέρμηγκα)***

Η εξάρτηση είναι μια δυσάρεστη προοπτική. Η ζωή ενός ατόμου ξεκινάει σαν ανυπεράσπιστο μωρό, εξαρτημένο από τη μάμα του για την επιβίωσή του. Χρειάζεται χρόνια, για να πάρει την ευθύνη της ζωής στα χέρια του. Ο δρόμος είναι δύσβατος με διαρκείς συγκρούσεις και αγώνα. Μέχρι που φτάνει η στιγμή να αποδείξει το άτομο , στον εαυτό του και στους άλλους , την ανεξαρτησία του χωρίς να μπει στον πειρασμό να παρασυρθεί σε προηγούμενο στάδιο εξάρτησης. Τα προνόμια της ανεξαρτησίας και τα εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν για να κερδηθεί είναι πολλά. Υπάρχουν στιγμές όμως που η προοπτική να παρασυρθεί ένα άτομο σε μια πιο παθητική στάση , εγκαταλείποντας ό,τι έχει κατορθώσει , είναι δελεαστική. Αυτή ‘’ η κοινή αμφιθυμία περιπλέκεται από βιολογικές και πολιτισμικές προσδοκίες και παρορμήσεις’’ ( Κastenbaum, 1980).

Το ενήλικο άτομο είναι υποχρεωμένο να στηρίζει τον εαυτό του αλλά και να αντιμετωπίζει τις ανάγκες εξάρτησης των άλλων, ιδιαίτερα των μικρών παιδιών αλλά και των ηλικιωμένων. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σκληρό για το άτομο , που τρέφει ισχυρές επιθυμίες εξάρτησης κάτω από ένα προσωπείο ανεξαρτησίας.

Οι βιολόγοι και οι κοινωνικοί γεροντολόγοι είναι πιο αντικειμενικοί στο θέμα της εξάρτησης. Υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει τίποτα το μεμπτό στη φροντίδα του μωρού και του υπερήλικα . Και οι δύο αυτές ηλικιακές κατηγορίες χρειάζονται βοήθεια και προστασία.

Η αίσθηση ασφάλειας, που έχει ένα ηλικιωμένο άτομο, μπορεί εύκολα να υπονομευτεί . Δεν είναι ανάγκη να συμβεί κάτι τρομερό. Η ίδια η αναμονή, ότι η βασική αίσθηση της ανασφάλειας του θα κλονιστεί ανεπανόρθωτα, δημιουργεί μεγάλη αναστάτωση. Όταν έρθει η στιγμή εκείνη , όπου κανένας πια δεν θα υπακούει στις προσταγές του- ίσως και να μην της ακούει καν- τότε σίγουρα θα νιώσει σαν εκθρονισμένος μονάρχης. Η αίσθηση της ασφάλειάς του πήγαζε από την ικανότητά του να ελέγχει ή να επηρεάζει σημαντικά τη ζωή των γύρων του κλονίζεται. Οποιοσδήποτε υπαινιγμός γύρω από την πιθανή απώλεια αυτού του διαπροσωπικού ελέγχου, δημιουργεί πανικό. Οποιαδήποτε αλλαγή στην οικογενειακή ιεραρχία ( ακόμα και η πιθανότητα αλλαγής) μπορεί να οδηγήσει σε φοβερή ανασφάλεια. Καθετί όμως , που συμβάλλει στη συνέχιση της καθημερινής ζωής, συμβάλλει και στη διατήρηση της ασφάλειας τους.

Υπάρχει η τάση ν΄ αποδίδεται με ευκολία η κατάθλιψη ή η αναταραχή ενός ηλικιωμένου στα ‘’*γηρατειά’*’ .Όταν όμως είναι γνωστές οι καταστάσεις από τις οποίες εξαρτάται η συναισθηματική ασφάλεια του ηλικιωμένου γίνεται αντιληπτή η φυσική διαταραχή η οποία θεωρείται φυσική αντίδραση σε απειλές που δοκιμάζει το ηλικιωμένο άτομο.

Μερικοί άνθρωποι, καθώς γερνούνε , έχουν ν΄ αντιμετωπίσουν μια δυσάρεστη επιλογή. Πρέπει να αποδεχτούν την ανασφάλεια και τη στέρηση; ‘H μήπως πρέπει να θυσιάσουν ένα μεγάλο μέρος της ανεξαρτησίας και ακεραιότητάς τους , για να δεχτούν βοήθεια από τους άλλους;

Πολλοί ηλικιωμένοι προτιμούν να αποχωρήσουν μόνοι αντί να επωφεληθούν από παροχές , που δικαιωματικά τους ανήκουν. Μια τέτοια στάση μπορεί να φαίνεται πεισματική κι εξωπραγματική . Οι ίδιοι , νιώθουν ότι η ζωή τους θα έχανε το νόημά της αν άρχιζαν να εξαρτιόνται από άλλους για τις ανάγκες τους. Οι νέοι ενήλικες φοβούνται , συνήθως, την εξάρτηση , που συνδέεται με τα γηρατειά. Πολλές φορές δηλώνουν , ότι προτιμούν να πεθάνουν παρά να γεράσουν. Ο τρόμος λοιπόν, των γηρατειών αρχίζει να επηρεάζει τις σκέψεις, τα αισθήματα και τις πράξεις ανθρώπων, που απέχουν πολλά χρόνια από αυτά. Στο μέτρο που αυτός ο φόβος της εξάρτησης βαραίνει τους ανθρώπους τους προσδίδει μια βαρύτητα στην ψυχολογική και ψυχοκοινωνική τους πραγματικότητα(Πουλοπούλου-Έμκε,1999).

Η Υγιής γήρανση σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2002) ορίζεται ως η ‘’*διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική , κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας νε είναι σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν μια ανεξάρτητη και καλής ποιότητας ζωή’’*

‘*’Οι ηλικιωμένοι και οι οικογένειες τους αισθάνονται ντροπή , αποσύρονται από τους άλλους και πιστεύουν ότι δεν υπάρχει τρόπος να αλλάξουν την κατάστασή τους’’(Κοτταρίδη, 2007)*

*‘’Το πρόβλημα της εξάρτησης συνδέεται με το ζήτημα της εξασφάλισης των δικαιωμάτων του ατόμου. Θεωρούμε συνήθως ότι η εξασφάλιση αυτή αφορά την ποιότητα ζωής η οποία ταυτίζεται με την εξασφάλιση υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης’’(Γκαράνη, 2007)*

*Η φρ*οντίδα των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί στις μέρες μας ένα σημαντικό και δυσεπίλυτο πρόβλημα που σχετίζεται με τον διαρκώς αυξανόμενο μέσο όρο ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας. Η χρόνιες παθήσεις , συχνά έχουν το αποτέλεσμα των άλλου βαθμού ανικανότητα του ατόμου και την εξάρτηση αυτού. Η συμμετοχή και η προσφορά της οικογένειας στην φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας θεωρείται σημαντική αλλά όχι πάντα δεδομένη. Η εξάρτηση του ηλικιωμένου είναι μια πολύπλοκη διαδικασία με ατομικές ιδιαιτερότητες που παραλλάσουν μέσα στο χρόνο σύμφωνα με πολλές μεταβλητές. Τόσο η φυσική όσο και η κοινωνική εξάρτηση αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας.  *‘’Την πιο σημαντική επίδραση φαίνεται να έχει η ασθένεια με τις επιπλοκές της, η οικονομική θέση, οι συνθήκες στέγασης και η οικογενειακή κατάσταση’’* (Sonda, 1985; 286).

‘’*Έτσι η έλλειψη συναισθηματικών αλλά και κοινωνικών σχέσεων συνεπάγεται μοναξιά αλλά αποτελεί και κύριο αίτιο τόσο της ραγδαίας φυσικής και πνευματικής έκπτωσης του υπερήλικα , όσο και του κοινωνικού αποκλεισμού του’’*(Μουσούρου, 2005).

Για πολλές οικογένειες , η περίθαλψη ηλικιωμένων επιφέρει καταπίεση που οδηγεί στην κακομεταχείριση τους.

Το πρόβλημα της εξάρτησης αφορά επίσης, την αποτελεσματική προστασία του ηλικιωμένου από πράξεις που αποβλέπουν ή οδηγούν στη σωματική ή ψυχική κακοποίησή του και την εκμετάλλευση του , την προστασία του από μια μεταχείριση που μειώνει τον υπερήλικα ως άτομο’’ (Μουσούρου,2005).   
 Το ποσοστό εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων, δηλαδή ο αριθμός των ατόμων άνω των 65 χρόνων εκφρασμένο σε ποσοστό στο συνολικό αριθμό των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 15- 64 ετών, σύμφωνα με τις προβλέψεις της Eurostat, πρόκειται να διαγράψει μέσα στα επόμενα 50 χρόνια μια κατακόρυφη ανοδική πορεία, λόγω ακριβώς της παρατηρούμενης γήρανσης του πληθυσμού, αλλά και των συνεπειών της υπογεννητικότητας. Μέχρι το 2060, σε σύγκριση με το 2010, ο συγκεκριμένος δείκτης στο σύνολο των 27 κρατών μελών της ΕΕ αναμένεται να παρουσιάσει μια δραματική αύξηση από *το 23,6%* στο *52,4%* (αύξηση του ποσοστού κατά 28,8 μονάδες). Σε όλα τα κράτη μέλη, το σενάριο φαίνεται να είναι το ίδιο. Η δημογραφική αναλογία αυξάνεται δραματικά σε όλες τις χώρες της ΕΕ και ειδικότερα στις Πολωνία, Σλοβακία, Ρουμανία και Λετονία, με λιγότερο έντονες να είναι οι δημογραφικές μεταβολές στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Βέλγιο και  τη Σουηδία(Eurostat,2005).

Για τη χώρα μας η *Eurostat* προβλέπει ότι ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων θα αυξηθεί από το *18,6%* που είναι σήμερα στο *47,6%* το 2060. Το ποσοστό θα αυξηθεί δηλαδή κατά 29 μονάδες, όση περίπου είναι η μέση αναμενόμενα αύξηση στα 27 κράτη .

## 2.3. Η κακοποίηση των ηλικιωμένων

***«Τα γεράματα είναι αναπόφευκτα για όλους μας. Πρέπει να είμαστε έξυπνοι να τα αποδεχθούμε» ( Maurice Chevallier)***

Ως *κακοποίηση* σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό ορισμό (Συμβούλιο της Ευρώπης, 1987) ορίζεται ‘’ *κάθε πράξη ή* *παράλειψη πράξης που πραγματοποιείται από ένα άτομο (ή μια ομάδα ατόμων) η οποία θέτει σε κίνδυνο/έχει αρνητική επίπτωση πάνω στη ζωή, τη σωματική ή ψυχολογική ακεραιότητα ή την ελευθερία ενός άλλου ατόμου (ή μιας άλλης ομάδας ατόμων) ή η οποία αμφισβητεί την ανάπτυξη της προσωπικότητας του και /ή την οικονομική του ασφάλεια’’*.‘’*Η κακοποίηση των υπερηλίκων ακόμη αποτελεί ζήτημα ταμπού για ορισμένες κοινωνίες’’* (‘’συνωμοσία της σιωπής’’) (Σπαθαράκης, 2007) παρόλο την πρόοδο στην ενημέρωση και δημοσιοποίηση στα διάφορα θέματα υγείας και κοινωνικών σχέσεων.

«*Η κακοποίηση ηλικιωμένων είναι μία μεμονωμένη ή επαναλαμβανόμενη δράση - ή απουσία κατάλληλης δράσης - που προκύπτει σε οποιαδήποτε σχέση στην οποία υπάρχει μία προσδοκία εμπιστοσύνης και η οποία δράση προξενεί βλάβη ή ενόχληση σε ένα ηλικιωμένο άτομο*». (Διακήρυξη του Τορόντο για την Παγκόσμια Πρόληψη της Kακοποίησης των Ηλικιωμένων, 2002). Η κακοποίηση μπορεί να λάβει διάφορες μορφές: φυσική, ψυχολογική ή συναισθηματική, σεξουαλική, οικονομική, ή απλά να αντανακλά σκόπιμη ή μη παραμέληση.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) και το Διεθνές Δίκτυο για την Πρόληψη της Κακοποίησης των Ηλικιωμένων (ΙΝPΕΑ), έχουν αναγνωρίσει την κακοποίηση των ηλικιωμένων ως ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα.

Εκατοντάδες χιλιάδες ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση αντιμετωπίζουν κάποια μορφή κακοποίησης κάθε χρόνο. Καταπιέζονται να αλλάζουν τις διαθήκες τους, οι τραπεζικοί τους λογαριασμοί κλέβονται, τσιμπιόνται η χτυπιόνται, τους αποκαλούν με απαξιωτικούς χαρακτηρισμούς, απειλούνται, καθυβρίζονται και ορισμένες φορές κακοποιούνται σεξουαλικά και βιάζονται.

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων αποτελεί παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και παραβίαση του Άρθρου 25 της Ευρωπαϊκής Χάρτας των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων(παράρτημα 4), η οποία αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων να ζουν με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία και να συμμετέχουν στην κοινωνική και πολιτισμική ζωή. Η έρευνα για το που, πότε και πόσο συχνά εμφανίζεται η κακοποίηση των ηλικιωμένων, είναι ανεπαρκής και ανολοκλήρωτη. Απαιτείται η συνειδητοποίηση για την κρισιμότητα της υπόθεσης αυτής και είναι επιτακτική μία πανευρωπαϊκή στρατηγική για την κακοποίηση των ηλικιωμένων.

Ο WHO και το διεθνές Δίκαιο για την πρόληψη της κακοποίησης ηλικιωμένων (INPEA), αναγνωρίζει την κακοποίηση των ηλικιωμένων , ως ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα. Υπάρχουν πάρα πολλοί ηλικιωμένοι στην ΕΕ που αντιμετωπίζουν κάποια μορφή κακοποίησης όπως να αλλάξουν τη διαθήκη τους ή τους ασκείται λεκτική βία, τους φέρονται απαξιωτικά τους χτυπούν και τους κακοποιούν σεξουαλικά.

Οι μορφές κακοποίησης των υπερήλικων είναι δυστυχώς πολλές και διάφορες όπως:

* Σωματική κακοποίηση
* Σεξουαλική κακοποίηση
* Ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση
* Οικονομική κακοποίηση ή υλική εκμετάλλευση
* Παραμέληση
* Εγκατάλειψη
* Πολιτειακή κακοποίηση

Οι συνέπειες είναι πολλές και περιλαμβάνουν ‘*’αίσθημα ανεπάρκειας, συναισθηματικές δυσκολίες, χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, αποστροφή εαυτού, κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό ‘’*(Σπαθαράκης, 2007)

Συνήθως δεν αναφέρεται για διάφορους λόγους , όπως η αίσθηση ντροπής που βιώνουν τα θύματα, η κατάσταση εξάρτησης, ο φόβος των συνεπειών. Ο ηλικιωμένος μπορεί να είναι θύμα ή και δράστης. *‘’Η συχνότερη μορφή είναι η ψυχολογική και ιδιαίτερα η λεκτική κακοποίηση- η οποία μπορεί να είναι οδυνηρή για τον ηλικιωμένο – και υπάρχει βία στην οικογένεια, στο ίδρυμα, στην πόλη ακόμη και κρατική βία’’( Πουλιοπούλου-Έμκε, 1999).*

*‘’Η κακοποίηση εντός της οικογένειας είναι σοβαρό και καλυπτόμενο πρόβλημα και πολλές φορές είναι δύσκολο να εντοπιστεί. Συνήθως δεν αναφέρεται για διάφορους λόγους , όπως το αίσθημα ντροπής που βιώνουν τα θύματα, η κατάσταση εξάρτησης , ο φόβος των συνεπειών’’ (Δρίμτζια, Ιωαννίδου., 2010).*

Οι ελληνικές έρευνες δείχνουν ότι η ενεργητική και παθητική κακοποίηση ηλικιωμένων δεν είναι άγνωστο φαινόμενο.

Το 2005 μία έρευνα της Ολλανδικής Εθνικής Πλατφόρμας «Καταπολεμώντας την Κακοποίηση Ηλικιωμένων» έδειξε ότι *41%* των θυμάτων υπέφεραν από σωματική κακοποίηση, *46%* από ψυχολογική κακοποίηση, *37%* ήταν θύματα εκμετάλλευσης, *18%* ήταν εντελώς παραμελημένοι*, 12%* δεν τους αναγνώριζαν ούτε βασικά δικαιώματα και *3%* ήταν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Το άθροισμα των ποσοστών υπερβαίνει το *100%* διότι σε ορισμένες περιπτώσεις υπήρχαν ταυτόχρονα πολλές μορφές κακοποίησης στο ίδιο ηλικιωμένο άτομο.

Το 2006 Τσέχικη Οργάνωση Zivot 90, υπολόγισε από τηλεφωνήματα ότι *59%* της κακοποίησης ηλικιωμένων ανθρώπων προέρχονταν από μέλη της οικογένειας. Αυτά τα ευρήματα είναι συγκρίσιμα με τα αντίστοιχα των άλλων ευρωπαϊκών κρατών της ΕΕ. Όσο και αν ξαφνιάζει, η Ελλάδα κατέχει τα πρωτεία στη σεξουαλική παρενόχληση των ηλικιωμένων, στην εγκατάλειψή τους (μαζί με την Πορτογαλία) και στη σωματική κακοποίησή τους (μαζί με τη Λιθουανία). Σε έρευνα που έγινε σε επτά ευρωπαϊκές χώρες, *«σύζυγοι*» και *«σύντροφοι»* υπερέχουν έναντι φίλων, συγγενών και τρίτων στην άσκηση κάθε μορφής βίας, ψυχολογικής, και σωματικής, προς το έτερον ήμισυ. Αντίθετα, φίλοι, γνωστοί και γείτονες σε ποσοστό *30%* ευθύνονται για τα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης, η οποία προσδιορίζεται ως άγγιγμα ή σεξουαλική επαφή παρά τη θέληση. Σε τι είδους ενέργειες προβαίνει επί του παρόντος η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για να διερευνήσει τα επίπεδα κακοποίησης των ηλικιωμένων σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση και να εξετάσει τους διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης.  
**Η Ευρωπαϊκή μελέτη ABUEL συγκεντρώνει στοιχεία σε 7 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ισπανία, Ιταλία, Γερμανία, Ελλάδα, Λιθουανία, Πορτογαλία, , Σουηδία ). Η έρευνα ABUEL άρχισε τον Απρίλιο του 2008 και αφορά την έκταση και τη μορφή της κακοποίησης των ηλικιωμένων (60-84 ετών) καθώς και τις συνέπειες αυτής της κακοποίησης στην υγεία .  
 από 150 οργανώσεις ηλικιωμένων από τα 27 κράτη.  
 Την Ελλάδα στο ευρωπαϊκό δίκτυο των Ηλικιωμένων ΑGE Platform Europe αντιπροσωπεύει η 50και Ελλάς ένας μη κυβερνητικός και μη κερδοσκοπικός οργανισμός που στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων άνω των 50 στην Ελλάδα.**

Η Ελλάδα είναι σημαντικά ψηλότερα *(1,5%)* μαζί με την Πορτογαλία (1,3%) στη σεξουαλική κακοποίηση των ηλικιωμένων, σε σύγκριση με τον μέσο ευρωπαϊκό όρο (*0,7%).* Σχεδόν *2* στους *10* Ευρωπαίους από 60 έως 84 ετών, έχουν υποστεί κάποιας μορφής ψυχολογική βία, με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται στη Σουηδία, όπου αυτή η μορφή βίας αφορά τον ένα στους τρεις, όπως και στη Γερμανία (*27,1%).* Σωματική βία (χαστούκια, ξύλο) έχει υποστεί το *3%* των ηλικιωμένων κατά μέσον όρο, με υψηλότερα ποσοστά θυμάτων σε Σουηδία (*4%)* και Λιθουανία *(3,8%).* Η σωματική κακοποίηση, που σημαίνει ότι το θύμα έχει καταλήξει στο νοσοκομείο με μώλωπες ή άλλα τραύματα, αφορά λιγότερο από *1%* κατά μέσον όρο. Στη Λιθουανία και στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός των περιστατικών είναι σημαντικά υψηλότερος *(1,5%* και *1,1%* αντίστοιχα), με αποτέλεσμα οι χώρες αυτές να κατέχουν την πρωτιά. Τα στοιχεία προκύπτουν από ευρωπαϊκή έρευνα του 2009-2010, το συντονισμό της οποίας είχε το σουηδικό πανεπιστήμιο *Karolinska.* Στο έργο αυτό συμμετείχε και η Ελλάδα με υπεύθυνη την κ.Ιωαννίδη Ε. μαζί με άλλες 6 χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Γερμανία, Σουηδία και Λιθουανία). Σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους στη Γερμανία, οι ηλικιωμένοι σε Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία διατρέχουν μικρότερο ρίσκο να υποστούν ψυχολογική βία. Στην Ιταλία και στην Πορτογαλία ο κίνδυνος είναι μικρότερος για σωματική βία. Ο κίνδυνος για οικονομική εκμετάλλευση είναι μεγαλύτερος στην Πορτογαλία.

Σε όλες τις χώρες οι ηλικιωμένοι από 75-84 χρόνων διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να πέσουν θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης, δηλαδή να δώσουν χρήματα ή περιουσία παρά τη θέλησή τους. Θύτες τους, σύμφωνα με τις δηλώσεις, είναι οι «*άλλοι»* *(61,7%),* μεταξύ των οποίων και αυτοί που τους περιποιούνται. Οι *«άλλοι»,* σύντροφοι, φίλοι, γνωστοί και γείτονες έχουν τα υψηλότερα ποσοστά ως θύτες κακοποίησης από ό,τι τα παιδιά, εγγόνια, αδέλφια, οι νύφες και οι γαμπροί.

Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης γενικά, οι άνδρες δήλωσαν υψηλότερα ποσοστά οικονομικής εκμετάλλευσης από ό,τι οι γυναίκες. Οι σύζυγοι και οι σύντροφοι ήταν συχνότερα οι θύτες που ασκούσαν ψυχολογική βία *(34,8%),* σωματική *(33,7%)* και βαρύτερη κακοποίηση *(44,8%).* Από τη μελέτη, σε όλες τις χώρες, προκύπτει ότι οι άντρες έναντι των γυναικών πέφτουν συχνότερα θύματα ψυχολογικής και σωματικής βίας, όπως και οικονομικής εκμετάλλευσης. Οι περισσότερες γυναίκες ήταν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και κακώσεων.

***Η έκταση του προβλήματος στο περιβάλλον της κοινότητας***

Η ασφάλεια στο σπίτι και στο περιβάλλον της κοινότητας είναι πολύ σημαντική έγνοια των ηλικιωμένων που συχνά αισθάνονται ευάλωτοι και ανησυχούν για την προσωπική τους ασφάλεια. Συχνά αποφεύγουν τις εξωτερικές δραστηριότητες ή τη χρήση δημόσιων μέσων μεταφοράς, λόγω του φόβου της εγκληματικότητας ή σωματικής βίας. Τα πιο συνηθισμένα εγκλήματα που αναφέρονται από τους ηλικιωμένους είναι διαρρήξεις σπιτιών, κλοπή, αρπαγή τσάντας και άλλες μορφές επιθέσεων. Για αυτούς τους λόγους η συμμετοχή των ηλικιωμένων στην κοινωνία είναι περιορισμένη. Πολλοί ηλικιωμένοι παρενοχλούνται από άτομα ή ομάδες για οικονομικούς σκοπούς όπως απάτες μέσω του ταχυδρομείου, του διαδικτύου, των μέσων μαζικής ενημέρωσης, ή μέσω προσωπικών επαφών.

***Γεγονότα και αριθμοί***

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της εγκληματικότητας, οι ηλικιωμένοι είναι σε μικρότερο κίνδυνο βίας και διαρρήξεων από ότι είναι οι νεότεροι . Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι αυτές οι συμπεριφορές απλά δεν αναφέρονται, ή στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν να εκτίθενται σε επικίνδυνες καταστάσεις. Τα στοιχεία δείχνουν ότι πολλοί ηλικιωμένοι αισθάνονται ανασφαλείς σε δημόσιους χώρους ειδικότερα τα βράδια και αποφεύγουν να βγαίνουν.

Όπως έχει παρατηρήσει η ALMA, Γαλλική Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για Ηλικιωμένους και Ανάπηρους Θύματα Βίας*, 75%* των βίαιων εγκλημάτων είναι εναντίων γυναικών άνω των 79 ετών που συνήθως είναι εξαρτημένες, ανίκανες να αυτό-προστατευτούν ή να αντιδράσουν ως αυτό-αμυνόμενοι εναντίον των επιτιθέμενων.

Το 2006 σε μία έρευνα της *Gabija,* μιας Οργάνωσης της Λιθουανίας, μετρήθηκε το εύρος της βίας εναντίον των ηλικιωμένων το οποίο έδειξε *50%* των περιπτώσεων να σχετίζονται με φυσική βία, *24%* με οικονομική*, 19%* με ψυχολογική και *7%* με σεξουαλική (www.50plus.gr/images/)

Η ασφάλεια τόσο στην οικεία του όσο και στο υπόλοιπο περιβάλλον του είναι σημαντική έγνοια των ηλικιωμένων που νιώθουν ευάλωτοι και ανασφαλείς. Μερικά από τα συνηθισμένα εγκλήματα σε βάρος ατόμων τρίτης ηλικίας είναι οι διαρρήξεις των σπιτιών, η κλοπή της τσάντας, απάτες μέσω ταχυδρομείου, σεξουαλική κακοποίηση κ.λ.π( AGE: The European older people’s platform)

**Η Οργάνωση *AGE*  προτείνει προς τις Οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών:**

* Να αναπτύσσουν ενημερωτικές εκστρατείες στα θέματα βίας και κακοποίησης ηλικιωμένων.
* Να δημιουργούν ειδικές υποστηρικτικές ομάδες, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας και Στέγες που θα προσφέρουν στους ηλικιωμένους νομική και πρακτική στήριξη.
* Να παρέχουν πληροφόρηση στους ευάλωτους ηλικιωμένους για τις υπηρεσίες προστασίας και στήριξης που διατίθενται για αυτούς(Age platform).

**Τι προτείνει η ΑGE προς τις τοπικές οργανώσεις:**

* Να εντάσσουν στην ημερήσια διάταξή τους το θέμα της κακοποίησης ηλικιωμένων και να υιοθετούν προγράμματα καταπολέμησης της κακοποίησης και παροχής στήριξης στα θύματα.
* Να υιοθετούν μέτρα και να προωθούν την ενσωμάτωση και αναγνώριση της συνεισφοράς των φροντιστών, ειδικά των μεταναστών εργαζομένων, οι οποίοι παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας και προστασίας των εξαρτημένων ηλικιωμένων.
* Να αναλαμβάνουν δράσεις καταπολέμησης της κακοποίησης ηλικιωμένων που ζουν στο σπίτι ή σε Ιδρύματα και να εξασφαλίζουν ότι όλοι οι ηλικιωμένοι ζουν σε συνθήκες αξιοπρέπειας και σεβασμού.
* Να συντονίζουν δράσεις με τις τοπικές μη κυβερνητικές οργανώσεις έτσι ώστε με βιώσιμα μέτρα να εμποδίζεται η κακοποίηση ηλικιωμένων.
* Να αναπτύσσουν εκπαιδευτικά προγράμματα ηλικιωμένων στο πώς να συμπεριφέρονται στους φροντιστές ώστε να διασφαλίζουν την ελευθερία τους και την αυτονομία τους στις περιπτώσεις που εξαρτώνται από άλλους.
* Να ενεργοποιούν επαρκή πληροφοριακά συστήματα και συστήματα υποχρεωτικής καταγραφής στοιχείων τα οποία θα επιτρέπουν την ανάπτυξη δεικτών της κακοποίησης ηλικιωμένων(global action of aging,2007).

**Η Οργάνωση *AGE*  προτείνει προς τους πολίτες:**

* Να μαθαίνουν πώς να αναγνωρίζουν και να παρεμποδίζουν την κακοποίηση προς τους ηλικιωμένους σε προσωπικό επίπεδο.
* Να αντιμετωπίζουν την αυξανόμενη απομόνωση των ηλικιωμένων μέσω ατομικών προσπαθειών και να αναπτύσσουν κοινωνικές δομές στις γειτονιές και στις κοινότητές τους.
* Να είναι περισσότερο ενημερωμένοι για το πρόβλημα της κακοποίησης ηλικιωμένων στο τοπικό περιβάλλον τους και να αναφέρουν τέτοιες περιπτώσεις όποτε τις εντοπίζουν.
* Να ενθαρρύνουν τους ειδικούς στο τομέα της υγείας και της κοινωνικής προστασίας στο να αντιμετωπίζουν ύποπτες περιπτώσεις κακοποίησης ηλικιωμένων.

Συμπερασματικά θα πρέπει να πούμε ότι οι στρατηγικές πρόληψης θα πρέπει να περιλαμβάνουν ‘’*ενημέρωση του γενικού κοινού, δημιουργία ειδικών γραμμών βοήθειας, δημιουργία και ενεργοποίηση ειδικών οργανισμών, εξειδικευμένη, δομημένη επαγγελματική εκπαίδευση προσωπικού στα γηριατρικά ιδρύματα και στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας’’(*Σπαθαράκης, 2007)

# 

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

*‘’Το να γερνάς είναι μια κακή συνήθεια που ένας πολυάσχολος άνθρωπος δεν έχει χρόνο να αποκτήσει ‘’*

*(Αndre Maurois 1885 -1967)*

Βασικό επίτευγμα της κοινωνικής πολιτικής το δεύτερο ήμισυ του προηγούμενου αιώνα υπήρξε ότι το γήρας δεν θεωρείται πλέον συνώνυμο της χαμηλής ποιότητας ζωής, τουλάχιστον στις προηγμένες χώρες. Βέβαια στην Ελλάδα ένα σημαντικό ποσοστό των χορηγούμενων συντάξεων βρίσκεται ακόμα σε πολύ χαμηλό επίπεδο , κυρίως λόγω της αναποτελεσματικότητας και της ανεπάρκειας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Όμως, καθώς ο πληθυσμός της Ευρώπης γηράσκει, ‘*’θα επέλθει σημαντική δημογραφική μεταβολή τα επόμενα σαράντα με πενήντα χρόνια , η οποία θα θέσει σημαντικές προκλήσεις για τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης των χωρών μας’*’. Η γήρανση του πληθυσμού θα δυσχεραίνει όλο και περισσότερο τη διατήρηση των δημόσιων συντάξεων για τους ηλικιωμένους πολίτες σε επιθυμητό επίπεδο. Μια εικόνα των δημογραφικών μεταβολών που αναμένεται να λάβουν χώρα τα επόμενα σαράντα με πενήντα χρόνια παρέχουν οι ακόλουθες προβολές για την Ελλάδα, τις οποίες κατήρτισε η Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής της ΕΕ. Oι προβολές αυτές καλύπτουν την περίοδο από το 2005-2050(Γκαργκάνα, 2008):

Πρώτη προβολή : οι άνθρωποι θα ζουν περισσότερο και έτσι ο πληθυσμός 65 ετών και άνω θα αυξηθεί κατά *60%* περίπου.

Δεύτερη προβολή : τα χαμηλά ποσοστά γονιμότητας θα συντελέσουν σε μείωση κατά *20%* του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας, δηλ. των ατόμων 15-64 ετών.

Ο συνδυασμός αυτών των δύο προβολών σημαίνει ότι ο λόγος των ηλικιωμένων προς τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας – γνωστό ως δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων – αναμένεται να υπερδιπλασιαστεί από το 2005 έως το 2050 και να υπερβεί το *60%*. Αυτό σημαίνει ότι, ενώ το 2005 αντιστοιχούσαν περισσότεροι από *3* εργαζόμενοι σε κάθε συνταξιούχο, το 2050 η αναλογία αυτή θα μειωθεί σε μόλις *1,6* εργαζόμενους.

Έτσι, η Ελλάδα, όπως και πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, θα αντιμετωπίσει μια απότομη αύξηση του δείκτη εξάρτησης των ηλικιωμένων. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο αυτή η κατάσταση καθεαυτής να ασκήσει πιέσεις όσον αναφορά τη χρηματοδότηση του συστήματος συντάξεων της χώρας(Γκαργκάνας,2008).

Λόγω της προόδου στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι άνθρωποι θα ζουν περισσότερο και θα αυξηθεί σημαντικά το ποσοστό της ηλικίας 65 ετών και άνω τα επόμενα έτη. Παράλληλα, ο αριθμός των ατόμων σε ηλικία εργασίας και ο αριθμός όσων πράγματι εργάζονται θα μειωθούν. Συνεπώς αυτές οι δημογραφικές προβολές συνεπάγονται έντονη υποχώρηση στου δυνητικού ρυθμού ανάπτυξης της Ελλάδας, ο οποίος ενδέχεται να μειωθεί τουλάχιστον κατά το ήμισυ έως τις δεκαετίες του 2030 και του 2040. Με μεγαλύτερο πληθυσμό και λιγότερους απασχολούμενους στην παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών, το προϊόν που αναλογεί σε κάθε πολίτη θα είναι μικρότερο. Επίσης αυτές οι προβολές εφόσον επαληθευτούν, θα ασκήσουν τεράστιες πιέσεις στα δημόσια οικονομικά της χώρας(Γκαργκάνα,2008).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων συντάξεων, των δημοσίων δαπανών, της απασχόλησης και της ανάπτυξης. Οι συντάξεις αποτελούν μεγάλο ποσοστό των δημοσίων δαπανών, και το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί έντονα τα επόμενα έτη. Επιπλέον , τα συστήματα συντάξεων και οι επιδόσεις της αγοράς εργασίας συνδέονται στενά μεταξύ τους και οι συνδέσεις αυτές έχουν σημαντικές συνέπειες για την οικονομική ανάπτυξη. Τα συστήματα συντάξεων ενσωματώνουν κίνητρα που επηρεάζουν την προσφορά και τη ζήτηση εργασίας για ώριμους εργαζομένους, ενώ το υψηλό επίπεδο απασχόλησης εξασφαλίζει και υψηλά επίπεδα εισφορών στο σύστημα συντάξεων και συμβάλει στην αύξηση της παραγωγικής ικανότητας της οικονομίας(Γκαργκάνα,2008).

## 3.1. Σύγχρονες τάσεις και πολιτικές για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα

Στη σύγχρονη εποχή, η πολιτική που χαράσσεται στην Ευρώπη αλλά και στη χώρα μας, είναι πλέον στραμμένη στην *καλή* και *υγιή γήρανση*.

Οι καταστάσεις έχουν διαφοροποιηθεί και αναπτύσσονται άλλες δομές πρόνοιας και παροχής υπηρεσιών υγείας. *Έτσι ‘’γίνεται προσπάθεια διευκόλυνσης της καθημερινότητας των ηλικιωμένων, με την ανάπτυξη διαφόρων υπηρεσιών που προσφέρουν προγράμματα όπως της βοήθειας* στο σπίτι ‘’(Αγραφιώτης, 2003 ; Κρεμαστινού, 2007).

*‘’Η κοινωνική φροντίδα στην Ελλάδα παρέχεται από τις υπηρεσίες της τοπικής αυτοδιοίκησης, την εκκλησία, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και τον ιδιωτικό τομέα’*’ (Έμκε, 1999)

Η φροντίδα που παρέχεται προς τους ηλικιωμένους, διακρίνεται σε:

* Άτυπη φροντίδα και φροντίδα από την οικογένεια του ατόμου
* Φροντίδα κλειστής περίθαλψης και
* Κατ΄οίκον βοήθεια και φροντίδα από τα Κ.Α.Π.Η. (Κωσταρίδου, 1999)

Οι ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι καταγεγραμμένα ήδη από το 1973 (άρθρα 1 και 2κ Ν.Δ. 162/73) κι αναφέρουν ότι:

‘’*Η προστασία των υπερηλίκων και των εκ χρόνιων παθήσεων πασχόντων ατόμων δύναται να εκδηλώνεται ως ιδρυματική περίθαλψη ή ως κοινωνική αρωγή κατ΄οίκον, παρεχόμενη υπό μορφήν ηθικής συμπαραστάσεως, οικονομικής ενισχύσεως ή ετέρας φύσεως υλικής βοήθειας, σκοπούσης εις εξασφάλισιν των μέσων διαβιώσεως και περιθάλψεως αυτών’’*( Κρεμαλής, 1991: 212)

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας διακρίνονται σε:

* Aνάγκη ενός αξιοπρεπούς εισοδήματος
* Ανάγκη για την παροχή υπηρεσιών υγείας
* Ανάγκη για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας(Κωσταρίδου, 1999)

Παρά τις προσπάθειες βελτίωσης των παροχών προς τους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα μετά το 1980, τα άτομα της τρίτης αποτελούν μια ομάδα του πληθυσμού που κάθε άλλο προνομιούχα μπορεί να ονομαστεί. Οι περισσότεροι συνταξιούχοι έχουν χαμηλό εισόδημα , ελλιπή εκπαίδευση, αδυναμία πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας, συνθήκες κατοικίας μη προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, ενώ πολλές φορές η έλλειψη υποδομών τόσο στα αστικά κέντρα, όσο και στην περιφέρεια (όπου κυριαρχούν τα άτυπα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας),τους αποκλείει από τη συμμετοχή τους στη ζωή της κοινότητα.

Η προσπάθεια των τελευταίων ετών να μετακινηθούν οι αρμοδιότητες από την κεντρική διοίκηση προς την τοπική αυτοδιοίκηση , θεωρείται πως θα δώσει (έχει δώσει) τη δυνατότητα επίλυσης των τοπικών προβλημάτων και κάλυψης των αναγκών ( Ζαϊμάκης και Κανδυλάκη, 2005).

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε ετήσια έκθεσή του τον Ιούνιο του 2005 που αφορά τις πολιτικές των ηλικιωμένων τα τελευταία χρόνια οι οποίες στρέφονται προς :

* *‘’ Τη διασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης*
* *Την αναβάθμιση και τον εμπλουτισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας*
* *Την ενίσχυση των οικογενειακών πολιτικών (άτυπα δίκτυα φροντίδας)*
* *Την προώθηση της ενεργού συμμετοχής των ατόμων της τρίτης ηλικίας, όπως και την παροχή δυνατοτήτων για να αναπτύξουν τις ικανότητες τους*
* *Τη διασύνδεση των επιμέρους προνοιακών πολιτικών και προγραμμάτων*
* *Την ενθάρρυνση της τοπικής, αποκεντρωμένης και μικρής κλίμακας λειτουργίας’’*

Ακολουθώντας την παραπάνω φιλοσοφία δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν τα ‘’Προγράμματα της Βοήθειας στο Σπίτι’’, η επιτυχία των οποίων θεωρείται αδιαμφισβήτητη όπως επίσης και τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων(ΚΑΠΗ).Παρακάτω θα δούμε αναλυτικότερα τα προγράμματα αυτά.

Πολύ σημαντικό κομμάτι της ζωής των ηλικιωμένων, είναι αυτό της πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η μεγάλη σημασία της άρχισε να διαφαίνεται ήδη από τη δεκαετία του ’70, αφού ο Π.Ο.Υ. στη συνδιάσκεψη της Αlma-Ata το 1978, θεωρήθηκε ως το κύριο μέσο για την υλοποίηση των στόχων της στρατηγικής ‘’Υγεία για όλους’’.

Σύμφωνα με τον καθηγητή κ. Μπένο (2010) ‘*’Η Πρωτοβάθμια* *Φροντίδα Υγείας ορίζεται ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που αφορούν την προαγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη, παρακολούθηση, καθώς και την αποκατάσταση και επανένταξη των αρρώστων, ενός σαφώς οριζόμενου πληθυσμού. Στόχος είναι η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ολόκληρου του πληθυσμού ευθύνης της , με τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα ατόμων και οικογενειών. Θεμελιώδης αρχή της είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικό δικαιώματος* ‘’.

**Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**, μπορεί να παρέχεται στα άτομα της τρίτης ηλικίας από φορείς της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα Κέντρα Υγείας , από τα ιατρεία του ασφαλιστικού τους φορέα και από ιδιώτες ιατρούς. *‘’Το θέμα των συντάξεων στην* ‘’ *Ελλάδα, παρουσιάζει μια ιδιομορφία, επειδή αν κι σε αναλογία με τις άλλες χώρες της ΕΕ, μεγάλο τμήμα του ΑΕΠ δίνεται στις συντάξεις, εντούτοις οι Έλληνες ηλικιωμένοι, είναι από τους πιο φτωχούς της Ευρώπης’’* (Βενιέρης και Παπαθεοδώρου, 2003).

Η αναλογία αυτή μπορεί να οφείλεται και στον μεγάλο αριθμό των συνταξιούχων που υπάρχουν στη χώρα, ο οποίος θα προσεγγίσει σε μερικά χρόνια, τον συνολικό αριθμό των 5,3 εκατομμυρίων ατόμων, έναντι 2,8 εκατομμυρίων που αριθμεί σήμερα(Μέγας, 2010).

Στις χώρες του δυτικού κόσμου , με τη λήψη πολιτικών μέτρων και τον τομέα της περίθαλψης για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, ασχολήθηκαν ιδιαίτερα, ενώ η γεροντολογία και η γηριατρική αποτέλεσαν ειδικότητες της ιατρικής. Στην Ελλάδα , ο τομέας αυτός παρουσιάζει την ίδια εξέλιξη, με αποτέλεσμα ‘’ *οι υπηρεσίες υγείας*, *που παρέχονται στους ηλικιωμένους, να είναι οι γενικές υπηρεσίες, που αφορούν όλο τον πληθυσμό και προσφέρονται από δομές του Ε.Σ.Υ, όπως τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, οι διάφοροι ασφαλιστικοί φορείς υγείας, η τοπική αυτοδιοίκηση και οι ιδιώτες ιατροί* ‘’( Έμκε, 1999; Κωσταρίδου, 1999).

Τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως το Ι.Κ.Α., καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα εξετάσεων, εργαστηριακών και κλινικών, νοσοκομειακή περίθαλψη και κατ΄οίκον φροντίδα– με προϋποθέσεις-, οδοντιατρικές εργασίες, λογοθεραπείες, φυσιοθεραπείες και εργοθεραπείες, γυαλιά οράσεως, προσθετικά εξαρτήματα και βραχεία περίθαλψη. Σε μερικές από τις παραπάνω περιπτώσεις, μπορεί να συμμετέχει στο κόστος και ο ασθενής, κατά ένα ποσοστό( Καλαϊτζή, 2005).

## 3.2. Σύγχρονες τάσεις και πολιτικές στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Το 1989, με τον Κοινοτικό Χάρτη των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων, από τη μια προστατεύονται οι ενταγμένοι στην εργασιακή απασχόληση και από την άλλη, ενισχύονται οι πολίτες που δεν μπορούν να συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία, όπως π.χ. τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι , κά. Στο άρθρο 25 του Χάρτη και για τους ηλικιωμένους που δεν δικαιούνται σύνταξης και έχουν πρόβλημα βιοποριστικό, ορίζεται ότι: ‘’ *Στα άτομα που έχουν φτάσει* *μεν σε ηλικία συνταξιοδότησης χωρίς όμως να τους αναγνωρίζεται συνταξιοδοτικό δικαίωμα και που δεν έχουν άλλους πόρους διαβίωσης, πρέπει να εξασφαλίζονται επαρκείς πόροι καθώς και κοινωνική και ιατρική βοήθεια, που θα είναι ανάλογες προς τις προσωπικές τους ανάγκες’’*(Αμίτσης, 2001: 321)

Το 1992, υιοθετείται από την ΕΕ η Σύσταση για την σύγκλιση των στόχων και των πολιτικών κοινωνικής προστασίας (Συνθήκη του Μάαστριχτ ), που επιδιώκει τη σύγκλιση των εθνικών συστημάτων για την κοινωνική προστασία και εκτός των άλλων, περιλαμβάνει ορισμένες ρυθμίσεις για την προστασία των ηλικιωμένων, με στόχο *‘’να λαμβάνεται μέριμνα για τη διατήρηση και την ανάπτυξη ενός συστήματος περίθαλψης καλής ποιότητας, προσαρμοσμένου στις ανάγκες του πληθυσμού, ιδίως αυτών που οφείλονται στην εξάρτηση των ηλικιωμένων, στην εξέλιξη των παθήσεων και των θεραπευτικών μεθόδων και στην αναγκαία εντατικοποίηση της πρόληψης’’* (Αμίτσης, 2001:3260.

Στα χρόνια που ακολούθησαν έγιναν μια σειρά θεσμικές παρεμβάσεις στην πιο πάνω συνθήκη και το 1997 αναθεωρείται από την συνθήκη του ’Αμστερνταμ για να ακολουθήσει το 2000 η συνθήκη της Νίκαιας με την οποία γίνεται η νέα διακήρυξη του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ του οποίου το άρθρο 25 του Χάρτη ‘’ Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ηλικιωμένων προσώπων και διάγουν μια αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο ‘’( Αμίτσης, 2001: 328).

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, μελετώντας το κόστος της ιδρυματικής περίθαλψης, που είχε προτιμηθεί τις προηγούμενες δεκαετίες, διαπίστωσαν ότι ήταν υψηλό , ενώ ταυτόχρονα η ανταπόκριση της επιλογής αυτής στη συναισθηματική, κοινωνική, πολιτιστική, κ.ά ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας ήταν πολύ μικρή.’’ *Το ενδιαφέρον των μέτρων που ελάμβαναν , ήταν στραμμένο στην κάλυψη των αναγκών υγείας, αφού θεωρούσαν ότι τα γηρατειά είναι ασθένεια’’* ( Κρεμαστινού, 2007).

Στη σύγχρονη εποχή , η πολιτική που χαράσσεται στην Ευρώπη αλλά και στη χώρα μας, είναι πλέον στραμμένη στην καλή και υγιή γήρανση. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία οι εναλλακτικές δομές στα διάφορα κράτη περιλαμβάνουν επιγραμματικά τα παρακάτω:

* Γερνώντας στο σπίτι (Αging in place)
* Yπηρεσίες Υγείας στο Σπίτι και την κοινότητα (Αssisted living facilities)
* Kέντρα Ημερήσιας Φροντίδας (Day Care Centers)
* Eγκαταστάσεις μεικτών χρήσεων ( Μixed use facilities)
* Kοινότητες Συνταξιούχων(Naturally Occuring Retirement Communities)
* Kατοικία
* Ομαδική Κατοικία
* Συγκατοίκηση και Κατοικία για ενοίκους πολλών γενεών
* Προστατευμένη Κατοικία ( Nursing Homes)
* Κοινότητες Ανεξάρτητης Διαβίωσης
* Κοινότητες παροχής διαρκούς φροντίδας στους ηλικιωμένους (life care community)
* Εγκαταστάσεις για ηλικιωμένους συνδεδεμένες με νοσοκομείο
* Γηριατρικές ψυχιατρικές μονάδες
* Ειδικές Μονάδες και Μονάδες για Alzheimer (Κρεμαστινού, 2007: 582)
* *Οι νέες* αυτές δομές απασχολούν μια σειρά επαγγελματιών, οι οποίοι δεν είναι αποκλειστικά επαγγελματίες υγείας, όπως π.χ. οι αρχιτέκτονες, που μέλημά τους είναι η προσαρμογή των χώρων διαβίωσης, στην κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, έτσι ώστε ‘*’να διατηρούν την κοινωνικότητα και την αξιοπρέπειά τους, ενώ παράλληλα να κινούνται με ασφάλεια στους χώρους αυτούς ‘*’(Κρεμαστινού, 2007).

*Στις Σκανδιναβικές χώρες* λειτουργούν τα νοσοκομεία Ημέρας με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών, μετά την έξοδό τους από τα νοσοκομεία, αλλά παράλληλα την απασχόλησή τους, τη ψυχαγωγία τους και την παροχή κάθε υπηρεσίας και βοήθειας, το χρονικό διάστημα της ημέρας, κατά το οποίο τα μέλη της οικογένειας τους εργάζονται( Έμκε, 1999).

*Στις* χώρες, όπου οι οικογένειες είναι εκείνες, που περισσότερο μεριμνούν για τη φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών τους, λαμβάνονται πρόσθετα μέτρα επιδοματικού χαρακτήρα. Στην *Αγγλία* λοιπόν , από το 1993 , συναντάται ο προϋπολογισμός της Κοινωνικής Ασφάλισης, στην *Αυστρία* το 1992 άρχισε η επιδότηση των ηλικιωμένων και στη *Σουηδία* το 1998 επιδοτούνται οι φροντιστές-συγγενείς του ηλικιωμένου από την τοπική αυτοδιοίκηση (Κωσταρίδου, 1999).

Στην *Κύπρο* , στα τέλη της δεκαετίας του ΄90, άρχισε τις εργασίες της η Βουλή των Γερόντων με στόχο *‘’την αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου και των συνθηκών ζωής των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας’’(*Πρακτικά 10ης Συνόδου της Βουλής των Γερόντων, 22/11/2008).

Στην *Ιταλία* και συγκεκριμένα στο *Μιλάνο* ξεκίνησε μια εκστρατεία με κεντρικό σύνθημά της *‘’ Υιοθετήσε έναν ηλικιωμένο’’.* Η τοπική αυτοδιοίκηση στην πόλη αυτή , προτίθεται να διαθέσει 200 ευρώ μηνιαίως , στις οικογένειες που θα αποφασίσουν να *‘’υιοθετήσουν’’, δηλαδή* να του συμπαρασταθούν στιςκαθημερινές του ανάγκες προκειμένου να παραμείνει σπίτι του .Σκοπός του προγράμματος, που πιλοτικά ξεκίνησε στις αρχές του 2000, είναι η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και της αλληλεγγύης μεταξύ των πολιτών. Στη *Βρετανία* , όπου ακολουθούνται άλλα προνοιακά μοντέλα, επιδιώκεταιη δημιουργία μια *‘’ μικτής οικονομία παροχής φροντίδας’’,* όπου επιζητείταιαπό τις κρατικές και τοπικές υπηρεσίες, η αξιοποίηση του εθελοντικού και ιδιωτικού τομέα, κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού, σύμφωνα με το σχέδιο νόμου White Paper;Caring for People *: Community Care in the next decade and beyond (1989) (Zαϊμάκη και Κανδυλάκη, 2005).*

Επίσης , στους κόλπους της ΕΕ αναπτύσσονται Εθνικές Οργανώσεις με σκοπό τη βοήθεια προς τους ηλικιωμένους , τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας τους. Στις οργανώσεις αυτές , συμμετέχουν επαγγελματίες, που υποστηρίζονται από τους εθελοντές. Μερικές από τις προαναφερόμενες οργανώσεις, είναι:

* Στη Γερμανία , η BAGSO και το Γραφείο ηλικιωμένων Πολιτών
* Στην Ολλανδία, η ANBO, UNIE KBO και PCOB
* Στο Βέλγιο υπάρχουν 12 ιδιωτικές Οργανώσεις Ηλικιωμένων, ενώ η συμμετοχή τους στην πολιτική ζωή του τόπου είναι ενεργή, αφού έχει ιδρυθεί και κόμμα ηλικιωμένων
* Στο Ηνωμένο βασίλειο λειτουργούν πολλές Οργανώσεις , εθνικές και σε τοπικό επίπεδο, όπως είναι το Εθνικό Συμβούλιο Γήρανσης (αποτελείται από 93 οργανώσεις και υπό την αιγίδα του λειτουργούν και το Age Concern ,το EUROLINK AGE και το AGE RESOURCE κ.λ.π)
* Στη Δανία υπάρχει η DANEAGE, με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας, τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο
* Στην Γαλλία, η Εθνική Ένωση Συνταξιούχων και Ηλικιωμένων (UNRPA), η Flamboyance (Φλόγα) κ.λ.π.
* Στην Ιταλία , η Οργάνωση 50 και άνω (50 & Piu)(Έμκε, 1999).

Παράλληλα με τις οργανώσεις, αναπτύσσεται και η πληροφόρηση προς τους ηλικιωμένους και τους φροντιστές τους , καθώς και προς τους επαγγελματικά απασχολούμενους με τα άτομα της τρίτης ηλικίας, προκειμένου να διασφαλιστούν υπηρεσίες που αφορούν διάφορους τομείς της ζωής των ηλικιωμένων (οικονομικών, θεμάτων υγείας και καθημερινής διαβίωσης, κ.λ.π.). Το θέμα αυτό , άρχισε να απασχολεί περισσότερο την ΕΕ μετά το 1993 –έτος για τους Ηλικιωμένους. Συντονισμένα , η πληροφόρηση παρέχεται μόνο στη Σουηδία , όμως και σε άλλες χώρες γίνεται αξιόλογη προσπάθεια από διάφορους φορείς η Τοπική Αυτοδιοίκηση, η Εκκλησία, οι Οργανώσεις των Συνταξιούχων, οι Οργανισμοί εθνικού επιπέδου κ.α ( Έμκε, 1999).

## 3.3. Κοινωνική Φροντίδα ηλικιωμένων και οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης

***«Να προσθέσω ζωή στα χρόνια και όχι χρόνια στη ζωή»* (Sir Richard Doll )**

Σύμφωνα με το άρθρο 75 του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων, που αναφέρεται στις αρμοδιότητες των Δήμων και Κοινοτήτων ,οι δημοτικές και κοινοτικές αρχές διευθύνουν και ρυθμίζουν όλες τις τοπικές υποθέσεις, σύμφωνα με τις αρχές της επικουρικότητας και της εγγύτητας, με στόχο την προστασία, την ανάπτυξη και τη συνεχή βελτίωση των συμφερόντων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, 2006).

Σε έρευνα της ψυχολόγου κ.Αβεντισιάν –Παγοροπούλου(2000) πάνω στο κόστος της περίθαλψης ειδικών ομάδων ασθενών όπως ψυχιατρικών και ηλικιωμένων καταδεικνύει την ανάγκη ευρύτερης αξιοποίησης των υπηρεσιών πρωτοβάθµιας φροντίδας καθώς και των κοινοτικών υπηρεσιών

Στην έρευνα αυτή αξιοποιούνται µόνο οι περιθάλποντες τους µη ψυχιατρικούς ασθενείς. Ερευνάται η ποιότητα ζωής των περιθαλπόντων λαµβάνοντας υπόψη : το κοινωνικό και ψυχολογικό κόστος της περίθαλψης, τη συναισθηµατική επιβάρυνση του περιθάλποντος, την επιβάρυνση στις διαπροσωπικές του σχέσεις, το οικονοµικό κόστος της περίθαλψης και την επίδραση στην εργασιακή ζωή του περιθάλποντος. Τα αποτελέσµατα δείχνουν ότι η περίθαλψη έχει κυρίως κοινωνικό και ψυχολογικό κόστος και επηρεάζει δυσµενώς την ποιότητα ζωής του περιθάλποντος.

Τα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων που λειτουργούν σήμερα σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων(ΚΗΦΗ), το πρόγραμμα ‘’Βοήθεια στο Σπίτι’’ και οι Λέσχες Φιλίας του Δήμου Αθηναίων (Τούντας και συν.,2008; Yπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

Στόχος των προγραμμάτων ανοιχτής φροντίδας των ηλικιωμένων, *‘’είναι η διατήρηση της ενεργούς ζωής τους και της ανεξαρτησίας τους’’* (Καλαϊτζή, 2005).

**Κ.Α.Π.Η.**

Το 1981, το Τμήμα Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, πρωτοστατεί στην ίδρυση του νέου θεσμού των Κ.Α.Π.Η. , τα οποία από το 1982 υπάγονται στην τοπική αυτοδιοίκηση και αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν. 1065/80/ΦΕΚ 168,Τεύχος Α΄, άρθρο 125, Ν.1270/82/ΦΕΚ 93 Τεύχος Α΄, Π.Δ. 331/83/ΦΕΚ 119 Τεύχος Α΄και Ν. 1828/1989).

Το Υπουργείο Υγείας επιχορηγεί τα Κ.Α.Π.Η., ‘’ *μέλη των οποίων είναι* *ένας δημοτικός σύμβουλος, ένα αιρετό μέλος του Κ.Α.Π.Η. που εκλέγεται από τα μέλη του, ένας κοινωνικός λειτουργός της οικείας νομαρχίας, ένας δημότης που προτείνει ο δήμαρχος ανάμεσα σε πρόσωπα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα, ένας εκπρόσωπος τοπικών συλλόγων συνταξιούχων, ένας υπάλληλος από τους εργαζόμενους στο Κ.Α.Π.Η*.’’(Έμκε, 1999: 541-542).

Tα ΚΑΠΗ αποτελούν ιατροκοινωνικές υπηρεσίες για ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο (Γεωργούση και συν, 2006; Γιακουμάκη, 2002).

’’*Με την* *συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων, τα προγράμματα των ΚAΠΗ στοχεύουν στην ενδυνάμωση, την ενεργοποίηση, την διατήρηση της αυτονομίας και την παραμονή των ηλικιωμένων στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους, αλλά και την ισότιμη συμμετοχή των μελών του στο κοινωνικό σύνολο’’* (Altaniς et al. , 2008; Kalokerinou et al., 2008; Παπαλιού και Φαγκαδάκη, 2007; Γεωργούση και συν, 2006; Τεπέρογλου, 1994;‘Eμκε-Πουλοπούλου,1999) . Σήμερα στην ελληνική επικράτεια ο αριθμός των ΚΑΠΗ ξεπερνά τα 1000 (Altanis et al., 2008).

Oι υπηρεσίες που παρέχουν τα ΚΑΠΗ, μπορούν να αφορούν:

* ‘’Kοινωνική εργασία
* Οδηγίες και φροντίδα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
* Φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία
* Διαλέξεις, επιμόρφωση, επισκέψεις σε μουσεία κ.ά
* Θερινές διακοπές σε κατασκηνώσεις
* Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη
* Εντευκτήριο που λειτουργεί ως τόπος συνάντησης και επικοινωνίας’’ ( Κρεμαστινού, 2007; 581)

Μέλη του ΚΑΠΗ εγγράφονται άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας του Κέντρου, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση. Τα ηλικιωμένα άτομα συμμετέχουν εθελοντικά στα προγράμματα του ΚΑΠΗ και πληρώνουν μια ετήσια συμβολική συνδρομή, η οποία δεν καταβάλλεται από άτομα με χαμηλό εισόδημα.

Τα Κ.Α.Π.Η. στελεχώνονται : Κοινωνικό Λειτουργό , Επισκέπτη Υγείας ή Νοσηλευτή, Φυσικοθεραπευτή, Εργοθεραπευτή, Ιατρό με μερική απασχόληση ή εθελοντές ιατρούς , και Οικογενειακή βοηθό.

Ο ρόλος τους είναι η προαγωγή υγείας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, με κάθε διαθέσιμο τρόπο (European Communitieς, 2008a; Altanis et al., 2008; Γεωργούση και συν, 2006). Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι κυρίως κοινωνικές, ψυχαγωγικές , και πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας(Altaniς et al., 2008; Γεωργιάδη , 1994).

Τα Κ.Α.Π.Η διασυνδέονται με μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α., με τις Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης, με τον Ελληνικό οργανισμό Τουρισμού και με άλλους φορείς, σχολεία ή συλλόγους στην κοινότητα.

Σαν θεσμός τα ΚΑΠΗ έγιναν γρήγορα αποδεκτά και εξαπλώθηκαν κινητοποιώντας τους ηλικιωμένους, δείχνοντάς τους τον τρόπο να αξιοποιούν καλύτερα τον ελεύθερό τους χρόνο και να δραστηριοποιούνται, αντλώντας αισθήματα ασφάλειας από την ομαδική τους ενασχόληση και συμμετοχή στα κοινά, γεγονός που ταυτόχρονα τους καθιστά ανεξάρτητα και αυτόνομα άτομα.(Παρανσέμ, Αλτάνης , 2010).

‘Ετσι , σημαντική είναι η εθελοντική ενασχόληση των ηλικιωμένων με ομάδες ανακύκλωσης υλικών, στρατολόγησης αιμοδοτών, συνεισφοράς τους σε πάσχοντες και έχοντες ανάγκη βοήθειας , αναβίωσης της παράδοσης στη χώρα μας (π.χ. το 1994 τα Κ.Α.Π.Η Μακεδονίας ετοίμασαν ένα παραδοσιακό γάμο) κ.ά. (Έμκε, 1999; Κωσταρίδου, 1999 Καλαϊτζή, 2005 ; Kρεμαστινού, 2007).

Παρόλο το θετικό έργο που γίνεται μέσα στα κέντρα αυτά , έχουν διαπιστωθεί προβλήματα τα οποία έχουν σχέση με την προσβασιμότητά τους από τους ηλικιωμένους, στις κτιριακές τους εγκαταστάσεις, στη στελέχωσή τους, στις οικονομικές τους δυνατότητες, στην υλοποίηση των προγραμμάτων που έχουν αναλάβει ή στην άρνησή τους να προσανατολισθούν προς νέα, απαραίτητα προγράμματα, στην ελλιπή ενημέρωση των κατοίκων της περιοχής όπου βρίσκονται, στην αδυναμία τους να παρέχουν κατ΄οίκον κ.ά.(¨Εμκε, 1999) .

**ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΙΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΩΝ ( Κ.Η.Φ.Η.)**

Στα ΚΗΦΗ φιλοξενούνται άτομα που πάσχουν από άνοια ή δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν και οι οικείοι τους δεν έχουν τη δυνατότητα να αναλάβουν την αποκλειστική φροντίδα τους. Οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι:

* Νοσηλευτική φροντίδα
* Υπηρεσίες ατομικής υγιεινής
* Δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία, κ.ά.

Τα Κ.Η.Φ.Η. λειτουργούν συνήθως στα αστικά κέντρα με τις αγροτικές να υστερούν όσο αφορά τις δομές αυτές. Είναι σε διασύνδεση με τα αντίστοιχα ΚΑΠΗ προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων που φιλοξενούν και συνεργάζονται με άλλες υπηρεσίες παροχής κοινωνικής και ιατρικής φροντίδας, όπως τα κέντρα υγείας της περιοχής τους.

Απασχολούνται νοσηλευτές , κοινωνικοί λειτουργοί αλλά και ανάλογα με την κατάσταση των φιλοξενούμενων , σε καθένα φροντιστή θα πρέπει να αντιστοιχούν 4-6 ηλικιωμένοι. Οι παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, είναι επιδοτούμενες ή έχουν χαμηλό κόστος (Καλαϊτζή, 2005; Kρεμαστινού, 2007; Yπουργείο Υγεία ς και Πρόνοιας, 2001).

**ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ**

Οι λέσχες φιλίας αποτελούν μια δομή του Δήμου Αθηναίων που ιδρύθηκε 1985 και ο σκοπός της είναι η κοινωνική επαφή των ηλικιωμένων κατοίκων μιας περιοχής. Με στόχο την ψυχαγωγία και φροντίδα για την επίλυση κοινών προβλημάτων , το ,συμβουλευτικό χαρακτήρα και την παροχή πληροφοριών για παραπομπή στον ανάλογο φορέα. Στελεχώνονται από ειδικούς επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές και βοηθητικό προσωπικό και προγράμματα που προσαρμόζονται στις ανάγκες κάθε συνοικίας που βρίσκονται(Έμκε, 1999; Κρεμαστινού, 2007).

**Κατ΄ οίκον Βοήθεια**

Το 2000, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τα Κ.Α.Π.Η. , εφαρμόζουν το πρόγραμμα ‘’ Βοήθεια στο σπίτι ΄΄με στόχο την παραμονή των ηλικιωμένων στο χώρο τους, εξασφαλίζοντας συγχρόνως μια αξιοπρεπή και ποιοτική ζωή. Μπορεί να συνδυαστεί με την παροχή κατ΄ οίκον νοσηλείας σε άτομα, τα οποία μετά την έξοδό τους από τα νοσοκομεία έχουν ανάγκη επίβλεψης και φροντίδας ως την αποθεραπεία τους. Εξίσου σημαντική είναι η βοήθεια που παρέχεται στο περιβάλλον του ηλικιωμένου και η ψυχοκοινωνική συμπαράσταση που προσφέρεται στους οικείους του ιδιαίτερα όταν υπάρχει ο κίνδυνος μιας επικείμενης απώλειας ( Έμκε, 1999 ; Kωσταρίδου, 1999; Zαϊμάκης και Κανδυλάκη, 2005 ; Kοντιάδης και Απιτούλας, 2006; Kρεμαστινού, 2007).

Ως αποτέλεσμα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών που έχουν συντελεσθεί στον αιώνα μας, τα ηλικιωμένα άτομα φαίνεται να έχουν μικρότερη ‘*’καταπληκτική περίοδο’’*(Δρίμτζια, Ιωαννίδου, 2010).

Ο Sir Richard Doll έχει πει ότι ένας από τους σκοπούς της ζωής του είναι: ‘’ *Να πεθάνω ΝΕΟΣ όσο ΑΡΓΟΤΕΡΑ μπορώ’’* . Η φράση αυτή εκφράζει ανάγλυφα τους σκοπούς της προληπτικής ιατρικής που σαν κύριο στόχο θα πρέπει να έχει την ‘’πρόληψη της νοσηρότητας και όχι την αναβολή της θνησιμότητας πάση θυσία’’(Κρεμαστινού, 2007).

Η διαχείριση και η πρόληψη έχει μεγαλύτερη σχέση με την ποιότητα ζωής παρά με την παράτασή της με οποιοδήποτε κόστος. Στην γενική συνέλευση της WHO(Βιέννη 1982), ακούστηκε το απόφθεγμα ‘’ Add life to years’’ δηλαδή να προστεθεί ζωή στα χρόνια και όχι χρόνια στη ζωή, έτσι ώστε τα άτομα να ζήσουν με ένα ισορροπημένο και αξιοπρεπή τρόπο τα χρόνια που τους απομένουν.

***Η ανάπτυξη εναλλακτικής υγειονομικής φροντίδας και προγραμμάτων  οργανωμένης περίθαλψης***

Οι προβλεπόμενες δημογραφικές και οικονομικές εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα, με βάση τις προηγούμενες διαπιστώσεις, αναδεικνύονται ιδιαίτερα σοβαρές για τη χώρα μας. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαία η διαμόρφωση αποδοτικής και αποτελεσματικής πολιτικής για την υγειονομική φροντίδα στην   “τρίτη ηλικία”, η οποία να αναζητεί την άριστη επιλογή μεταξύ εναλλακτικών τύπων φροντίδας, όπως η άτυπη φροντίδα (informai care), η οικιακή φροντίδα (domiciliary care), η εξειδικευμένη-ιδρυματική  
φροντίδα (residential care), σε σχέση με την κλασική νοσοκομειακή περίθαλψη και ακόμα η ανίχνευση μεθόδων για την προαγωγή προγραμμάτων οργανωμένης φροντίδας(managed-care).  
Το ζητούμενο σήμερα είναι η παροχή ιατρικής φροντίδας υψηλού επιπέδου, παράλληλα με την προσπάθεια διατήρησης της ευεξίας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, κατά τον οικονομικότερο τρόπο. Αναζητείται, λοιπόν, η άριστη επιλογή. Ένα κρίσιμο σημείο γι’ αυτή την επιλογή είναι ο βαθμός  
εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων. Μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικός του βαθμού εξάρτησης των ηλικιωμένων ο διαχωρισμός της “τρίτης ηλικίας” σε τρία ηλικιακά στάδια: **(α)** από τα 55 έως τα 65 έτη, **(β)** από τα 65 έως τα 75 και **(γ)** από τα 75 και πάνω. Ο βαθμός εξάρτησης αυξάνεται με τη μετάβαση από το πρώτο ηλικιακό στάδιο στο αμέσως επόμενο. Η ιατρική φροντίδα είναι κοινό χαρακτηριστικό και των τριών ηλικιακών σταδίων, αλλά η αναγκαιότητα γι’ αυτήν αυξάνεται με την πάροδο των ετών, όπως επίσης και η ανάγκη για κοινωνικές υπηρεσίες πρόνοιας. Έτσι, αυξάνεται αντίστοιχα και το κόστος των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Αντίθετα, η απασχόληση μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας, ενώ οι συντάξεις εμφανίζουν τη μεγαλύτερη άνοδο στη μέση ομάδα. Οι τύποι φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα που έχουν διαμορφωθεί, στην προσπάθεια για εξεύρεση της πλέον σωστής επιλογής είναι:

**(1)΄**Ατυπη φροντίδα η οποία αναφέρεται στην περίθαλψη που προσφέρεται

περιστασιακά ή μόνιμα, από άτομα μη ειδικευμένα για την υποστήριξη των

αναγκών των ηλικιωμένων. Παρέχεται συνήθως από συγγενείς-φίλους

**(2)** Οικιακή φροντίδα η οποία αναφέρεται στο σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται από φορείς και άτομα στα πλαίσια κοινωνικών υπηρεσιών, εθελοντικών οργανώσεων, χωρίς να αποκλείεται η συνεργασία των συγγενών-φίλων.  
**(3)** Ιδρυματική φροντίδα η οποία αναφέρεται στο είδος της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης που παρέχεται από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς(Κυριόπουλος,2010).

Οι τύποι φροντίδας που περιγράφηκαν παραπάνω δεν είναι στατικοί αλλά εξελίσσονται και ίσως διαφοροποιούνται με την εισαγωγή νέων χαρακτηριστικών, όπως για παράδειγμα, η περίθαλψη “βραχείας νοσηλείας” ως στοιχείο και εξέλιξη της ιδρυματικής φροντίδας, χωρίς όμως να αλλάζει ουσιαστικά ο χαρακτήρας τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές βιομηχανικές χώρες, οι νέες εναλλακτικές δομές φροντίδας για την “τρίτη ηλικία” τείνουν να αντικαταστήσουν νοσοκομειακές κλίνες οξείας νοσηλείας. Οι διάφοροι τύποι φροντίδας και παροχής υπηρεσιών δεν είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους αλλά αποτελούν μια “συνέχεια”, που αρχίζει από τους ηλικιωμένους που αυτοεξυπηρετούνται ή καλύπτουν τις ανάγκες τους δεχόμενοι τις φροντίδες των συγγενών και φθάνει σ’ αυτούς που δέχονται την ιδρυματική φροντίδα. Ενδιάμεσα εμφανίζονται διάφορες βαθμίδες ζήτησης και προσφοράς. Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, φαίνεται και η δυνατότητα αντιμετώπισης εξάρτησης του ίδιου βαθμού με διαφορετικούς  τύπους φροντίδας.

Γεννάται, λοιπόν, το ζήτημα της επιλογής, τόσο για την προαναφερόμενη περίπτωση   όσο και γενικά για την ωφέλιμη και αποδοτική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης μπορεί να είναι καθοριστικά για την επιλογή τύπου φροντίδας και αυτό διότι είναι δυνατόν να διαφοροποιήσουν σημαντικά το κόστος ή να αξιολογήσουν διαφορετικά την αναμενόμενη ωφέλεια. Είναι λοιπόν βάσιμο, να θεωρηθούν ως κριτήρια επιλογής το οριακό κόστος και το οριακό όφελος, δηλαδή το επιπλέον κόστος και όφελος για κάθε ασθενή/ηλικιωμένο. Στους τρεις τύπους παροχής φροντίδας, σε σχέση με την οριακή ανάλυση και το βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου, το μικρότερο οριακό κόστος παρατηρείται (Κυριόπουλος 1993; Νιάκας και Μπεαζόγλου, 1994):

**(α)** Όταν ο βαθμός εξάρτησης του ηλικιωμένου είναι χαμηλός, στην άτυπη φροντίδα

**(β)** Όταν ο βαθμός εξάρτησης είναι μέτριος, στην οικιακή φροντίδα

**(γ)** Όταν ο βαθμός εξάρτησης είναι υψηλός, στην ιδρυματική φροντίδα.

Στους τρεις τύπους φροντίδας σε σχέση με το οριακό όφελος και το βαθμό εξάρτηση του ηλικιωμένου, παρατηρείται**: (α)**Αν ο βαθμός εξάρτησης είναι χαμηλός, το μεγαλύτερο όφελος προσφέρει η άτυπη φροντίδα **(β)**Αν ο βαθμός εξάρτησης είναι μέτριος, το μεγαλύτερο όφελος προσφέρει η ιδρυματική φροντίδα. Έτσι, για έναν ηλικιωμένο με μικρό βαθμό εξάρτησης, περισσότερο αποτελεσματική είναι η οικιακή φροντίδα, γιατί έχει χαμηλότερο κόστος και μεγαλύτερο όφελος. Για έναν ηλικιωμένο με βαθμό εξάρτησης πολύ μεγάλο κρίνεται περισσότερο αποτελεσματική η ιδρυματική φροντίδα, γιατί το όφελος είναι μεγαλύτερο ενώ το κόστος μικρότερο. Για εκείνους με βαθμό εξάρτησης μέτριο, η επιλογή είναι πιο δύσκολη, γιατί η σχέση κόστους-οφέλους δεν δείχνει σαφώς τον αποδοτικότερο συνδυασμό, δηλαδή το όφελος από την ιδρυματική φροντίδα είναι μεγαλύτερο αλλά και το κόστος είναι μεγαλύτερο. Μπορεί όμως να προσδιορισθεί εκείνο το επίπεδο εξάρτησης, όπου η αύξηση του οφέλους σε συνάρτηση με το κόστος είναι η ίδια και για τους δύο τύπους φροντίδας. Μέσω της παραπάνω θεώρησης μπορεί να γίνει εφικτή η αποτελεσματική επιλογή. Αυτό όμως, αποκτά μεγαλύτερη χρησιμότητα όταν στην επιλογή λαμβάνονται υπόψη τόσο το στοιχείο της “συνέχειας”  της περίθαλψης/φροντίδας όσο και τα ατομικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου-κοινωνικοοικονομικά  και ψυχικής υγείας-από την πλευρά της δικής του ωφέλειας και προτίμησης. Τα τελευταία χρόνια κυρίως στις ΗΠΑ αλλά και σε μερικές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης επιχειρούνται μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της μικροοικονομικής αποδοτικότητας και της ιεράρχησης των υγειονομικών προτεραιοτήτων. Προς την κατεύθυνση αυτή, με τα προγράμματα οργανωμένης φροντίδας (managed care) προσπαθείτε να οικοδομηθεί ένα σύστημα ιατροοικονομικών κριτηρίων για την παροχή φροντίδας, ώστε να τεθεί υπό έλεγχο η πλευρά της προσφοράς η οποία ενοχοποιείται για κατάχρηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και μη αποδοτική χρήση των πόρων. Η απόπειρα αυτή έχει τη μορφή μιας ευρείας μεταρρύθμισης για την κατανομή των πόρων με κριτήρια κοινωνικής αποδοτικότητας και χρησιμότητας, αλλά εγείρει αμφισβητήσεις βιοηθικού και κοινωνικού χαρακτήρα δεδομένου ότι θέτει περιορισμούς στη φροντίδα κυρίως των ηλικιωμένων.

Σε κάθε περίπτωση όμως τα προγράμματα οργανωμένης φροντίδας, αποτελούν μια συνολική μεταρρυθμιστική απάντηση για τον έλεγχο του κόστους. Ένα από τα αποτελέσματα της γήρανσης του πληθυσμού είναι η αύξηση της δαπάνης υγείας των ατόμων της “τρίτης ηλικίας” και κατά συνέπεια, της συνολικής κοινωνικής δαπάνης. Η αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων και η συνεχής βελτίωση του επιπέδου των κοινωνικών παροχών για την “τρίτη ηλικία” αποκτούν ιδιαίτερη σημασία. Η επιλογή του κατάλληλου τύπου φροντίδας, μεταξύ των εναλλακτικών που έχουν αναπτυχθεί, είναι σχετικά σύνθετη υπόθεση γιατί επηρεάζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ηλικιωμένου ασθενούς. Τα ατομικά αυτά χαρακτηριστικά μπορούν να εξετασθούν από δύο πλευρές: **(α)** Αυτή που αφορά την κοινότητα και το οικογενειακό περιβάλλον του ηλικιωμένου και η αξιολόγηση των τύπων φροντίδας στηρίζεται στον αποδοτικότερο συνδυασμό του οριακού οφέλους και του οριακού κόστους, σε σχέση με το βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου **(β)** Αυτή που αφορά τον ίδιο τον ηλικιωμένο και εκφράζεται με τις επιθυμίες του και την προσδοκώμενη από τον ίδιο ωφέλεια από τη φροντίδα, όπως προσδιορίζονται από την ατομική κοινωνικοοικονομική και ψυχική του κατάσταση.

Η ανάλυση που προηγήθηκε ασχολήθηκε κυρίως με την πλευρά της κοινότητας και με τα κριτήρια επιλογής εναλλακτικής μορφής φροντίδας από μέρους της. Τα ατομικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας ξεφεύγουν από το ενδιαφέρον αυτής της ανάλυσης, χωρίς να σημαίνει βεβαίως ότι υποτιμώνται.

Η συνεκτίμηση τους στη διαδικασία επιλογής είναι πολύτιμη και απαραίτητη. Επιπροσθέτως, η προσπάθεια ορθολογικής κατανομής των πόρων με κριτήρια κοινωνικής χρησιμότητας, η οποία επιχειρείται σε πολλές βιομηχανικές χώρες έχει ιατροοικονομικό ενδιαφέρον αλλά προσκρούει σε βιοηθικές και κοινωνικές αξίες και βρίσκεται υπό συζήτηση κι έλεγχο τα τελευταία χρόνια. Οι σύγχρονες κοινωνίες είναι στραμμένες προς τη μεταβολή, την καινοτομία και τη συνεχή υπέρβαση των προτύπων. Σ' αυτό το πνεύμα, η νεότητα αποκτά μια σημαντική συμβολική ισχύ (αρκεί να παρατηρηθεί με ποιους τρόπους η "*νεότητα*" χρησιμοποιείται στην προώθηση των προϊόντων και τη δημιουργία κοινωνικών αναπαραστάσεων), ενώ η "*τρίτη ηλικία*" μπορεί να προκαλεί ακόμη το σεβασμό, δεν μπορεί ωστόσο να διεκδικήσει το ρόλο του ορόσημου και της αναφοράς για τα τεκταινόμενα και τα μελλούμενα(Αγραφιώτης,1998).

Παρόλη την υποχώρηση στο συμβολικό επίπεδο οι τεχνολογικά προηγμένες χώρες μέχρι και πρόσφατα είχαν κατορθώσει να στηρίζουν την "*τρίτη ηλικία*".

Τα τελευταία χρόνια όμως διαπιστώνεται ότι ακριβώς αυτή η επιτυχία αρχίζει να γίνεται ένας δύσκολος περιορισμός στην κοινωνική πολιτική. Το γεγονός αυτό αρχίζει να διαβρώνει την προηγούμενη εικόνα και να θέτει το δίλημμα για την υπόσταση της "*τρίτης ηλικίας*", τόσο στο συμβολικό όσο και στο άμεσα υλικό (Αγραφιώτης, Δ. κ συν,1997*).*

# KEΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

## 4.1. Επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία καθώς και στην υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων

‘’**Διογένης ερωτηθείς τι άθλιον εν τω βίω, έφη: Ανάθεμα δυο πράγματα :φτώχεια και γεράματα’’ (**Καθημερινή, 2009)

Το τελευταίο διάστημα γίνεται πολύς λόγος για τη δημοσιονομική πολιτική που οδηγεί στη συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας, ωστόσο το τίμημα μιας κοντόφθαλμης πολιτικής, στόχος της οποίας είναι μόνο η βραχυπρόθεσμη μείωση του κόστους, θα είναι υψηλό, είτε ‘μεταφραστεί’ με κοινωνικούς είτε με οικονομικούς όρους.

H έννοια της υπάρχουσας οικονομικής κρίσης και η εφαρμογή αυστηρών οικονομικών μέτρων αποτελούν τα κύρια θέματα προβολής, ενασχόλησης και λεπτομερούς ανάλυσης από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και σε συλλογικό επίπεδο από τους έλληνες πολίτες και κυρίως από την ευαίσθητη ομάδα των ηλικιωμένων. Παράλληλα σε ατομικό όμως επίπεδο κάθε άνθρωπος σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό του επίπεδο καθώς και την ιστορία του προβαίνει σε μια προσωπική νοηματοδότηση, δίνει δηλαδή ένα προσωπικό νόημα στην οικονομική κρίση και στη θέση του έναντι αυτής.

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα.(Vandoorslaser E, et al, 1997., Wilkinson R.g., 1996).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας. Ειδικότερα φαίνεται ότι σε περιόδους ανάπτυξης αυξάνονται οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή , με αποτέλεσμα την αύξηση της παχυσαρκίας. Επιπρόσθετα , αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται , με εξαίρεση τις αυτοκτονίες οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται. Οι επιδράσεις αυτές φαίνεται να διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (ΑΕΠ, απασχόλησης) ( Ruhm , Gerdthhamag, 2006).

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά(Κυριόπουλος ,Τσιάντου, 2010),.

Γενικότερα παρατηρώντας τη συμπεριφορά τόσο των ελλήνων μεσήλικων όσο και υπερήλικων στην καθημερινότητά τους διαπιστώνουμε ότι διαφαίνεται μια διάχυτη ένταση, μια εσωτερική υπαρξιακή αγωνία, μια ετοιμότητα για σύγκρουση, ένας έντονος θυμός για την λήψη των οικονομικών μέτρων και ένας απροσδιόριστος φόβος για το μέλλον.

Ο **‘Ελληνας πολίτης αγωνιά**  κατά πόσο η χώρα του με την σημαίνουσα ιστορική, γλωσσική και πολιτισμική κληρονομιά θα ανταπεξέλθει επιτυχώς στην δυσχερή οικονομική κατάσταση, κατά πόσο η χώρα του είναι ή θα καταστεί εκτεθειμένη ως προς το γόητρό της στο εξωτερικό σε επίπεδο εθνικής ταυτότητας και κατά πόσο ο ίδιος σε επίπεδο ατομικής ταυτότητας εκτίθεται και απειλείται ως προς την αξιοπρέπεια, την εργατικότητά του και την εν γένει αξία του.

Η **παρούσα οικονομική κρίση** συνιστά μια σημαντική ανατροπή του καθιερωμένου τρόπου ζωής. Εδώ και πολλά χρόνια ο έλληνας έχει υιοθετήσει έναν κατεξοχήν υλιστικό τρόπο ζωής λαμβάνοντας επαγγελματικά, στεγαστικά και καταναλωτικά δάνεια και εκδίδοντας πολλαπλές πιστωτικές κάρτες. Στο μεγαλύτερο ποσοστό του ο λαός μας είχε αφενός ανοιχτεί οικονομικά πέρα των πραγματικών δυνατοτήτων του.(Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010)

Η οικονομική κρίση κινεί σε μηδενικό ή και σε αρνητικό ρυθμό την ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, με εξαίρεση την Κίνα, την Ινδία και μερικές άλλες βιομηχανικές χώρες.

Προ της κρίσης οι περισσότερες οικογένειες είχαν έναν δομημένο τρόπο ζωής με συγκεκριμένο προϋπολογισμό και τρόπο λειτουργίας. Οι διαφορετικές αντιλήψεις στη διαχείριση των οικονομικών και γενικά οι οικονομικές πιέσεις προκαλούν εντάσεις, συγκρούσεις και βάλλουν την ελληνική οικογένεια. Οι γονείς καλούνται να επαναπροσδιορίσουν τα οικονομικά τους, να οριοθετήσουν τις ανάγκες τους, να περιορίσουν τα έξοδά τους - αλλαγές που συνδέονται με έντονα συναισθήματα που διαχέονται στην οικογένεια ακόμη και στα παιδιά αλλά πολύ περισσότερο στα γηραιά μέλη της οικογένειας-είναι οι συνάνθρωποί μας που αθόρυβα, διακριτικά και με αγάπη μεταγγίζουν στην ψυχή και τη σκέψη μας τη σοφία τους, διεκδικώντας λίγη στοργή και συντροφικότητα.(Κυριόπουλος, Τσιάντου,2010)

Οι εθισμοί και οι εξαρτήσεις μαζί με τις ψυχιατρικές διαταραχές, την υιοθέτηση όπως είδαμε παραπάνω μη υγιεινού τρόπου ζωής (κακή διατροφή), τη χρήση καπνού και οινοπνευματωδών και τα καρδιαγγειακά νοσήματα ανήκουν στις βασικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών αλλά και των ηλικιωμένων.

Οι επιπτώσεις αυτές φαίνεται να πλήττουν περισσότερο τις οικονομικά και κοινωνικά ασθενέστερες ομάδες, όπως τα άτομα και τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, οι χρόνια πάσχοντες, οι μετανάστες, οι χρήστες ουσιών και οι ηλικιωμένοι.

Οι εκπρόσωποι των οργανισμών θεραπείας αναφέρουν ότι, την ίδια στιγμή που οι ανάγκες αυξάνονται, οι φορείς υφίστανται περικοπές στον προϋπολογισμό και μείωση προσωπικού, γεγονός που θέτει σε κίνδυνο την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, όπως υπογράμμισαν, οι πόροι που εξοικονομούνται σήμερα με τις περικοπές, αύριο θα καταβληθούν πολλαπλάσιοι, επειδή οι ηλικιωμένοι θα συνεχίσουν να απασχολούν τα συστήματα δημόσιας υγείας και κοινωνικής φροντίδας(Κυριόπουλος, Τσιάντου,2010) .

Ιδιαίτερες δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι οικογένειες με δανειοδοτήσεις, πολλαπλά χρέη, παιδιά με φροντιστήρια ή σπουδές σε επαρχιακές πόλεις ή στο εξωτερικό και άτομα τρίτης ηλικίας που χρήζουν επίβλεψης και οικονομικής στήριξης. Τα οικονομικά προβλήματα, η ανεργία και κατά συνέπεια η απειλή της φτώχιας δημιουργούν αύξηση της καθημερινής παραβατικότητας και εγκληματικότητας.

Επιπρόσθετα τα οικονομικά προβλήματα δημιουργούν έντονες συναισθηματικές συγκρούσεις, ψυχική ένταση και άγχος που μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Τα προαναφερόμενα προβλήματα σε συνδυασμό με την ψύχωση μπορούν να προκληθούν από την καθημερινή αύξηση της εγκληματικότητας και ειδικά σε βάρος της τρίτης ηλικίας. Ένας άλλος τομέας που απασχολεί την Τρίτη ηλικία γιατί έχει άμεση σχέση με την υγεία του είναι ο τομέας της διατροφής.  Πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας επιδεινώνονται είτε άμεσα είτε έμμεσα από τη φτωχή διατροφή. Συνήθως πρόκειται για ανεπαρκή πρόσληψη απαραίτητων θρεπτικών συστατικών, φυτικών ινών και νερού. Προβλήματα υγείας όπως τα καρδιαγγειακά, η οστεοπόρωση, ο διαβήτης, οι ασθένειες των νεφρών, ακόμα και ο καρκίνος, επηρεάζονται από τροφές που καταναλώνονται ή δεν καταναλώνονται από τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας. Εκτός από την ελλιπή ενημέρωση και τις κακές επιλογές, φαίνεται πως και η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη διατροφή των ηλικιωμένων(Κυριόπουλος,2010).

Περίπου *30%* έχουν αυξηθεί οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία. Αιτία η οικονομική κρίση και η δυσκολία των ασθενών να πληρώσουν ακόμα και για την υγεία τους.(Κυριόπουλος,2010)

‘’ Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την υγεία, και το σύστημα υγείας θα κληθεί να καλύψει τις ανάγκες ακόμα περισσότερων πολιτών’’(Κυριόπουλος, 2010). Ο καθηγητής Καρδιολογίας Δημήτρης Κρεμαστινός σε ένα συνέδριο που έγινε για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία (Αθήνα 2009) ανέφερε μεταξύ άλλων ότι στην Ισλανδία που ήταν στην ίδια μοίρα με μας λόγω οικονομικής κρίσης, αυξήθηκαν κατά 28% τα καρδιαγγειακά επεισόδια.

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση , παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρισεκ. Δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, με κορυφαίο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν 47.000.000 άνεργοι αυτή τη στιγμή.

Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες(Κυριόπουλος,Τσιάντου.,2010):

* Την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας
* Την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος, οι καταναλωτές – ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών. Η δυσαρέσκεια των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγεία και στα αποτελέσματά τους δηλαδή στο επίπεδο υγείας , θα ενταθούν(Κυριόπουλος,Τσιάντου.,2010).

Προβλήματα αναμένεται να δημιουργηθούν στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται σε ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις και ατόμων της τρίτης ηλικίας. Ωστόσο, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας αποτελούν θετικό στοιχείο για τη χώρα μας , καθώς μπορούν να απορροφήσουν μεγάλο τμήμα αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης και να προφυλάξουν τον πληθυσμό από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Σύμφωνα με τον ΕΣΥΕ, τα κοινωνικά επιδόματα και οι κοινωνικές μεταβιβάσεις, δηλαδή η κοινωνική βοήθεια, τα οικογενειακά επιδόματα , τα βοηθήματα ανεργίας και ασθένειας, τα επιδόματα αναπηρίας –ανικανότητας, οι εκπαιδευτικές παροχές και οι συντάξεις, ενδέχεται να μειώσουν σημαντικά το ποσοστό φτώχειας( Κυριόπουλος,Τσιάντου.,2010).

Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών που υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, δηλαδή δαπανούν > 40% του εισοδήματος τους εξαιτίας ενός αιφνίδιου συμβάντος ή δαπανηρού χρόνιου νοσήματος.(Κυριόπουλος , 2010).

Οι χαμηλές συντάξεις και οι συνεχόμενες αυξήσεις στις τιμές διαφόρων προϊόντων και υπηρεσιών έχουν οδηγήσει τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας να κάνουν περικοπές και στον τομέα της διατροφής, προκειμένου να επιβιώσουν. Είναι η πιο αδικημένη ηλικία μια και μιλάμε για συνταξιούχους. Με τις μειώσεις των συντάξεων κατακρημνίζετε το κουράγιο και την ψυχολογία αυτών των ανθρώπων. Η Τρίτη Ηλικία είναι οι δικοί μας άνθρωποι, οι γονείς μας, οι γιαγιάδες, οι παππούδες μας, πρόσωπα αγαπημένα από το συγγενικό ή το φιλικό μας περιβάλλον. Είναι οι άνθρωποι εκείνοι που πέρασαν αγώνες ,στερήσεις και πολέμους προκειμένου να στηρίξουν τις επόμενες γενεές. Κι όμως είναι η γενιά που θα βγάλει την Ελλάδα από την οικονομική κρίση. Η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται ακόμη πιο επιτακτική σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Η επιβράδυνση του ρυθμού βελτίωσης των δεικτών υγείας του πληθυσμού δίνει για μία ακόμη φορά έμφαση στην ανάγκη ανάδειξης των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (εισόδημα, εκπαίδευση, απασχόληση) ως σημαντικών συνιστωσών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας, αναδεικνύοντας παράλληλα και το σημαντικό ρόλο της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική.(Κυριόπουλος ,Τσιάντου., 2010).

Στην πραγματικότητα , μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές αλλά όχι εντελώς διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία. Στις πλουσιότερες χώρες, οι αρνητικές επιδράσεις στην υγεία μπορούν να περιοριστούν αν υπάρχει ένα οργανωμένο δίκτυο κοινωνικής προστασίας. Αυτό δεν μπορεί να συμβεί στις αναπτυσσόμενες χώρες , όπου το σύστημα κοινωνικής προστασίας είναι ανεπαρκές ενώ η οικονομική ύφεση και η ανεργία συνεπάγονται ένδεια και λιμοκτονία(Κυριόπουλος, Τσιάντου., 2010).

## 4.2. Προσδοκίες για το μέλλον

**«*Ποτέ μην ξεχνάτε πόσο εύκολα ξεχνάμε»* (Skinner,1983)**

**‘***’Η καλή συντήρηση της υγείας, η ψυχολογική προσαρμογή στις συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί και η ικανότητα του ηλικιωμένου να βρει το στυλ ζωής και να υιοθετήσει τη νοοτροπία που εκφράζει τον εσωτερικό εαυτό του είναι οι τρεις βασικές προϋποθέσεις οι οποίες εγγυώνται ότι το ηλικιωμένο άτομο θα ολοκληρώσει με επιτυχία και θα κλείσει τον κύκλο της ζωής του’’(Αβεντισιάν- Παγοροπούλου,2008)*

*Οι γεροντολόγοι έχουν καθορίσει μια σειρά από πέντε βασικούς όρους , οι οποίοι είναι απαραίτητοι προκειμένου το ηλικιωμένο άτομο να επιβιώσει ικανοποιητικά. Οι πέντε βασικοί όροι έχουν διατυπωθεί μετά από συντονισμένες ενέργειες μιας ομάδας ερευνητών (Butler, 1975; Hochshild, 1973; Medley, 1976: Neugarten, 1973) και είναι οι ακόλουθοι:*

* *Aυτονομία ως ένα βαθμό*
* *Την αίσθηση ότι πετυχαίνουν κάτι*
* *Την ικανοποίηση από καλές διαπροσωπικές σχέσεις*
* *Το ενδιαφέρον για κάποια δραστηριότητα*
* *Την ευελιξία και την προθυμία να αλλάζουν όταν οι συνθήκες το απαιτούν ‘’(*Αβεντισιάν- Παγοροπούλου,2008)

Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και η αυτοανάπτυξη μετά τη συνταξιοδότηση είναι τρόπος ζωής, ο ΑSP( Αssociation of Retired Persons- Σύλλογος Συνταξιούχων) που ως φιλοσοφία για το μέλλον αναπτύχθηκε από τους Young and Schuller(1991) στο βιβλίο τους Life After Work (Η Ζωή μετά την εργασία).

Η ανάπτυξη σχέσεων , η ύπαρξη ενός έμπιστου προσώπου, η αίσθηση του ‘’ ανήκειν ’’ σε έναν τόπο, η διατήρηση των ενδιαφερόντων και των επαφών μέσα από τη συμμετοχή σε εθελοντικές εργασίες, η ενασχόληση με ποικίλες δραστηριότητες, η τακτική συμμετοχή σε συλλόγους και κέντρα ημέρας ή οι σπουδές όλα μπορούν να συμβάλλουν στην ’’παράταση της ενεργού ζωή‘’, σίγουρα πάντως δεν την παρεμποδίζουν. Πολλοί άνθρωποι ωστόσο μπορεί να νιώθουν το αίσθημα της πληρότητας στον ύστερο βίο και μέσα από διάφορες μορφές ‘’θετικής αποδέσμευσης’’ όπως είναι ο διαλογισμός και η μοναξιά.

Τα γηρατειά συνήθως θεωρούνται μια φθίνουσα πορεία προς το αναπόφευκτο τέλος. Αυτό που τα κάνει όμως περισσότερο δυσβάσταχτα είναι οι στάσεις και οι ιδέες μας για αυτά. Πολλοί από εμάς τα ταυτίζομε με κακή υγεία , σύγχυση ή άνοια, απομόνωση και μοναξιά , φτώχεια και απελπισία. Κι όμως, ο ύστερος βίος της ζωής μπορεί να είναι μια περίοδος νέων προσαρμογών με σημαντικές ανταμοιβές

Η καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων και η πρόληψη της κοινωνικής απομόνωσης, η διατήρηση της φυσικής και διανοητικής κατάστασης με την προώθηση υγιεινού τρόπου ζωής και οι προσβάσιμες δομές για σωματική και πνευματική δραστηριότητα, θα μπορούσαμε συμπερασματικά να θεωρήσομε ως τις καταλληλότερες στρατηγικές για επιτυχημένα γηρατειά σε ατομικό, τοπικό και εθνικό επίπεδο (Μάϊνα, 2010).

Ο ανθρωπολόγος Ρενάλντο Μαντούρο έδωσε ένα εντυπωσιακό παράδειγμα της επίδρασης των πολιτισμικών προσδοκιών στη νοητική λειτουργία των γηρατειών. Ανακάλυψε, ότι τα γεροντότερα μέλη μιας παροικίας ζωγράφων στη βόρεια Ινδία ήταν τα πιο δημιουργικά. Οι καλλιτέχνες στη βραχμανική παράδοση ενθαρρύνονται να καλλιεργούν και να αναπτύσσουν τόσο τον εαυτό τους όσο και την τέχνη τους σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Αντίθετα οι κλασικές μελέτες πάνω στη δημιουργικότητα στη δύση δείχνουν, ότι φτάνομε γρήγορα στο απόγειό μας κι έπειτα αρχίζομε να μπαίνομε σε κάποια φάση παρακμής. Οι πολιτισμικές προσδοκίες δεν εξασφαλίζουν το γεγονός, ότι όλοι οι άνθρωποι θα συνεχίσουν να αναπτύσσουν, σε ολόκληρη τη διάρκεια της ζωής τους, τις νοητικές δυνατότητες ούτε άλλωστε εμποδίζουν μερικούς ανθρώπους να το κάνουν ακόμα και όταν οι προσδοκίες είναι αρνητικές. Είναι, ωστόσο, φανερό ότι η ποιότητα και η ζωντάνια που μεταφέρουμε στη διανοητική ζωή των γηρατειών έχει να κάνει με το κλίμα των κοινωνικών προσδοκιών.

Ό,τι κι αν επιλέγουν όμως, τόσο αυτοί που δραστηριοποιούνται σωματικά, ψυχολογικά ή κοινωνικά όσο και εκείνοι που αποσύρονται από δική τους επιλογή ή ανάγκη, θα καταλήξουν σε κάτι που όλοι αναπόφευκτα πρέπει να αντιμετωπίσομε : το θάνατο –το δικό μας και των άλλων.

Η βραβευμένη με το Νόμπελ Ιατρικής το 1986 Ρίτα Λέβι Μονταλτσίνι, αποδεικνύει στις έρευνες της ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί τέλεια, ακόμη και σε μεγάλη ηλικία, ανεξάρτητα με 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 μπεν Γκουριόν, ο Μπέρτραν Ράσελ, ο Γεώργιος Παπανδρέου και πρόσφατα ο βετεράνος αστροναύτης Τζων Γκλέν , ο οποίος στα 77 του χρόνια έκανε και πάλι το διαστημικό του ταξίδι.

Στην κοινωνία του 21ου αιώνα, 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 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 ήμουνα κι εδώ που είμαι θα ‘ ρθεις.*’’

Τέλος θα αναφερθούμε σε μια σοφή κουβέντα της προαναφερθείσας Ρίτας Λέβι Μονταλτσίνι από το βιβλίο της για την Τρίτη ηλικία ‘’ *Ο Κρυφός Άσσος* ‘’ όπου αναφέρει ότι η ‘’ *Τρίτη ηλικία είναι η ωραιότερη* , το λέω στα 88 μου*. Ο* *τρόπος για να φτάσεις ως αυτήν καλά και ήρεμα είναι να την προετοιμάζεις* *από νέος ‘*’.

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# 5. ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

## 5.1. Σκοπός έρευνας

Σκοπός της μεταπτυχιακής εργασίας ήταν η μελέτη των εσωτερικών αναγκών τόσο σε ψυχικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο των ηλικιωμένων όπως η ανάγκη για αγάπη και ομαλή οικογενειακή ζωή, επικοινωνία, κοινωνικότητα, μόρφωση και πνευματικότητα, αλληλοβοήθεια κι αλληλεγγύη, οικονομική ασφάλεια και σταθερότητα, καθώς και η ανάγκη για οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και περίθαλψη .

Έγινε διερεύνηση της ψυχολογικής και οικογενειακής κατάστασης, της κοινωνικής ζωής, της ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ και γενικότερα από την πρόσβαση σε άλλες υπηρεσίας υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας και σε ποιο βαθμό έχει επηρεασθεί το επίπεδο ζωής τους την σημερινή εποχή λόγω των γενικότερων ανακατάξεων (οικονομική κρίση).

Ζητήθηκε η γνώμη τους για τον εθελοντισμό, τον πνευματισμό, και να αναφέρουν ένα άσχημο και ένα ευχάριστο γεγονός από τη ζωή τους, καθώς ποιες οι προσδοκίες τους για το μέλλον. Ουσιαστικά μια προσπάθεια ανίχνευσης των βαθύτερων σκέψεων και συναισθημάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας με σκοπό την αλίευση των εσωτερικών αναγκών τους

### 5.1.1. Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις οι οποίες εξετάσθηκαν ήταν οι ακόλουθες:

* Η μάθηση είναι το μοναδικό επίτευγμα ζωής
* Η αυτοαναφερόμενη εκτίμηση υγείας τους είναι ανάλογη με την αυτοεκτίμησή τους, με τις γυναίκες να φαίνονται περισσότερο επιβαρυμένες
* Η ανάγκη για αγάπη, επικοινωνία και πνευματικότητα είναι χαρακτηριστικό των περισσοτέρων ηλικιωμένων
* Το αίσθημα του αλτροϋισμού και της αλληλεγγύης ενισχύει την ψυχοσύνθεση των ατόμων της τρίτης ηλικίας
* Η ύπαρξη οικογενειακού και κοινωνικού περίγυρου φαίνεται να επιδρά θετικά στις ανάγκες τους
* Η ικανοποίησή τους από τις διάφορες υπηρεσίες υγείας είναι από μέτρια προς τα χαμηλά επίπεδα για τα ΚΑΠΗ είναι αρκετή
* Η οικονομική κρίση επιδρά αρνητικά σε όλα τα επίπεδα ζωής των ηλικιωμένων

## 5.2. Υλικό και Μεθοδολογία έρευνας

### 5.2.1.Δείγμα

Το δείγμα θα αποτελέσουν 15 άντρες και γυναίκες άνω των 60ετών, μέλη και από έξι ΚΑΠΗ του Δήμου Χανίων. Η επιλογή της ηλικίας (60 ετών και άνω ) έγινε με βάση το όριο ηλικίας για την εγγραφή στα μητρώα του ΚΑΠΗ, σύμφωνα με το καταστατικό λειτουργίας τους ( European Communities 2008a; Altanis et al., 2008; Kalokerinou et al., 2008; Γεωργούση και συν., 2006).

**5.2.2. Οργάνωση έρευνας**

Για τηδιεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε από την ερευνήτρια άδεια από το Διοικητικό Συμβούλιο του Οργανισμού Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου Χανίων στον οποίο και ανήκουν τα έξι ΚΑΠΗ, με επισύναψη βεβαίωσης ότι η έρευνα πραγματοποιείται στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος‘’ Εφηρμοσμένη Δημόσια Υγεία’’ κι έχει εγκριθεί από την επιτροπή ηθικής και Δεοντολογίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Έγινε προφορική ενημέρωση του Δημάρχου και του αντίστοιχου αντιδημάρχου σε θέματα Κοινωνικής πολιτικής στους οποίους εκτέθηκε ο σκοπός, η διαδικασία και τα οφέλη από την πραγματοποίηση της έρευνας και ζητήθηκε η έγκριση των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου των ΚΑΠΗ. Κατόπιν εγκρίσεως ακολουθήθηκαν οι εξής ενέργειες:

* Επίσκεψη στα ΚΑΠΗ και ενημέρωση του Εκπροσώπου των μελών, των Επιτροπών δραστηριοτήτων καθώς και των στελεχών (Κοινωνικοί Λειτουργοί, Επισκέπτες Υγείας, Φυσικοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Νοσηλευτές, Ιατροί) του κάθε ΚΑΠΗ, με στόχο την καλύτερη συνεργασία και τη μεγαλύτερη συμμετοχή των μελών στην έρευνα
* Μελετήθηκαν τα προγράμματα και οι δραστηριότητες των μελών σε κάθε ΚΑΠΗ και οι ώρες και ημέρες πραγματοποίησης τους έτσι ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη αντιπροσώπευση των μελών καθώς υπάρχουν μέλη που προσέρχονται μόνο για τις υπηρεσίες του ιατρείου ή του φυσικοθεραπευτηρίου ή μόνο για τις εκδηλώσεις(π.χ. ομιλίες, γλέντια, εκδρομές, απογευματινά τσάι, κοπή πίτας , κ.λ.π)
* Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας τηρήθηκαν οι αρχές δεοντολογίας όπως αυτές ορίζονται από τη βιβλιογραφία(Κουτής, 2008; Γκαράνη- Παπαδάτου, 2008).
* Έτσι ζητήθηκε η προφορική συναίνεση (συγκατάθεση) των συμμετεχόντων, τους γνωστοποιήθηκε το δικαίωμα να διακόψουν τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας επιθυμούν και τηρήθηκε το απόρρητο των πληροφοριών .

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε πρωινές και απογευματινές ώρες, όλες τις ημέρες της βδομάδας στο χρονικό διάστημα 1 έως 20-4-11 και 20/7/2011 έως 20/8/2011.

**5.2.3. Μεθοδολογία έρευνας**

Για την έρευνά μας επιλέχθηκε η ατομική δομημένη συνέντευξη η οποία βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο 25 ερωτήσεων που κάλυπταν σημεία όπως; Δημογραφικά στοιχεία, κατάσταση υγείας, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση, ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, ικανοποίηση από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, ψυχολογική κατάσταση, αίσθημα αγάπης και η ανάγκη της πνευματικότητας ,ανάγκη της προσφοράς και του εθελοντισμού καθώς ποιες είναι οι προσδοκίες για το μέλλον.

Με το είδος αυτό της διερευνητικής στρατηγικής μας δίνεται η δυνατότητα να αντλήσομε πληροφορίες από το ίδιο το υποκείμενο της έρευνάς μας και από την άμεση επαφή με το ίδιο το άτομο μας παρέχεται κάποια δυνατότητα ελέγχου της αξιοπιστίας των λεγομένων του ερωτώμενου και αξιοποιούνται στοιχεία όπως η γλώσσα του σώματος, η αμεσότητα και η αυθόρμητη και αβίαστη εκφορά απάντησης. Έτσι με τη συγκεκριμένη μέθοδο προκύπτει ένα πλούσιο σύνολο απορρήτων και έμμεσων πληροφοριών .(Δριμτζιά,Ιωαννίδη 2010).

Η συγκεκριμένη μέθοδος αξιοποιεί επίσης με πειθαρχημένο τρόπο την ανάγκη του ηλικιωμένου για ανθρώπινη επικοινωνία. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη διάρκεια της συνέντευξης δίνεται η δυνατότητα στον συνεντευξιαστή να παρακινεί τον ερωτώμενο για να αναπτύξει τις απόψεις του σε ζητήματα που τον απασχολούν και που δεν θα του δινόταν η ευκαιρία διαφορετικά να εκφράσει.

Είχε προηγηθεί πιλοτική έρευνα κατά την οποία ελέγχθηκε η πρόσβαση και επικοινωνία με τα μέλη των ΚΑΠΗ και τη λειτουργικότητα του ερωτηματολογίου. Διαπιστώθηκε ότι η ανταπόκριση των ερωτώμενων ήταν ιδιαίτερα θετική και επίσης ότι η δομή του ερωτηματολογίου οδήγησε την διαδικασία σε παραγωγικά πλαίσια χωρίς να κατακλυστεί από τον εξομολογητικό χείμαρρο των υποκειμένων της έρευνας .

**5.2.4. Δυσκολίες έρευνας**

Σαν δυσκολία θα μπορούσε να αναφερθεί η ‘’φλυαρία’’ των ηλικιωμένων οι οποίοι στην ανάγκη τους να μιλήσουν και να επικοινωνήσουν με κάποιο ειδικό επαγγελματία υγείας ξέφευγαν από το θέμα της συζήτησης και ήταν δύσκολο να επανέλθουν. Στις περιπτώσεις που οι συνομιλητές ήταν γυναίκες οι οποίες συνοδευόταν από τους συζύγους τους, υπήρχαν διαρκείς διακοπές των συνεντεύξεων από τους τελευταίους τους οποίους τους είχαμε αφήσει εκτός συζήτησης και είχαν αγχωθεί .

Λόγω της ιδιαιτερότητας της εποχής που έγινε η έρευνα, μιας και ήταν καλοκαίρι και οι θερμοκρασίες πολύ υψηλές, είχε σαν αποτέλεσμα να απουσιάζουν πολλοί από τους ηλικιωμένους οι οποίοι δεν έβγαιναν έξω λόγω υψηλών θερμοκρασιών. Έτσι απαιτήθηκε οι επισκέψεις στους χώρους των ΚΑΠΗ να είναι καθημερινές επί ένα μήνα για να επιτευχθεί το αποτέλεσμα της έρευνας.

Επίσης λόγω της οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα μας τα κονδύλια που δίνονται στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας είναι μειωμένα κατά ένα μεγάλο βαθμό οπότε εκδηλώσεις και εκδρομές έπαψαν πια να πραγματοποιούνται με τα μέλη να διαμαρτύρονται έντονα και να αρχίσουν να εκλείπουν από τους χώρους των ΚΑΠΗ. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία επιλογής δείγματος από όλα τα ηλικιακά στρώματα και τις κοινωνικές τάξεις πράγμα το οποίο θα συντελούσε στην ποικιλότητα των αποτελεσμάτων.

**5.2.5. Περιορισμοί μελέτης**

Η επιλογή των ερωτώμενων έγινε με κριτήριο την επικοινωνιακή επάρκεια για συμμετοχή στη διαδικασία παροχής πληροφοριών που απαιτούσαν οι ανάγκες της έρευνας. Αυτός είναι και ο λόγος που τα άτομα αυτά έδωσαν αρκετό υλικό για περεταίρω επεξεργασία και ικανοποιητικά συμπεράσματα στην έρευνα μας. Για την καταρχήν επιλογή των ερωτώμενων αξιοποιήθηκε η πείρα των υπαλλήλων και των έξι ΚΑΠΗ αλλά και η εμπειρία και το ένστικτο της ερευνήτριας-λόγω της μακροχρόνιας εργασίας της στους χώρους αυτούς-.

Επειδή ακριβώς το περιεχόμενο της συνέντευξης πολλές φορές οδηγούσε σε συναισθηματική πίεση την οποία και δεν άντεχαν όλοι οι συμμετέχοντες γι αυτό και η ερευνήτρια αναγκάστηκε να διακόπτει συνεχώς την συνέντευξη και να μετατρέπει το ύφος της ερώτηση. Η συμμετοχή των γυναικών στην έρευνά μας ήταν μικρή, αφού σε καθημερινή βάση δεν προσέρχονται γυναίκες στο χώρο των ΚΑΠΗ. Γυναίκες συμμετέχουν μόνο στις διάφορες εκδηλώσεις-συνεστιάσεις-εκδρομές,όμως λόγω της οικονομικής κρίσης δεν υπάρχουν επιχορηγήσεις και μειώθηκαν πλέον τα προγράμματα τέτοιου είδους.

# 6.AΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑ

Στη συνέχεια θα γίνει ανάλυση των στοιχείων που προέκυψαν από την επίσκεψη στο χώρο των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων και των δομημένων συνεντεύξεων από τα μέλη τους.

Οι τομείς που διερευνήθηκαν ήταν οι εξής **:**

1. Η ανάγκη για μάθηση και επιμόρφωση στον ύστερο βίο
2. Κατάσταση υγείας και ποιότητα ζωής-αυτοεκτίμηση ηλικιωμένων-διαφορές των δύο φίλων ως προς την εκτίμηση της υγείας τους
3. Ο ρόλος της αγάπης και της πνευματικότητας στην Τρίτη ηλικία
4. Ο εθελοντισμός στη ζωή του ηλικιωμένου
5. Τι σημαίνει το παρελθόν και τι σηματοδοτεί το μέλλον για τον ηλικιωμένο
6. Κοινωνική και οικογενειακή ζωή , πως επιδρούν στην ψυχολογία του υπερήλικα
7. Επίπεδο ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας -ΚΑΠΗ
8. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα άτομα της Τρίτης ηλικίας.

## 6.1. Παρουσίαση συμμετοχόντων

**6.1.1. Ο κύριος Α**. γεννήθηκε το 1937.. σε κάποιο χωριό , ενώ πήγε μέχρι την έκτη τάξη του δημοτικού σχολείου. Πήγε στρατιώτης για 4 χρόνια γιατί όπως είπε ήταν πόλεμος. Δούλεψε στην αρχή σαν οδηγός αλλά μετά μπήκε στο Ναύσταθμο Κρήτης στις πετρελαιομηχανές όπου εκεί πήρε 8 διπλώματα και έκανε όπως λέει ‘*’σπουδαία καριέρα’’*. Περιγράφει με λεπτομέρεια τις σκληρές συνθήκες εργασίας του όπου αξιοποιούσε με την ιδιαίτερη φαντασία του και τη ‘’ *βοήθεια του Θεού’’* τα παλιά εργαλεία και τα έκανε χρήσιμα για τη δουλειά του πράγμα το οποίο εκτιμήθηκε από τους ανωτέρους του και επιβραβεύτηκε γι αυτό με ένα επίδομα παραπάνω. ‘*’Αγαθά κόποις κτώνται’’ όπως* λέει χαρακτηριστικά ενώ αποχώρησε νωρίτερα από την εργασία του για να σταθεί δίπλα στην άρρωστη ψυχολογικά γυναίκα του . Είναι παντρεμένος χωρίς παιδιά κι έχει χάσει τη γυναίκα του εδώ και 9 χρόνια , την ‘’ *έφαγαν οι γιατροί’’* ‘όπως λέει χαρακτηριστικά . Ενώ του αρέσουν πολύ οι μαντινάδες και δεν είναι λίγες οι φορές που αυτοσχεδιάζει και τις αφιερώνει στις όμορφες όπως λέει με χιούμορ .Το τελευταίο γεγονός του στοίχησε γιατί από τότε αναγκάζεται να ζει μόνος. Τρεις είναι οι αξίες που πιστεύει;  *‘’Πατρίδα, Θρησκεία και Οικογένεια’’*. Ενώ όλη η ζωή είναι το ΚΑΠΗ και η εκκλησία όπου έχει ΄΄*απομείνει το μόνο στήριγμά του’’* . Όσο για το μέλλον ‘’δεν το σκέπτομαι ‘’λέει ‘’μη *Μεριμνάτε για το αύριο’’ μονολογεί ενώ πάντα με αισιοδοξία σκέπτεται το αύριο γιατί ‘’τον αγαπά ο θεός’’ όπως λέει και ‘’δεν θα τον αφήσει ‘’.*

**6.1.2. Ο κ.Αν.** γεννήθηκε σε κάποιο απομακρυσμένο ορεινό χωριό το 1938 και έχει τελειώσει το Δημοτικό πράγμα που δεν τον εμποδίζει όμως να γράφει καταπληκτικές μαντινάδες και να τις δημοσιεύει κατά καιρούς στις τοπικές εφημερίδες. ‘*’Τον αδίκησε….*’’ όπως λέει*’’ ….η κατοχή*..’’ αφού είχε πάρει το απολυτήριο του με εννέα κι όλοι του έλεγαν πως έπρεπε να συνεχίσει όμως ήταν από πολύ φτωχή οικογένεια κι έπρεπε να δουλέψει για να ζήσει. Στα 29 ήρθε στην πόλη όπου δούλεψε σαν οικοδόμος κι δεν έφυγε στην Γερμανία σαν μετανάστης όπως σκόπευε εφόσον’’.. του προξένεψαν μια καλή κοπελιά και τον πάντρεψαν.. ‘’.Ενώ δεν παρέλειψε να μιλήσει για τη μετανάστευση εκείνων των χρόνων ‘’..η μετανάστευση η δική μας ήταν νόμιμη…*’’όχι σαν’’* ….*αυτούς εδώ που μας φέρνουν και δημιουργούν ένα σωρό* *προβλήματα…*’’ *είναι* ‘’… ανεξέλεγκτοι , χωρίς χαρτιά …’’.Πιστός στη χάρη του Αγίου Πνεύματος υποστηρίζει ότι τον βοήθησε να γίνει καλά όταν αρρώστησε και κόντεψε να μείνει παράλυτος, αφού Αυτό (Το Άγιο Πνεύμα ) καθοδήγησε τους κατάλληλους ανθρώπους (γιατρούς) για τη θεραπεία του. Του αρέσει να βοηθάει τους συνανθρώπους του και να τους κάνει να περνάνε καλά ( για αυτό είναι και πρόεδρος του ΚΑΠΗ) και έχει αρχίσει έρανο αποπεράτωσης της εκκλησίας του χωριού του . Σημασία για τον Α. έχουν τα παιδιά του για τα οποία και έχει χτίσει με τα χέρια του τα σπίτια τους. *΄΄Το γέρο να τον ερωτάς και να του παίρνεις γνώμη γιατί είναι δάσκαλος παλιός και μαθητής ακόμη’’* λέει χαρακτηριστικά.

**6.1.3. Η κυρία Σ.** είναι 79 ετών έχει πάει μέχρι τη β΄τάξη του δημοτικού κι ήταν αγρότισσα . Γεννήθηκε σε χωριό κι ερχόμενη στην πόλη δούλεψε και με παιδιά (πρόσεχε). Η ίδια όμως δεν έχει παιδιά έχει μόνο τον άνδρα της όπως λέει που ‘’..*όταν μαλώνουν έχουν ένα καλό γείτονα και τους τα ξαναφτιάχνει*..’’ .Η ίδια εθελόντρια στον ‘’Ερυθρό Σταυρό’’ πιστεύει στην ιδέα του εθελοντισμού σαν ύψιστο ιδανικό και το έχει αποδείξει άλλωστε αφού για μήνες φρόντιζε ένα νεαρό στο νοσοκομείο που ήταν μόνος του, και του πρόσφερε ανιδιοτελώς τις υπηρεσίες της . Όταν ρωτάτε για δυσάρεστες στιγμές της ζωής της ομολογεί την απόρριψη που έχει δεχτεί από τον πατέρα της ο οποίος συνεχώς έλεγε στην μάνα της ότι δεν είναι δικό του παιδί και δεν το θέλει γιατί αυτός ήταν 67ετών όταν την γέννησε. Έντονη φοβία της είναι ο θάνατος ο οποίος δεν θέλει να είναι οδυνηρός ‘’..*Χριστέ μου άνοιξε την πόρτα* *σου να μπω’’* λέει ενώ όταν αναπολεί τη ζωή της δεν έχει τίποτα ευχάριστο να θυμηθεί ‘’…*ήταν πικραμένη η ζωή μου ..τίποτα ευχάριστο.*’’ Πιστεύει στην άλλη ζωή και θα ήθελε να είχε παιδιά να την προσέχουν όταν θα φύγει ο άνδρας της και θα απομείνει μόνη.

**6.1.4. Ο κύριος Ε**. γεννήθηκε το 1937 κι έχει τελειώσει το εξατάξιο γυμνάσιο με βαθμό άριστα. Είχε δυο αδελφές . Όταν ήταν καιρός για να πάει πανεπιστήμιο έπρεπε κατά τον πατέρα του ,να διαλέξει το πανεπιστήμιο ή να παντρέψει την αδελφή του κι εκείνος επέλεξε το δεύτερο. Κι έτσι μετά μπήκε στην αστυνομία από όπου πήρε και σύνταξη το 1992. Έμεινε παντρεμένος για έναν χρόνο *αφού ’’ ..τους τα χάλασαν τα πεθερικά* του ..’’όπως λέει χαρακτηριστικά .Έχει κοινωνικό κύκλο με παρέες και δεν τον ‘*’απασχολεί η μοναξιά*.’’ . Κι όταν ρωτάτε για ευτυχισμένες στιγμές λέει πολλές αφού βλέπει με αισιοδοξία τη ζωή και αρκείται στα λίγα , ‘’..*δεν είμαι πλεονέκτης…*’’ ισχυρίζεται.

Και καταλήγει: ‘’…*επιθυμώ να καταλήξει ανώδυνα η ζωή μου, εκεί που θα* *κοιμάμαι, να έσβηνα..’’ ‘’Ζητάω πολλά ? ’’διερωτάται.*

**6.1.5. Ο κύριος Θ**. είναι 83 ετών και κατάγεται και εκείνος από χωριό. Δεν τον άφησαν να τελειώσει το γυμνάσιο αφού ήταν πολύ καλός μαθητής σύμφωνα και με τις μαρτυρίες του δασκάλου του. Ο πατέρας του όμως είχε άλλη άποψη για αυτόν αφού τον ήθελε ’’ *για εργατικά χέρια στα χωράφια ’’* του. Με την πρώτη ευκαιρία που βρήκε κι αφού ξεγέλασε τον πατέρα του , πήρε πλαστή υπογραφή και το έσκασε για την χωροφυλακή. Εκεί γρήγορα αντιλήφθησαν τις ικανότητες του και τον χρησιμοποίησαν κατάλληλα. Παντρεύτηκε και έκανε τρία παιδιά που τα σπούδασε και τα τρία και έτσι ….. ‘’ *ο στόχος μου επιτεύχθηκε..*’’ ομολογεί. Χαρά του είναι να μαζεύονται όλα μαζί και να συζητάνε δύσκολα θέματα: ’’….*κάθομαι και τα ακούω γεμάτος περηφάνια..*’’ λέει. Και καθώς κλείνει η συζήτηση μονολογεί :*’’ Θα μπορούσα να είχα πετύχει* *πολλά ακόμα περισσότερα..’’.*

**6.1.6. Ο κύριος Κ.** είναι γεννημένος το 1921 σε ένα χωριό του Αποκόρωνα και τελείωσε το δημοτικό σχολείο με άριστα κι όταν κι οι δύο επιτροπές ‘’ενοριακή ‘’ και ‘’σχολική’’ είπαν στην μητέρα του ότι καλό θα ήταν να συνεχίσει στο γυμνάσιο’’ εκείνη αρνήθηκε γιατί είχε πεθάνει ο άντρας της και αισθανόταν ανίκανη να τον βοηθήσει για κάτι παραπάνω ,’’…..*ήταν βλέπεις και ακαλλιέργητη, δεν μπορούσε να φανταστεί το μέλλον του παιδιού της μας…’’* λέει ο κ.Κ. Στην Αθήνα όπου έζησε και εργάστηκε 40 χρόνια ήταν ένας πετυχημένος επαγγελματίας - είχε εργοστάσιο επίπλων - και εξίσου πετυχημένος ως προσωπικότητα αφού είχε ενεργό δράση στα πολιτιστικά δρώμενα εκείνης της εποχής και στα κοινά της περιοχής του. Στο ΚΑΠΗ έρχεται καθημερινά είναι ‘’..*το οξυγόνο μου…. εδώ παίρνω έμπνευση και πάω σπίτι* *μου και γράφω*…’’ Αγαπημένες του συνήθειες είναι το διάβασμα και το γράψιμο . Είναι ‘*’θέλημα Θεού’*’ όπως λέει να μπορεί να ασχολείται τόσο δημιουργικά σε αυτήν την ηλικία , ΄΄….το μεγαλύτερο όνειρο του πραγματοποιήθηκε ‘’ όταν μίλησε ανάμεσα σε 300 άτομα στο Ανοιχτό Λαϊκό πανεπιστήμιο Χανίων , αφού ήταν ο μοναδικός που επιλέχθηκε από αυτούς να ανέβει στο Βήμα του Δήμου, και καταλήγοντας στην ενδιαφέρουσα ομιλία του ,να πει:’’ *Eχε θάρρος , προχώρα μπροστά, θα πετύχεις . Η μάθησις είναι το μοναδικό επίτευγμα ζωής’’.*

**6.1.7. Η κ. Μ.** γεννήθηκε το 1932 κι έχει παρακολουθήσει το οκτατάξιο γυμνάσιο. ‘Εχει τέσσερα παιδιά και έξι εγγόνια. Ζει τώρα με τον δεύτερο άνδρα της στα Χανιά από το 2005. Πριν ζούσε κι εργαζόταν στην ΑΝΕΚ στην Αθήνα. Τα παιδία είναι πολύ κοντά της και την βοηθάνε σε κάθε πρόβλημα υγείας που έχει κατά καιρούς. Οικονομικά δεν θα είχε προβλήματα αν δεν βοηθούσε τη κόρη της που το έχει ανάγκη αφού έχει τον άνδρα της (γαμπρό ) της με αλλεπάλληλα εγκεφαλικά στο κρεβάτι και δυο μικρά παιδιά. Το τελευταίο γεγονός της δημιουργεί πολύ άγχος και στενοχώρια και βουρκώνει όταν το συζητά. ‘’ *Μεγάλη δυστυχία έχω ζήσει στη ζωή μου….*’’ λέει με σπασμένη φωνή. ‘*’Αν ξεκινήσω να σου εξιστορώ τη ζωή μου δεν θα με φτάσει* *ένα βιβλίο*…..’’ μου απαντά χαρακτηριστικά, αφού και τα παιδικά της χρόνια υπήρξαν πολύ δύσκολα αφού έχασε τον πατέρα της κι έμειναν πέντε ορφανά. Όσο για το μέλλον δεν είναι καθόλου αισιόδοξη . ‘’ *Να ανοίξουν τα μαγαζιά που έκλεισαν, να σταματήσει το πήγαινε έλα των μεταναστών και να βρούνε οι άνθρωποι τις δουλειές τους…. ‘’ λέει με αγωνία.*

Κλείνοντας συμβουλεύει*: ‘’ To καλό να κάνετε όπου μπορείτε …..δεν υπάρχει καλύτερο πράγμα.. να βοηθάς αυτόν που πάσχει..’’*

**6.1.8. Ο κ.Σ.**  είναι μουσικός 86 ετών , πήγε στο δημοτικό,

10. Η πρώτη κουβέντα που μου είπε ήταν για ένα χαμένο έρωτα που του στιγμάτισε τη ζωή και για τον οποίο έγραψε: ‘’ *….για αυτά τα μαύρα μάτια σου τα βράδια ξενυχτάω, περνώ από τη βάρκα σου και πάλι τραγουδάω ..στη Νέα Χώρα έχω νταλκάδες τώρα.. ’’ .. ....‘’ήμουν αδημιούργητος τότε και την έχασα..έφυγε από τη ζωή ..από περιτονίτιδα..’’* λέει δακρύζοντας. Παντρεύτηκε μετά από δώδεκα χρόνια κι έχει 2 αγόρια τα οποία και μόρφωσε. Του συμπαραστέκονται σε κάθε δυσκολία δεν ‘’….έχω *κανένα παράπονο από τα παιδιά μου*….’’ λέει με υπερηφάνεια.

‘’..*μόνο που ο γιος μου είχε ένα ατύχημα πριν μερικούς μήνες που τον αναγκάζει να μένει στο κρεβάτι ως σήμερα…. όμως είναι δουλευταράδικα σαν κι εμένα …’’ ‘’..Η οικονομική κρίση θα επηρεάσει όλο τον κόσμο εκεί που παίρνει κάποιος 1500 ευρώ θα είναι σαν να παίρνει 300..’’ ‘’..εγώ με τη δύναμη του θεού μπορεί να είμαι στο νοίκι .. αλλά περνάω .. δεν είμαστε απαιτητικοί εμείς…. τρώμε και το φαί τη δεύτερη μέρα…’’ ‘’..Εδώ περνάμε καλά η παραλία της Νέας Χώρας είναι το ωραιότερο μέρος στον κόσμο…’’*

**6.1.9. Ο κ. Γ.** το 1935 και πήγε μόνο στο δημοτικό σχολείο. ’Εχει τέσσερα παιδιά κι έχει δουλέψει στα ναυπηγεία του Σκαραμαγκά. Έχει μπει σε πρόωρη σύνταξη γιατί ανέπτυξε μια ασθένεια στο συκώτι από τα εισπνεόμενα υλικά στα ναυπηγεία .’’…. Μεροκαματιάρης ήμουν και κακομοίρης θα πεθάνω…. ’’λέει καθώς αναπολεί το παρελθόν και φαίνεται να μην περιμένει κάτι καλό στο μέλλον. Έχει δουλέψει πολύ σκληρά στα ναυπηγεία με πολλές υπερωρίες και παρόλο που πλήρωνε ένα ταμείο ακόμα δεν πήρε ποτέ σύνταξη από εκεί δηλαδή πήγαν χαμένα τα λεφτά του. Τώρα ζει με 800 ευρώ κι ανοίγει το πορτοφόλι του και μου δείχνει πως είναι άδειο αφού θα ξαναπληρωθεί σε δέκα μέρες. Παίζει και ένα όργανο αλλά ποτέ δεν πήρε λεφτά για αυτό ,το έκανε από χόμπι. ’’… *Δεν ήθελα να εκμεταλλεύομαι* *τον κόσμο*….’’ ’’…*όπως κάνουν οι γιατροί* …’’ *....Είχαν τα παιδιά ένα μαγαζί ανοίξει και ανοίγει ένα πολυκατάστημα και μας το κλείνει*…’’ δεν ζητά από τα παιδιά λεφτά.’’.. *Κάθε πέρυσι και καλύτερα..’’* Γι αυτόν ο ερχομός των παιδιών και οι χαρές τους ήταν το πιο ευτυχισμένο γεγονός της ζωή του και οι απώλειες αγαπημένων προσώπων τον λύπησαν πολύ. Δεν είναι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες υγείας ‘’….. δεν με καλύπτουν κι είμαι αναγκασμένος να πληρώνω που δεν έχω..’’ ’’…*Ένα έκτατο συμβάν υγείας που έτυχε πριν λίγες μέρες στη γυναίκα , μου άδειασε το πορτοφόλι* ..’’ ‘’..Μας πήρανε το παντελόνι..’’(κι εννοεί τη δαπάνη για το γιατρό και τα φάρμακα).

Από το μέλλον περιμένει να σβήσει έτσι απλά μια μέρα………

**6.1.10. Η. Αφ.** είναι69ετών μητέρα δύο κοριτσιών και απόφοιτη της οικοκυρικής σχολής .Ζει με τον άνδρα της, πρώην δικαστικό κλητήρα και την παντρεμένη κόρη της που μένει σε σπίτι πάνω από το δικό της . Είναι μια δυναμική , δραστήρια και αγαπητή κυρία μιας και τυγχάνει να είναι και εκπρόσωπος των μελών του ΚΑΠΗ. Τη ρώτησα αν δούλεψε ποτέ και μου απάντησε : ‘’….O χρόνος μου είναι τόσο γεμάτος …..που μακάρι να είχα κι άλλο χρόνο να γ\εμιζα τη μέρα μου….’’ Ρωτώντας να μου περιγράψει μια μέρα της εκείνη μου απάντησε: ‘’..*Ξυπνώ στις 6 το πρωί και πηγαίνω με τις φίλες μου στην θάλασσα… Εμείς ξεκλειδώνομε τη θάλασσα …..ότι ώρα και να κοιτάξεις τη θάλασσα έχει άλλο τοπίο…..’’* λέει χαριτολογώντας .Αφού πάρει το μπάνιο της συνήθεια που την εγκαταλείπει μόνο τις κρύες μέρες του χειμώνα θα επιστέψει σπίτι για να μαγειρέψει και να περιποιηθεί τον άνδρα της και τα εγγόνια της. Το απόγευμα της είναι αφιερωμένο στα κοινωνικά και τα πολιτιστικά. Έχει ενεργό δράση στη μικρή κοινωνία της περιοχής της, πράγμα το οποίο την κάνει αισθάνεται γεμάτη και ικανοποιημένη . Η δράση της στην ενορία της εκκλησίας της κράτησε 30 χρόνια και από εκεί έχει να θυμάται μόνο καλά πράγματα.’’…. όλοι όσοι με γνωρίζουν, με αγκαλιάζουν και με φιλούν…..’’ ‘’ ..*τους στάθηκα βλέπεις..στον πόνο τους.. και δεν το ξεχνούν…*’’ ‘’ *…αυτό που κάνω το πιστεύω* ( εννοεί την φιλανθρωπία)..’’ ‘’…*Υπάρχει* *βέβαια και η ζήλεια ..πολλές είναι αυτές που με ζηλεύουν και οι περισσότερες είναι από τον κύκλο μου… .ήθελαν να μπορούσαν* *να* *κάνουν* *αυτά* *που* *κάνω*..’’ ‘’ ..*Εγώ* *από όλα αυτά* *κρατώ την* *αγάπη του κόσμου…. Τώρα όμως με έχει ανάγκη ο σύζυγος και πρέπει να του συμπαρασταθώ….’’*

**6.1.11. Ο κ. Λ.** είναι ο εκπρόσωπος των μελών ενός από τα έξι ΚΑΠΗ της πόλης . ‘Εχει γεννηθεί το 1933 και είναι παντρεμένος με τρία παιδιά. Έχει κάνει πολλές δουλειές στο παρελθόν όπως τον τσαγκάρη για δεκαπέντε χρόνια, ήταν ταπητοκαθαριστής για δέκα χρόνια στην Αθήνα έπειτα επέστρεψε στα Χανιά και δούλεψε στην οικοδομή και τέλος την σύνταξη την πείρε από τον ναύσταθμο . ‘’…….. δεν παίρνω πολλά αλλά κάνω κουράγιο γιατί είναι πολλοί χειρότεροι από μένα…..’’ λέει . Είναι ένα δραστήριο άτομο πρόθυμο να βοηθάει στη λειτουργία του ΚΑΠΗ για να ’’….. *ευχαριστιόμαστε και να περνάμε* *όλοι καλά….* ‘’ όπως λέει. Εκείνος είναι που προτρέπει τα άλλα μέλη του κέντρου να συνεισφέρουν ότι μπορούν για να μπορεί να λειτουργήσει ο χώρος τώρα που ‘’…*οι εποχές δυσκόλεψαν και δεν υπάρχουν λεφτά στο Δήμο….’’* Θα τρέξει να φωνάξει τον μάστορα αν χρειαστεί κάτι επισκευή , θα αγοράσει ό,τι χρειαστεί για το ΚΑΠΗ και ’’…. *θα ζητήσω από όλους να* *βοηθήσουν* ….΄΄ μας εξομολογείται. Γι΄ αυτό κι έχει πολλούς φίλους που τους εκμυστηρεύεται τα προβλήματά του. Είναι ένας άνθρωπος γεμάτος όρεξη για ζωή. ‘’ ..*Να δω τη χώρα μου να πηγαίνει καλύτερα*…’’ είναι η ευχή του για το μέλλον.

**6.1.12 Η κ. Ξ** είναι μόλις 68 ετών τελειόφοιτη δημοτικού και ζει με τον άνδρα της τα παιδιά και τα εγγόνια της ‘’..*όλοι μαζί αγαπημένοι..’’*  όπως μας λέει χαρακτηριστικά . Ήταν μοδίστρα αλλά δεν δίσταζε να καθαρίσει και σκάλες προκειμένου να μεγαλώσει τα παιδιά της. ‘’..*η δουλειά δεν είναι ντροπή*..’’ και συνεχίζει ‘’..*πάντα βασιζόμουν στα χέρια μου…’’ ,’’…κι όταν ακούω άλλες να τα περιμένουν όλα από τον άνδρα τους τρελαίνομαι …’’ συνεχίζει λέγοντας ‘’….είμαι δραστήριο άτομο εγώ ,…δεν κατασταλάζω με τίποτα….’’.* Ο άνδρας της ήταν ναυτικός και ταξίδευε συχνά ,’’*… όταν σταμάτησε όμως το ΄ ριξε στο ποτό και κόντεψα να πάθω κατάθλιψη όμως αντέδρασα και βγήκα έξω* ….*κόντεψα να τρελαθώ …..ευτυχώς έχομε καλή γειτονιά ….παλιά* ..*παραδοσιακή…. και μου συμπαραστάθηκε*….’’ λέει. Καθώς προχωράει η συζήτηση η κ.Ξ. εξηγεί πως είναι πρόεδρος στο άτυπο συμβούλιο του ΚΑΠΗ ‘’…*για να βοηθήσω …μπήκα …γιατί θα τα κλείσουν..έτσι όπως πάνε …αυτοί έχουν τους παχουλούς μισθούς και για μας τίποτα*…’’ Ρωτώντας την τι θα ήθελε ,απαντά με απόλυτη σταθερότητα φωνής ‘’…*ένα ταξίδι , είναι αυτό που θα με* *έκανε ευτυχισμένη αυτή τη στιγμή*…’’, ‘’…*είμαι φύση αισιόδοξος άνθρωπος* ..*αλλά δε σου κρύβω ότι τώρα με την κρίση , με αγχώνει το μέλλον για τα εγγόνια μου*….’’ Καταλήγει.

**6.1.13 Η κ. Ν** η νεότερη του δείγματος είναι 66 χρονών και ζωγράφος. Ήταν συντηρήτρια έργων τέχνης σε μουσεία αν και μερικά χρόνια δούλεψε και σαν καθηγήτρια στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Φάνηκε ένας ασυμβίβαστος και ανήσυχος άνθρωπος με πολλά κι εξαιρετικά ενδιαφέροντα που δεν βρίσκει όμως ανταπόκριση στην κλειστή κοινωνία των Χανίων. Βρέθηκε στην πόλη μας γιατί παντρεύτηκε ένα ντόπιο καλλιτέχνη επίσης, που το χώρισε μετά από ελάχιστα χρόνια αφού πριν απέκτησε μια κόρη μαζί του. Ζει τώρα μόνη της αφού δεν υπάρχουν καλές σχέσεις με την κόρη της ΄΄… που της δίνει σημασία μόνο όταν υπάρχει ανάγκη..’’ και οι συγγενείς της μένουν στην Αθήνα. Έξυπνη και ενδιαφέρουσα προσωπικότητα καθώς φαίνεται έχει ένα ευρύ κύκλο φίλων και γνωστών και κινείται σε ποικίλους χώρους – εκθέσεις έργων τέχνης, ομιλίες και διαλέξεις κλπ). Ξεκινώντας τη συζήτηση μας για το πρώτο πράγμα που μου μίλησε ήταν ο συναισθηματικός κι ευαίσθητος κόσμος των καλλιτεχνών.’’… *ο άνθρωπος που είναι καλλιτέχνης έχει κεραίες κι αντιλαμβάνεται τα μηνύματα πολύ γρήγορα πριν γίνουν αντιληπτά από τους απλούς ανθρώπους…. γι΄ αυτό και μπορεί να εκφράσει τις ανησυχίες του μόνο μέσα από τα έργα του….*’’ ομολογεί καθώς ανοίγει την καρδιά της και συνεχίζει λέγοντας πόσο ανησυχεί για τα διάφορα πράγματα που γίνονται γύρω της, για η καταστροφή του περιβάλλοντος ,τις αξίες που χάνονται , για τον πνευματισμό που έχει χαθεί μέσα στον υλισμό και που είναι η αιτία της οικονομικής κρίσης της σημερινής. Μου μίλησε για ευτυχισμένες στιγμές που έχει ζήσει λέγοντας μου’’*…έχω ζήσει απίθανους , τέλειους έρωτες ……ο έρωτας είναι το πιο ιδανικό πράγμα στη ζωή…. είναι εξωπραγματικό, εξυψωτικό …λυτρωτικό…..*’’ αλλά και για άσχημα συναισθήματα που ένιωσε και νιώθει όταν συναντάει άτομα χωρίς αγωγή τρόπους και συμπεριφορά…. χωρίς αξίες. Όνειρο της:’’… *να ξαναβρούμε τις χαμένες μας αξίες και κλεμμένα μας ιδανικά..’’*

**6.1.14. Ο κ. Δ.** είναι 88 χρονών και βρίσκεται για διακοπές στην πόλη κάθε καλοκαίρι, σαν μέλος του ΚΑΠΗ ομολογεί ότι ‘’ *……είναι σημαντικό για τους ανθρώπους της γενιάς μας να νιώθουν ακόμα χρήσιμοι και να ζητείται ακόμα η βοήθεια μας. Αλλά πρέπει να πω ότι με τον τρόπο που λειτουργεί σήμερα η κοινωνία αυτό δεν συμβαίνει συχνά…’’*. Ήταν δημόσιος υπάλληλος στα νιάτα του ,έχει3 παιδιά, η γυναίκα του έχει πεθάνει ενώ ο ίδιος με την οικογένειά του ζούσαν για πολλά χρόνια στην Κύπρο. Η σύνταξη που παίρνει τον φτάνει για να ζήσει αλλά έχει και τη βοήθεια των παιδιών του σε κάθε δύσκολη στιγμή. Καθώς αναπολεί το παρελθόν διηγείται: ‘’*…..ήταν πολύ διαφορετική η εποχή η εποχή που ζήσαμε εμείς ως έφηβοι και νέοι… γεμάτη στερήσεις και καταπίεση…..’’* κι έφερε για παράδειγμα τον 28χρονο εγγονό του, που ενώ ζούσε με τη μητέρα του, μετακόμισε και ζει μόνος του σε δικό του διαμέρισμα. ‘’ *Αυτό ήταν αδιανόητο στις μέρες μας. Σήμερα οι νέοι θέλουν να είναι ανεξάρτητοι. Τότε , οι πλείστοι στην ηλικία των 28 χρόνων ήταν ήδη παντρεμένοι….’’ .* Η Κύπρος τότε μας λέει ο κ. Δ. δεν είχε καμιά σχέση με το σήμερα , τόσο στο βιοτικό επίπεδο , στις ευκαιρίες για επαγγελματική αποκατάσταση των νέων , στα ωφελήματα από το κράτος .’’… γι΄αυτό ..’’πρόσθεσε ‘’….και *μέχρι πριν λίγο καιρό* (εννοούσε πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση)….. *θεωρούσα τυχερούς τους σημερινούς νέους. Τώρα με τη ραγδαία εξέλιξη που έχουν οι οικονομίες παγκοσμίως πολύ φοβάμαι πως θα ξαναγυρίσομε σε εκείνα τα χρόνια…. στην εποχή μου πολλοί νέοι ‘χάθηκαν’ γιατί δεν είχαν ευκαιρίες να αξιοποιήσουν τα ταλέντα και τις ικανότητές τους λόγω της φτώχιας. Εγώ είχα συμμαθητές μου που θα μπορούσαν να γίνουν μεγάλοι ζωγράφοι, αλλά λόγω της κατάστασης που επικρατούσε τα τότε , έμειναν γεωργοί ή εργάτες ….΄’’ .* Ο κ. Δ. είναι πρόεδρος σε ένα πολιτιστικό σύλλογο των Αθηνών και σπουδαίο επιτελούμενο έργο και γι αυτό μεταβαίνει καθημερινά με δικά του έξοδα στα γραφεία του συλλόγου προκειμένου να επιτελέσει το έργο για το οποίο έχει εκλεγεί. Ο εθελοντισμός γι αυτόν είναι διέξοδος από τα αδιέξοδα της τρίτης ηλικίας και του χαρίζει μια ‘’*…αξιοθαύμαστη διαύγεια πνεύματος και ζωτικότητα, παρά την προχωρημένη ηλικία μου*…’’ και συνεχίζει ‘’…*Πολλά άτομα τρίτης ηλικίας ζουν απομονωμένοι και περιθωριοποιημένοι κυρίως στα χωριά, χωρίς επαφή με άλλους ανθρώπους. Βεβαίως το φαινόμενο της περιθωριοποίησης των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας είναι παγκόσμιο , και έχει άμεση σχέση με την ηλικία και την κακή κατάσταση της υγείας τους’’*

**6.1.15. Ο κ. Χ** είναι 86 χρονών εργάστηκε ως κυβερνητικός υπάλληλος σε διάφορα πόστα , αφυπηρέτησε το 1983 . Έχει τη σύζυγό του , μια κόρη και τα εγγόνια που είναι κοντά του και δεν αισθάνεται απομονωμένος όπως ‘’*..άλλοι..’’* λέει χαρακτηριστικά ’’.. *που δεν έχουν κανένα κοντά τους , που δεν* *έχουν παιδιά, είτε τα παιδιά τους αδιαφορούν γι΄ αυτούς*. *Οι άνθρωποι αυτοί μπορεί να είναι σε ίδρυμα και να ζουν περιμένοντας -συχνά μάταια- να τους επισκεφτούν τα παιδιά τους ή άλλοι συγγενείς τους’*’ λέει κρύβοντας πολλές αλήθειες πίσω από τα λόγια του. Είναι μέλος ενός Συνδέσμου βετεράνων και λυπάται πολύ γιατί δεν αναμίχθηκε στο Σύνδεσμο νωρίτερα παρά μόνο τον τελευταίο ενάμιση χρόνο . Και συνεχίζει ‘’ ….*δεν ήμουν* *απομονωμένος, ασχολιόμουν με χειρωνακτικές δουλειές στο εργαστήριό μου, γιατί μετά τη συνταξιοδότησή μου δεν ήθελα να ξαναγγίξω πένα, αφού είχα χορτάσει τη γραφική εργασία στη διάρκεια της καριέρας μου . Αλλά η ζωή μου άλλαξε προς το καλύτερο από τη μέρα που ήρθα στο Σύνδεσμο. Από τότε είμαι συνεχώς στα γραφεία (Συνδέσμου) ,εκλέχτηκα και γενικός Γραμματέας, και αισθάνομαι κατά πολλά χρόνια νεότερος. Προηγουμένως είχα προβλήματα με την υγεία μου, πόνους εδώ , πόνους εκεί, αλλά αυτή τη στιγμή δεν έχω πρόβλημα κι έφυγαν όλοι οι πόνο*’’ και εξακολουθεί με έναν χειμαρρώδη ενθουσιασμό να λέει: ‘’ *Από τότε που είμαι στο Σύνδεσμο επανήλθα στη γραφική δουλειά, αλλά με ευχαριστεί τόσο πολύ, που νομίζω, δεν ξέκοψα ποτέ, ότι επέστρεψα στα 25μου χρόνια. Να σημειώσω ότι έχει βελτιωθεί η μνήμη μου σε υπέρτατο βαθμό. Προηγουμένως π.χ. ξεχνούσα τα ονόματα των γνωστών μου και μπορεί να περνούσαν 1-2 μέρες να τα θυμηθώ , αλλά τώρα είναι ζήτημα δευτερολέπτων να τα θυμηθώ. Είμαστε μια ομάδα που εργαζόμαστε πάρα πολύ..’’*  και καταλήγει δηλώνοντας: ‘’ *Όταν προσφέρεις στους άλλους συνανθρώπους σου, ζωντανεύεις. Προσπαθώντας να εξυπηρετώ τους άλλους βετεράνους , γέμισε ένα πολύ μεγάλο κενό στη ζωή μου, γνώρισα ανθρώπους, έκανα καινούριους φίλους.*. *θα συνεχίσω να προσφέρω ώσπου να ζω’’.*

## 6.2. Συνολικά αποτελέσματα δείγματος

**6.2.1. Η ανάγκη για μάθηση και επιμόρφωση στον ύστερο βίο**

Όπως είδαμε στην έρευνα η μικρότερη σε ηλικία από τους ερωτηθέντες διένυε το 66ο έτος της ηλικίας της. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων άνηκαν στην τέταρτη ηλικία δηλαδή ηλικιακή ομάδα 80-90 έτη (7άτομα), στην ομάδα των 70-80έτη είχαμε 4 άτομα και 3 άτομα στην κατηγορία 60-70έτη , τέλος μόνο 1 άτομο ήταν 90έτη και άνω. Όλα τα άτομα είναι παντρεμένα και στα μισά από αυτά έχει πεθάνει ο/η σύντροφος. Οι οχτώ σε σύνολο 15 του δείγματος είχαν τελειώσει το δημοτικό σχολείο , και παρόλο που οι περισσότεροι από αυτούς ήταν καλοί μαθητές δεν πήγαν Γυμνάσιο είτε γιατί οι κοινωνικές συνθήκες δεν τους το επέτρεψαν είτε για λόγους βιοπορισμού. Προέρχονται από αγροτικές οικογένειες κυρίως φτωχές και σε πολλές περιπτώσεις είχε πεθάνει ο πατέρας τους νωρίς. Κάποιοι από αυτούς έχουν αλλάξει περισσότερα από δύο επαγγέλματα μέχρι να πάρουν στη σύνταξη αλλά όμως η οικονομική τους κατάσταση είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο για τους περισσότερους. Εργατικοί άνθρωποι όλοι , δούλεψαν σκληρά για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες της ζωής. Οι περισσότεροι που δεν μπόρεσαν νε έχουν πρόσβαση στο ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης μιλάνε με παράπονο γι΄ αυτό : ‘’*…. με αδίκησε η κατοχή…… έπρεπε… να δουλέψω* *για να ζήσω*..’’ λέει ο κ. Αν. που γράφει καταπληκτικές μαντινάδες και μάλιστα έχει εκδώσει βιβλίο και δημοσιεύει σε εβδομαδιαία βάση στην τοπική εφημερίδα(παράρτημα 3).

Ενώ ο κ.Κ. έχει παράπονο από την μητέρα του που όντας χήρα δεν τον έστειλε να μάθει γράμματα: ‘’*….ήταν βλέπεις αμόρφωτη…. Δεν μπορούσε να φανταστεί το μέλλον του παιδιού της* ….λέει ‘’ , έχει βραβευτεί για πολλές δημοσιεύσεις στις τοπικές εφημερίδες και έχει παρακολουθήσει το ‘’Ανοιχτό Πανεπιστήμιο στο Δήμο Χανίων’’ κι είναι μόλις…. 91 ετών . Στο λόγο του που έγινε κατά την τελετή απονομής (παράρτημα 1) των πιστοποιητικών παρακολούθησης είπε με φανερή συγκίνηση τα εξής : ‘*’ Το εντυπωσιακότερο* *του εγχειρήματος μου είναι ότι τόλμησα τώρα στο ηλιοβασίλεμα της ζωής μου, διανύοντας το 91ο έτος της ηλικίας μου , να καθίσω ξανά στο θρανίο του μαθητή ή του σχολείου….. Τι το ωραιότερο και θαυμασιότερο από το να ακούσεις και να αποστηθίζεις αυτές τις ευχάριστες γνώσεις στην ηλικία που βρίσκομαι αυτή την στιγμή, όπου το φυσικό θα ήταν να περιορίζομαι στον καναπέ και να παίρνω τον καφέ μου, ακόμα και χωρίς θορύβους. Πράττω* *όμως το αντίθετο εγώ τώρα και παίρνω τη συγκοινωνία ……, είμαι σίγουρος , αγαπητοί μου αναγνώστες ότι διαβάζοντας αυτές τις λίγες αράδες ίσως να μην το πιστεύετε. Είναι όμως , μια τρανταχτή πραγματικότητα πέρα ως πέρα αληθινή . Θα πω κι εμένα ακόμα μου κάνει μεγάλη εντύπωση ότι στα χρόνια που βρίσκομαι κατορθώνω τα πάντα και μπορώ να ανταπεξέρχομαι σε όλες τις διαδικασίες και ανησυχίες και η αντοχή μου σωματικά και ψυχικά , να παραμένει διαυγές το πνεύμα, ως και , στην καθαρότητα των σκέψεων μου και να πετυχαίνω το δύσκολο και ακατόρθωτο.’’ και καταλήγει ‘’…. Η μάθησης είναι το μοναδικό επίτευγμα της ζωής* .’’

Καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει, ορισμένες πλευρές της νοητικής του λειτουργίας μπορεί να βελτιώνονται αντί να εξασθενούν. Γνωρίζει περισσότερο γύρω από πολλά θέματα και γίνεται πιο έμπειρος στη χρησιμοποίηση των ικανοτήτων που έχει αναπτύξει με τα χρόνια. Αυτό φαίνεται καθαρότερα σ΄ εκείνο που αποκαλούμε αποκρυσταλλωμένη νοημοσύνη - ευφυΐα που αντανακλάται σε ό,τι έχουμε μάθει από την εμπειρία μας.

‘’….*λύνω σταυρόλεξα, διαβάζω πολύ και έτσι κοντρολάρω τη ψυχολογική μου* *διάθεση..*’’ μας εξομολογείται η κ.Μ.

Ένα άτομο που αισθάνεται περιθωριοποιημένο, απομονωμένο ή ανεπιθύμητο σ΄ ένα κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να είναι τόσο έντονα απορροφημένο από την εσωτερική δυστυχία του που να αδιαφορεί για οτιδήποτε συμβαίνει γύρω του. Αυτό ισχύει για οποιαδήποτε ηλικία, ιδιαίτερα όμως , για τα ηλικιωμένα άτομα στη δική μας σύγχρονη κοινωνία.

Με μεγάλη ικανοποίηση για τα μαθήματα που έκανε η κ.Αφ. στον Ερυθρό Σταυρό περιγράφει τη δίψα της για μάθηση λέγοντας χαρακτηριστικά : ‘’ ….*σαν την ανάγκη του διψασμένου για νερό ήταν η λαχτάρα μου για την παρακολούθηση των μαθημάτων πρώτων βοηθειών στον Ερυθρό Σταυρό….μου άρεσαν τόσο πολύ που δεν ήθελα να τα χάσω με τίποτα*…’’

Το θέμα δεν είναι κατά πόσο ένα ηλικιωμένο άτομο κατάφερε να μάθει πολλά σε μια ορισμένη περίπτωση αλλά κατά πόσο έχει την ικανότητα να μάθει. Και η απάντηση είναι θετική , αλλά με λίγη βοήθεια. Όσο κι αν υπάρχουν προβλήματα σχετικά με την ηλικία που αναχαιτίζουν την ικανότητα του ατόμου για μάθηση, η αλήθεια είναι ότι στην καθημερινή ζωή οι γέροι μαθαίνουν πολύ περισσότερα από ότι γενικά νομίζουμε. Επιπλέον, διαθέτουν μεγαλύτερο δυναμικό για νέα μάθηση από εκείνο που μπορούν να χρησιμοποιήσουν σε μερικές από τις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν (Κastenbaum,1982).

‘Οσο αφορά το επαγγελματικό τους προφίλ πριν πάρουν σύνταξη , οι έξι ήταν δημόσιοι υπάλληλοι , οι τέσσερις έχουν αλλάξει πολλά επαγγέλματα , οι τρείς ήταν πετυχημένοι επαγγελματίες , με τις δύο γυναίκες να έχουν περιοριστεί στα οικοκυρικά. Το γεγονός ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων ήταν σε καλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο με δική τους κατοικία και παιδιά ευαισθητοποιημένα ως προς τις ανάγκες των γονιών τους , τους έδινε τη δύναμη και αυτοεκτίμηση να ασχοληθούν με πράγματα που τους ενδιέφεραν.

‘’ ….*ότι κι αν κάνω θέλω να το κάνω με τον καλύτερο τρόπο,…. όσα περνούν από τη σκέψη μου τα κάνω πράξη….*’’ μας λέει η κ. Αφ.

**6.2.2. Κατάσταση υγείας - ποιότητα ζωής-αυτοεκτίμηση ηλικιωμένων και διαφορές των δύο φίλων ως προς την εκτίμηση υγεία τους.**

Η διερεύνηση των πολλαπλών διαστάσεων της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων συναντάται σε ελάχιστες μελέτες που περισσότερο αφορούν στο σύνολο του πληθυσμού και όχι την υπό εξέταση ομάδα που μας ενδιαφέρει.

Οι άνθρωποι της έρευνά μας δεν αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα υγείας. ‘Όταν τους ζητήθηκε να πουν αν έχουν κάποια προβλήματα υγείας που να τους ταλαιπωρούν εκείνοι χαρακτήρισαν την υγεία τους ως καλή έως πολύ καλή , και δεν αναφέρθηκαν με λεπτομέρειες στα επιμέρους προβλήματα που αντιμετωπίζουν απλώς τα ανέφεραν επιγραμματικά.

Τις γυναίκες φαίνεται να τους απασχολεί η ψυχολογική τους διάθεση και η ψυχική υγεία περισσότερο . Η κ.Ξ. ομολογεί ‘’*….ύστερα από ένα σοβαρό πρόβλημα που αντιμετώπισε ο σύζυγός μου – αλκοολισμού- …κόντεψα να τρελαθώ, έπαθα κατάθλιψη και κλείστηκα μέσα… όμως μετά από λίγο αντέδρασα και βγήκα έξω…’’*

Με δεδομένη τη δημογραφική γήρανση, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους αποτελεί πολύ συχνή ψυχική διαταραχή της μεγάλης ηλικίας και προκαλεί υψηλές δαπάνες στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας .Οι παράγοντες που βρέθηκε να συμμετέχουν σαν επιβαρυντικοί ή σαν προστατευτικοί επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός ισχυρού ψυχοκοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, με σκοπό την πρόληψη της γεροντικής κατάθλιψης .6 (Στυλιανοπούλου*,* Κουλιεράκης., 2009)

Η κ.Ν. περιγράφει τις ψυχολογικές δυσκολίες που αντιμετώπισε όταν συνειδητοποίησε τα 60 της χρόνια κι ένιωσε τις δυνάμεις της να εξασθενούν σταδιακά άρχισε σύμφωνα με τα λεγόμενά της να ‘’.. *μετρά αντίστροφα το χρόνο της ζωής της*…’’ .

Σύμφωνα με τον Εrikson και τους συνεργάτες του (1986) ‘’ το άτομο προς το τέλος της ζωής του βιώνει δυο διάχυτα αισθήματα που βρίσκονται σε ένταση μεταξύ τους. Το ένα αποκαλείται ‘’ ολοκλήρωση’’ ,και είναι ο αγώνας σύνθεσης των δυνάμεων και του σκοπού για τη διατήρηση μιας αίσθησης ολότητας παρά τις φθίνουσες σωματικές ικανότητες. Το άλλο ονομάζεται ‘’ απόγνωση’’. ’Οπως είναι σαφές, στον ύστερο βίο υπάρχουν αρκετοί πραγματικοί λόγοι για να νιώθει κανείς απόγνωση. Μπορεί να θέλομε να ήταν διαφορετικές κάποιες πτυχές του παρελθόντος , μπορεί να νιώθουμε συνεχείς πόνους , μπορεί η αβεβαιότητα του μέλλοντος να μας τρομάζει . Το πλέον αναπόδραστο στη ζωή είναι ο θάνατος, μόνη πτυχή του μέλλοντος η οποία , όπως υποστηρίζουν ο Erikson και οι συνεργάτες του, είναι απόλυτα σίγουρη και αναγνωρίσιμη .

Η κ. Μ. βρίσκει διέξοδο από τους πόνους της στο σκάλισμα και την περιποίηση του κήπου της, ‘’.. *έχω ένα κήπο στολίδι , ….πήρε βραβείο ο δικός μου ο κήπος από το Δήμο Χανίων σαν ο ωραιότερος κήπος της πόλης… όταν σκαλίζω τα χώματα γίνομαι καλά…’’* μας εξομολογείται.

Η σχέση ανάμεσα στην υγεία, τη συναισθηματική ασφάλεια και αυτοεκτίμηση του ατόμου φαίνεται πως είναι κρίσιμη. Σοβαρές αρρώστιες και διαταραχές βιώνονται σαν απειλές για την ασφάλεια. Παρολ’ αυτά, σωματικά προβλήματα που δεν θέτουν αυτά καθαυτά σε κίνδυνο τη ζωή, μπορεί να διαταράξουν σοβαρά την ψυχολογική ισορροπία του ατόμου.

Άλλοι πάλι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν με τρόμο τους περιορισμούς της σωματικής τους κινητικότητας. ‘’*..πρόσφατα ανάρρωσα από το εγκεφαλικό* *που πέρασα… ήταν πολύ οδυνηρό για μένα*….’’ Μαρτυρά ο κ. Α.΄΄..*όταν συνειδητοποίησα ότι ίσως να έμενα παράλυτος …είπα καλύτερα να πεθάνω τώρα..’’.*Οι ηλικιωμένοι που είχαν την τάση ν΄ απομακρύνονται όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με αγχωτικές καταστάσεις, στερούνται ξαφνικά τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν αυτό το αμυντικό μηχανισμό. Αναγκάζονται να παραμένουν μέσα σ΄ αυτές τις καταστάσεις πέρα ίσως από τα όρια της ψυχολογικής τους αντοχής. Σαν αποτέλεσμα, άλλοτε να γίνονται αγχώδεις σε βαθμό παραλογισμού, και άλλοτε βυθίζονται σε καταθλιπτική αποστέρηση.

Άλλοι, πάλι, ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ψυχοσωματικές διαταραχές. ‘’…*μετά από μια σειρά διαπληκτισμούς που είχα με την μονάκριβη κόρη μου που σαν …..συνέπεια είχαν να πάθω αυτή τη κλειστοφοβία…’’*

Μερικοί άνθρωποι επενδύουν την ασφάλειά τους και την υγεία τους στη δουλειά και τη δραστηριότητά τους. Όταν λοιπόν χάνουν τη δουλειά τους νιώθουν απειλή, γιατί στερούνται κάθε διέξοδο αυτοέκφρασης και εποικοδομητικής δραστηριότητας. Χάνουν και την αυτοεκτίμησή τους. Το ηλικιωμένο άτομο δεν μπορεί πια να καθορίσει τον εαυτό του με βάση το επάγγελμά του. Το ‘’ *κάποτε ήμουν* ….δεν είναι δυνατόν να αναπληρώσει το ‘’*.. είμαι*..’’ .

Ο κ. Θ. ένα ευγενικό , αυτόνομο και δραστήριο άτομο αναφέρει ‘’……*κόντεψα να αρρωστήσω ….όταν μου είπαν ότι δεν θα φροντίζω πλέον τον κήπο του ΚΑΠΗ….. το κάνω τόσα χρόνια ….γιατί τώρα..’’*

Oι διαφορές που καταγράφονται μεταξύ των δύο φίλων, αναφορικά με την εκτίμηση της υγείας τους φαίνεται να συμβαδίζουν με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών σε θέματα υγείας( Arber, 2004; Damian, Ruigomez, Pastor, Martin-Moreno, 1999; Patric , Cottrell & Barnes, 2001). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες εμφανίζονται να αναφέρουν χειρότερο, από αυτό των ανδρών, το γενικό επίπεδο υγείας τους.Το γεγονός αυτό εξηγείται από τη διαφοροποιημένη κατανομή των εκπαιδευτικών και εργασιακών πόρων και ευκαιριών (Denton & Walters, 1999) και γι΄ αυτό έχει χαρακτηριστικά αναφερθεί ότι ο έλεγχος των παραγόντων αυτών , μπορεί ακόμη να αντιστρέψει τη σχετικά δυσχερέστερη θέση των γυναικών, σε σχέση με τους άντρες, όσο αφορά τα αποτελέσματα της υγείας ( Koukouli et al., 2002).

Ενώ ερωτήθηκαν οι άντρες και οι γυναίκες στο δείγμα μας για την κατάσταση της υγείας τους, περισσότερο οι γυναίκες ήταν αυτές που προχώρησαν σε πιο αναλυτικές περιγραφές ως προς τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ενώ οι άντρες προσπέρασαν την ερώτηση αυτή πολύ γρήγορα χωρίς να δώσουν την ανάλογη βαρύτητα εκτός από τον κ. Α. που επεκτάθηκε στο σοβαρό πρόβλημα στέρησης της κινητικότητας του.

### 6.2.3. Ο ρόλος της αγάπης και της πνευματικότητας στην Τρίτη ηλικία

Στην πορεία της έρευνας και μέσα από τη συζήτηση που έγινε με τους ηλικιωμένους φάνηκε ξεκάθαρα η ανάγκη τους για αγάπη , οικειότητα και πνευματικότητα.

Οι ηλικιωμένοι έχουν καμιά φορά αναπτυγμένο το αίσθημα της ελευθερίας στην έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους. Εκφράζουν το θυμό τους με μια ευθύτητα που εκπλήσσει τους άλλους. Το ίδιο συμβαίνει με συναισθήματα τρυφερότητας και χαράς. Υπάρχουν φορές που ο ηλικιωμένος ακτινοβολεί από αγάπη ακριβώς γιατί τη νιώθει βαθιά μέσα του. ‘Ένα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά μερικών ηλικιωμένων είναι η ικανότητά τους να μεταδίνουν τρυφερότητα και χαρά χωρίς να οχυρώνονται πίσω από ‘’λογικά αίτια’’. Είναι σαν καταργούνται ξαφνικά μερικές πολύπλοκες και άχρηστες ψυχολογικές τελετουργίες, που περιορίζουν την έκφραση των αισθημάτων σ΄ όλη τη διάρκεια της ζωής μας: τα αισθήματα και οι αξίες αναδύονται μ΄ εξαιρετική καθαρότητα (kastenbaum, 1982).

‘’..*Σε τρεις αξίες πιστεύω…..*’’ μας λέει ο κ.Α. ‘*’Θρησκεία, πατρίδα, οικογένεια*’’ ενώ δεν παρέλειπε στη συζήτηση που είχαμε να αναφέρει συχνά ότι σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του ο Θεός ήταν Εκείνος που τον βοηθούσε να προχωρήσει ’’ ….αξιοποιούσα με τη βοήθεια το θεού τα παλιά εργαλεία ….’’ Περιγράφοντας τις συνθήκες δουλειάς του ενώ βέβαια πηγαίνει πολύ συχνά στην εκκλησία.

Ο κ. Α είναι ένας δραστήριος και δυναμικός αγράμματος άνθρωπος με ένα χάρισμα όμως να συνθέτει μαντινάδες και να γράφει κείμενα που θα τα ζήλευαν και οι εγγράμματοι συνομήλικοι του, και αποδίδει αυτό το ταλέντο του στο Άγιο Πνεύμα που τον φωτίζει και τον εμπνέει. Μάλιστα με δική του πρωτοβουλία μάζεψε χρήματα για την αποπεράτωση του ναού στο χωριό του .’’ *Τίμα τον πατέρα σου και την μητέρα σου ίνα ευ σοι γένηται, και ίνα μακροχρόνιος γένη επί της γης της αγαθής , ης Κύριος ο θεός σου δίδωσι σοι’’,* μου είπε να βρω και να του δώσω ,αυτή την εντολή από την Αγία Γραφή που υποδηλώνει ανταμοιβή και συνδέεται με τη μακροβιότητα.

Τα ηλικιωμένα άτομα εντρυφούν περισσότερο από τους νέους σε θρησκευτικά ζητήματα , και αυτό φαίνεται ότι συμβαίνει για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, γεγονός που μας επιτρέπει να υποθέσομε ότι δεν συνιστά φαινόμενο μιας μόνο γενιάς. Ο Moberg (1990) ερμηνεύει τα στοιχεία που υπάρχουν στη θρησκευτική συμμετοχή, σκέψη και συμπεριφορά ως ενδείξεις ότι η ίδια η διαδικασία της γήρανσης συμβάλλει στην εμβάθυνση του θρησκευτικού ενδιαφέροντος κατά τα ύστερα χρόνια, ιδιαίτερα σε προσωπικό, μη οργανωτικό-θεσμικό επίπεδο. Αυτό θα μπορούσε εν μέρει να αποδοθεί στην εγγύτητα του θανάτου- «στην προετοιμασία για το τελικό στάδιο» όπως σχολιάζει ο Moberg(1990bσελ .224)- και στο γεγονός ότι οι πιέσεις της ζωής κατά τη νεότητα και την μέση ηλικία δεν δίνουν τα περιθώρια χρόνου και ησυχίας που απαιτούνται για περισυλλογή και στοχασμό.

Μια άλλη επιμέρους εξήγηση ίσως είναι το γεγονός ότι η ταλαιπωρία ορισμένων ατόμων από ασθένειες τους ωθεί να στραφούν σε θρησκευτικές δραστηριότητες προκειμένου να αντλήσουν υποστήριξη, αναφέρεται ότι η συχνότητα της προσευχής αυξάνει με την ηλικία, ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων που νοσούν. Σε γενικές γραμμές όμως, η θετική αυτοαξιολόγηση της υγείας και η θετική προσήλωση στη θρησκεία συνιστούν τις καλύτερες παραμέτρους πρόβλεψης του υψηλού ηθικού (Moberg, 1990b).

Η κ. Αφ. υπηρετεί την εκκλησία 30 χρόνια πως λέει χαρακτηριστικά ‘’… *αυτό με ικανοποιούσε..μου έδινε ζωή ….βοηθούσα τους ανθρώπους στην πιο δύσκολη στιγμή του βίου τους …στην απώλεια κάποιου δικού τους προσώπου…*’’ εξηγεί με ιδιαίτερη περηφάνια πως είναι πρόεδρος στο Σύλλογο Κυρίων και Δεσποινίδων στο Πνευματικό Κέντρο της ενορίας της .

Πράγματι , πολλά άτομα, ιδιαίτερα γυναίκες, αναφέρουν ότι η θρησκεία τους έχει βοηθήσει να ανταπεξέλθουν σε περιόδους έντονου στρες. ‘Όπως παρατηρεί ο Koening (1990) , ακόμη και μεταξύ των ατόμων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν ψυχικές διαταραχές, εκείνοι οι οποίοι χρησιμοποιούν τη θρησκεία για να τα βγάλουν πέρα μπορεί τελικά να παρουσιάζουν καλύτερο επίπεδο προσαρμογής, από εκείνους που δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Όμως πέρα από τα θρησκευτικά συναισθήματα η έρευνά μας αποκάλυψε και συναισθήματα που έχουν αγάπη και έρωτα . Στην ερώτηση να πουν για ευτυχισμένα γεγονότα πήρα την απάντηση από την κ. Ν.: ‘’…*Aπίθανοι έρωτες…… το πιο ιδανικό πράγμα στη ζωή ενός ανθρώπου …λυτρωτικό… ανυψωτικό….’’* Που ομολογώ με εξέπληξε

Κάθε ηλικιωμένος έχει τη δική του προσωπική ιστορία. Για τους ηλικιωμένους υπάρχουν ακόμα καινούριες χαρές και λύπες, που ωστόσο , συνδέονται με όλο το ύφος της ζωής τους και όχι μονάχα με το γεγονός , ότι είναι πια γέροι.

‘’..*άνθρωποι που έχουν ερωτευτεί πραγματικά στη ζωή τους ….είναι* *ασυμβίβαστοι*…’’ λέει με πάθος η κ. Ν. που έχει χωρίσει δυο φορές κι φαίνεται ,πως τίποτα δεν τελείωσε ακόμα…

Για ένα έρωτα , το πρώτο και μοναδικό έρωτα που βίωσε ο κ. Κ. είχε μάλιστα γράψει και τραγούδι – αφού ήταν μουσικός- ‘’…*γι αυτά τα μαύρα μάτια* *σου και πάλι τραγουδάω* ……’’καθώς τα αναπολεί συγκινείται και αποχωρεί από την συζήτηση.

Στη βρεφική ηλικία είναι εκεί που θα πρέπει να αναζητήσουμε τις ρίζες των ερωτικών σχέσεων του ώριμου ενήλικου. Το μωρό από τη στιγμή που γεννιέται , δέχεται την αγάπη , τη φροντίδα και τη προσοχή της οικογένειας. Κάτω από τέτοιες συνθήκες αναπτύσσεται το συναίσθημα του ‘’είμαι αξιαγάπητος’’. Υπάρχουν άφθονες ευκαιρίες να μάθει πώς να δημιουργεί σχέσεις, πώς να δίνει και να παίρνει τρυφερότητα. Κάποιο άλλο μωρό γεννιέται σε μια οικογένεια , που δεν έχει να του προσφέρει μεγάλη τρυφερότητα. Το παιδί αυτό μπορεί να αντιμετωπίσει περισσότερες δυσκολίες στη ζωή του και όταν πια γεράσει , αυτός θα είναι ο άνθρωπος, που του είναι δύσκολο να πιστέψει, ότι κάποιος τον αγαπάει πραγματικά. Οι διαφορετικοί δρόμοι που ακολουθούν δύο παιδιά στις αρχές της ζωής του έχουν σοβαρές επιπτώσεις στα γηρατειά τους Aπό τη μια μεριά , έχουμε τον ηλικιωμένο που εύκολα προσφέρει και δέχεται τρυφερότητα, και από την άλλη εκείνον , που η συναισθηματική του ανασφάλεια οδηγεί σε συνεχείς απαιτήσεις επιβεβαίωσης(kastenbaum,1982).

Η αγάπη που δίνεται στα παιδιά σήμερα, θα γυρίσει κάποτε πίσω στην οικογένεια και την κοινωνία , σαν το σπόρο , που όταν δεχτεί τις απαραίτητες φροντίδες, καρποφορεί πέρα από τις προσδοκίες μας.

### 6.2.4. Ο εθελοντισμός στη ζωή του ηλικιωμένου

Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού σήμερα στην Ελλάδα αλλά και γενικότερα στην Ευρώπη είναι μια πραγματικότητα που δεν μπορεί να αγνοηθεί.  
Κατά συνέπεια, η αντιμετώπιση των θεμάτων που απασχολούν την τρίτη ηλικία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά και πολιτικά ζητήματα που καλούμαστε να ενσκήψουμε και να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά σήμερα. Η αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων και η προστασία των ατόμων της τρίτης ηλικίας από την εγκληματικότητα, την κοινωνική πρόνοια, ασφάλιση και υγεία, είναι θέματα τα οποία οφείλει να αντιμετωπίσει κάθε πολιτισμένη και δυναμική κοινωνία. Μια κοινωνία που εγκαταλείπει στα περιθώρια και την κοινωνική απαξίωση την τρίτη ηλικία είναι μια κοινωνία που δεν έχει μέλλον γιατί αδιαφορεί ουσιαστικά και αδυνατεί να αναγνωρίσει και να αξιοποιήσει αποτελεσματικά όλα τα μέλη της.

Η κ. Αφ. εθελόντρια στον Ερυθρό Σταυρό στο τμήμα πρώτων βοηθειών και κοινωνικής εργασίας με ιδιαίτερη προτίμηση στο πρώτο ,έχει αφιερώσει ώρες ‘’ *υπηρετώντας τον άρρωστο*’’ και μιλάει για τις εμπειρίες της στο νοσοκομείο με ιδιαίτερο πάθος αλλά κι ενθουσιασμό ‘’…*όταν φορούσα τη άσπρη στολή της εθελόντριας και πρόσφερα….. στον άρρωστο αισθανόμουν τέτοια ικανοποίηση που κάλυπτε όλα τα κενά που μπορεί να αισθανόμουν πιο πριν… .γέμιζε η ζωή μου…’’*

Αλλά και η κ. Σ. δηλώνει εθελόντρια του Ερυθρού Σταυρού με πολύχρονη δράση στο νοσηλευτικό ίδρυμα της πόλης και θυμάται ‘’…*μια φορά ήταν στην ορθοπεδική κλινική κάποιο παιδί που είχε κτυπήσει με το μηχανάκι του και είχε πολλαπλά κατάγματα σε όλο το σώμα ……πήγαινα κάθε μέρα ,όλη μέρα ήμουν εκεί , και το φρόντιζα… βλέπεις δεν είχε κανένα και όταν ερχόταν το βράδυ κι έπρεπε να πάω σπίτι μου γιατί είχα και τον άντρα μου να φροντίσω, το παιδί έκλαιγε και μου έλεγε να μην φύγω και πως εγώ ήμουν η μάνα του…. πως με είχε ανάγκη… σπάραζε η καρδιά μου, το είχα αγαπήσει τόσο….’*’ Διηγείται και δακρύζει η κ. Σ. που είναι μια ευγενική ,γλυκιά γυναίκα.

Υπάρχει σήμερα ένα σημαντικό παροπλισμένο ανθρώπινο δυναμικό μεγαλύτερης ηλικίας , εκτός από την αγορά εργασίας , με μεγάλη εξειδίκευση και εμπειρία, που θα ήθελε να προσφέρει σε κρίσιμους τομείς δράσεων της πόλης. Η γνώση και η εμπειρία τους είναι απαραίτητη για την ενεργοποίηση και δραστηριοποίηση τομέων .

Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας μπορούν μέσα από τον εθελοντισμό να βρουν ένα πλαίσιο δράσεων όπου θα μπορούν να διοχετεύσουν την ενέργειά τους.

Ο κ. Χ. είναι γραμματέας στον Σύνδεσμο βετεράνων του β’ παγκοσμίου πολέμου και μας ανοίγει την καρδιά του λέγοντας χαρακτηριστικά:

«*’Εχω πολύ ψηλά στη συνείδησή μου κάθε άνθρωπο που ξοδεύει από το χρόνο του για τον εθελοντισμό, γιατί κάνει κάτι χωρίς να περιμένει ανταμοιβή. Είναι ίσως ό,τι καλύτερο έχει να κάνει ο ηλικιωμένος άνθρωπος.* *Από τότε που είμαι στον Σύνδεσμο επανήλθα στην γραφική δουλειά, αλλά με ευχαριστεί τόσο πολύ, που νομίζω δεν ξέκοψα ποτέ, ότι επέστρεψα στα 25 μου χρόνια.* ……*να σημειώσω ότι έχει βελτιωθεί η μνήμη μου σε υπέρτατο βαθμό. …..»* και συνεχίζει «..*Εκτιμώ βαθύτατα τον πρόεδρο του συνδέσμου, γιατί κάθε μέρα βρίσκεται στα γραφεία μας από νωρίς το πρωί μέχρι το μεσημέρι και κάποτε και τα απογεύματα, οσάκις υπάρχει ανάγκη….. και μάλιστα ξοδεύει λεφτά από την τσέπη του για να πηγαινοέρχεται, γιατί δεν μπορεί να οδηγεί- η ασφάλεια σταμάτησε να τον καλύπτει στα 85 του χρόνια… ξέρετε τι είναι για ένα συνταξιούχο να πληρώνει ένα μεγάλο μέρος της σύνταξής του για ταξί για μια εθελοντική δουλειά, που δεν έχει να κερδίσει τίποτα?????...»* ρωτά όλο νόημα.

Η δράση των εθελοντών οφείλει να είναι οργανωμένη, με συγκεκριμένα καθήκοντα , αρχή , μέση και τέλος και να αφήνει ελεύθερο κάθε συμμετέχοντα να σταματήσει όποτε θέλει. Με την πλήρη οργάνωση των δράσεων που προτείνουμε, θα επιτύχομε την αλληλεγγύη, την ανθρωπιά και τη συνοχή που οραματιζόμαστε να αξίζομε.

Υιοθετώντας τον εθελοντισμό ως επιλογή ζωής , αυτή της αλληλεγγύης , αλληλοπροσφοράς που αντιστέκεται στο ρεύμα της απαξίωσης των ιδεών είναι το *«φιλί ζωής για την Τρίτη ηλικία» όπως λέει χαρακτηριστικά και ο* κ. Δ. πρόεδρος του συνδέσμου βετεράνων :

«…… *είναι σημαντικό για τους ανθρώπους της γενιάς μας να νιώθουν ακόμα χρήσιμοι και να ζητείται η βοήθειά μας. Αλλά πρέπει με τον τρόπο που λειτουργεί σήμερα η κοινωνία, αυτό δεν συμβαίνει συχνά*». Λέει ο κ. Λ. και συμπληρώνει… «..*Η ζωή μου άλλαξε προς το καλύτερο από την μέρα που πήγα στο σύνδεσμο …..από τότε είμαι συνεχώς εδώ, εκλέχτηκα και γενικός γραμματέας, και αισθάνομαι κατά πολλά χρόνια νεώτερος. Προηγουμένως είχα πολλά προβλήματα με την υγεία μου, πόνους εδώ, πόνους εκεί , αλλά αυτή τη στιγμή δεν έχω πρόβλημα κι έφυγαν όλοι οι πόνοι. Όταν προσφέρεις εθελοντικά στους άλλους συνανθρώπους σου , ζωντανεύεις. Προσπαθώντας να εξυπηρετώ τους άλλους , γέμισε ένα πολύ μεγάλο κενό στη ζωή μου, γνώρισα ανθρώπους, έκανα καινούριους φίλους*…» ομολογεί συγκινημένο

Στην ερώτηση αν θα είχαν την θέληση να προσφέρουν εθελοντικό έργο και τα υπόλοιπα άτομα της έρευνας, απάντησαν ότι θα το ήθελαν με όλη τους τη ψυχή αλλά τους έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις τους. Όμως βλέπομε να επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση , ότι δηλαδή ο εθελοντισμός δρα ενισχυτικά στη ψυχοσύνθεση του ηλικιωμένου ατόμου.

Συνοψίζοντας ας κρατήσομε τα λόγια του κ. Δ. ‘’…..*Όταν προσφέρεις στους άλλους συνανθρώπους σου, ζωντανεύεις. Προσπαθώντας να εξυπηρετώ τους άλλους, γέμισε ένα πολύ μεγάλο κενό στη ζωή μου, γνώρισα ανθρώπους, έκανα καινούριους φίλους, νιώθω ακόμα χρήσιμος , κι όλα αυτά χωρίς ανταμοιβή…….’’* Λόγια αληθινά και γεμάτα αλληλεγγύη και αλτρουϊσμό :τα συστατικά του εθελοντισμού.

### 6.2.5. Τι σημαίνει το παρελθόν και τι σηματοδοτεί το μέλλον για τον ηλικιωμένο

Το παρελθόν αποτελεί ολοφάνερη πηγή αποθεμάτων για το άτομο, που έχει συσσωρεύσει πλήθος εμπειριών στη ζωή του. Μερικοί άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη ικανότητα από άλλους να χρησιμοποιούν την ιστορία τους, για να εμπλουτίσουν τα γηρατειά τους.

Η επίγνωση του γεράσματος κλονίζει καμιά φορά την αυτοπεποίθηση του ατόμου. Χρόνια πριν , σαν έφηβος, μπορεί να γνώρισε μια επιτακτική ανάγκη για επιβεβαίωση απέναντι στον εαυτό του και στους άλλους. Τώρα η ανάγκη ξαναεμφανίζεται αν και οι συνθήκες είναι διαφορετικές. Σε μια προσπάθεια να αναστηλώσει την αυτοπεποίθησή του , το ηλικιωμένο άτομο αρχίζει, συχνά , να αναμοχλεύει το παρελθόν του. Στιγμές θριάμβου επανέρχονται στο μυαλό , τίτλοι επιτευγμάτων ξαναδιαβάζονται . Όταν η διαδικασία αξιολόγησης είναι ικανοποιητική , το άτομο νιώθει ανανεωμένη την πίστη στις ικανότητές του ( kastenbaum, 1980).

Ο κ. Α καθώς αναπολεί το παρελθόν σκέπτεται πόσα πολλά έχει πετύχει και χαίρεται θυμάται ‘’*…. Δούλευα σαν οδηγός και μετά στις πετρελαιομηχανές ….οχτώ διπλώματα έχω ….όταν αξιοποιούσα τα παλιά εργαλεία που είχαμε και τα ξαναχρησιμοποιούσαμε ……τότε το εκτιμήσανε αυτό και με επιβραβευέσανε, χορηγώντας μου επίδομα…….’’*

Η διαδικασία όμως της αξιολόγησης δεν φέρνει πάντα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στιγμές αποτυχίας μπορεί να ξαναζωντανέψουν, λύπες και περιορισμοί μπορεί να λάμψουν περισσότερο έντονα από τα θετικά επιτεύγματα. Τότε το άτομο παραμένει χαμένο και απαρηγόρητο μέσα στο ναυάγιο. Τα κίνητρα και η εμπιστοσύνη που χρειάζεται για να συνεχίσει τη ζωή του γίνονται στάχτη και καπνός. Παρόμοια , η προκατάληψη ενάντια στους ηλικιωμένους μπορεί να κάνει τους άλλους ν΄ απορρίψουν τον ισχυρισμό του ατόμου για τις ικανότητές του, ακόμα κι όταν το ίδιο είναι σίγουρο γι ΄ αυτές. Μερικές ταπεινωτικές και καταστροφικές εμπειρίες είναι αρκετές, για να πείσουν ορισμένους ανθρώπους, ότι δεν αξίζει να αναφέρονται κάθε τόσο στις παλιές τους δάφνες, για να υποστηριχθούν.   
Η κ. Σ. είναι από αυτές τις περιπτώσεις που τα γεγονότα της ζωής της τη σημάδεψαν βαθιά θυμάται ..’’ …*όταν ήμουν 17χρονών πέθανε ο πατέρας σε τρεις μέρες κι έμειναν πέντε ορφανά αδέλφια, αυτή μεγαλύτερη έπρεπε να τα ζήσει…… μπήκε σε μια τράπεζα αλλά την εκμεταλλεύτηκαν και δήλωσε παραίτηση …..στην συνέχεια είχα αποτυχημένες προσπάθειες για εργασία ….μια ζωή περιπέτεια* …’’

Η στάση και οι προσδοκίες μας παίζουν σημαντικό ρόλο. Η κοινωνία μας διδάσκει στα παιδιά να ζουν με προσδοκίες, ενώ τους γέρους να παραιτούνται από αυτές. Όταν δεν περιμένομε από ένα άτομο να συμβαδίζει με τα καθημερινά γεγονότα, να παίρνει υπεύθυνες αποφάσεις, να συνεχίσει να μαθαίνει, να δημιουργεί και να αποτελεί φορέα αλλαγής, τότε το ίδιο τι να περιμένει όλα αυτά από τον εαυτό του; Το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να τρέφει ολόκληρες δεκαετίες την προσδοκία, ότι τα ηλικιωμένα άτομα δεν μπορούν να σκεφτούν καλά ούτε να απολαύσουν αρκετά τη ζωή τους. Βρίσκεται με άλλα λόγια θύμα των δικών του προσδοκιών. Είναι σπάνια η περίπτωση του ατόμου, που ξεπερνάει μια τέτοια στάση.

Ο κ. Α. πολυτάλαντος καθώς είναι συνθέτει μαντινάδες και διαψεύδει την πεποίθηση που έχουν οι φίλοι του για τις ικανότητες του *‘’αυτοί ξέρουν μόνο να παίζουν χαρτιά και τάβλι δεν θέλουν να κουράσουν το μυαλό τους…. ξέρουν να λένε ότι οι γέροι είναι ξεκουτιασμένοι εγώ όμως έχω αποδείξει το αντίθετο …τώρα τελειώνω το δεύτερο βιβλίο με μαντινάδες για την αγάπη…’’*

Οι ηλικιωμένοι δεν είναι πολύτιμοι μόνο για την κοινωνία αλλά και για τον ίδιο τους τον εαυτό. Πολλοί είναι αυτοί που κατορθώνουν σήμερα να ξεπερνούν σημαντικές δυσκολίες , να φροντίζουν την οικογένεια τους κάτω από αντίξοες συνθήκες, ν΄ ανοίγουν νέους δρόμους, να ιδρύουν επιχειρήσεις, να προσφέρουν ενέργεια και ιδέες, που βοηθούν στη διαμόρφωση του παρόντος και του μέλλοντος. Τα επιτεύγματά τους είναι πραγματικά, αξίζουν, λοιπόν, τόσο τον αυτοσέβασμό τους , όσο και το σεβασμό των άλλων. Νιώθουν ιδιαίτερη ικανοποίηση όταν βλέπουν τα παιδιά και τα εγγόνια τους να υψώνουν το φυσικό και πνευματικό τους ανάστημα. Τα παιδιά αντιπροσωπεύουν την ανανέωση και συνέχιση των αξιών που διατηρούν οι ηλικιωμένοι.

Ο κ. Θ. ευχαριστημένος καθώς είναι για την οικογένειά του λέει ‘*’….το ευτυχέστερο γεγονός είναι όταν ακούω τα παιδιά μου να συζητάνε δύσκολα θέματα ….τα καμαρώνω …τα μόρφωσα ….αυτός ήταν ο στόχος μου..αφού δεν τα κατάφερα εγώ …ήθελα τα παιδιά μου να μορφωθούν να στέκονται στην κοινωνία με ανάστημα …να τα καμαρώνουν’’*

Ένας ηλικιωμένος δεν χρειάζεται να είναι αποκλειστικά στραμμένος στο παρελθόν. Συχνά του προσφέρονται ευκαιρίες για ευχαρίστηση και αυτοπραγμάτωση. Οι καθημερινές πρακτικές ευθύνες μπορεί να μην του αφήναν παλιότερα το περιθώριο ν΄ ασχοληθεί με κάποιο ενδιαφέρον ή ταλέντο του. Ο επιχειρηματίας θα ανακαλύψει ίσως ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη ζωγραφική και η άλλοτε νοικοκυρά μπορεί να αναδειχθεί σαν πολιτική οργανώτρια. Έτσι , ο ηλικιωμένος αρχίζει να εκτιμά σιγά-σιγά την απελευθέρωσή του από το πιεστικό ωράριο, την ένταση του ανταγωνισμού και τη μονοτονία της καθημερινής ρουτίνας, που τον καθήλωναν στη δουλειά ή στο σπίτι. Εφοδιασμένος με τη πολύχρονη πείρα και γνώση του είναι σε θέση να εκμεταλλευτεί το χρόνο του καλύτερα απ΄ ό,τι όταν ήταν νέος.

Ο κ. Κ ο επιστήμονας 91χρονος που φοιτά στο Ανοιχτό Πανεπιστήμιο εξομολογείται ‘’*.. η επιθυμία μου είναι να μάθω πολλά ακόμα και τα οποία θα είναι πιο σωστά και τεκμηριωμένα από τους αξιότιμους και σοφούς για μένα κ. καθηγητές του Ανοιχτού Πανεπιστημίου… τι ωραιότερο και τι θαυμασιότερο από το να ακούς αυτές τις θαυμάσιες γνώσεις στην ηλικία που βρίσκομαι?..ένα μεγάλο ευχαριστώ σε αυτούς που με γνώρισαν και πίστεψαν στο άτομό μου….‘’*

Οι ηλικιωμένοι αντλούν ικανοποίηση κι από άλλους τομείς πέρα από το φιλοσοφικό ή δημιουργικό. Η ευχάριστη σωματική δραστηριότητα που βοηθάει επιπλέον στη διατήρηση της υγείας, είναι τομέας προσιτός για πολλούς ανθρώπους στα μετέπειτα χρόνια ( Kastenbaum, 1980).

Η κ.Ν. περιγράφει πόσο χαρούμενη νιώθει από τους μακρινούς περιπάτους που κάνει σε καθημερινή βάση και λέει χαρακτηριστικά ‘’…*αν δεν περπατήσω μια μέρα νιώθω το σώμα μου σκουριασμένο…… μετά από ώρες βόλτα στο λιμάνι είμαι σαν πουλάκι …γεμίζω τις μπαταρίες μου έτσι…’’*

Ο πρόεδρος Ρούσβελτ πέρασε στην αμερικανική λαϊκή παράδοση όχι μόνο για τα προεδρικά του κατορθώματα , αλλά και γιατί μετάτρεψε το εαυτό του από αδύναμο και ασθενικό έφηβο σ΄ ένα ασυνήθιστο ρωμαλέο ενήλικο. Με το πέρασμα των χρόνων, γινόταν υγιέστερος και σωματικά ικανότερος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η προσωπική προσπάθεια μπορεί να κάνει το σώμα ενός ανθρώπου πιο λειτουργικό στα γηρατειά από ότι στην εφηβεία(Κastenbaun,1982).

**6.2.6. Κοινωνική και οικογενειακή ζωή, πως επιδρούν στην ψυχολογία του υπερήλικα**

Για τους περισσότερους ανθρώπους η αίσθηση του ανήκειν αναπτύσσεται αρχικά στο οικογενειακό πλαίσιο, εν συνεχεία στην κοινότητα και στο εκπαιδευτικό , επαγγελματικό και φιλικό περιβάλλον.

Η σημασία που έχει για την ψυχική υγεία η ύπαρξη ενός έμπιστου προσώπου στον ύστερο βίο υποδηλώνει ότι η ‘’ πρόκληση’’, ιδίως για τους ηλικιωμένους άνδρες, είναι η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης με ένα ή δυο άτομα του περιβάλλοντος τους, κι όχι επένδυση όλης της συναισθηματικής τους ενέργειας στις συζύγους τους(Wenger, 1984).

Η κ. Σ εξομολογείται ότι ο άνδρας της είναι το πιο έμπιστο πρόσωπο που λέει τα προβλήματά της αφού εξάλλου δεν έχει και παιδιά : ‘’…κι όταν μαλώνομε ..έχομε έναν γείτονα και μας τα φτιάχνει ….’’ Λέει αστειευόμενη.

Σύμφωνα με τον Ishii-Kuntz(1990), αυτοί που κυρίως παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στους ηλικιωμένους είναι οι στενοί φίλοι, με τους οποίους οι σχέσεις είναι πιο ‘’ ισότιμες ‘’ . Οι συγγενικές σχέσεις θεωρούνται συχνά ‘’ υποχρεωτικές ‘’ και οι μεταξύ γενεών διαφορές ως προς τα ενδιαφέροντα, τις προσδοκίες κα τις εμπειρίες μπορεί να δημιουργούν πίεση , καταλήγοντας σε σχέσεις που έχουν μόνο συμβολικό ή τελετουργικό χαρακτήρα.

Συν τω χρόνο, οι άνθρωποι εξετάζουν πιο σχολαστικά τις σχέσεις τους με γνωστούς και φίλους, διατηρώντας αυτές τις οποίες εκτιμούν περισσότερο, γι ΄ αυτό και, όπως σημειώνει και ο Ishii-Kuntz ως τον ύστερο βίο σχηματίζεται αυτό που εκλαϊκευμένα αποκαλούμε ‘’ κοινωνικός κύκλος ’’ του ηλικιωμένου ατόμου, τον οποίο αποτελούν πολλά μέλη από το κοινωνικό δίκτυο.

Ο κ. Θ. έρχεται κάθε πρωί στο ΚΑΠΗ για χαρτιά ‘’…έχω τον κύκλο μου ..δεν με απασχολεί η μοναξιά…..’’ το ίδιο λένε και οι περισσότεροι εδώ μέσα στο χώρο των ΚΑΠΗ βρίσκουν τις παρέες τους και περνάνε καλά.

Πολλοί ηλικιωμένοι δεν θέλουν να γίνονται βάρος σε κανέναν, επιθυμούν μάλιστα να προσφέρουν και οι ίδιοι βοήθεια όπως τους προσφέρουν οι άλλοι. Αυτή η αμοιβαιότητα είναι πιο εύκολο να αναπτυχθεί στις φιλικές παρά στις οικογενειακές σχέσεις. Οι ηλικιωμένοι ενδέχεται να υποστηρίζουν οικονομικά τα παιδιά τους και να φροντίζουν τα εγγόνια τους. Η ανησυχία τους όμως μήπως τα επιβαρύνουν ή μήπως δεν ανταποκριθούν ανάλογα στις σχέσεις τους με αυτά μπορεί να μετατραπεί σε ’’*ψυχολογικό βάρος για τους ίδιους’’* (Ishii-Kuntz,1990).  
**‘’…**Εγώ τα βρίσκω με τη μοναξιά μου …μου αρέσει το διάβασμα ….το γράψιμο..εκεί βρίσκω νόημα..’’ λέει ο κ. Κ.

Αυτό που για κάποιον είναι απομόνωση και μοναξιά για κάποιο άλλο μπορεί να είναι γαλήνια μοναχικότητα. Ο Tornstam υποστηρίζει ότι αυτό που λείπει είναι η αντίληψη του νοήματος που το ίδιο το άτομο δίνει στη δέσμευση και την αποδέσμευση, και όχι του νοήματος που αποδίδουν οι γεροντολόγοι. Για τον Tornstam η αποστασιοποίηση μπορεί να αποτελεί ένα θετικό βήμα προς αυτό που αποκαλεί «υπέρβαση στην Τρίτη ηλικία» , κατά την οποία συντελείται ριζική επανακατασκευή της πραγματικότητας.

Η επανακατασκευή αυτή όμως δεν είναι απλώς ένας γνωστικός μηχανισμός άμυνας για να γίνει το ανυπόφορο υποφερτό. Ουσιαστικά, η μεταθεώρηση του ατόμου μετατοπίζεται από μια υλιστική και ορθολογική οπτική σε μια περισσότερο κοσμική και υπερβατική ( Λοϊζου, 2003).

H ‘’ *κοινωνική* ’’ απόσυρση συμβαίνει όχι επειδή η υπέρβαση της τρίτης ηλικίας την καθιστά αναγκαία, αλλά επειδή στη δική μας κοινωνία δεν υπάρχουν ρόλοι που να συμβιβάζονται με αυτήν την κατάσταση. Περισσότερο συνεργούμε στην ενοχοποίηση των ηλικιωμένων για την αποδέσμευσή τους ή για τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν πλέον τα πράγματα.

Η προτροπή για ‘’ *δραστηριοποίηση*’’ επομένως μπορεί να αποτελεί μια μορφή τυραννίας . Ο Τornstam υποστηρίζει ότι η ενδοσκόπηση είναι πιθανώς ένας από τους πιο σημαντικούς τρόπους για τον έλεγχο της υπόθεσης ότι τελικά υπάρχει μια συγκεκριμένη διεργασία που οδηγεί στην ‘’ *υπέρβαση της τρίτης ηλικίας* ’’που οδηγεί , μεταξύ άλλων, στη μείωση του εγωκεντρισμού με την παράλληλη ανάπτυξη μιας πιο κοσμικής αίσθησης του εαυτού, αλλά και σε μια αίσθηση συμπάθειας και συνάφειας με τις γενεές του παρελθόντος , του παρόντος και του μέλλοντος.

Η επιθυμία πολλών ανθρώπων να προσφέρουν φροντίδα μπορεί να υπονομευθεί, η δε αίσθηση του ‘’ ανήκειν ’’, που μπορεί να δημιουργήσει η αποδοχή φροντίδας, ενδέχεται να μετατραπεί σε απόρριψη ή κακομεταχείριση. Κανείς δεν θέλει να είναι ο ενεργητικός ή ο παθητικός υπεύθυνος για κάποια φαινόμενα που περιγράφονται στα πρωτοσέλιδα εφημερίδων με τίτλους : ‘’*Γιατί η γιαγιά είναι παραπεταμένη?To γεγονός όμως ότι το φαινόμενο των «παραπεταμένων γιαγιάδων’’*  υπάρχει μας δείχνει πόσο απελπιστικές και ολέθριες μπορεί να γίνουν οι ανθρώπινες σχέσεις(Weale, 1993). .

Η κ. Ν. στην ερώτηση για το κοινωνικό της περιβάλλον απαντά ‘’…*οι φίλοι μου είναι όλη η ζωή μου …..ελπίζω και βασίζομαι σε αυτούς ..αλλά κι εγώ από τη μεριά μου καλλιεργώ τις φιλίες μου….. έχω και πολλούς γνωστούς… έτσι ξορκίζω την μοναξιά μου…..’’* και συνεχίζει ’’*….με την κόρη μου δεν τα βρίσκω και οι συγγενείς μου είναι πολύ μακριά…’’*

Σύμφωνα με την Ιshii-kuntz (1990), αυτοί που κυρίως παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στους ηλικιωμένους είναι οι στενοί φίλοι, με τους οποίους οι σχέσεις είναι πιο ‘’*ισότιμες* ‘’. Οι φίλοι μπορούν επίσης να στηρίξουν εν μέρει τους ηλικιωμένους που έχουν βιώσει την απώλεια ενός μέλους της οικογένειας και ιδιαίτερα της συζύγου. Από τη στιγμή που η φιλία στηρίζεται στην αμοιβαία επιλογή και ανάγκη μεταξύ ισότιμων ατόμων που συναναστρέφονται κοινωνικά, επιτρέπει τη διατήρηση της αίσθησης χρησιμότητας και της αυτοεκτίμησης, και μάλιστα με μεγαλύτερη επιτυχία απ΄ότι επιτυγχάνουν πολλές σχέσεις συγγένειας όπως αυτές με τα παιδιά. Οι συγγενικές σχέσεις θεωρούνται συχνά ‘*’υποχρεωτικές’*’ και οι μεταξύ των γενεών διαφορές ως προς τα ενδιαφέροντα, τις προσδοκίες και τις εμπειρίες μπορεί να δημιουργούν πίεση, καταλήγοντας σε σχέσεις που έχουν συμβολικό ή τελετουργικό χαρακτήρα.

‘’ …*Δώρο ζωής είναι για μένα η αγάπη των φίλων μου…*’’ μας λέει ο κ.Α. και συνεχίζει ‘’*….με στήριξαν όταν έχασα τη γυναίκα μου κι έμεινα μόνος…σαν* την *καλαμιά στο κάμπο*… *αν δεν είχα κι αυτούς και εσάς στο ΚΑΠΗ τι θα απογινόμουν..’’’’*

Η αμοιβαία ικανοποίηση των συναισθηματικών αναγκών σε μια σχέση μπορεί να δημιουργήσει ένα αίσθημα ισότητας, έστω και αν αυτή φαίνεται άνιση από την άποψη της προσφοράς αντίστοιχης βοήθειας. Ακόμη και όταν ένα άτομο πεθαίνει και δεν μπορεί να ανταποδώσει τη βοήθεια που έλαβε, οι φιλίες μπορεί συχνά να προσφέρονται ως ‘’δώρο’’. Η Jerrome (1990) υποστηρίζει ότι στον πολιτισμό μας οι ‘’ *ηλικιωμένοι φίλο αξιολογούν τη στάση ενδιαφέροντος και συμπαράστασης από τη δυνατότητα τους να δέχονται φροντίδα χωρίς να νιώθουν την ανάγκη να την ανταποδώσουν αμέσως*.’’

Στην έρευνα μας φαίνεται πως οι γυναίκες συναισθηματικά να είναι πιο δυνατές και πως αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες με τις λιγότερες συναισθηματικές απώλειες. Οι άνδρες καταρρέουν ευκολότερα.

Οι Giesen & Datan (1980) έχουν ελέγξει την αλήθεια της άποψης ότι οι ηλικιωμένοι άνδρες είναι συναισθηματικά και ψυχολογικά λιγότερο εφοδιασμένοι από τις γυναίκες ώστε να ανταπεξέλθουν στις μεταβάσεις και στις αντιξοότητες του ύστερου βίου. Όπως υποστήριξαν, ο μύθος ότι τα γηρατειά είναι ταχύτερα και πιο σκληρά για τις γυναίκες από ό,τι για τους άνδρες έχει στην πραγματικότητα δύο όψεις. Οι γυναίκες στο δείγμα της μελέτης είχαν κατακτήσει ευρύτερο φάσμα εργασιακών δεξιοτήτων από τους συζύγους τους, είχαν αντιμετωπίσει και είχαν επιλύσει μεγαλύτερη ποικιλία συναισθηματικών και υλικών προβλημάτων, και δεν είχαν υποχρεωθεί να εγκαταλείψουν τον εργασιακό χώρο λόγω ηλικίας.

« *Εάν η πρότερη ικανότητα*, *εμπειρία και αίσθηση χρησιμότητας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για επιτυχή πορεία γήρανσης, τότε η ηλικιωμένη γυναίκα, την οποία αποτύχαμε να αναγνωρίσομε, βρίσκεται σε πλεονεκτικότερη θέση έναντι των ανδρών όσο αφορά την μετάβασή της στα γηρατειά* »( Μαλικιώση, 2003).

### 6.2.7.Επίπεδο ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας – ΚΑΠΗ

Οι ηλικιωμένοι που δεν είχαν άλλη επιλογή από τη φροντίδα των δικών τους ευπαθών γονέων είναι πιθανό να μην επιθυμούν να γίνουν ‘’βάρος’’ στα δικά τους παιδιά, αλλά και να μην ενθουσιάζονται με την ιδέα ότι θα δαπανήσουν όλες τις οικονομίες ή θα ρευστοποιήσουν την ακίνητη περιουσία τους για να καλύψουν τις υπηρεσίες φροντίδας στα γεράματά τους.

‘*’ Δεν είμαι ευχαριστημένος με τις υπηρεσίες υγείας που έχομε ούτε από το ΙΚΑ ούτε από το νοσοκομείο…. και ξοδεύω και ένα σωρό λεφτά έξω..τι να κάνομε δεν γίνεται κι αλλιώς…’* ’παραπονιέται ο κ. Γ.

Οι περισσότεροι είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ αν και τελευταία με την οικονομική κρίση υπάρχουν προβλήματα στη λειτουργία των κέντρων αυτών- έλλειψη προσωπικού, μειωμένος προϋπολογισμός-.

Πολλοί από αυτούς έχουν την πρόθεση να κληροδοτήσουν τα χρήματά τους στα παιδιά τους. Μπορεί να υποθέτουν ότι , ως μέλη μιας πολιτισμένης κοινωνίας, η μακρόχρονη συνεισφορά τους στην πολιτεία τους εξασφαλίζει την κρατική βοήθεια όταν παραστεί ανάγκη .

‘’*..Όλα τα σπίτια τα έχω δώσει στα παιδιά μου ….ελπίζω να μη με* *παραπετάξουν* …’’ λέει ο κ. Α. με αγωνία.

Ο κ.Χ. μονολογεί ‘’…*όλα τα χρόνια που εργαζόμαστε δίναμε τις εισφορές μας στα ασφαλιστικά μας ταμεία …είναι υποχρεωμένα να μας περιθάλψομε….’’*

Η επιβεβλημένη ατομική ευθύνη των ηλικιωμένων για τον εαυτό τους στο μέλλον ή των παιδιών τους προς τους γονείς τους ίσως τελικά δημιουργεί περισσότερα προβλήματα στις μεταξύ τους σχέσεις από τα οικονομικά προβλήματα που φαίνεται να προσπαθεί τουλάχιστον να επιλύσει η πολιτεία. *΄΄..Στα πούπουλα με είχε η κόρη μου όταν αρρώστησα να είναι καλά ..αλλά κι εγώ της πρόσφερα ό,τι μπορούσα όταν ήταν πιο μικρή*…. *τα εγγόνια μου εγώ τα μεγάλωσα*…’’ λέει η κ. Σ.

Όπως οι γιαγιάδες φαίνεται να παίζουν έναν πιο σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των εγγονιών, έτσι και οι κόρες είναι εκείνες που σε γενικές γραμμές αναλαμβάνουν τον κύριο ρόλο στη στήριξη της ‘’γιαγιάς’’ ή του ‘’παππού’’ όταν ο σύντροφος δεν είναι πλέον σε θέση να το κάνει.

Η παροχή φροντίδας ενυπάρχει και παγιώνεται σε σχέσεις όπως ο γάμος, η γονεϊκότητα και η συγγένεια , μέσα στις οποίες οι άνθρωποι νιώθουν υπεύθυνοι για τους συντρόφους, τα παιδιά ή τους γονείς τους και θεωρούν υποχρέωσή τους να τους φροντίσουν. Δεν πρόκειται για εθελοντικές σχέσεις, και αυτά τα συναισθήματα υποχρέωσης έχουν συνέπειες για τη ζωή τους , συχνά, σοβαρές συνέπειες.

Οι δημόσιοι φορείς δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα άτομα που προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας όπως ίσως κάποια πιο μακρινά μέλη του άτυπου κοινωνικού δικτύου π,χ, γείτονες τα οποία είναι δεδομένο ότι θα αποσυρθούν εάν η εμπλοκή τους δημιουργήσει πολλά βάρη. Οι περιθάλποντες δημιουργούν ηθικά προβλήματα στις υπηρεσίες πρόνοιας ακριβώς επειδή θεωρείται ότι δεν μπορούν να διεκδικήσουν άμεσα το δικό τους συμφέρον.

Ο Thompson και οι συνεργάτες του (1991) επισημαίνουν πόσο μεγάλο μπορεί να είναι το βάρος αυτό, παρά τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών όπως τα προγράμματα κατ΄οίκον βοήθεια και η παροχή γευμάτων σε άτομα με αναπηρίες( αν και , όπως υποστηρίζουν οι ίδιοι συγγραφείς, η επιρροή αυτών των υπηρεσιών έχει υπερεκτιμηθεί) χωρίς την κατάλληλη στήριξη.

‘’….*είμαστε τόσοι πολλοί οι ασφαλισμένοι εδώ στο ΙΚΑ που δεν φτάνουν οι γιατροί να μας εξυπηρετήσουν …..*’’ λέει ο κ.Γ. και συμπληρώνει η κ. Ξ. ‘’…*για ένα πρόβλημα στο μάτι μου έκλεισα ραντεβού ….σε 3 μήνες…. ως τότε μπορεί και να* *έχω στραβωθεί..τι να κάνω θα αναγκαστώ να πάω σε εξωτερικό γιατρό να πληρώσω..’’* λέει με παράπονο.

Στην έρευνα μας το επίπεδο ικανοποίησης είναι πολύ χαμηλό, οι ηλικιωμένοι το αποδίδουν στην μεγάλη ζήτηση που έχουν οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας - περίθαλψης αλλά και στο ανεξέλεγκτο και σε πολλές περιπτώσεις ανύπαρκτο πρόγραμμα οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών.

### 6.2.8. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα άτομα της τρίτης ηλικίας

Η ευάλωτη Τρίτη ηλικία δεν μένει ανεπηρέαστη από την κατάσταση στην οποία έχει επέλθει η χώρα τον τελευταίο χρόνο. Στην ερευνά μας φαίνεται ξεκάθαρα πόσο πολύ επηρεάζει και προβληματίζει τους ηλικιωμένους αυτό το γεγονός. Και ιδιαίτερα αφού αγγίζει τα παιδιά τους που μένουν χωρίς εργασία ή έχουν υποστεί πλήγμα στην υγεία τους από αυτήν την κρίση.

Η κ. Σ. στην έρευνά μας μιλάει για τα δάνεια που έχει ο ανιψιός της ‘’….*τώρα που τα πράγματα έχουν γίνει τόσο δύσκολα , ο ανιψιός μου πρέπει να πληρώσει και το δάνειο για το σπιτάκι που πήρε…. πως θα τα βγάλει πέρα… κι έχει κι εμάς να φροντίσει , πρέπει να του βοηθάμε κι όχι να μας βοηθά ….έτσι που έχουν γίνει τα πράματα…..’’*

Προ της κρίσης οι περισσότερες οικογένειες είχαν έναν δομημένο τρόπο ζωής με συγκεκριμένο προϋπολογισμό και τρόπο λειτουργίας. Οι διαφορετικές αντιλήψεις στη διαχείριση των οικονομικών και γενικά οι οικονομικές πιέσεις προκαλούν εντάσεις, συγκρούσεις και βάλλουν την ελληνική οικογένεια. Οι γονείς καλούνται να επαναπροσδιορίσουν τα οικονομικά τους, να οριοθετήσουν τις ανάγκες τους, να περιορίσουν τα έξοδά τους - αλλαγές που συνδέονται με έντονα συναισθήματα που διαχέονται στην οικογένεια ακόμη και στα παιδιά. Ιδιαίτερες δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι οικογένειες με δανειοδοτήσεις, πολλαπλά χρέη, παιδιά με φροντιστήρια ή σπουδές σε επαρχιακές πόλεις ή στο εξωτερικό και άτομα τρίτης ηλικίας που χρήζουν επίβλεψης και οικονομικής στήριξη**.**

Ο κ. Λ λέει χαρακτηριστικά: ‘’*….Για μένα το μέλλον σιγά σιγά αρχίζει να σβήνει ….για τους νέους ανησυχώ που παίρνουν πτυχία ……και τι δουλειές νομίζετε ότι κάνουν? …Μοιράζουν με τα μηχανάκια φαγητό… …γι΄ αυτούς λυπάμαι… τι ευτυχία να αισθάνεσαι όταν τα βλέπεις αυτά…’’*

Με την μείωση των μηνιαίων απολαβών του καλείται να προσαρμοστεί σε μια νέα τάξη πραγμάτων, νιώθει ότι στερείται ελέγχου του παρόντος και του μέλλοντος και οργίζεται γιατί θεωρεί ότι υφίσταται τις συνέπειες μιας κατάστασης στην οποία σε καμία περίπτωση δεν θεωρεί τον εαυτό του υπαίτιο.

Με τον μεγαλύτερο αριθμό των εργασιών να είναι υποδεέστερες των πνευματικών τους προσόντων, ικανοτήτων και δεξιοτήτων, ασταθείς και πρόσκαιρες, υποαμοιβόμενες και σε μεγάλο βαθμό μη εξελίξιμες συχνά οι νέοι θεωρούν ότι ο γάμος είναι απαγορευτικός από τη στιγμή που αδυνατούν να συντηρήσουν τον εαυτό τους. Πολλοί νέοι στερούνται επαγγελματικού προσανατολισμού ή αναρωτιούνται για το επαγγελματικό αντίκρισμα των σπουδών τους και αντιμετωπίζουν την μάστιγα της ανεργίας. Πολλοί εργαζόμενοι απολύονται ή φοβούνται ότι θα απολυθούν στο άμεσο μέλλον ή καλούνται να μειώσουν τις ώρες εργασίας τους και συνακόλουθα τις μηνιαίες απολαβές τους. Αυτό επηρεάζει τους ηλικιωμένους γονείς τους που προσπαθούν να βοηθήσουν όπως μπορούν και αν μπορούν βέβαια.

Ενώ ο κ.Α. απαντά :’’…*η κρίση είναι σημαντική για όλους , επηρεάζει όλο τον κόσμο, ……….να τα βρούνε αυτούς που τα πήραν …..τι φταίει ο μικροσυνταξιούχος … .περάσαμε δύσκολα εμείς εκείνα τα χρόνια ,φεύγαμε μετανάστες στην Γερμανία ,νόμιμοι, όχι σαν αυτούς εδώ που μας έφεραν ανεξέλεγκτους …….εμείς βγάζαμε χαρτιά… αυτοί τίποτα…’’ Μιλάει βέβαια για το κύμα μετανάστευσης των τελευταίων χρόνων στην Ελλάδα και τις επιπτώσεις του στη οικονομία της χώρας, και συνεχίζει λέγοντας… .’’…αν δεν ήταν αυτοί(*εννοεί τους μετανάστες*) δεν θα βούλιαζε το σύστημα της υγείας μας …ξέρεις ότι πάνε στα νοσοκομεία και δεν πληρώνουν τίποτα ….ανασφάλιστοι είναι …εμείς τους πληρώνομε….’’*

Τα οικονομικά προβλήματα, η ανεργία και κατά συνέπεια η απειλή της φτώχειας δημιουργούν αύξηση της καθημερινής παραβατικότητας και εγκληματικότητας σε όλα τα στρώματα της κοινωνίας και ειδικά στα ανυπεράσπιστα κι αδύναμα άτομα της τρίτης ηλικίας. Επιπρόσθετα τα οικονομικά προβλήματα δημιουργούν έντονες συναισθηματικές συγκρούσεις, ψυχική ένταση και άγχος που μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Τα προαναφερόμενα προβλήματα σε συνδυασμό με την ψύχωση μπορούν να προκληθούν από την καθημερινή αύξηση της εγκληματικότητας σε βάρος των ηλικιωμένων.

Η κ.Σ. είχε πρόσφατα ένα ανάλογο περιστατικό και περιγράφει πως της άρπαξαν την τσάντα και την έριξαν κάτω ;’’*….μόλις έβγαινα από το σπίτι της φίλης μου και γειτόνισσας ένα μηχανάκι περνάει από δίπλα μου και μου τραβά την τσάντα από τον ώμο …..έχασα την ισορροπία μου και έπεσα, σύρθηκα στο έδαφος …..ευτυχώς κανένα Άγιο είχα βοηθό και δεν έπαθα πράμα….’’*

Οι καινούργιες συνθήκες φέρουν νέα και άγνωστα δεδομένα για τη ζωή μας, πράγμα που από μόνο του προκαλεί μια ανασφάλεια αλλά και μια αίσθηση περιορισμού των δυνατοτήτων μας. Η αγανάκτηση, η ματαίωση, η μοναξιά και ο φόβος είναι κυρίως τα συναισθήματα που βιώνει κάποιος με σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Ακόμα και οι άνθρωποι που δεν έχουν πληγεί από αυτήν , φαντασιωτικά και μόνο υπό της επικείμενης απώλειας, μπορεί να διαταραχθούν, εμφανίζοντας νευρώσεις με αγχωτικά και μελαγχολικά στοιχεία.

Η κ. Ξ. διαμαρτύρεται για τα εγγόνια της που είναι χωρίς δουλειά ‘’*…. Να τους διώξομε και να κλείσομε τις πόρτες της χώρας να μην μπαίνουν… .παίρνουν τις δουλειές των παιδιών μας , μας κλέβουν και μας σκοτώνουν… ενώ γίνονται όλα αυτά στην χώρα ‘….υπάρχουν και αυτοί-οι πολιτικοί- με τους παχουλούς μισθούς τους που πάνε τώρα να μας κλείσουν τα ΚΑΠΗ, εμείς θα κάνομε τα πάντα να τα κρατήσομε…. εδώ περνάμε όμορφα… γιατί αυτοί (*εννοεί κράτος*) δεν θέλουν να δώσουν λεφτά στην κοινωνική πρόνοια*…’’ και συνεχίζει μουρμουρίζοντας ‘’…εγώ θα κόψω τώρα τις εκδρομές που έκανα γιατί δεν βγαίνω οικονομικά πρέπει να βοηθήσω τα παιδιά μου αυτά έχουν τώρα προτεραιότητα….’’

Η **παρούσα οικονομική κρίση** συνιστά μια σημαντική ανατροπή του καθιερωμένου τρόπου ζωής. Εδώ και πολλά χρόνια ο έλληνας έχει υιοθετήσει έναν κατεξοχήν υλιστικό τρόπο ζωής λαμβάνοντας επαγγελματικά, στεγαστικά και καταναλωτικά δάνεια και εκδίδοντας πολλαπλές πιστωτικές κάρτες. Στο μεγαλύτερο ποσοστό του ο λαός μας είχε αφενός ανοιχτεί οικονομικά πέρα των πραγματικών δυνατοτήτων του αφετέρου είχε προγραμματίσει σε μεγάλο βαθμό τη ζωή του.

Και η κ.Ν. πιο φιλοσοφημένη λέει’’*… δεν πειράζει χρειαζόταν αυτό(η καταστροφή της οικονομίας) να γίνει ….να μάθει ο άνθρωπος να περνά με τα απαραίτητα…. είχαμε ξεφύγει με τον καταναλωτισμό….. εγώ πάντα ήμουν συνειδητοποιημένη ..ίσως και γιατί δεν μου περίσσευαν τα χρήματα ποτέ ..ήξερα ποιες είναι οι ανάγκες μου …δεν ήμουν άπληστη…’’*

Παράλληλα σε ατομικό όμως επίπεδο κάθε άνθρωπος σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό του επίπεδο καθώς και την ιστορία του προβαίνει σε μια προσωπική νοηματοδότηση, δίνει δηλαδή ένα προσωπικό νόημα στην οικονομική κρίση και στη θέση του έναντι αυτής. Γενικότερα παρατηρώντας τη συμπεριφορά των ελλήνων πολιτών της τρίτης ηλικίας στην καθημερινότητά τους διαπιστώνουμε ότι διαφαίνεται μια διάχυτη ένταση, μια εσωτερική υπαρξιακή αγωνία, μια ετοιμότητα για σύγκρουση, ένας έντονος θυμός για την λήψη των οικονομικών μέτρων και ένας απροσδιόριστος φόβος για το μέλλον.

Η πιο τραγική ιστορία ήταν αυτή της κ. Μ. που έχει τον γαμπρό της με έμφραγμα του μυοκαρδίου στην εντατική ‘’….*είχε πολύ άγχος και χρώσταγε πολλά ….δεν πρόσεχε κι το έπαθε… την καημένη την κόρη μου σκέφτομαι και τα εγγόνια μου που θα μείνουν χωρίς προστασία …τους βοηθάω όσο μπορώ ,,,αχ τι πάθαμε ..’’*

*Ο κ. Γ. δείχνοντας μου το πορτοφόλι του που ήταν άδειο μου λέει ‘’…σε δέκα μέρες πληρώνομαι …..κοίτα …..πως θα περάσω….!!!!!’’*

Σε μελέτη των Huisman et al. (2003), και πριν έρθει σε αυτή την κρίση η Eλλάδα βρέθηκε να συγκαταλέγεται μεταξύ των χώρων εκείνων με τις μεγαλύτερες απόλυτες κοινωνικές και εισοδηματικές ανισότητες στην αυτοαναφερόμενη υγεία των ηλικιωμένων ατόμων.

Η απελπισία που νιώθει κάποιος μέσα σε αυτή την κατάσταση είναι δικαιολογημένη αλλά το πως αντιδρά έχει να κάνει με τις πεποιθήσεις του. Το παράδοξο είναι πως με το να κατανοήσει τι είναι αυτό που δεν μπορεί να αλλάξει, μπορεί αντίστοιχα να αποδεχτεί τους τρόπους με τους οποίους μπορεί μέχρι ένα σημείο να ελέγξει τη ζωή του(Ξανθάκη,Α.,2010).

# 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων ολοκληρώθηκε το καλοκαίρι του 2011, σε μια περίοδο έντονων ανακατάξεων και σημαντικών αλλαγών σε όλα τα επίπεδα ζωής του ελληνικού πληθυσμού. Φυσικά τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι δέκτες των προβλημάτων που έχουν προκύψει και τα οποία δείχνουν να επηρεάζουν τον ύστερο βίο τους.

Ξεκινώντας την έρευνά μας και αναλύοντας το δημογραφικό προφίλ των ατόμων που λάβανε μέρος στη συζητήσεις μας βλέπομε ότι στην πλειοψηφία τους κατάγονται από αγροτική οικογένεια κι κάποιοι από αυτούς έχουν αλλάξει πολλά επαγγέλματα μέχρι τη σύνταξη .Κάτι λιγότερο από τους μισούς υπηρέτησαν ως δημόσιοι υπάλληλοι ενώ είχαμε κι επιτυχημένους επαγγελματίες με ικανοποιητικό εισόδημα. Επίσης υπήρξαν κι αυτοί που με πολύ μόχθο κι εργασία κατάφεραν να έχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής.

‘Οσο αφορά το επίπεδο μόρφωσής τους βρίσκομε τους μισούς να έχουν τελειώσει το δημοτικό, τέσσερα άτομα να έχουν πάει γυμνάσιο ενώ μόλις δύο άτομα να έχουν φοιτήσει σε ανώτερες σχολές .

Σε μελέτες που έχουν γίνει διεθνώς τα αποτελέσματα των οποίων έχουν αναδείξει τη βαρύτητα των εκπαιδευτικών πόρων ως προς τη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων υγείας με τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου να αυτοαναφέρουν ότι η υγεία τους ήταν σε ικανοποιητικότερα επίπεδα, όπως εξίσου ικανοποιητική ήταν η σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα ενώ τα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας ήταν χαμηλά ( Carlson, 2000, Marmot et al, 1997).

Ένα πείραμα των Holland and Rabbitt (1992b), κατέδειξε ότι όταν οι συμμετέχοντες (στο πείραμα) καλούνταν να επεξεργαστούν αναλυτικότερα ένα κείμενο, εμβαθύνοντας περισσότερο, τότε μπορούσαν να θυμηθούν πιο πολλές λεπτομέρειες του. Η εργασία αυτή θεωρείται ότι προάγει την ‘*’ εις* *βάθος επεξεργασία* ‘’ ή τον ευρύτερο στοχασμό για ορισμένες πτυχές του συγκεκριμένου έργου. Επιπλέον η παροχή ενός προφανούς κινήτρου μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς ‘*’οι ηλικιωμένοι φαίνεται να διαθέτουν ανεξάντλητες δεξιότητες , ανάσυρσης , τις οποίες μπορούν να χρησιμοποιήσουν όταν έχουν επαρκή κίνητρα’*’ (Storandt, 1992).

Η δυνατότητα που έχουμε να αξιοποιήσουμε δημιουργικά τον ελεύθερό μας χρόνο συμβάλλει στην προσωπική μας ευεξία. Η διάθεση που έχουν τα άτομα άνω των 50+ να αναπτύξουν δημιουργικές ασχολίες στον ελεύθερο χρόνο τους, αποτελεί ιδιαίτερη ευχαρίστηση γι´ αυτούς ([www.50plus.gr](http://www.50plus.gr/)).

Αυτή η άποψη εκφράζεται σε ανακοίνωση που εκδόθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή τον Οκτώβριο του 2006. Η ανακοίνωση προωθεί τη δια βίου εκπαίδευση και τονίζει την ανάγκη για εκπαίδευση των ενηλίκων τόσο στην εργασιακή όσο και στην κοινωνική και προσωπική ζωή. Η φράση «*δεν μπορείς να διδάξεις καινούργια κόλπα σε ένα γέρικο σκυλί»* δεν ισχύει, αφού οι μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει ικανότητα για μάθηση μέχρι τα τελευταία χρόνια της ζωής μας([www.travelagentsproject.org](http://www.travelagentsproject.org) ).

Η μάθηση δεν πρέπει να θεωρείται εργαλείο μόνο για την απόκτηση κερδών μέσα από το πρίσμα του εργασιακού βίου, αλλά έχει και μια ξεχωριστή αξία μέσα από μια ευρύτερη οπτική της ανθρώπινης ανάπτυξης και προόδου.

Έτσι επιβεβαιώνεται η ερευνητική μας υπόθεση ότι η μάθηση και η επιμόρφωση των ηλικιωμένων είναι πηγή ανάπτυξης ευημερίας. Οι νοητικές ασκήσεις κρατούν τους ηλικιωμένους ξύπνιους. Η εκπαίδευση ενηλίκων βοηθά αυτούς που συνταξιοδοτούνται να ζήσουν με αξιοπρέπεια και να παραμείνουν ενεργοί πολίτες

Παρόλο που η εξ αποστάσεως εκπαίδευση αποτελεί μία από τις κύριες μεθόδους εκπαίδευσης των ενηλίκων στην Ευρώπη, δεν έχει δυστυχώς αντίστοιχη ανταπόκριση στη χώρα μας. Σύμφωνα με μια έρευνα για τη δια βίου εκπαίδευση, πάνω από τα 3/5 των ερωτηθέντων Ελλήνων δεν κατέχουν ικανότητες χρήσης νέων τεχνολογιών. Μια άλλη έρευνα παρακολούθησης της τρίτης ηλικίας έδειξε ότι η Ελλάδα βρίσκεται τρίτη από το τέλος στη χρήση του διαδικτύου και ότι αυτή η χρήση είναι συγκεντρωμένη στις ηλικίες μεταξύ 50 και 59 με υψηλά επίπεδα μόρφωσης. Παράλληλα, πολλοί Έλληνες θεωρούν τη δια βίου εκπαίδευση ασήμαντη. Τέσσερις στους πέντε Έλληνες δεν έχουν συμμετάσχει σε προγράμματα εκπαίδευσης ή κατάρτισης τον τελευταίο χρόνο και οι μισοί από αυτούς δηλώνουν ότι δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα ( ([www.50plus.gr](http://www.50plus.gr/))

Τα δίκτυα «55+ χωρίς σύνορα» του Ευρωπαϊκού προγράμματος «TraVeL AGEnts» που δημιουργήθηκαν στην Ελλάδα, Κύπρο, Ιταλία, Γερμανία, Φινλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σλοβακία, Τσεχία και Εσθονία για άτομα άνω των 55 που ενδιαφέρονται να αναπτύξουν τις ικανότητές τους και να διευρύνουν τις δραστηριότητές τους στους τομείς της διοργάνωσης διαπολιτισμικών ανταλλαγών, του υπεύθυνου τουρισμού και του εθελοντισμού, διοργάνωσαν συναρπαστικά πιλοτικά ταξίδια στις χώρες του προγράμματος. Αντιπρόσωποι από κάθε εθνικό δίκτυο επισκέφτηκαν τις άλλες χώρες για να αξιολογήσουν τις ταξιδιωτικές προτάσεις που σχεδιάστηκαν από τους συναδέλφους τους TRAVeL AGEnts ([www.health.in.gr](http://www.health.in.gr/))

Η Γραμμή Ζωής είναι μία Μη Κυβερνητική Οργάνωση που συστάθηκε το Μάιο του 2006 υπό τη μορφή Κοινωφελούς Μη Κερδοσκοπικού Σωματείο. Το πρόγραμμα δράσης της ΜΚΟ αφορά όλους τους ηλικιωμένους (65 ετών και άνω) ανεξάρτητα από την οικονομική ή την οικογενειακή τους κατάσταση. Η ΜΚΟ, στο πλαίσιο του προγράμματος «*Κι Εσύ Μπορείς Να Βοηθήσεις*», κυκλοφορεί τη μηνιαία εφημερίδα **«***ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ – Η Εφημερίδα για την* *Τρίτη ηλικία»* με στοχευμένο αναγνωστικό κοινό 60 ετών και άνω και περιλαμβάνει ποικίλα θέματα κοινωνικής, πολιτιστικής, πολιτικής και καλλιτεχνικής φύσεως. Η μόνιμη στήλη «Το Βήμα των Αναγνωστών» δίνει την δυνατότητα στους αναγνώστες της (κυρίως ηλικιωμένους) να εκφράζονται μέσα από την εφημερίδα που ουσιαστικά τους ανήκει, και συγχρόνως να μεταδίδουν τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους.([www.lifelinehellas.gr](http://www.lifelinehellas.gr/))Το Κολέγιο Αθηνών, στα πλαίσια των μορφωτικών του στόχων, υλοποιεί πρόγραμμα επιμόρφωσης ενηλίκων.( [www.haef.gr](http://www.haef.gr/)).

‘Οπως βλέπομε έχουν ξεκινήσει προγράμματα κυρίως που απευθύνονται στην Τρίτη ηλικία και σαν στόχο έχουν την κινητοποίηση των ηλικιωμένων σε νοητικό και κοινωνικό επίπεδο. Σε επίπεδο Δήμων(όπως στο Δήμο Χανίων) υλοποιούνται κάποια προγράμματα όπως είναι το «Ανοιχτό Πανεπιστήμιο» που έχουν μεγάλη αποδοχή από τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Δεν είναι όμως αρκετά για να καλύψουν όλες τις ανάγκες σε επιμόρφωση που χρίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Καλό θα ήταν η πολιτεία να ενδυναμώσει τις δράσεις της ως προς αυτό τον τομέα γιατί όπως λέει και μια κινέζικη παροιμία: «*Όταν σχεδιάζεις για ένα χρόνο, να σπέρνεις σιτάρι. Όταν σχεδιάζεις για μια δεκαετία, να φυτεύεις δέντρα. Όταν σχεδιάζεις για μια ζωή, να καταρτίζεις και να εκπαιδεύεις ανθρώπους*»

Δείκτης των συνθηκών υγείας των ηλικιωμένων ατόμων θεωρήθηκε εκείνος της αυτοαναφερόμενης υγείας επειδή θεωρείται ότι ‘*’διασφαλίζει ένα αποτελεσματικό τρόπο στον προσδιορισμό του γενικού επιπέδου υγείας’’(*Ζimmer et al, 2000). Tα αποτελέσματα για το δείγμα μας , εμφανίζονται να έρχονται σε αντίθεση με μελέτες της ελληνικής βιβλιογραφίας , όπως αυτή των Κυριόπουλο και συν, (2003) σύμφωνα με την οποία το 70,2% των ερευνώμενων βρέθηκαν να αξιολογούν την υγεία τους ως πολύ καλή και καλή , ενώ είναι σε συμφωνία με τη έρευνα της .Πασσά , Μεράκου,( ΕΣΔΥ,2010) που έγινε στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας στην ΕΣΔΥ και που έδειξε ότι το 51,5% των ερευνώμενων αξιολογούσαν την υγεία τους από εξαιρετική έως καλή. Οι διαφοροποιήσεις αυτές αποδίδονται σε σημαντικό βαθμό στο ότι ο πληθυσμός –στόχος της εν λόγω εργασίας αφορούσε κυρίως άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, με τη άνοδο της ηλικίας να συνάδει εκ των πραγμάτων με τη χειροτέρευση των υποκειμενικών εκτιμήσεων του επιπέδου υγείας (Schieman et al, Zimmer et al, 2000).

Επίσης , τα ευρήματα της συγκεκριμένης εργασίας βρίσκονται σχεδόν σε συμφωνία με εκείνα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σύμφωνα με τα οποία το 41,2% των ελλήνων ηλικίας 65-74, το 28,3% εκείνων ηλικίας 75-84 και το 12,8% των ατόμων άνω των 85 αξιολόγησαν την υγεία τους από καλή έως πολύ καλή, ενώ οι γυναίκες σύμφωνα και με τα ευρήματα αυτά εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένες με το γενικότερο επίπεδο υγείας τους (European Commision, 2003)

Οι γυναίκες της έρευνας μας μίλησαν για ψυχολογικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και κάποια από αυτές είχε φτάσει ως την κατάθλιψη. Το παραπάνω συμπέρασμα συμφωνεί με την έρευνα που είχε κάνει η Στυλιανοπούλου, Κουλιεράκης, ( ΕΣΔΥ ,2009) σύμφωνα με τα αποτελέσματα της οποίας 70,6% των γυναικών έναντι 29,4% των ανδρών εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα δηλ. το ποσοστό είναι διπλάσιο στις γυναίκες.Αυτό επιβεβαιώνεται και από ευρήματα προηγούμενων ερευνών (Μπαμπάτσικου, 2007; Σπυρόπουλος και συν.,μ 2004; Argyriadou et al 2001; Mixailidis, 2000). Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών σε σχέση με των ανδρών όπου σε μεγαλύτερες ηλικίες αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης Ψυχικών Διαταραχών και στο ότι πιθανά οι άνδρες να δέχονται την φροντίδα των συζύγων τους (Μάινα, 2008β)

Επιβεβαιώνει επίσης ερευνητική μας υπόθεση ότι δηλ. οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερες- ψυχικές κυρίως- δυσκολίες από ότι οι άνδρες.

Η ανομοιογένεια που παρατηρείται στις ερμηνείες που αποδίδονται μεταξύ των δύο φύλων στην έννοια της υγείας έχουν αποτελέσει αντικείμενο διερεύνησης και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών έρχονται σε συμφωνία με εκείνα των αναπτυγμένων χωρών, εμφανίζοντας τις ηλικιωμένες γυναίκες να βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τους άντρες, γεγονός το οποίο θεωρείται ότι επιτείνεται περισσότερο από την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και το προηγούμενο εργασιακό καθεστώς(Kabir, Tishelman, Aygero - Torrew, Chowdhury, Winblad & Hojer, 2003 ; et al, 2003).

Επιπρόσθετα, υπάρχει σημαντική αντιστοιχία μεταξύ των δεικτών της φυσικής και ψυχικής τους υγείας με το βαθμό ανησυχίας για την υγεία τους(Young, Dobson & Byles, 2001). H ερμηνεία αυτή φαίνεται να συμβαδίζει με τα ευρήματα της μελέτης των Addis & Mahalik (2003), κατά τα οποία δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των αισθημάτων θλίψης μεταξύ ανδρών και των γυναικών, στα αισθήματα αυτά η ανάγκη των γυναικών, μέσω της αναζήτησης της αντίστοιχης φροντίδας, συνηθίζεται να είναι περισσότερο έντονη σε σχέση με αυτήν των αντρών.

Από την έρευνα της κ. Στυλιανοπούλου Χ. και Κουλιεράκη Γ. που έγινε το 2009(ΕΣΔΥ) προέκυψε ότι 30,28% του δείγματος που εξετάστηκε εμφάνιζε καταθλιπτικά φαινόμενα.

Τα ευρήματα της έρευνας μας φαίνεται να επιβεβαιώνουν ερευνητική υπόθεσή μας ,ότι δηλ. η εκτίμηση που έχουν για την υγεία τους συνάδει με την αυτοεκτίμησή τους.

Ο φόβος της μοναξιάς, η ανάγκη για τρυφερότητα και αγάπη καθώς και ο φόβος για το μέλλον είναι συναισθήματα που οδηγούν τα άτομα της μελέτης μας να βρίσκουν καταφύγιο στο πνευματισμό .Όλα τα ηλικιωμένα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι βαθιά θρησκευόμενα. Εκκλησιάζονται ανελλιπώς ενώ τηρούν όλα τις νηστείες και τα μυστήρια που τις συνοδεύουν.

Σύμφωνα με τον Froggart(1991) σε ένα άρθρο του με τίτλο ‘’ Inner beliefs’’ (εσωτερικές πεποιθήσεις) γράφει:

‘’ *‘Oσοι βρίσκονται τώρα σε μεγάλη ηλικία μεγάλωσαν ως επί το πλείστον σε περιβάλλον στο οποίο υπήρχαν κάποιες θρησκευτικές πρακτικές. Η ανάπτυξη της αίσθησης του πνευματικού στοιχείου συνδέεται με την αναγνώριση της παρουσίας του Θεού στη ζωή. Εφόσον έχει δομηθεί αυτή η αίσθηση , το άτομο δεν μπορεί να την αγνοήσει ή να την αρνηθεί χωρίς να νιώσει ότι κλονίζεται η αίσθηση του εαυτού. Οι θρησκευτικές τελετουργίες δίνουν ρυθμό και σκοπό στη ζωή. Οι θρησκευτικές τελετουργίες δίνουν ρυθμό και σκοπό στη ζωή. Για όσους γερνούν η πνευματική έκφραση προσφέρει ανακούφιση και στήριξη. Πολλοί ηλικιωμένοι είναι σε θέση να διατηρήσουν την πνευματική τους ζωή για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ΄ όσο μπορούν να διεκπεραιώσουν έναν κατάλογο με ψώνια*.’’

Έτσι επιβεβαιώνεται η ερευνητική μας υπόθεση ότι η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα των ηλικιωμένων παίζει σπουδαίο ρόλο στη ζωή τους .

Eδώ όμως υπάρχουν προβλήματα. ‘Όπως τονίζει ο Κoening (1990), γίνονται πολλές συζητήσεις για το πόσο οι θρησκευτικές συμπεριφορές και γνωστικές λειτουργίες ‘’ συνιστούν πράγματι υγιείς αντιδράσεις αντιμετώπισης ή αντανακλούν περισσότερο κάποια υποκειμενική παθολογία ενός ασταθούς και ανασφαλούς ατόμου’’. Ο Jung θεωρούσε τις θρησκευτικές πεποιθήσεις υγιείς, ενώ ο Freud νευρωτικές. Ο Freud ανέφερε ότι η θρησκεία είναι κάτι που δημιούργησε ο άνθρωπος για να βοηθηθεί να αντιμετωπίσει τις ανασφάλειές του και την αίσθηση αδυναμίας του απέναντι στις πανίσχυρες και ανεξέλεγκτες δυνάμεις της φύσης, όπως η γήρανση και ο θάνατος. Αντίθετα ο Jung υποστήριξε ότι οι άνθρωποι ανέκαθεν και παντού ανέπτυσσαν αυθόρμητα μορφές θρησκευτικής έκφρασης και ότι αρχής κόσμου η ανθρώπινη εμπειρία μεταδίδεται μέσω θρησκευτικών ιδεών και συναισθημάτων.

Είναι συνηθισμένο φαινόμενο, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι να νιώθουν μόνοι και απομονωμένοι. Η μοναξιά και η απομόνωση είναι συναισθήματα των ηλικιωμένων που εμφανίζονται όχι μόνο στη χώρα μας, αλλά και σε άλλες χώρες, παγκοσμίως.

Στην παρούσα έρευνα εκφράστηκαν παράπονα για αισθήματα μοναξιάς από δύο άτομα τα οποία ζούσαν στην ουσία μόνοι χωρίς σύντροφο.

Μια άλλη βασική αιτία  που προκαλεί τα συγκεκριμένα συναισθήματα είναι ότι το χαμηλό εισόδημα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, το οποίο προέρχεται από τη χαμηλή σύνταξή τους, τους επηρεάζει αρνητικά, καθιστώντας αδύνατον να καλύψουν ακόμη και τις βασικές τους ανάγκες, πόσο μάλλον να συμμετάσχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες. Επιπρόσθετα, τα προβλήματα υγείας που καλούνται ν’ αντιμετωπίσουν στέκονται ως εμπόδιο για να μπορέσουν να νιώσουν κοινωνικοί και σε πολλές περιπτώσεις η έλλειψη της οικογένειας και των φίλων είναι πιθανό να επηρεάσει την υγεία και την ψυχολογία των ηλικιωμένων.

Ένας βασικός παράγοντας που τα άτομα της τρίτης ηλικίας νιώθουν αποξενωμένα και περιθωριοποιημένα είναι εξαιτίας της διαφορετικότητας των απόψεών τους με τους νέους, η οποία οδηγεί σε διαφωνία και δημιουργεί το ‘χάσμα γενεών’.

Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να συμβαδίζουν με την τεχνολογική πρόοδο, απ’ όπου η εξέλιξη, η πρόοδος και η πληροφορία εξαρτώνται, εξαιτίας της έλλειψης βασικών γνώσεων.

Η ανάγκη για αγάπη και οικειότητα για τους ηλικιωμένους είναι ανάλογη με αυτή την ανάγκη των μικρών παιδιών ενώ αυτή αυξάνεται όσο περνάνε τα χρόνια με τους ηλικιωμένους που βρίσκονται στην τέταρτη ηλικία να την επιθυμούν περισσότερο. Σε αυτό το σημείο η ερευνητική υπόθεση συμπίπτει με το αποτέλεσμα.

Σε ανάλογο αποτέλεσμα κατέληξε και η έρευνα που έκανε η ψυχολόγος κ. Αβεντισιάν – Παγοροπούλου(2000) για το πώς το υποστηρικτικό δίκτυο επιδρά στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων

Η έρευνα αυτή δίνει πολλές και χρήσιµες πληροφορίες που µπορούν να αξιοποιηθούν για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στην ευαίσθητη µεγάλη ηλικία. Σύμφωνα με τη δηµοσίευσή της αναδεικνύεται το ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο ως ένας από τους πιο αποφασιστικούς παράγοντες που προάγουν την ψυχική υγεία στην Τρίτη Ηλικία. Προσκοµίζονται ερευνητικά στοιχεία για τη διαφοροποίηση της ίδιας της έννοιας της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στον παραδοσιακό και τον αστικό χώρο. Επισηµαίνεται η καλλιέργεια των υγιών σχέσεων µε παιδιά και εγγόνια ως κορυφαίος υγειογενετικός παράγοντας για τους Έλληνες ηλικιωµένους. ∆ιερευνάται περαιτέρω η ικανότητα και προθυµία των ηλικιωµένων να δηµιουργήσουν σχέσεις εµπιστοσύνης µε πρόσωπα εκτός οικογενείας. Τέλος, εκτιµάται η εκδήλωση καταθλιπτικής συµπτωµατολογίας των ηλικιωµένων σε σχέση µε το φύλο, τον τόπο κατοικίας τους και τη συχνότητα των επισκέψεων που δέχονται(Αβεντισιαν-Παγοροπούλου,2000)

Tα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας φαίνεται να συμφωνούν με την ερευνητική μας υπόθεση ότι δηλαδή η υποστήριξη της οικογένειας και του κοινωνικού περίγυρου επιδρά ενισχυτικά στο ηλικιωμένο άτομο και συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας μας.

Αυτή η ανάγκη για αγάπη πυροδοτεί την ανάγκη για αλληλοβοήθεια και εθελοντισμό. Μέσω αυτού γίνεται διοχέτευση ενέργειας κι εκλύονται πολύ βασικά αισθήματα αλτρουϊσμού και αλληλεγγύης.

Ο εθελοντισμός είναι ένα θέμα που αγγίζει όλους, ανεξαρτήτως κοινωνικής τάξης και επαγγελματικής ιδιότητας. Συνιστά μια εξαιρετική επιμορφωτική λειτουργία που ενδυναμώνει την κοινωνική αλληλεγγύη, ενισχύει την ενεργό συμμετοχή και τη συνύπαρξη, προσδίδοντας νέο περιεχόμενο στη ζωή μας. Συνεδριάζει « *τον έρωτα του ερασιτέχνη, τη συνέπεια του επαγγελματία, την πειθαρχία του στρατιώτη και την ανιδιοτέλεια του ανώτερου ανθρώπου».* Το συμπέρασμα αυτό συνάδει με την ερευνητική μας υπόθεση ότι δηλαδή το αίσθημα αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας επιδρά θετικά στον ψυχισμό των ηλικιωμένων.

Κανείς δεν αμφιβάλλει ότι οι εθελοντές είναι καλό για την κοινωνία. Στην πραγματικότητα, όλες τις κοινωνίες εξαρτώνται από τους εθελοντές, για να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που άλλοι κοινωνικοί και πολιτικοί θεσμοί δεν μπορούν να λύσουν από μόνες τους. Έχοντας μια μεγάλη και δραστήρια ομάδα των εθελοντών είναι ένα από τα χαρακτηριστικά μιας υγιούς κοινωνίας. Σαφώς, οι εθελοντές έχουν την τάση να απολαύσουν μια αίσθηση προσωπικής ικανοποίησης, βοηθώντας τους άλλους, και τα πρόσφατα ευρήματα δείχνουν ότι αυτό το συναίσθημα μπορεί να είναι ένας σημαντικός λόγος που πολλοί άνθρωποι επιλέγουν να γίνουν εθελοντές.

Ένα αυξανόμενο σώμα της κοινωνικής επιστήμης -όχι της ελληνικής- έχει διερευνήσει τα οφέλη του εθελοντισμού για τους εθελοντές, ιδιαίτερα για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Εκτός από τη μέτρηση για τα οφέλη στην ψυχολογία, η έρευνα παρέχει μερικά εκπληκτικά αποτελέσματα:

Η έρευνα που έγινε στον Καναδά ρίχνει φως στους μηχανισμούς που εμπλέκονται με την επιτυχημένη γήρανση και δείχνει ότι τα οφέλη του εθελοντισμού μπορεί να είναι πιο σημαντικά για τους μεγαλύτερους σε ηλικία από ότι σε νεαρότερους υπερήλικες (Neenah,Chappel,1999). Οι μελέτες έδειξαν ότι το 70% των ηλικιωμένων απολαμβάνουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής από ότι το μέσο όρο των μη εθελοντών. Επίσης έρευνα του 1992 σε γυναίκες εθελόντριες οι οποίες εξετάσθηκαν για μια περίοδο 30 ετών αποκάλυψε ότι αυτές που ήταν εθελόντριες Διατηρούσαν πολύ υψηλά τα επίπεδα των λειτουργικών τους ικανοτήτων σε σχέση με τις μη εθελόντριες(Phyllis ,Moen,1992)

Επίσης σε μελέτη της Stephanie L. Brown το 2003 υποστήριξε ότι μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες που υποστήριξαν το/τη σύζυγο ,συγγενή ή γείτονα είχαν μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας. Αντιθέτως αυτοί που λάμβαναν τη στήριξη από τους άλλους δεν είχε καμία επίδραση στη θνησιμότητα.

Όμως και πιο πρόσφατες έρευνες που έγιναν το 2003 από τους Musick και Wilson, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο αντίκτυπος του εθελοντισμού για τη μείωση της κατάθλιψης ήταν "σημαντικά μεγαλύτερη για τους ηλικιωμένους από ό, τι για τους νέους»όμως επτά διαχρονικές μελέτες που κυμαίνονται από τρία έως 30 χρόνια συμφώνησαν με τις προηγούμενες αναφορές , και ανέφεραν μια θετική σχέση ανάμεσα στην συμμετοχή σε εθελοντικές ομάδες και την υγεία (FW Young and N. Glasgow,1998)

Το εξής σχόλιο γραμμένο το 1902 από τον Edmund Sanford, εύγλωττα συνοψίζει την υπόθεση για τον εθελοντισμό στην μετέπειτα ζωή τους: "*Το πραγματικό μυστικό της μια ευτυχισμένη τρίτης ηλικίας υφίσταται μία ακόμη φορά στην υπηρεσία για τους άλλους που διεξάγεται στο τέλος της ζωής - μια υπηρεσία η οποία, από τη μια πλευρά, δίνει αιώνιο ενδιαφέρον για τη ζωή, κάνοντας το παλιό [άτομο] για να συμμετάσχει στους τη ζωή όλων εκείνων γι 'αυτόν, και από την άλλη, να τον περιβάλλει με την αγάπη σε αντάλλαγμα’’.*

Συν το χρόνο, οι άνθρωποι εξετάζουν πιο σχολαστικά τις σχέσεις με γνωστούς και φίλους, διατηρώντας αυτές τις οποίες εκτιμούν περισσότερο, γι΄ αυτό ως τον ύστερο βίο σχηματίζεται αυτό που εκλαϊκευμένα αποκαλούμε‘’ κοινωνικός κύκλος’’ του ηλικιωμένου, τον οποίο συγκροτούν πολλά μέλη από το κοινωνικό του δίκτυο(Μαλικιώση-Λοϊζου, 2003). Αυτό εξηγεί εν μέρει ένα απρόσμενο εύρημα ’’ *ότι η ικανοποίηση που αντλούν οι ηλικιωμένοι από τη ζωή του σχετίζεται λίγο με την ποσότητα ή την ποιότητα των επαφών τους με νεώτερα μέλη της οικογένειας, αλλά παρουσιάζει μεγάλη συνάφεια με την ποσότητα , και την ποιότητα των σχέσεων τους με φίλους’*’.(Ishii-Kuntz,1990).

Οι ηλικιωμένοι στην πλειονότητά τους μέσα στα ΚΑΠΗ έχουν αναπτύξει κοινωνικό κύκλο τέτοιο ώστε να μην επιβαρύνουν την οικογένειά τους.

Αυτό επιβεβαιώνει και την ερευνητική μας υπόθεση ότι η ύπαρξη οικογενειακού και κοινωνικού περίγυρου φαίνεται να επιδρά θετικά στις ανάγκες τους. Η ανησυχία τους αυτή όμως πολλές φορές μπορεί να μετατραπεί σε ΄΄*ψυχολογικό βάρος για τους* *ίδιους* ‘’. Οι σχέσεις με τους φίλους είναι πιο ΄΄*ισότιμες*‘’ από ότι οι συγγενικές σχέσεις οι οποίες θεωρούνται ‘’*υποχρεωτικές*’’.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συνδέονται με εκείνα άλλων μελετών πάνω στις ανθρώπινες σχέσεις των ηλικιωμένων. Ερευνητές από το Πανεπιστήμιο *Κορνελ* της Νέας Υόρκης με επικεφαλής την *Δρ Έριν Γιορκ Κορνγουελ* διαπίστωσαν ότι μεταξύ σχεδόν 3.000 Αμερικανών ενηλίκων 57-85 ετών, όσοι είχαν ελάχιστες κοινωνικές διασυνδέσεις είχαν λιγότερο πιθανό να περιγράφουν την σωματική τους υγεία ως καλή ή εξαιρετική. Εν τω μεταξύ, όσοι ήταν κοινωνικά απομονωμένοι, ακόμη κι αν είχαν φίλους, οικογένεια και κοινωνικές δραστηριότητες, έτειναν να αναφέρουν κακή σωματική και πνευματική κατάσταση.

Η μελέτη έρχεται να προσθέσει νέα στοιχεία στη σχέση κοινωνικών διασυνδέσεων και υγείας στην τρίτη ηλικία. Αλλά δείχνει επίσης ότι οι ηλικιωμένοι με πραγματική κοινωνική υποστήριξη και η αντίληψη τους γι' αυτήν έχουν ανεξάρτητες επιδράσεις.

Οι ηλικιωμένοι που δεν έχουν οικογένεια και φίλους ή αισθάνονται μοναξιά παρά την ύπαρξη ανθρώπων γύρω τους, τείνουν να έχουν χειρότερη σωματική και πνευματική υγεία, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο *Journal of Health and Social Behavior.*

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έχει δημιουργήσει μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα κοινωνική κατάσταση καθώς τρεις και τέσσερις γενεές συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια. Αυτό δημιουργεί ένα ειδικό πρόβλημα καθώς οι ηλικιωμένοι μπορεί να αποτελέσουν ένα μεγάλο βάρος, όταν αυτοί

έχουν ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας ή έχουν χάσει την αυτονομία τους. Από την άλλη πλευρά οι αποστάσεις στους τρόπους ζωής μεταξύ των γενεών δεν είναι μικρές.

Η τελευταία έρευνα του *European Barometer* δείχνει τα ακόλουθα (Μέρος της έρευνας δημοσιεύτηκε και στον ελληνικό τύπο: "Καθημερινή" 25-1-1998):

Περισσότερο από κάθε άλλο νέο της Ευρώπης (*54,6%)* οι Έλληνες απαντούν ότι δεν θα άφηναν τους γονείς τους να ζήσουν σε οίκο ευγηρίας. Γενικότερα οι νέοι της Ευρώπης αντιμετωπίζουν τους ηλικιωμένους συνανθρώπους τους με την εύλογη διαφοροποίηση στον τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης της ζωής, που παραδοσιακά υφίσταται ανάμεσα στους νέους και τους ηλικιωμένους κάθε εποχής.

Αυτή η δεδηλωμένη διαφορά στις αντιλήψεις - το 38,8% των νέων θεωρεί ότι οι ηλικιωμένοι δεν καταλαβαίνουν τις αλλαγές στην κοινωνία - δεν εμποδίζει τους σημερινούς νέους να επιδεικνύουν υψηλό αίσθημα ευθύνης απέναντι στις ανάγκες των ανθρώπων της "τρίτης ηλικίας".

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι θα υποστούν σημαντικές αλλαγές στις κοινωνικές τους σχέσεις λόγω καταστάσεων όπως η συνταξιοδότηση και η απώλεια. Ορισμένοι ανταποκρίνονται σ' αυτές τις καταστάσεις με περισσότερη δράση μέσω κοινωνικών οργανώσεων ή περνώντας περισσότερο χρόνο με φίλους και την οικογένεια. Ωστόσο μερικοί καταλήγουν να αισθάνονται μοναξιά στο τέλος της ημέρας. Απ' την άλλη, ορισμένοι ηλικιωμένοι είναι ικανοποιημένοι με την διατήρηση λιγότερων σχέσεων.

Στην παρούσα μελέτη, οι κοινωνικές σχέσεις των ατόμων σχετίζονταν με την σωματική τους κατάσταση, η οποία μπορεί να σχετίζεται με πρακτικά θέματα όπως, η ύπαρξη ενός ατόμου που βοηθά τον ηλικιωμένο υπενθυμίζοντάς του ένα ραντεβού με τον γιατρό ή συνοδεύοντας τον για ιατρικές εξετάσεις. Οι αντιλήψεις όμως για την κοινωνική απομόνωση σχετίστηκαν τόσο με την σωματική όσο και με την πνευματική υγεία.

Όπως συμπεραίνομε από τα παραπάνω η ύπαρξη τόσο κοινωνικού όσο και οικογενειακού δικτύου ενδυναμώνει τους ηλικιωμένους κάτι που έρχεται σε συμφωνία με την ερευνητική μας υπόθεση.

Εννέα μακροχρόνιες μελέτες έδειξαν ότι η κοινωνική ενσωμάτωση ατόμων σε δίκτυα κοινωνικής δικτύωσης καθώς και η συνεχή κοινωνική δέσμευση σχετίζονται με την μακροβιότητα τους(Τhomas Glass,2003).

Eπίσης σε άλλες έρευνες διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος θανάτου ήταν δύο ως τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε εκείνους των οποίων οι κοινωνικές σχέσεις ήταν πιο αδύναμες. Μένοντας συνδεδεμένα τα άτομα μέσα στις κοινωνικές τους συναναστροφές και βοηθώντας ο ένας τον άλλον , είναι ένας καλός τρόπος να μείνουν ζωντανοί(Robert Kahn, John Rowe 1998)

Από τους πρώτους φιλοσόφους έχει επισημανθεί η έννοια της ποιότητας της ζωής. Ο Αριστοτέλης έγραψε για τη φύση της ευτυχίας και τι απαιτείται προκειμένου οι άνθρωποι να έχουν μία «καλή ζωή». Για τον Αριστοτέλη, όπως και για πολλούς φιλοσόφους από τότε, ο πρωταρχικός στόχος ήταν να επιτευχθεί η υψηλότερη κατάσταση ή το «αγαθό» που οι περιστάσεις επέτρεπαν. Το πρόσωπο που πέτυχε αυτόν τον στόχο είχε την καλύτερη ποιότητα ζωής (Osterfeld E.,1994).

Το ίδιο ισχύει και για τον ασθενή. Κατά συνέπεια, το υψηλότερο αγαθό για τον άρρωστο πρέπει να είναι η επιβεβαίωση της ζωής μάλλον, παρά η εμπλοκή σε δυσμενείς περιστάσεις που δημιουργούνται από την ασθένεια και τη θεραπεία της (Faden R.;Leple΄ ge A.,1992)

Στη σύγχρονη ιατρική, όλο και περισσότερη έμφαση δίνεται στην άποψη των ασθενών σε σχέση με το τι αποτελεί κατάλληλη θεραπεία και είναι ευρέως αποδεκτό, ότι αυτό που συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή δεν πρέπει να αφεθεί μόνο στους λειτουργούς υγείας, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη και τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Στις Η.Π.Α, το 1990, το Ινστιτούτο Ιατρικής(Institute of Medicine) είχε συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών, ως σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας.

Οι Wen & Gustafson(2004) πρότειναν ένα ενδιαφέρον μοντέλο της άμεσης σχέσης μεταξύ των αναγκών υγείας, της ικανοποίησης από τη φροντίδα και της ποιότητας της ζωής. Η έρευνά τους ήταν ιδιαίτερα σημαντική και έδωσε έναυσμα για την αναθεώρηση της έννοιας της «αξιολόγησης και ικανοποίησης των αναγκών».’’ *Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται κύρια στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Γι αυτό το λόγο, αναγνωρίζεται, ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά αποτελεί ένα από τους σκοπούς της υγειο-νομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, προς αυτόν το σκοπό, θα συμβάλλει η εκτίμηση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι .πρότειναν ένα ενδιαφέρον μοντέλο της άμεσης σχέσης μεταξύ των αναγκών υγείας, της ικανοποίησης από τη φροντίδα και της ποιότητας της ζωής. Η έρευνά τους ήταν ιδιαίτερα σημαντική και έδωσε έναυσμα για την αναθεώρηση της έννοιας της «αξιολόγησης και ικανοποίησης των αναγκών*» ‘’

|  |
| --- |
| (Κοτσαγιώργη Ιφιγένεια, Γκέκα Καλλιρόη,2000)  Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη  διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας  αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois  et al,μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο  απ’ ό,τι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρησης  από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς  εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης  των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόσθεσμη  -μακροπρόθεσμη-αλλαγή*(*Παπαγιαννοπούλου,Πιερράκος,Σαρρής,  Υφαντόπουλος ,2006).  Το τελευταίο συμπέρασμα συνάδει με το αποτέλεσμα έρευνας που έγινε στα  πλαίσια της διπλωματικής εργασίας της Περγαμάλη Μ,. Φιλαλήθης, Α.,  (Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2006) που έγινε στα πλαίσια του ΜΠΣ στη Δημόσια υγεία.  Η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας στην ‘’τρίτη ηλικία’’ προσανατολίζεται κυρίως σε  αυτές οι οποίες αφορούν στη πρόληψη και οι οποίες χαρακτηρίζουν κυρίως μικρότερες  ηλικίες.  Στη παρούσα έρευνα φαίνεται πως οι ηλικιωμένοι είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες  που προσφέρονται μέσα στα ΚΑΠΗ αλλά δεν είναι ικανοποιημένοι από  τις υπόλοιπες υπηρεσίες και ειδικά από το ΙΚΑ κι αναφέρθηκαν στο σύστημα των  ραντεβού που ισχύει στο ΙΚΑ που είναι πολύ χρονοβόρα διαδικασία και τους  ταλαιπωρεί γεγονός πράγμα το οποίο συμπίπτει με την ερευνητική μας υπόθεση η οποία  αξιολογεί σε μέτρια επίπεδα την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις διάφορες  υπηρεσίες υγείας.  Η εκπλήρωση αναγκών μπορεί επίσης να οριστεί ως ο βαθμός ικανοποίησης  των προσδοκιών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Σε κάθε υγειονομική  παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να ταυτίζονται με τις  προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας, ενώ διάφορες μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί  για να αποσπάσουν τις απαντήσεις των αρρώστων, σχετικά με τις προσδοκίες  τους. Η έννοια της ικανοποίησης ασθενών δεν είναι σχετικά καινούργια.  Σύμφωνα με παλαιότερη αναφορά των Bond και Thomasπροκειμένου να εξηγήσουν  την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες,  υποστήριξαν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές  ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και στις  αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες  και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες( Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ.,,2010).  Προς την κατεύθυνση αυτή, με τα προγράμματα οργανωμένης φροντίδας  (managed care) προσπαθείται να οικοδομηθεί ένα σύστημα ιατροοικονομικών  κριτηρίων για την παροχή φροντίδας, ώστε να τεθεί υπό έλεγχο η πλευρά της προσφοράς  η οποία ενοχοποιείται για κατάχρηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και μη αποδοτική  χρήση των πόρων, η απόπειρα αυτή έχει τη μορφή μιας ευρείας μεταρρύθμισης για την  κατανομή των πόρων με κριτήρια κοινωνικής αποδοτικότητας και χρησιμότητας, αλλά  εγείρει αμφισβητήσεις βιοηθικού και κοινωνικού χαρακτήρα δεδομένου ότι θέτει  περιορισμούς στη φροντίδα κυρίως των ηλικιωμένων. Σε κάθε περίπτωση όμως τα  προγράμματα οργανωμένης φροντίδας , αποτελούν μια συνολική μεταρρυθμιστική  απάντηση για τον έλεγχο κόστους. |

Η σημαντικότητα των αλληλοεπιδράσεων των κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών παραγόντων στη διαμόρφωση της κατάστασης υγείας και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι μεγάλη. Η διερεύνηση των πολλαπλών διαστάσεων της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων συναντάται σε ελάχιστες μελέτες.

Η υποκειμενική αξιολόγηση περικλείει πολύπλευρες σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις επειδή ουσιαστικά αντανακλά την προσωπική αντίληψη των ιδίων των ατόμων για την υγεία τους(Fayers,2002).H υποκειμενική αξιολόγηση αποτελεί για τα ηλικιωμένα άτομα ένα από τα βασικότερα μέτρα εκτίμησης της ποιότητας ζωής τους εξαιτίας του πλεονεκτήματος που διατηρεί ως προς την απεικόνιση της ικανοποίησης που λαμβάνουν από την ατομική τους ευημερία, και των αντικειμενικών ψυχοσωματικών και κοινωνικών πτυχών του επιπέδου υγείας τους(Benyamini et al, 2003).

Η ομάδα των υπερηλίκων απορροφά μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία και η εξέλιξη αυτή έχει προκαλέσει σοβαρά προβλήματα τόσο στους προϋπολογισμούς των υπηρεσιών υγείας όσο και στην ασφάλιση υγείας, ενώ παράλληλα προκαλεί χρηματοδοτική εμπλοκή στις υπηρεσίες παροχής ιατρικής φροντίδας και τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης (Σκουτέλης,1994) Η πληθυσμιακή γήρανση αναπόφευκτα δημιουργεί νέες κοινωνικές ανάγκες και επομένως ιδιαίτερα προβλήματα στο τομέα της κοινωνικής πολιτικής και την πολιτική της υγείας(Κυριόπουλος και Γεωργούση, 1993).

Τα τελευταία χρόνια κυρίως στις ΗΠΑ αλλά και σε μερικές χώρες της Ευρωπαϊκής *Ένωσης επιχειρούνται μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της μικροοικονομικής* αποδοτικότητας και της ιεράρχησης των υγειονομικών προτεραιοτήτων(Κυριόπουλος,1994). Οι δαπάνες που συνδέονται με τη φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων ατόμων θα διπλασιαστούν, ίσως ακόμη και θα τριπλασιαστούν στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) μέχρι το 2050, όπως προβλέπεται σε έκθεση που δόθηκε στη δημοσιότητα και στην οποία καλούνται οι κυβερνήσεις να βοηθήσουν τους εργαζομένους στον τομέα αυτό.

Στην παρούσα έρευνα φαίνεται πόσο ανήσυχοι και ανασφαλείς νιώθουν οι ηλικιωμένοι μας από την οικονομική κρίση που μαστίζει τη χώρα αλλά και τον κόσμο ολόκληρο. Οι περισσότεροι ανησυχούν για όλα αυτά τα κεκτημένα εργασιακά δικαιώματα που με πολλούς αγώνες και θυσίες κατέκτησαν όλα αυτά τα χρόνια και σαν ανεμοστρόβιλος που δεν αφήνει τίποτα στον πέρασμα του, έρχεται αυτή η κρίση να τα ισοπεδώσει όλα.

Τεράστια είναι η ανησυχία για τις επιπτώσεις της κρίσης περισσότερο στις ζωές των παιδιών τους. Νιώθουν ότι έχουν χρέος να αφήσουν ένα καλύτερο κόσμο ,κληρονομιά, στις επόμενες γενεές και αν αυτού τα παιδιά τους και από ότι φαίνεται , τα εγγόνια τους θα κληροδοτήσουν μόνο δημοσιονομικά χρέη.

Καθώς ο κόσμος βιώνει όλο και πιο έντονα την ανασφάλεια και το φόβο σε μια δυσοίωνη οικονομική περίοδο, παρουσιάζονται σημαντικές επιπτώσεις στη ψυχική διάθεση, νευρώσεις, [καταθλίψεις](http://www.klinikilyrakou.gr/ekswterika_iatria-gr/ektakto-peristatiko/katathlipsh.html), κρίσεις πανικού, φοβίες αλλά και επιπτώσεις οργανικές και σωματοποιήσεις (πονοκέφαλοι, έλκος, κολίτιδες κ.λπ.). Όταν ο άνθρωπος νιώθει πως δεν μπορεί να αντιδράσει σε καταστάσεις και ότι είναι εκτός του ελέγχου του, η μάχη για επιβίωση σταδιακά εξασθενεί οδηγώντας τον σε παθητικότητα, δυσθυμία, αίσθηση ματαιότητας και ανικανότητας, οδηγούμενοι έτσι σε υψηλά ποσοστά [κατάθλιψης](http://www.klinikilyrakou.gr/ekswterika_iatria-gr/ektakto-peristatiko/katathlipsh.html) και απόσυρσης.

Η νέα αυτή οικονομική τάξη πραγμάτων είναι μείζονος ψυχικής σημασίας, καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι δυσκολεύονται να διαχειριστούν τις αλλαγές που επιφέρουν τα οικονομικά μέτρα και χάνουν την εμπιστοσύνη τους, την αίσθηση σταθερότητας και ασφάλειας. Υπολογίζεται πως στον τελευταίο χρόνο έχει υπάρξει, λόγω της οικονομικής κρίσης, μια αύξηση των κρουσμάτων των αγχώδη διαταραχών (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, κρίσεις πανικού, φοβίες) της τάξεως του 15% όπου πολλοί άνθρωποι  δυσκολεύονται να λειτουργήσουν στην καθημερινότητα τους φοβούμενοι πως δεν θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στην οικονομική κρίση(Oxford,2008).

Έρευνα που πραγματοποίησε το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης και δημοσίευσαν οι Financial Times συνδέει την ανεργία σε ποσοστό 25% τόσο με τη νοσηρότητα αλλά και τη θνησιμότητα των πληθυσμών που πλήττονται οικονομικά και αναδεικνύει ότι η οικονομική κρίση σε 26 χώρες της Ευρώπης από το 1970 έως και το 2007 συνδέεται με σημαντική αύξηση στις ψυχικές διαταραχές.

Αυτές οι διαπιστώσεις επιβεβαιώνονται από έρευνες στην Ουγγαρία όπου παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών την περίοδο της οικονομικής κρίσης, στην Ινδία όπου παρατηρήθηκε μείωση του επιπέδου της ψυχικής υγείας, στο Χονγκ Κόνγκ όπου παρατηρήθηκε αύξηση της κατάθλιψης, αλλά και στην Ουκρανία όπου παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών εν μέσω οικονομικής κρίσης (Κουλιεράκης, 2011)

Ειδικά όσον αφορά στη Ρωσία, η χώρα αυτή βρέθηκε σε οικονομική κρίση τόσο την περίοδο 1990-1991 (οπότε είχε καταρρεύσει η πρώην Σοβιετική Ένωση) αλλά και το 1998 (οπότε είχε υποτιμηθεί το νόμισμα, είχε αυξηθεί ο πληθωρισμός και υπήρχε πολιτικοοικονομική αστάθεια και αβεβαιότητα). Η θνησιμότητα αυξήθηκε σταδιακά από το 1991 και μετά, έως το έτος 1994, οπότε άρχισε να μειώνεται. Ένα δεύτερο σημείο καμπής παρατηρήθηκε το έτος 1998, οπότε και πάλι η θνησιμότητα άρχισε να αυξάνει βαθμιαία, μέχρι το 2001 (Men et al., 2003). Το 2001 το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών είχε μειωθεί στα 58.9 έτη! Δεν είναι τυχαίο ότι τα δύο σημεία καμπής (έτη 1991 και 1998) συμπίπτουν με την εμφάνιση κρίσεων στη Ρωσία. Μάλιστα ο δείκτης θνησιμότητας αποδείχθηκε ένας πολύ ευαίσθητος δείκτης, που επηρεαζόταν άμεσα από τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές ( Κουλιεράκης, 2011).

Μελέτη επιδημιολόγων του Yale, το 2006, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η απόλυση διπλασιάζει τον κίνδυνο καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων στους γηραιότερους εργαζόμενους. Άλλη μελέτη του 2009 του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης στο Albany, διαπίστωσε ότι ένα άτομο που χάνει τη δουλειά του έχει 83% περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσει πρόβλημα υγείας που συνδέεται με καταστάσεις πίεσης και άγχους, όπως ο διαβήτης, η αρθρίτιδα και προβλήματα ψυχιατρικής φύσεως. Ίσως, η πιο ζοφερή πτυχή των απολύσεων είναι το ότι επηρεάζει το προσδόκιμο όριο ζωής. Επιστήμονες που μελέτησαν αρχεία θανάτων και στοιχεία αποδοχών εργαζομένων στην Πενσιλβάνια, κατά την ύφεση των αρχών της δεκαετίας του 1980, είδαν ότι ο αριθμός θανάτων στους κόλπους των ανδρών μεγαλύτερης ηλικίας εκτοξεύτηκε κατά 50% έως και 100% τον πρώτο χρόνο μετά την απώλεια της θέσης τους, ανάλογα με την ηλικία του εργαζόμενου. Είκοσι χρόνια αργότερα, οι θάνατοι ήταν 10 με 15% υψηλότεροι. Αυτό σημαίνει ότι ένας εργάτης που χάνει τη δουλειά του στα 40 του χρόνια μειώνει το προσδόκιμο ζωής του κατά ένα με ενάμιση χρόνο(Ελευθεροτυπία, 2010)

Όσον αφορά την Ελλάδα, τα πράγματα δεν είναι καλύτερα σε σχέση με τις διεθνείς εξελίξεις. Συγκεκριμένα, σε έρευνα του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθήνας, το άγχος που προκαλεί η αβεβαιότητα της οικονομικής κατάστασης έχει σοβαρές επιδράσεις στην υγεία και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Συγκεκριμένα, το 29,8% των Ελλήνων απάντησε ότι το απασχολεί πολύ η κρίση, το 37,2% αρκετά και το 17,4% μέτρια. Περισσότερο φαίνεται να ανησυχούν οι απόφοιτοι δημοτικού (70,2%) που έχουν πιο επισφαλείς θέσεις εργασίας, αλλά και οι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης (70,7%), καθώς και το 71% εκείνων που βιώνουν μια δύσκολη οικονομική κατάσταση. Σχεδόν ένας στους δύο του συνόλου των ερωτηθέντων (49,4%) θεωρεί ότι η εργασία αποτελεί παράγοντα άγχους, ειδικά στην εποχή της κρίσης, που σπέρνει ανασφάλεια και φόβο. Η άσχημη οικονομική κατάσταση ή η αγωνία υποχώρησης του επιπέδου ζωής αποτελεί επίσης σημαντικότατη αιτία πρόκλησης άγχους, αφού το 56,7% απαντά θετικά. Επιπροσθέτως, το 65,4% των ανέργων θεωρεί την άσχημη οικονομική κατάσταση ως σημαντικό παράγοντα άγχους, μία άποψη με την οποία συμφωνεί το 63,7% των εργαζομένων. Όσον αφορά τις συνέπειες του άγχους, το 38% των ερωτηθέντων απαντά ότι επηρεάζει αρνητικά την υγεία, το 28% τη συναισθηματική κατάσταση, το 14,3% την εργασιακή απόδοση και το 11,8% εκτιμά ότι πλήττει τις φιλικές και επαγγελματικές σχέσεις. Την ίδια στιγμή, το άγχος, σπρώχνει τους Έλληνες/-ίδες προς το τσιγάρο και το αλκοόλ, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την επιβάρυνση της υγείας.(Ελαφρός, 2010)**.**

Η πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες στην παγκόσμια οικονομία και έχει μεταφερθεί με μια σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης σε παγκόσμια κλίμακα. Η παρούσα κρίση πλήττει δυσανάλογα τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης αλλά και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό των χωρών. Η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες κατανέμονται διαφορετικά μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας, με τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Στη σύγχρονη κοινωνία,oι πολίτες της τρίτης ηλικίας διακατέχονται από δύο διαφορετικούς τύπους ανασφάλειας όπως μας επισημαίνει ο κ. Στυλιανίδης (2010):

* **την ανασφάλεια του πολίτη** (civil insecurity) που αφορά στη διατήρηση της ακεραιότητας των αγαθών και των ατόμων σε ένα κράτος δικαίου, του οποίου τα εργαλεία είναι η αστυνομία και η δικαιοσύνη.
* **την κοινωνική ανασφάλεια** (social insecurity) όπου οι άνθρωποι δεν έχουν πια εκείνα τα σταθερά στηρίγματα, που θα τους επέτρεπαν να αισθάνονται κύριοι του μέλλοντός τους, στηριζόμενοι σε ένα στέρεο παρόν.

Στον αντίποδα, οι «ξένοι» μιας κοινωνίας είναι η ευάλωτη ομάδα που εκφράζει μια ιδιαίτερη μορφή **αποσύνδεσης από τον κοινωνικό δεσμό** (desaffiliation sociale(Στυλιανίδης,2010).

. Γνωρίζομε ότι σε περιόδους σημαντικών κοινωνικών κρίσεων που προκαλούνται είτε από φυσικά φαινόμενα, είτε από το ξέσπασμα πανδημιών, είτε εξαιτίας μιας σημαντικής οικονομικής ύφεσης, αναδύονται προβλήματα σε πολλαπλά επίπεδα(κοινωνικό, ψυχολογικό, πολιτικό). Μια εκτενής οικονομική μεταβολή στην κοινωνία μπορεί να έχει ως συνέπεια είτε την τροποποίηση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών(π.χ. μείωση διακοπή καπνίσματος, λόγω αύξησης της τιμής των τσιγάρων), είτε αύξηση ακόμα και των αυτοκτονιών δηλαδή να θεωρηθεί ως κρίση. Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των προβλημάτων πρέπει να βασίζεται σε ένα μοντέλο «κοινωνικής συνοχής» (Κουλιεράκης,2010).

Και η δική μας έρευνα έρχεται να συμφωνήσει στα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών αλλά και με τις απόψεις των ειδικών για το πόσο αρνητικά έχει επηρεάσει η παρούσα οικονομική κρίση τα άτομα της Τρίτης ηλικίας και συμφωνεί με την ερευνητική μας υπόθεση για αυτό.

Υπό το πρίσμα αυτό , αναδεικνύεται η σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας και η ανάγκη αντιμετώπισης των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία (Κυριόπουλος,2010).

Αποτελεί κοινή παραδοχή, ότι η είσοδος στον 21ο αιώνα, συνοδεύτηκε από ανατροπές και νεωτερισμούς. Η ταχύτητα των εξελίξεων, η παγκοσμιοποίηση και το νέο οικονομικό περιβάλλον δημιουργούν αποκλεισμούς και περιθωριοποιήσεις σε συγκεκριμένες ομάδες της κοινωνίας.

Η έννοια της κοινωνικής συνοχής σημαίνει τη θετική συνεισφορά κάθε ομάδας πληθυσμού για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού. Αυτό δηλώνει ότι σε κάθε κοινωνική ομάδα, αλλά και σε κάθε άνθρωπο μεμονωμένα, αναγνωρίζεται η δυνατότητα και το δικαίωμα αξιοποίησης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του. Στο σημείο αυτό βρίσκεται ίσως, η κρισιμότερη πτυχή της ιδιαιτερότητας των ατόμων Τρίτης ηλικίας. Γιατί, αυτό που κυρίως τους αρνείται η εποχή μας, είναι το δικαίωμα της ισότιμης συμμετοχής στα κοινά, θέτοντάς τους στο περιθώριο

Έτσι όμως διευρύνεται ο κύκλος του κοινωνικού περιθωρίου και απειλείται η συνοχή της κοινωνίας. Ενδεικτικό άλλωστε του πως αντιμετωπίζεται σήμερα το πρόβλημα εκτοπισμού των ατόμων Τρίτης Ηλικίας είναι η ίδια η προσέγγιση στη χρηματοπιστωτική πτυχή του Ασφαλιστικού, όπου διαπιστώνεται η πλήρης απουσία αποτελεσματικών σχεδιασμών κοινωνικής ένταξης.

Όμως που θα φθάσουμε, ζώντας σε έναν κόσμο στον οποίο η επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος προχωρούν ακάθεκτες, ενώ ταυτόχρονα ο άνθρωπος επιδίδεται σε οικολογικές και γενετικές παρεμβάσεις;

Αν υπάρχει κάτι που η αξία του είναι αναντικατάστατη, αυτό είναι η «*ανάγνωση του ορίζοντα*», που μόνο οι μεγαλύτεροι σε ηλικία μπορούν να προσφέρουν. Τη γνώση, δηλαδή, και την εμπειρία. Μια περίφημη «προοπτική», που οι νεότεροι είναι εκ των πραγμάτων αδύνατον να κατέχουν και που έχουν απόλυτη ανάγκη προκειμένου να οραματιστούν και το δικό τους κύκλο ζωής. ‘*’Η κοινωνία*, είχε πει κάποτε ο ‘Aγγλος πολιτικός στοχαστής Εdmud Burke, *είναι μια συνωμοσία μεταξύ αυτών που ζουν, αυτών που έζησαν και αυτών που θα ζήσουν’’.*

Εφόσον, λοιπόν, όλοι κάποτε θα γεράσουμε και θα πεθάνουμε, και επειδή το τέλος μερικές φορές έχει έναν τρόπο να στιγματίζει ολόκληρη την ιστορία, κάθε κοινωνία οφείλει να προσφέρει ασφάλεια, νόημα και αυτοεκτίμηση στους μεγαλύτερους. Η προκατάληψη ενάντια στους μεγαλύτερους είναι ένα θέμα που, όπως δείχνουν τα πράγματα, θα ανασυρθεί αναγκαστικά στην επιφάνεια και που ως κοινωνίες θα κληθούμε να αντιμετωπίσουμε. Και ίσως αυτή τη φορά καταφέρουμε να διορθώσουμε τα λάθη του παρελθόντος. Γιατί το νόημα που προσδίδουμε στην τρίτη ηλικία μάλλον καταμαρτυρεί και το νόημα που δίνουμε σε όλη μας τη ζωή.

# 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μπορεί η παρούσα μελέτη να μην έδωσε αποτελέσματα φτώχειας, κοινωνικού αποκλεισμού και γενικά χαμηλής ποιότητας ζωής γιατί το δείγμα έχει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής : Kοινωνικό, συναισθηματικό, βιοτικό, υγείας. Κι αυτό συμβαίνει ακριβώς γιατί οι συνθήκες διαβίωσης σε μια επαρχιακή πόλη όπως είναι τα Χανιά, που συνδυάζουν τα αγαθά της αγροτικής ζωής με τις διευκολύνσεις της πόλης, είναι ικανοποιητικές σε τέτοιο βαθμό ώστε να σου παρέχουν ένα σημαντικό ποιοτικό επίπεδο ζωής. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ανάμεσά τους άτομα, λιγότερο τυχερά θα λέγαμε, που βιώνουν την φτώχεια και τον αποκλεισμό. Όπως επίσης ότι το ικανοποιητικό επίπεδο ζωής των ατόμων της έρευνα μας δεν επιδέχεται μεταβολές προς τα πάνω.

Ανάγκες κοινωνικότητας και συντροφικότητας, κοινωνικής πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης και αλληλεγγύης, κοινωνικής και οικονομικής σταθερότητας και ασφάλειας ,δημόσιας υγείας, πρόληψης και προαγωγής υγείας, απασχόλησης και εκπαίδευσης , πολιτισμικής επιμόρφωσης , είναι απαραίτητο να καλυφθούν για τους ηλικιωμένους ,αν θέλομε να μη ταυτίζομε τα γηρατειά με κακή υγεία, σύγχυση ή άνοια, μοναξιά και απομόνωση, φτώχεια και απελπισία, αν επιθυμούμε , ο ύστερος βίος της ζωής να είναι μια περίοδος νέων προσαρμογών και δυνατοτήτων με σημαντικές ανταμοιβές. Γιατί στα γηρατειά οι άνθρωποι μπορούν να εξελιχθούν και να αναζητήσουν νόημα και πληρότητα στη ζωή.

Η σύγχρονη προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη επιδιώκει τη συμμετοχή των ασθενών και των πολιτών στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και την ισότητα της πρόσβασης, αλλά αυτό δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί, γιατί απαιτεί χρόνο, δέσμευση, πολιτική υποστήριξη και πολιτιστική μεταρρύθμιση. Ο κύριος στόχος είναι η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και ο προσανατολισμός στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας είναι η ολοκλήρωση των υπηρεσιών σε ένα αποτελεσματικό σύνολο που θα παρέχει βελτιωμένη φροντίδα, περιορίζοντας το κόστος και παρέχοντας ικανοποίηση.

Με τη σημερινή δημοσιονομική κρίση και την πολιτική αστάθεια που βιώνει όλος ο κόσμος , τα θέματα που απασχολούν σήμερα τους ηλικιωμένους πρέπει να μπουν στο μικροσκόπιο και να εξετασθούν από τη βάση τους γιατί πολύ φοβάμαι ότι το κομμάτι αυτό της κοινωνίας θα παραμεληθεί, - στο βωμό της εξυγίανσης τομέων νευραλγικών όπως αποκαλούν οι πολιτικοί, τους τομείς , δημόσιας διοίκησης, παιδείας, υγείας, οικονομικών-ενώ αυτός της κοινωνικής πρόνοιας και πολιτικής, τομέας που επιδεικνύει το μεγαλείο ψυχής και τον πολιτισμό ,που έχει ένας λαός. Γιατί ο σεβασμός στις ανάγκες της τρίτης ηλικίας φανερώνει την αποδοχή της στους κόλπους της κοινωνίας σαν ένα κομμάτι που πρόσφερε και έχει να διδάξει ακόμα πολλά με τη σοφία και την εμπειρία του .

Οι δημογραφικές εξελίξεις σημαδεύονται από το φαινόμενο της αντιστροφής της πυραμίδας των γενεών με ότι αυτό συνεπάγεται φέρνοντας αντιμέτωπες της κοινωνίας με ένα ευρύ φάσμα σοβαρών θεμάτων όπως είναι η απασχόληση και ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων, η κοινωνική ασφάλιση και η υγεία τους, η διασφάλιση της ισότητας και της αυτονομίας τους, η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών και βεβαίως η ανάγκη για την ανάπτυξη ενός δικτύου αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης για την τρίτη ηλικία.

Γι’ αυτό πρέπει να βρούμε και να διαθέσουμε επιπλέον πόρους, να σχεδιάσουμε νέες πολιτικές και δράσεις προσαρμοσμένες στις καινούργιες ανάγκες που δημιουργούνται, να αναπροσαρμόσουμε τις παλιές στα σύγχρονα δεδομένα, να αξιοποιήσουμε τη σύγχρονη τεχνολογία, να προσδιορίσουμε και να χαράξουμε πολιτικές, που θα μας οδηγούν σε μια ισόρροπη προσέγγιση και αντιμετώπιση του πολύπλευρου θέματος της γήρανσης.

Σημαντικό ρόλο σ΄ αυτό το μεγάλο θέμα της τρίτης και της τέταρτη ηλικίας δεν έχει μόνο το κράτος αλλά και η οικογένεια και γενικά το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον, η κοινότητα, με ιδιαίτερη αναφορά στην εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης και της τοπικής κοινωνίας, και οι εθελοντικές, μη-κυβερνητικές οργανώσεις. Ρόλο και ενεργό συμμετοχή στην διαμόρφωση πολιτικών οφείλουμε να προσδώσουμε και στα ίδια τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς μας ποιοι είναι οι σημερινοί ηλικιωμένοι της κοινωνίας μας. Είναι οι άνθρωποι που έδωσαν το δικό τους αγώνα για να στηριχθεί και να επιβιώσει η Ελλάδα που με το μόχθο και τον ιδρώτα τους, με τη δουλειά και τους αγώνες τους πρόσφεραν στις επόμενες γενιές.

Αυτοί λοιπόν που στήριξαν την χώρα, την κοινωνία και την οικονομία της, θα πρέπει να στηριχθούν από αυτή. Όχι μόνο γιατί το έχουν σαν ηλικιωμένοι ανάγκη ,αλλά γιατί το ανθρώπινο πρόσωπο της κοινωνίας μας φαίνεται από τη συμπεριφορά μας απέναντι στους ηλικιωμένους.

Η κοινωνική αλληλεγγύη θα πρέπει να χαρακτηρίζει τις δικές μας δεσμεύσεις και για την τήρηση τους να εργαστούμε σκληρά. Πολύ περισσότερο σήμερα η παγκόσμια οικονομική κατάσταση περνά τη χειρότερη κρίση. Το κοινωνικό πρόγραμμα του κράτους θα πρέπει να προχωρήσει σε ιεράρχηση στόχων για την Τρίτη ηλικία παρά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα δημόσια οικονομικά.

Η κατοχύρωση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης σε κάθε συνταξιούχο, κανένας πολίτης της κοινωνίας μας δεν πρέπει να ζει κάτω από το κοινωνικά καθορισμένο όριο της φτώχειας.

Να υπάρξει βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των χαμηλά εισοδηματικών στρωμάτων του πληθυσμού με την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας.

Ειδικά για τους ηλικιωμένους το πρόγραμμα διακυβέρνησης θα πρέπει να περιλαμβάνει μεταξύ άλλων μέτρα τα οποία θα μειώσουν δραστικά τον κίνδυνο φτώχιας με εισοδηματική στήριξη, χρηματικές παροχές που να στοχεύουν τα άτομα που ζουν κάτω από το όριο της φτώχιας ώστε να απολαμβάνουν σήμερα ένα ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο.

Επίσης θα μπορούσε να καταρτιστεί, στα πλαίσια των έκτακτων μέτρων για την αντιμετώπιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, ένα Σχέδιο Επιχορήγησης των Διακοπών των Συνταξιούχων. Το Σχέδιο επιχορηγεί τους συνταξιούχους γήρατος και χηρείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων αλλά και των υπόλοιπων ταμείων άνω των 60 ετών των οποίων το συνολικό εισόδημα από συντάξεις δεν υπερβαίνει καθορισμένο ποσό.

Πέραν των ενεργειών για τις χαμηλές συντάξεις θα πρέπει να προωθηθούν συγκεκριμένες δράσεις κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής ενσωμάτωσης για τους ηλικιωμένους, όπως μια κοινωνική κάρτα.

Τα νέα ωφελήματα που θα απολαμβάνουν οι κάτοχοι κοινωνικής κάρτας είναι είσοδος δωρεάν ή και μειωμένη, σε συναυλίες, θέατρα, κινηματογράφο, αθλητικές εκδηλώσεις, κ.λ.π

Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημάνω ότι ο σεβασμός στους συνταξιούχους μας συνοδεύεται και από μια άλλη σημαντική οφειλή της πολιτείας προς αυτούς **:** την ανάγκη να χαράξουμε ολοκληρωμένη δημογραφική πολιτική που να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες των πρεσβύτερων πολιτών μας. Οι νομοθεσίες, τα προγράμματα, τα σχέδια και οι υπηρεσίες που παρέχει το κράτος προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας, είναι από τους βασικούς πυλώνες της κοινωνικής πολιτικής του Κράτους που στόχο έχουν τη διασφάλιση συνθηκών κοινωνικής συνοχής και κοινωνικής αλληλεγγύης, την παροχή κοινωνικής προστασίας, την επίτευξη κοινωνικής ενσωμάτωσης, την προώθηση της ισότητας των ευκαιριών για όλους τους πολίτες , την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού και την προώθηση των συμφερόντων ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας να ενισχυθούν οικονομικά μέσω των δημόσιων βοηθημάτων, ειδικών σχεδίων και προγραμμάτων με στόχο τη διασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης. Με τον τρόπο αυτό θα καλυφτούν οι πλείστες ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας για καλύτερη ποιότητα ζωής αλλά και ταυτόχρονα ενισχύεται και στηρίζεται τόσο το ίδιο το άτομο να παραμείνει στο οικείο του περιβάλλον όσο και η οικογένεια να κρατήσει το ηλικιωμένο μέλος της κοντά της.

Ανάγκη για προώθηση το προγραμμάτων εκπαίδευσης κι επιμόρφωσης ενηλίκων αλλά και εθελοντισμού για την τρίτη ηλικία ώστε αφενός να βοηθηθεί στην κοινωνική της δραστηριοποίηση και αφετέρου να αποτελέσει μέρος της παραγωγικής προσπάθειας ιδιαίτερα ενόψει της αύξησης του μέσου όρου ζωής .

Η συμβολή του κοινωνικού σχεδιασμού στη σφαιρική αντίληψη των προβλημάτων διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, στην επιλογή λύσεων και μέτρων για την κάλυψη κοινωνικών αναγκών είναι πολύ σημαντική .

Συγκεκριμένα, με στόχο τη διαμόρφωση Νομοσχεδίων και Κανονισμών για την περαιτέρω βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης των ατόμων της τρίτης ηλικίας και των άλλων ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, θα πρέπει να προχωρήσει το κράτος στη μελέτη για τις υπηρεσίες *μακροχρόνιας φροντίδας* προς τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρίες. Παράλληλα, να διερευνηθεί η πιθανότητα επιχορήγησης φροντίδας μέσω νέων τεχνολογιών, ώστε να εξυπηρετούνται τα ηλικιωμένα άτομα από το χώρο τους στο πλαίσιο των συγχρηματοδοτούμενων έργων της Ευρωπαϊκής Ένωσης(τηλεϊατρική).

Η προστασία της υγείας καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση παροχών σε είδος και υγειονομικών υπηρεσιών από εξειδικευμένους φορείς, με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Στόχος της πολιτικής για την υγεία είναι η διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή επαρκών υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, η προώθηση της στρατηγικής της αποϊδρυματοποίησης και της ανάπτυξης της κοινοτικής φροντίδας καθώς και η βελτίωση του συντονισμού της φροντίδας υγείας και της μακροχρόνιας φροντίδας.

Τελικός σκοπός της προσπάθειας αυτής είναι ο εκσυγχρονισμός της επιδοματικής πολιτικής για μια δικαιότερη κοινωνική πολιτική σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες και δυνατότητες των πολιτών, η βελτίωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών και η εισαγωγή νέων καινοτόμων προγραμμάτων με μια καλύτερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων του κράτους προς το συμφέρον πάντοτε του πολίτη και της κοινωνίας ευρύτερα.

Ο τρόπος με τον οποίο αξιοποιούνται και διαπλέκονται οι τρεις βασικοί μηχανισμοί του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας δηλαδή η κοινωνική ασφάλιση, η προστασία της υγείας και η κοινωνική πρόνοια ,στο πλαίσιο κάθε εθνικού κράτους πρόνοιας είναι αποτέλεσμα των ιδιαίτερων κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών δεδομένων, των επιμέρους εθνικών παραδόσεων και πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων και των ιδεολογικών και πολιτικών επιλογών κάθε χώρας. Ασφαλώς είναι δυνατή η ανάδειξη οικογενειών ή προτύπων κρατών πρόνοιας, με γνώμονα τα κοινά στοιχεία που παρουσιάζει η θεσμική οργάνωση της κοινωνικής προστασίας. Αυτό δεν αναιρεί ωστόσο τη διαπίστωση ότι το κράτος πρόνοιας είναι πρωτίστως εθνικό κράτος, δεδομένης της ποικιλομορφίας των συνδυασμών που έχει λάβει η κανονιστική και οργανωτική εξειδίκευση των μηχανισμών του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας στα σύγχρονα κράτη πρόνοιας(Κοντιάδης και συν.,2006).

Ο απώτερος σκοπός της κοινωνικής πολιτικής για τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας είναι να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων αλλάζοντας την αντίληψη που επικρατεί για αυτούς και βελτιώνοντας τους πόρους που τους καταμερίζονται.

Η έρευνα μας έδειξε ότι ίδιοι οι ηλικιωμένοι μπορούν και θέλουν να καταγράψουν και να αξιολογήσουν τις δικές τους ανάγκες. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να παρέχουν στους ηλικιωμένους ευκαιρίες να καταρτίζονται και να ενδυναμώνονται με μια συμμετοχική προσέγγιση στην αξιολόγηση των άμεσων αναγκών τους και αυτό να καταστεί βασικό στοιχείο για το σχεδιασμό πολιτικής σε όλα τα επίπεδα. Η άμεση ανάμειξη των ηλικιωμένων, που βιώνουν τις συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, στη χάραξη πολιτικής θα πρέπει σταδιακά να εξασφαλίζει ότι οι πραγματικότητες που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι, πραγματικά αντικατοπτρίζονται στην ανάπτυξη και την υλοποίηση της κοινωνικής ένταξης.

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η εξάρτηση από άλλους δεν μπορούν να δικαιολογούν τον περιορισμό του αναφαίρετου δικαιώματος στην πολιτική ελευθερία, όπως αυτό κατοχυρώνεται από τα διεθνή πρότυπα και διαφυλάσσεται στους δημοκρατικούς θεσμούς. Όλοι και όλες, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή το βαθμό εξάρτησης, οφείλουν να απολαμβάνουν αυτά τα δικαιώματα και αυτές τις ελευθερίες, καθώς και να διαφυλάσσουν τα ανθρώπινα και πολιτικά τους δικαιώματά τους.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ανθρώπων, οι οποίοι είναι πιθανότερο να βασιστούν σε άλλους για φροντίδα,΄΄*να ζήσουν μια ζωή με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία και να συμμετέχουν στην κοινωνική και πολιτισμική ζωή’’ (Χάρτης θεμελειωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ,άρθρο 25)(παράρτημα 4).*

Κάθε περιορισμός αυτών των δικαιωμάτων , εάν οφείλεται στην ηλικία και την εξάρτηση, πρέπει να αιτιολογείται με σαφή νομικά επιχειρήματα και διαφανείς νομικές διαδικασίες, πρέπει να είναι αναλογικός, να επιδέχεται επαναξιολόγηση και, προπαντός, να λειτουργεί προς όφελος του ατόμου που αφορά. Η περιφρόνηση και η παραβίαση αυτών των δικαιωμάτων πρέπει να θεωρείται μη αποδεχτή. Τα κράτη μέλη οφείλουν να αναπτύξουν πολιτικές που προωθούν τα συγκεκριμένα δικαιώματα τόσο στο σπίτι όσο και στα ιδρύματα παροχής φροντίδας, καθώς και να προσφέρουν υποστήριξη στα άτομα ώστε να τα διεκδικούν.

Συνοψίζοντας την μελέτη για την Τρίτη Ηλικία με έμφαση στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες της, μελετώντας τα συμπεράσματα και αφού παρατέθηκαν οι ανάλογες προτάσεις Κοινωνικής Πολιτικής ας θυμηθούμε τη συζήτηση Κέφαλου- Σωκράτη από το βιβλίο της ‘*’Πολιτείας’’* του Πλάτωνα:

«…τα γηρατειά είναι μέστωμα της ζωής, η αποθησαυρισμένη πείρα, καταλάγιασμα και ειρήνευση ψυχής. Όχι λοιπόν μόνο αδυναμία, αλλά και δύναμη . Έπειτα από την επίμονη δράση των πρώτων ηλικιών τα γεράματα, απόληξη και στεφάνωμα του βίου, είναι η αναπαυτική θεώρηση των σκληρών αγώνων της ζωής. Αναπαυτική και ήρεμη και γλυκιά σαν το γαλήνιο δειλινό μιας μεγάλης τρικυμισμένης μέρας…»

# ΕΛΛΗΝΙΚΗ BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αβεντισιάν -Παγοροπούλου, Α.,(2000) *Ψυχοκοινωνική αιτιοπαθογένεια της γεροντικής κατάθλιψης. "Θέµατα Γεροντολογίας και γηριατρικής"* Αθήνα: Σύνεδρον, Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία.

Αβεντισιάν -Παγοροπούλου, Α. (2000) *Το ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο*

*ως υγειογενετικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των ατόµων της τρίτης ηλικίας.* *"Θέµατα Γεροντολογίας και Γηριατρικής"* Αθήνα: Σύνεδρον, Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία.

Αβεντισιάν – Παγοροπούλου A., (2008) *Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας*, Σύνεδρον, Αθήνα.

Αγραφιώτης,Δ.,(2003)*Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία.* Τυπωθήτω–Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα.

Αγραφιώτης,Δ.,(1998) *Κοινωνικές και Πολιτιστικές διαστάσεις της υγείας και της αρρώστιας,* Λίτσας.

Αλτάνης , Π., (2008) *Οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών κοινωνικής αλληλεγγύης – δίκτυο κοινωνικής φροντίδας.* Διδακτικές Σημειώσεις, ΕΣΔΥ, Αθήνα.

Αμίτσης, Γ., (2001) *Αρχές , οργάνωση, και λειτουργία του συστήματος* *Κοινωνικής Πρόνοιας*, Παπαζήση, Αθήνα.

Αργυριάδου, Σ.,Βλαχονικολής ,Ι.,Μελισσοπούλου Χ.,Κατσανικάκης,Κ.,(2001) *Σε ποιο βαθμό η αναιμία συνυπάρχει με γνωστική εξασθένιση στους ηλικιωμένους:* Μια Συγχρονική μελέτη στην Ελλάδα Research article.

Βαϊδάκης Ν.,(2000) *Η σεξουαλική ζωή του ηλικιωμένου .*Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ ( Επιμ. Εκδ.) . Η Τρίτη Ηλικία, σελ. 53-67,ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Βανταράκης,Α.,(2011)*ΗευαίσθητηΤρίτηηλικία* http://www.avantarakis.gr/cms/?p=227&cat=1.

Βασιλακόπουλος Θ, Ρούσσος Χ., (2002) *Διαταραχές Οξεοβασικής* *Ισορροπίας*. Στο : Παθολογία, ΔΕΠ Τομέα Παθολογίας, τόμος Ι , Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Βασιλόπουλος Δ., (2000) *Διαγνωστικές και Θεραπευτικές προσεγγίσεις της νόσου του Parkinson στην Γεροντική Ηλικία* .Στο: Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ ( Επιμ. Εκδ.) . Η Τρίτη Ηλικία. ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Βενιέρης, Δ. και Παπαθεοδώου, Χ., (2003) *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα*, *Προκλήσεις και Προοπτικές*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Βιολάκη – Παρασκευά, Μ., (2000) *Ιατροκοινωνική Θεώρηση του γήρατος* .

Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Κονταξάκης, Β.Π. (Επιμ.), *Η Τρίτη Ηλικία*, ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Βόλικας Κ., (2004), *Ειδικά Θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής* , ανακτήθηκε στις8-8-2011απόhttp://helios eie.ekt.gr//EIE/bitstream/10442/519/10/M01.036.02.pdf.

Bολικάς,ΚΓ.,(2008) *Ανθρώπινη μακροβιότητα ανακτήθηκε στις 18-9-2011 από* helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/519/10/M01.036.02.pdf.

Βουλή των Γερόντων ,(2009) Πρακτικά της βουλής των Γερόντων 10η Σύνοδος, Συνεδρίαση 22ας Νοεμβρίου 2008. Ανάκτηση 8 Αυγούστου 2011 από http://www.parliament.cy/parliamentgr/010/Documents/Vouli%20Geronton-22November2008.doc.

Γεωργιάδη Ε., (1994), *Πολιτικές Υγείας στην Τρίτη Ηλικία* : oι Ευρωπαϊκές Εμπειρίες. Στο : Κυριόπουλος Ι., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ. (επιμ.) ,*Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία* , Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Γεωργούλη Ι., Κονδύλη, Δ., Χανδάνος, Γ., Χατζηβαρνάβα, Ε., (1996) *Αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενεές* **:** *Σχέσεις και αλληλοϋποστήριξη μεταξύ ηλικιωμένων και νεώτερων μελών της ελληνικής οικογένειας.* Πρακτικά πανελληνίου συνεδρίου ΕΚΚΕ για την Γήρανση και την Κοινωνία*, Αθήνα.*

Γεωργούση, Ε., Σκουτέλης, Γ., (1993) *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην* *Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα .

Γεωργούση, Ε., Οικονόμου, Χ., Δανιηλίδου, Ν., Κυριόπουλος, Γ.,(2006) *Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης , προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων* . Στο : Δημολάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ., (Επιμ.),*Η* *Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα, 2η έκδοση.

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1996): Τα Οικονομικά των Υπηρεσιών Υγείας στην Τρίτη Ηλικία: Διαχειριστικές και Οικονομικές Επιπτώσεις από τη Γήρανση του πληθυσμoύ στον Υγειονομικό Τομέα, στο: Κοτζαμίση Β., Μαράτου - Αλιμπράνη Α., Τεπέρογλου Α., Τζωρτζοπούλου Μ., Γήρανση και Κοινωνία, ΕΚΚΕ.

Γιακουμάκη, Ε., (2002) *Το ΚΑΠΗ ως φορέας παροχής υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας στην τοπική αυτοδιοίκηση.* Στο : Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία (Επιμ.), *Σύγχρονη Γεροντολογία και Γηριατρική*, Σύνεδρον

Γκαράνη – Παπαδάτου,Τ., (2008) *Δίκαιο υγείας – Βιοηθική.* Διδακτικές Σημειώσεις, ΕΣΔΥ, Αθήνα.

Γκαργκάνας,Ν.,(2008) *Γηράσκουμε; Τι να κάνουμε;* Η γνώση είναι επένδυση στο: ΕCΟΝ ENHMEΡΩΤΙΚΗ.

Γκόνος,Σ.,(1988) *Γήρανση και μακροβιότητα: Ο ρόλος των γεννητικών παραγόντων και του περιβάλλοντος*…. στο *Βιολογικά αίτια γήρανσης και τα προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας*, ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ (EIE.).

Δοντάς, Σ.Α.,(1981) *Η Τρίτη Ηλικία*. *Προβλήματα και Δυνατότητες*. Παρισιάνος, Αθήνα.

Δρίμτζια , Β., (2010) Διπλωματική εργασία : *Ικανοποίηση ηλικιωμένων στο Δημόσιο Γηροκομείο-Η περίπτωση του Γηροκομείου Φιλιατών* *Θεσπρωτίας,*ΕΣΔΥ, Αθήνα .

Ελαφρός Γ., *Η κρίση βλάπτει σοβαρά υγεία-σχέσεις,* εφ. Η Καθημερινή, 23/11/2008, σελ. 42.

Ελευθεροτυπία: ’’ *Η απόλυση βλάπτει σοβαρά την υγεία* 29-2-2010’’.

‘Εμκε – Πουλοπούλου, Η., (1999) ‘*Ελληνες ηλικιωμένοι πολίτες – παρελθόν, παρόν και μέλλον*. Έλλην, Αθήνα.

Έμκε – Πουλοπούλου, Η., (2000) *Οικογένεια και οικογενειακές σχέσεις των* *ηλικιωμένων.* Πρακτικά 6ου Πανελλήνιου Συνεδρίου για θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρία, Σύνεδρον, Αθήνα.

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, (2002) Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού σχετικά με τη 2η παγκόσμια Συνέλευση του ΟΗΕ για την Γήρανση, Μαδρίτη. Ανάκτηση 3-8-2011<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-> //Ep//text+MOTION+B5-2002-241+0+DOC+XML+VO//EL .

Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια ανάκτηση στις 6-8-2011 από

http://www.age-platform.eu/images/stories/22204\_AGE\_charte\_europeenne\_ELv3.pdf.

Ζαϊμάκης, Γ. και Κανδυλάκη, Α., (2005) *Δίκτυα Κοινωνικής* *Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες.* Κριτική, Αθήνα.

Ιμπράλος, Π.Κ.,(2000) *Ο ρόλος της οικογένειας στη φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας*. Στο : Χριστοδούλου, Γ.Ν., Κονταξάκης, Β.Π., Η Τρίτη Ηλικία , ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Ιορδάνου, Π., Μπαμπάτσικου, Φ., Δοντάς, Α.Σ., Μπέκα, Π., (2000) «Οικογένεια» *σημαντική ανεκπλήρωτη ανάγκη για τους ηλικιωμένους σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.* Πρακτικά 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου για Θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής , Ελληνική Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία, Σύνεδρον, Αθήνα.

Ιωαννίδης Ι., Κατσιλάμπρος Ν., (2000) *Ενδοκρινικές μεταβολές σε ηλικιωμένους*, Στο: Χριστοδούλου, Γ.Ν., Κονταξάκης, Β.Π., *Η Τρίτη Ηλικία* , σελ. 99-114, ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Ιωαννίδου- Καπόλου Ε., **ABUEL (Abuse of Elderly in Europe),50και Ελλάς,** (2010), Ευρωπαϊκή Έρευνα , *Κακοποίηση ατόμων μεγάλης ηλικίας, ΕΣΔΥ, Αθήνα.*

Καλαϊτζή, Β., (2005) *Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*. Μendor, Aθήνα.

Καμπριάνη, Ε.,(2005) *Κοινωνικές και πολιτισμικές διαστάσεις της υγείας και της αρρώστιας : Μια εισαγωγή στην ανθρωπολογία της υγείας.* Στο : Τσάμης, Ν. *Θεωρία & πρακτική στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 3ο ΠΕΣΥΠ Αττικής, Πειραιάς.

Καραβάτος,Α., (2007), *Λόγος Περί της Τρίτης ηλικίας*. Στο : *Γηριατρική και* *Γεροντολογική Εταιρία Βορείου Ελλάδας*, Θεσσαλονίκη.

Κοντιάδης,Ξ.; Καλατζής N.; Μίχος, Λ.; Μπιτσάνη , E.;Τσέκος,Θ., *(2006) Κοινωνική Πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση Ινστιτούτο τοπικής αυτοδιοίκησης, ΑΘΗΝΑ.*

Κοτζαμάνης, Β., (1996), *Δημογραφική και κοινωνική γήρανση : Μύθοι και* *πραγματικότητα.* Στο Β. Κοτζαμάνης, Λ.Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου & Μ.

Κοτταρίδης Γ.,(2007) *Ο ηλικιωμένος ασθενής και η οικογένεια* : *Ένα σύστημα* *ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων* . Στο : *Γήρανση και Κοινωνία* , πρακτικά πανελλήνιου συνεδρίου ΕΚΚΕ.

|  |
| --- |
| Κοτσαγιώργη Ιφιγένεια, Γκέκα Καλλιρόη(2010) ‘’ *Ικανοποίηση ασθενών από*  *την παρεχόμενη φροντίδα υγείας’’* στο : Βήμα του Ασκληπειού 4:9 page:398-408. |

Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ.,(1994), *Διαχείριση Μείζονων Προβλημάτων* *Υγείας στην Τρίτη ηλικία.* Στο : Kυριόπουλος Ι., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία. Κέντρο κοινωνικών Επιστημών της Υγείας*, Αθήνα.

Κουρέα - Κρεμαστινού, Τζ., Μεράκου, Κ., Μπαρμπούνη Α., (2007) *Τρίτη Ηλικία*. Στο : *Δημόσια Υγεία*, Τεχνόγραμμα, Αθήνα.

Κρεατσάς, Γ.,(1998) *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική*, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη ΠΧ., Αθήνα .

Κρεμαλής Κ.,(1991), *Το Δικαίωμα του Ατόμου στην Κοινωνική Πρόνοια*, *Συμβολή στο Νομικό προσδιορισμό των Κοινωνικών Υπηρεσιών*. εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα.

Κυριακίδης,Μ.,(2000*) Στεφανιαία νόσος στη Μεγάλη Ηλικία* Στο: Xριστοδόλου ΓΝ., Κονταξάκης ΜΠ ( Επιμ. Εκδ.) *Η Τρίτη Ηλικία*, σελ. 91-97, Βήτα, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε. (1993), *Οι Δαπάνες για την Υγεία στην Τρίτη Ηλικία, στην Ελλάδα: Μια Πρώτη Προσέγγιση* , Κοινωνική Εργασία, 30, 81-91.

Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., (2009) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη ανακτήθηκε την 30-7-2011 από Medical Society,www.mednet.gr//arcives ΑRCIVES OF HELLENIC MEDICINE .

Κουλιεράκης Γ., (2010) *Οικονομική κρίση και Δημόσια Υγεία, Απειλή για την κοινωνική συνοχή ,Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Υγεία,* Νέα Υγεία, 70:1, page:8.

Κουτής, Χ. (2008) *Μεθοδολογία της έρευνας*. Διδακτικές Σημειώσεις, ΕΣΔΥ, Αθήνα.

Κρεμαστινός,Δ.,(2010) ‘’Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη’’ ανάκτηση στις 2-8-11 από www.hearthview.gr Συνέδριο Αθήνα.

Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α., (1999), *Θέματα Γηροψυχολογίας και* *Γεροντολογίας. Ελληνικά Γράμματα,* Αθήνα.

Λυρίτης Γ.,(2001) *Οστεοπόρωση*, Στο: *Σύγχρονα ιατρικά θέματα και Πρωτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη,* Εταιρεία συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, σελ. 323-336, Παρισιανός, Αθήνα.

Μάϊνα ,Α. (2008) *Κοινωνικοί και πολιτιστικοί καθορισμοί της υγείας.* Διδακτικές Σημειώσεις, ΕΣΔΥ, Αθήνα.

Μάϊνα , Α. (2008) *Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία.* Διδακτικές Σημειώσεις, ΕΣΔΥ, Αθήνα.

Μαλικιώση – Λοίζου Μ.(1980) *Ψυχολογία του γήρατος* , Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

Μαλικιώση – Λοϊζου Μ., (1996) *Διαγενεακές σχέσεις : Πραγματικότητα και* *Αρχές Επικοινωνίας και Αλληλεγγύης*. Στο : *Γήρανση και Κοινωνία*, Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, Αθήνα .

Μαργαρίτης, Λ., Κονταξάκης ΒΠ., Χριστοδούλου ΓΝ., *Αρτηριοσκληρυντική Πολυεμφρακτική Άνοια* Στο: Xριστοδούλου ΓΝ., Κονταξάκης ΒΠ.,(επιμ. Εκδ.) Η *Τρίτη Ηλικία*,σελ. 141-148, Βήτα, Αθήνα.

Mέγας, Χ., (2010) *Αλματώδης η αύξηση των συνταξιούχων* Ελευθεροτυπία, 11 Απριλίου 2010:6/ Aσφαλιστικό/Οικονομία.

Μερκούρης Α.,(1996) *Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών*, Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σχολή Επιστημών Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Μεσθεναίου Ε., Ιωαννίδη Ε., Αγραφιώτης Δ., (2007), *Γυναίκα και Τρίτη Ηλικία,* Παπαζήση, Αθήνα.

Μουντουλακάκης, Θ.,(2002), *Ιδιαιτερότητες της Εσωτερικής Παθολογίας στην Τρίτη Ηλικία*, Στο Παθολογία , ΔΕΠ Τομέας Παθολογίας ,τόμος 1 ,Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, σελ.82-84, Αθήνα.

Μουσούρου, A., (2003), Η οικογένεια και το άτομο της τρίτης Ηλικίας. Στο: Κοινωνιολογία της Σύγχρονης Οικογένειας, Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης και Κοινωνικής Πολιτικής Gutenberg, Αθήνα, σελ 536-543.

Μουσούρου, Α., Μωυσίδης, Σ., Ρόμπολης, Δ., Τσαούσης, Γ., Τσιάκαλος & Ι Ψημμένος,(2003) (Επιμ.), *Κοινωνικός αποκλεισμός : Η ελληνική εμπειρία,* Gutenberg, Aθήνα.

Μουσούρου, Λ.Μ., Στρατηγάκη, Μ. (Επιμ.), Βιβλιοθήκη κοινωνικής επιστήμης Gutenberg.

Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., Μπουρσανίδης Χ., (1991), *Τρίτη Ηλικία και Οικονομικά της Υγείας* , Κοινωνική Εργασία, 6,24:245-253.

Μπαμπάτσικου, Φ., (2007) *Κατάσταση Υγείας και προσδιοριστικοί* *παράγοντες σε ηλικιωμένους* : *Διδακτορική Διατριβή*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών – Ιατρική Σχολή – Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής – Ψυχιατρικής και Νευρολογίας – Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Αθήνα .

Μπάγκαβος Χ., Μωυσίδης Α. (2004), *Το νέο δημογραφικό τοπίο του 21ου* *αιώνα : εξελίξεις επιπτώσεις*, πολιτικές, Gutenberg, Αθήνα.

Μπαλούρδος Δ., Τζωτζοπούλου Μ. (1996), *Ηλικιωμένοι Φτώχεια και* *Κοινωνικός αποκλεισμός*. Στο : Γήρανση και Κοινωνία, Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Μπαλούρδος, \_. Τεπέρογλου, Α. Φακιολάς, Α. (1996) *«Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης».*Στο διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών

Μπαρμπούνη, Α., Κουρέα – Κρεμαστινού, Τ., (2007) *Υγεία του ευρωπαϊκού* *και ελληνικού πληθυσμού.* Στο : Κουρέα – Κρεμαστινού, Τ., (Επιμ. ) , Δημόσια Υγεία. Θεωρία – Πράξη - Πολιτκές, Τεχνόραμα, Αθήνα.

Mπένος, Α., (2010) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000. ‘Ένα όνειρο για* *την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας.* Ανάκτηση 8-8-2011 από <http://indy.gr/projects/o-imi-orofos/protobathmia-frontida-ygeias-to-2000>.

Μυλωνά,K.,Τσιάντου, B., Κυριόπουλος,I., (2011) “Η ανάπτυξη του κοινωνικού δικτύου ως συνιστώσας της κοινωνικής συνοχής σε συνθήκες οικονομικής κρίσης”. Κοινωνική Εργασία (υπό δημοσίευση).

Νεοκλέους,Γρ (2009) *Οι δύο όψεις της 3ης ηλικίας: Ευτυχισμένα γηρατειά και ηλικιακή διάκριση,* τεύχος 95, επιστημονικό περιοδικό "Κοινωνική Εργασία" Αθήνα.

Νιάκας Δ., Μπεαζόγλου Τ.(1994*): Είναι Αναγκαία η Ανάπτυξη Εναλλακτικών* *Μορφών Περίθαλψης για την Τρίτη Ηλικία στην Ελλάδα*. Στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ. (επιμ.), Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημώντης Υγείας, Αθήνα, 253-262.

Ξανθάκη,Α.,΄΄*Ψυχολογικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης* ΄΄ 11-11-2010 [www.Psychology.blog](http://www.Psychology.blog) .

Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθήνας αναφέρονται στο άρθρο του Γ. Ελαφρού, «Η κρίση βλάπτει σοβαρά υγεία-σχέσεις», Η Καθημερινή, 23/11/2008, σελ. 42.

Παγοροπούλου, Α. (2000) *Η Γεροντική Κατάθλιψη* Αθήνα: Ελληνικά Γράµµατα.

Παπαγιαννοπούλου,Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος ,Γ.,(2007) *Measuring satisfaction with healthcare services in an Athens pediatric hospital,* Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Ερευνών, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα.

Παπαλιού, Ο., Φαγκαδάκη, Ε. (2007) *Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους*, Στο : Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Επιμ.), Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας το 2006 – Ενότητα 3, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Παπανούτσος, Ε.,(1984) *Πρακτική Φιλοσοφία*, Δωδώνη, Αθήνα.

Παπαγιαννοπούλου,Β,Πιερράκος,Γ,Σαρρής,Μ (2006*) Measuring satisfaction with health care services in an Athens pediatric hospital*

ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2008, 25(1):73¯82

Παρασκευόπουλος , Ι., (1985) Εξελεγκτική Ψυχολογία, 3ος τόμος, Αυτοέκδοση, Αθήνα.

Πασσά, Χ.,(2010), *Διπλωματική εργασία: Κατάσταση Υγείας και ποιότητα ζωής ατόμων τρίτης ηλικίας,* ΕΣΔΥ, Αθήνα.

ΠΟΥ, (2002) Ψυχική Υγεία : νέα αντίληψη, νέα φροντίδα. ‘Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001, Ελληνική έκδοση υπ΄εύθυνη της Δ/νσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας , ανακτήθηκε στο <http://www.who.int/2001> στις 8-82011,Αθήνα.

Πρακτικά 10ης Συνόδου της Βουλής των Γερόντων, 22/11/2008.

Σπαθαράκης Γ., (2007), *Κακοποίηση Υπερηλίκων* Στο : *Γηριατρική και* *Γεροντολογική Εταιρία Βορείου Ελλάδας*, Θεσσαλονίκη.

Στάμος Κ.,Ροϊδης ΝΘ.,Καραχάλιος Θ., (2000*) Κατάγματα και άλλες κακώσεις στην Τρίτη Ηλικία,* Στο: Xριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΜ(Επιμ. Εκδ.) *Η Τρίτη Ηλικία,* σελ. 115-122 , Βήτα, Αθήνα.

Στυλιανίδης, Σ., (2010) ‘’ *Μια νέα ευκαιρία ψυχιατρικοποίησης των κοινωνικών προβλημάτων ή Μια νέα κλινική θεραπευτική πραγματικότητα’’ Νέα Υγεία 70:5 page: 7.*

Στυλιανοπούλου,Χ.,Κουλιεράκης,Γ.,(2009) ‘*’Συχνότητα εμφάνισης καταάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών ΚΑΠΗ’’ Διπλωματική εργασία ΕΣΔΥ-ΤΕΙ,* Αθήνα.

Τεπέρογλου ,Α., (2004*), Ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του.* Στο *: Ζητήματα* *Οικογενειακής Πολιτικής, θεωρητικά , Αναφορές και Εμπειρικές Διερευνήσεις , Μουσούρου,* Λ.Μ. Στρατηγάκη, Μ. (Επιμ.), Βιβλιοθήκη κοινωνικής επιστήμης Gutenberg, σελ. 161-183.

Tζημουράκα Α. (1989), Γηριατρική (Γεροντοιατρική), εκδ. Μέλισσα, Θεσσαλονίκη

Τζωρτζοπούλου(Επιμ.), *Γήρανση και κοινωνία*. Πρακτικά πανελλήνιου συνεδρίου ΕΚΚΕ ,Αθήνα : Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Τούντας, Ι., και συνεργάτες, (2008). *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 –* *2006.* Κέντρο Μελετών υπηρεσιών υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα. Ανάκτηση 8-8-2011 από <http://www.neahygeia.gr/downloads/Tountas> Health Services In Greece.pdf .

Τριανταφύλλου, Τ., Μεσθεναίου, Ε., Προύσκας, Κ., Γκόλτση, Π., Κοντούκα, Σ., Λουκίσης, Α., (2006) Πανελλαδική έρευνα : *Η οικογένεια που φροντίζει* *εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα.* Ινστιτούτο κοινωνικής προστασίας και Αλληλεγγύης – 50 + Ελλάς, Αθήνα.

Τσαλίκογλου, Φ.,(2010) ‘’*Απειλή της ψυχικής υγείας σήμερα : Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία*. ‘’Νέα Υγεία 70:3 page: 5.

*Χριστοδούλου,Γ.Ν., Κονταξάκης,Β.Π.,(2000) Η Τρίτη Ηλικία, Αθήνα.*

**ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Abrams, (1988) *Use of time by the elderly in Great Britain*. In K. Arlergott (Ed.), *Daily Life in Later Life*, London: Sage.

AGE:**European Older People΄s Platform)(Ευρωπαϊκό Δίκτυο 150 περίπου οργανισμών από και για τις ηλικίες άνω των 50 που βοηθά να αρθρωθούν και να προβληθούν τα συμφέροντα των 150 εκατομμυρίων ηλικιωμένων πολιτών.**

Alber, J. & Kohler,U.,( 2004*) Health and care in an enlarged Europe*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Berlin : Social Science Research centre Anderson G., Hussey P. (200), ‘’ *Population Aging : A comparison among Industrialized Countries’’*, Health Affairs, Millwood,pp.191-203.

ΑLMA: ALo Maltraitance des Personnes Agees et/ou des Personnes Handicapees <http://www.alma-france.org/>.

American Journal of Sociology (1992) Phyllis Moen.

Αddis,M.E.& Mahalik, J.R. (2003) *Men, masculinity, and the contexts of help* *seeking.* American Psychologist, 58, 5-14.

Anderson, LH., Hussey,PS.,(2000*) Population Aging: A comparison among Industrialized Countries. Health Affairs* (Millwood),19:191-203.

APA American Psychological Association

http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&uid=1989-36454-001.

Andre Maurios, (1967) [*André Maurois - Wikipedia, the free encyclopedia*](http://www.google.gr/url?sa=t&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fen.wikipedia.org%2Fwiki%2FAndr%25C3%25A9_Maurois&rct=j&q=andre%20maurois&ei=4TZlTo61JMGBOuKhsJwK&usg=AFQjCNG3BcK_2YSgbEpV6nPM4GCa7deDSw&cad=rja) *en.wikipedia.org/wiki/André\_Maurois .*

[Atwood CS](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=el&langpair=en%7Cel&rurl=translate.google.gr&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed%3Fterm%3D%2522Atwood%2520CS%2522%255BAuthor%255D&usg=ALkJrhinw85ybqGVnis2L3K51qSmI_Pc1g) , [Bowen RL](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=el&langpair=en%7Cel&rurl=translate.google.gr&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed%3Fterm%3D%2522Bowen%2520RL%2522%255BAuthor%255D&usg=ALkJrhhHixJVfC6MBnlpRqWUiawgWTLHZQ).,(2011*) Η αναπαραγωγική-κυττάρων θεωρία του κύκλου της γήρανσης του πληθυσμού:* ενημέρωση,Geriatric Research, Education and Clinical Center, Veterans Administration Hospital and Department of Medicine, University of Wisconsin, Madison, WI 53705, USA. Γηριατρικής Έρευνας, Εκπαίδευσης και το Κέντρο Κλινικής, Veterans Administration Νοσοκομείου και του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου του Wisconsin, Madison, WI 53705, ΗΠΑ.

Erikson, J.M., *(1988) Wiisdom and the Senses : The Way of Creativity.* [www.oecd.org/.../0,3746,en\_2649\_20118](http://www.oecd.org/.../0,3746,en_2649_20118) *AGE: European Older People΄s Platform)* [*www.age-platform.org*](http://www.age-platform.org) *.*

Batles,P.,& kliegel ,R.,(1992*) Further testing of limits of cognitive plasticity: Negative age differences in a mnemonic skill are robust.* Developmental Psychology, 28, 121-125.

Benyamini, Y., Leventhal, E.A. & Leventhal, H. (2003). Elderly people . s rating of the importance of health – related factors to their self- assessments of health. *Social Science & Medicine*, 56, 1661.1667.

Butler, (1975), Hochschild, (1973), Medley, (1976), Neugarten, (1973) από Αβεντισιάν – Παγοροπούλου (2008), *Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας*, σελ. 199.

Burke, Edmund, (1958), Philosophical Enquiry , ed. JT Boulton, London, Routledge (later edition, Oxford, Blackwell, 1987 στο <http://plato.stanfort.edu/entries/burke.com>.

Gabija, (2006) έρευνα: ‘’Παραμέληση ηλικιωμένων’’ Οργάνωση της Λιθουανίας, [www.50plus.gr/images/.../Greek%20AGE%20elder%20abuse%20doc.doc](http://www.50plus.gr/images/.../Greek%20AGE%20elder%20abuse%20doc.doc).

Bond S., Thomas L.H. Measuring patients’ satisfaction with nursing care. Journal of advanced Nursing 1992; 17, 52-56.

Carl Rogers, (1980) Θεωρία προσωπικότητας στο <http://e-psychology.gr/psychotherapy/125----carl-rogers>.

Cowgill D., Holmes L.,(eds), (1972) *Ageing and Modernization*, Appleton-Century-Crofts, NY.

Cape R., R. Coe and I. Rossman (1990), Βασικές Αρχές Γηριατρικής, University Studio Press, Raven Press, Θεσσαλονίκη. 411-428.

Carlson, P., (2000*) Educational differences in self-rated health during the Russian transition. Evidence from Taganrog 1993-1994, Social Science & Medicine, 51, 1363-1374.*

*Cohen M.,(1973) Alternativeto Institutional Care of the Aged, Social Casework,* October.

*Κarolinskauniversity* *http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp;jsessionid=aDCFFgm9xix9TA-a-i?l=en&d=130.*

Damian, Ruigomez,Pastor, Martin-Moreno, 1999; Patric , Cottrell & Barnes, (2001) *Determinants of self assessed health among Spanish Older people living at home. Journal of Epidemiology and Community Health*, 53,412.416.

Dowd J.,(1981) *Industrialization and the decline of the aged,* Social Focus, Vol.14, No 4,pp.256-267.

Denton, M. & Walters, (1999) Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. Social Science & medicine, 48 1221-1235.

Doll, R.,Peto,R., Boreham,J.,Sutherland,I.,(2004) *Mortality in relation to smoking 50 years observations on male British doctors*, BMJ,328(7455):1519.

Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J .*19 .

Erin, York Kornwell ,(2009 health.in.gr/ajax.aspx?m=Common.Pdf&Name=Article&la=1&aid....

Eustacia- Dafni III -97,11:1145-1150 Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα <http://www.50plus.gr/daphneeustacia> AGE Platform Europe:   
http://www.age-platform.eu/en/daphne.

Eurofarmacare: Πανελλαδική έρευνα: Η οικογένεια που Φροντίζει Εξαρτημένα Ηλικιωμένα ‘Ατομα περίληψη της Ελληνικής έκθεσης /Νοέμβριος 2006 Τζούντη τα Τριανταφύλλου , Ελίζαμπεθ Μεσθεναίου, Κωνσταντίνος Προύσκας , Παρασκευή Γκόλτση, Σοφία Kοντούκα, Αναστάσιος Λουκίσης.

Ανάκτηση :http//www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverablew/nasure\_el\_in\_greek.pdf.

Εyrofarmacare: Διεθνές ερευνητικό πρόγραμμα: Services Family Cares

of Erderly People in Europe : Characteristics, Coverage and Usage στο 5ο πρόγραμμα πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Eurostat (2004), New Cronos: Eurostat’ s reference database , Statistical Office of the European Communities, Luxembourg

50plus EΛΛΑΣ Global Action on Aging : Helping seniors stay on their feet ανακτήθηκε στις 6-82011 από <http://www.50plus.gr/article/115>.

50plusΕΛΛΑΣ Ηλεκτρονική έκδοση ΜΚΟ

www.50plus.gr/images/content/E-NEWSLETTER\_50plus\_Dec\_2010.pdf.

Hayflick, L.,(1990) , Θεωρίες της γήρανσης, στο : R. Cape, R. Coe and i. Rossman, *Βασικές αρχές της γηριατρικής*, University Studio Press, Raven Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 59-70.

Ηayflick L., (1997), Biology of ageing. A review in : 1997 word congess of Gerontology *Ageing beyond 2000 : one word future,* Adelaide, 19-23 August.

Hudges b.,(1995) *Older People and Community Care*, Open University Press, Buckingham and Philadelphia, USA.

Faden R., Leple΄ ge A. Assessing quality of life: Moral implications for clinical practice. Med Care 1992, 30, 5:MS166–MS175.

Fayers, P.M. & Sprangers, A.G.M (2002) *Understanding self – rated health. Lancet;* 359:187-188.

Furtos, Jean., (2008*) ‘’Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs* ‘’(French Edition) ,Kindle Edition.

Froggart, A., (1991) *Inner beliefs.* Community Care, 876 : 15-16.

Gerdathamug, Ruhm . Deaths rise in good economic times:

Evidence from the OECD. Econ Hum Biol 2006, 4:298−316.

Giarchi George Giacinto, (1996) *Caring for older Europeans : comparative studies in 29 countries Aldershot : Arena, 547p.,bibliog..*

Giesen , C.B. & Datan, N., (1980) The competent older woman. In N. Datan & N. Lohmann(Eds), *Transitions of Aging*, pp. 57-72. New York: Academic Press.

Havighurst, R.,(1968) *A social-psychological perspective on aging.* Gerontologist, 8: 67-71.

Havighurst, R.J. et al. *Adjustment to retirement,* Gerontologist.

Holland, C.A. & Rabbitt, P.M.A., (1992b) Effects of age-related reduction in processing resoutces on text recall. Journal of Gerontology (Phychological Sciences), 47(3):217-31.

# Journal of Gerontology *Το άγχος και η προσαρμογή στη μετέπειτα ζωή του.*

Jerrome, (1993) *Intimate relationships*. In J. Bond, P. Coleman & S. Peace (Eds), *Ageing in Society: An introduction to Social gerontology*, 2nd, London: Sage.

Jung, C. G. (1992). Two essays on analytical psychology. In H. Read, M. Fordham & G. Adler (Eds.),W.McGuire (Series Ed.), The collected works of C.G.Jung (Vol. 7).Hull,R.F.C.(Trans.) London, England : Routledge(Original work published 1960/1969).

Ishii-Kuntz,M., (1990) *Social interaction and psychological well-being: Comparison across stages of adulthood. International Journal of Aging and Human Development, 30 (1): 15-36.*

## **International Journal of Ageing and Later Life 2006 1(1): 69–8**

Kastenbaum, R.,(1980) *H Tρίτη Ηλικία . Τα χρόνια της ολοκλήρωσης, Ψυχογιός,Αθήνα.*

Kabir, Z.N., Tishelman, C., Aguero – Torres, H., Chowdhury, A.M.R & Hojer, B. (2003) Gender and rural/urban differences in reported health status by older people in Bangladesh. Archives of Gerontology and Geriatrics , 37, 77-91.

Koening, H.G., (1990) *Research on religion and mental health*: A review and commentary. *Journal of Clinical Geriatric Psychiatry*, 23 (1) : 23-53.

Koukouli ,S., Vlachoniclis, I.G& Philalithis.,(2002*). Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative crossectional study. Social Science & Medicine, 57, 1643.1652.*

Khayat K, Salter B.,*Patient satisfaction surveys as a market*

*research tool for general practices. Br J Gen Pract 1994,*

*44:215–219*

*Ley P. Complaints made by hospital stuff and patients: A review*

*of the literature. Bull Br Psychol 1972, 25:115–120.*

Levois M, Nguyen TD, Attkisson CC. Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*1981,4:139–150  
Levet-Gautrat,(1977)[*Quesais-je?,2373:Gérontologiesociale*](http://www.abebooks.com/servlet/BookDetailsPL?bi=413680760&searchurl=ds%3D30%26isbn%3D9782130401926%26sortby%3D17) ,p:5,Fontain, Frence .

Lipsitz and Goldberger, (1992) ‘*’ Loss of complexity akd aging. Potential applications of fractals and chaos. Theory to Senescence ‘*’ Journal of American Medical Association, 267,pp.1806:1809.

Marc A. Musick and John Wilson (2003) "Volunteering and Depression" ,*Social Science and Medicine.*

Medley A, Thompson., (1997) *The effect of assistive devices on the*

*performance of the community dwelling elderly on the timed up and go test*.

Issues Aging, 20, 3-7.

Medvedev Z.A. (1981) Age changes and the rejuvenation processes related to

reproduction. Mechanisms of Ageing and Development, 17, 331-349.

Mοberg,D.O.,(1990b) Religion and aging . in K.F. Ferraro(Ed.), *Gerontology:* *Perspectives and Issues,* pp.179-205. New York : Springer.

Neugarten, B.,(1974) *Age group in American society and the rise of young* *old, Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* , 415, pp. 187-198.

Neenah L. Chappel ,(1999) ‘*’Volunteering and Healthy Aging: What We Know*‘’ Volunteer Canada, Manulife Financial and Health Canada.

OECD., (1988α) *Ageing Populations – The Social Policy Implication*, Paris  
OECD.,(1988b) *The Future of Social Protection,* Paris.

OECD., (1990) *Health Systems in Transition: The Search of Efficiency,* Paris  
OECD., (1997) *Health Data, Paris.*

Osterfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care, Amsterdam: Kluwer, 1994; 19–34.

Pagoropoulou A., Theotoka I., Baloyiannis S. (2000) Life quality and socio.

economic status in caregivers of impaired elderly without a psychological or

psychiatric disorder *"Θέµατα Γεροντολογίας και Γηριατρικής",* Αθήνα: Σύνεδρον, Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία.

Paillat P., (1982) *Vieillissement et Viellesse*, Puf, Paris.

|  |
| --- |
|  |

Perlmutter, M., Hall, E., (1982) *Adult* *development and aging* ,2nd ed, Wiley : New York.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Rosenmayr L.,(1987) *Sociological Dimensions of Gerentology*, in: M.Bergener *Psychogeriatrics, An International Handbook*, Springer Publishing Co, New York, pp.43-74.

Rose A.,(1965) *A current Theoretical issue in social gerontology*, The Gerontologist 4, pp.46-50.

Global Action on Aging, (2008) .

University of Oxford , The Oxford institute of Aging: Financial Times http://www.ageing.ox.ac.uk/news/2011/financial-times-reports-oias-call-flexible-state-pension.

Orgel, L., (1963), *The maintenance of the accuracy of protein synthesis and* *its relevance to ageing, Proceedings of National Academy of sciences,* USA, 49,pp.517-521.

John Rowe and Robert Kahn's (1998) ‘’*Successful Aging*‘’ New York City: Pantheon Books.

Salamone,M,Piccoli GB, Gabella,P Totazza, MC, Iadarola, AM, Ferro,M, et al.,(1998) *Cachexia during dialysis*. Minerva Urol Nefrol, 50(1): 101-105.

Schuller., K.F. & Fisher, G.A.,(1985) *Quality of life research and sociology. Annual Review of Sociology,* 11, 129 -149.

Schaie & Williw,(1988) Some conclunding comments. In K.W. Schaie, R.T. Campbell, W. Meredith & S.C.Rawlings (Eds*), Methological Issues in Aging* *Research,* New York: Springer.

SHARE (2004) Study of health and Retirement in Europe, ανακτήθηκε στο [www.share-project](http://www.share-project), org στις 1-8-2011.

Slater.R, (2003) Γηρατειά « Θλιμμένος Χειμώνας ή Δεύτερη ‘Ανοιξη ; » Η ψυχολογία της γήρανσης (Επιμ. Μαλικιώση – Λοϊζου Μαρία), Ελληνικά Γράμματα , Αθήνα .

Sitzia J, Wood N., Ross C, Fromelt G, Hazelwood L, Chang R. The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed) *Health care marketing: A foundation for managed* *quality.* Gaithersburg, MD, Aspen, 1994:55–69.

Sonda , (1985): Κοτταρίδη (2007), Ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του : ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα Στο : To Koινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας το 2006, Ενότητα 3, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Tucker, (1997) Stokes, (1961) , *Εφηβεία , ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία*, (Επιμ.), Νικόλαος , Δ. Γιαννίτσας, Εξελικτική Ψυχολογία, Ελληνικά Γράμματα.

Thomspon, P., Itzin, C. & Abendstern, M.(1991), *I don’t feel old,* Oxford: Oxford University Press.

Thomas Glass,(2003) ‘*’Succeful Aging’’* in ‘*’Brocklehurst’s Textbook of geriatric Medicine and Gerontology ‘’*(Churchill Livingstone, 2003).

Τornstam, L., (1989) Gero-transcendance: A reformulation of the disengage-ment theory. *Aging,* 1 (1): 55-63.

Sauvy, Α., (1965) , Μythologie de notre temps, Payot, Paris.

Storandt,M. (1992) Memory-skills training for older adults*. Current theory and* *Research in Motivation*, 39:39-62. Nebraska Symposium on Motivation, 1991. Lincoln, NB: University of Nebraska Press.

Stephanie L. Brown (2003) ‘’*Psychological Science* ‘’.

Vandoorslaer E, Wagstaff A, Bleichrodt H, Calonge S,

Gerdthamug , Gerfin M et al. Income related inequalities

in health: some international comparisons. J Health Econ

(1997), 16:93−112.

Young, A.F., Dobson, A.J., Byles, J.E.(2001), *Determinants of general* *practitioner use among women in Australia.* Social Science & Medcine, 53, 1641.1651

Υoung, FW,Glasgow, (1998) Research on Aging.

Wen KY., Gustafson DH.,(2004) Needs assessment for cancer patients and their families. Health Qual Life Outcomes,2:11.

WHO (2004) Regional Office for Europe , *European health for all database* (HFA-DB) Copenhagen, WHO Regional office for Europe 2004.

WHO (2006a) Regional Office for Europe . Europeann health for all database (HFA-DB) .Copenhagen, WHO Regional office for Europe.

WHO (2006b) Regional Office for Europe , Highlights on health in Greece 2004, Copenhagen.

Wenger, G.C.(1984) *The Supportive Network: Coping with Old Age.* London: George Allen and Unwin.

Woodward, (1988) Reminiscence,identity, sentimentality: Simone de Beauvoir and the life review. *Journal of Gerontological Social Work*, 12.

Weale, S.,(1993). Why granny is down in the dumps. *The Guardian,* 19 May, p13

Wilkinson Rg., Unhealthy societies: *The afflictions of inequalities*.

Ed 1. Routledge, London, 1996.

Zahr LK, William SG, El-Hadad A., *Patient satisfaction with nursing*

*care in Alexandria, Egypt. Int J Nurs Stud 1991, 28:337–342*

Zimmer, Z., Natividad, J., Lin, H. & Chayovan, N., (2000*) A cross- national examination of the detarminants of self-assessed health.* Joyrnal and health and Social Behavior, 41(4), 465-481.

World Health Organisation report (2002) “Missing voices: views of older persons on elder abuse - a study from eight countries: Argentina, Austria, Brazil, Canada, India, Kenya, Lebanon and Sweden”

[http://www.who.int/ageing/projects/elder\_abuse/missing\_ voices/en/index.html](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/missing_%20voices/en/index.html) .

The Toronto Declaration on Global Prevention of Elder Abuse (2002) <http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf>.

European Economic and Social Committee Opinion on Elder Abuse (2007)

<http://eescregistry.eesc.europa.eu/viewdoc.aspx?doc=\\esppub1\esp_public\ces\soc\soc279\en\ces1465-2007_ac_en.doc>.

Special Eurobarometer “Health and Long-term care in the European Union” (2007)

<http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf> .

International Network for the Prevention of Elder Abuse <http://www.inpea.net>

Action on Elder Abuse <http://www.elderabuse.org.uk>

Thomas Hammarberg (2006)[Commissioner for Human Rights - Human rights -](http://www.google.gr/url?sa=t&source=web&cd=8&ved=0CE0QFjAH&url=https%3A%2F%2Fwcd.coe.int%2FViewDoc.jsp%3Fid%3D1476365&rct=j&q=council%20of%20europe%20commissioner%20for%20human%20rights&ei=GTFlTuitEo_rOefprIAK&usg=AFQjCNGPePPy0GwtmWvIIhynfOJW1hS0Gw&cad=rja) <http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id.com> Council of Europe.

http://news.pathfinder.gr/sports/543837.html[Η μοναξιά σχετίζεται με κακή σωματική και πνευματική υγεία στην Τρίτη Ηλικία.](http://www.google.gr/url?sa=t&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CB8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fnews.pathfinder.gr%2Fsports%2F543837.html&rct=j&q=%CE%88%CF%81%CE%B9%CE%BD%20%CE%93%CE%B9%CE%BF%CF%81%CE%BA%20%CE%9A%CE%BF%CF%81%CE%BD%CE%B3%CE%BF%CF%85%CE%B5%CE%BB&ei=gGuLTuGsMsSa-gbfzdX_Aw&usg=AFQjCNFcTWcxLt-IkG643ko4uO7P85E_Jw&cad=rja)

http://hsb.sagepub.com/ Journal and Health behavior.

**ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ**

http;//[www.share-project](http://www.share-project), org.

http;//www.50plus.gr.

http;//www.age-platform.eu.

http://www.ageing.ox.ac.uk./.

http://e-psychology.gr.

http//www.uke.de/extern/eurofamcare.

<http://www.alma-france.org>.

<http://plato.stanfort.edu/>.

http://www.avantarakis.gr.

http [www.who.int](http://www.who.int).

http://www.neahygeia.gr.

http://[www.Psychology.blog](http://www.Psychology.blog).

*http://www.europarl.europa.eu.*

http://indy.gr./.

http://helios-eie.ekt.gr.

http://www.parliament.cy.

http://www.oecd.org/../0,3746,en\_2649\_20118.

http://[www.travelagentsproject.org](http://www.travelagentsproject.org) .

http;//[www.haef.gr](http://www.haef.gr/)).

http://[www.lifelinehellas.gr](http://www.lifelinehellas.gr/).

http://www.2010againstpoverty.eu/about/?langid=el.

http://www.healthview.gr.

http://Ekt.gr.

<http://europa.eu/pol/cons/index.el.htu>.

<http://www.cdc.gov>.

<http://nsph.gr>.

<http://keel.org.gr>.

<http://statistics.gr>.

<http://eie.gr>.

<http://mohaw.gr>.

<http://www.ecdc.eu/>.

<http://epp.eurosta.ec.europa/eu/>.

<http://euro.who.int/>.

<http://who.int/globa>.

<http://www.who.int/ncd-surveillance/>.

<http://www.wordbank.org>.

http//www.coe.int/e/general/search.asp.

<http://www.pubmed.nl>.

<http://en.wikipedia.org/wiki/Masters_and_Johnson#Publications>.

http://en.wikipedia.org/wiki/Medleys,\_University\_of\_Melbourne\_Medical\_Revue.

http://archives.ictscenarios.gr/Theories\_Mathisis/koinonikopolitismikes.htm.

http://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/us/friedan.htm.

http://pubMedpMID:7970917,4;18(2):114-8.

<http://www.uniulm.de/LiLL/5.0/E/5.3/practice.htm.l>

<http://www.psychlotron.org.uk/resources/physiological/AS_AQA_stress_marmotapfcc>.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

**ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ**

1. ΄Ετος γέννησης-
2. Μορφωτικό επίπεδο – Έχετε τελειώσει :

**α)** Δημοτικό

**β)** Γυμνάσιο

**γ)** Πανεπιστήμιο

1. Οικογενειακή κατάσταση
2. ΄Εχετε παιδιά? Πόσα?
3. Με ποιόν ζείτε?

**6)** Τι δουλειά κάνατε ?

**7)** Πριν πόσα χρόνια βρήκατε στη σύνταξη? ‘Ηταν πρόωρη? Εάν ναι, γιατί το επιλέξατε

**8)** Ποια είναι η κύρια πηγή του εισοδήματος σας μηνιαία?

**α)** Σύνταξη

**β)** άλλες πηγές---Ποιες?

**9)** Σας απασχολούν συχνά οικονομικά θέματα για να καλύψετε τις καθημερινές σας ανάγκες? Ποια ανάγκη σας καλύπτεται με δυσκολία λόγω οικονομικών προβλημάτων?

**10)** Νιώθετε ότι σας έχει επηρεάσει η σημερινή κρίση της χώρας μας? Πως?

**11 )** Αντιμετωπίζετε κάποια προβλήματα υγείας? Ποια?

**12)** Τα προβλήματα αυτά σας δυσκολεύουν στο να κάνετε πράγματα που σας ευχαριστούν/ικανοποιούν? Εάν ναι, τι?

**13)** Είσαστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που χρησιμοποιείτε τον χρόνο σας, την κάθε μέρα ? Τι θα θέλατε να κάνετε και δεν μπορείτε?

**14)** Νοιώθετε ικανοποιημένος/η με ό,τι έχετε πετύχει στη ζωή σας μέχρι σήμερα;

**15)** Στο οικογενειακό σας περιβάλλον σας αντιμετωπίζουν καλά? Εάν όχι, : Ποιοι? Πως? Γιατί ?

**16)** Υπάρχει κάποιο άτομο με το οποίο μπορείτε να μιλάτε όταν έχετε πρόβλημα?

**17)** Πόσο χαρούμενος/ αισιόδοξος αισθανόσαστε αναφορικά με τα πράγματα που προσμένετε ( με το μέλλον);

**18)** Ποια είναι η καθημερινότητά σας ? Περιγράψτε μου μια μέρα

**19)** Ποιο είναι το πιο ευτυχισμένο γεγονός της ζωής σας?

**20)** Ποιο είναι το πιο άσχημο γεγονός στη ζωή σας?

**21)** Είστε ευχαριστημένος από τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ ?

**22)** Τι επιπλέον θα θέλατε?

**23)** Από τις άλλες υπηρεσίας υγείας (πρόσβαση στους ιατρούς του ΙΚΑ ή νοσοκομείο) είστε ικανοποιημένος?

**24)** Εάν σας ζητούσαν , εάν σας δινόταν η ευκαιρία να προσφέρετε υπηρεσίες εθελοντικά, πχ να βοηθήσετε παιδιά σε ιδρύματα, κλπ θα το κάνατε? Εάν όχι γιατί?

**25)** Τι θα σας έκανε ευτυχισμένους αυτή τη στιγμή? Ποια είναι η επιθυμία σας ?

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**

**Μαντινάδες μέλους του Α΄ ΚΑΠΗ:**

**Αν.Αρωληθιανάκη**

Αυτά που διαβάζετε

Σε στοίχους είναι γραμμένα

Στης Κρήτης την παράδοση

είναι αφιερωμένα

Του έρωτα η δύναμη

Είναι πολύ μεγάλη

Και νικημένος θα βρεθεί

όποιος με αυτόν τα βάλει

Το σ΄αγαπώ το χάραξα

Σε πέτρα που δεν σβήνει

Όταν πεθάνω να περνάς

Να σου το λέει εκείνη

Χαρίζω σου τα μάτια μου

Να δεις πως σε θωρούνε

Να μη ρωτάς εδώ κι εκεί

το πόσο σ ΄ αγαπούνε

Η Κρήτη το απόδειξε

Με τον ηρωϊσμό της

Σκληρά τον επολέμησε

Ετότες τον εχθρό της

Νέοι αν θέλετε στη ζωή

Την προκοπή να δείτε

Να βρείτε γέρο ψάξετε

Να τον συμβουλευτείτε

Ο εγωϊσμός και ο σεβασμός

Όταν συναντηθούνε

Είναι πολύ δύσκολο

Οι δυο τους να τα βρούνε

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4**