



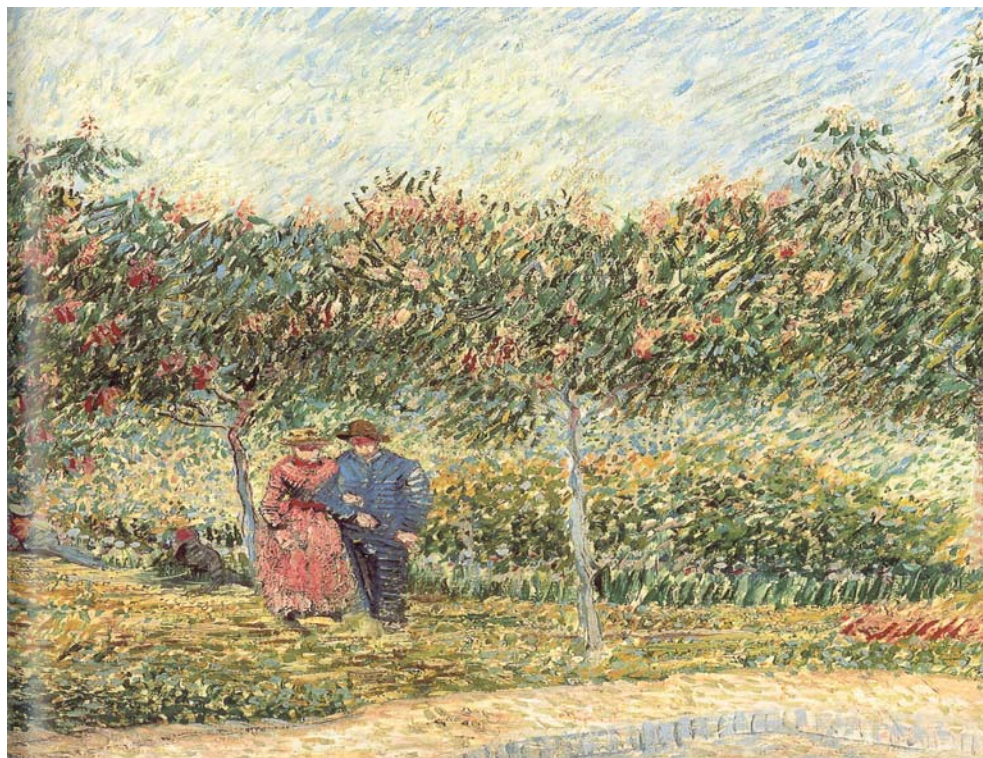
**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:**

**«ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ALZHEIMER»**



**ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**ΠΑΤΤΑΚΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

**ΟΜΑΔΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**ΜΑΥΡΟΒΟΥΝΙΩΤΗ ΘΕΟΦΑΝΩ**

**ΧΑΜΗΛΟΘΩΡΗ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

1.1 Εισαγωγή.....	4
1.1.2 Τα αίτια της γήρανσης.....	5
1.1.3 Παράγοντες που ασκούν επίδραση στην γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα.....	7
1.1.4 Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού.....	7
1.1.5 Τα αίτια της διαφορετικής γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα...9	
1.1.6 Η κοινωνική και πολιτισμική προσέγγιση της δημογραφικής γήρανσης.....	10
1.2 Βιολογικά στοιχεία της γήρανσης.....	12
1.2.1 Βιολογικές θεωρίες των γηρατειών.....	13
1.2.2 Νοσηρότητα στην τρίτη ηλικία.....	14
1.2.3 Γήρας και υγεία.....	15
1.2.4 Φυσιολογικές σωματικές αλλαγές κατά το γήρας.....	17
1.2.5 Φυσιολογικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων.....	18
1.3 Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων – Νέοι θεσμοί για την τρίτη ηλικία...19	
1.3.1 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων πολιτών.....	19
1.3.2 Η νομική προστασία των ηλικιωμένων.....	20
1.3.3 Ιατροκοινωνικά μέτρα για τους ηλικιωμένους.....	21
1.3.4 Παροχή εξωϊδρυματικής προστασίας στους ηλικιωμένους.....	26
1.3.5 Αποτελεσματικότητα των μέτρων προστασίας για τους ηλικιωμένους.....	27

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER**

2.1 Εισαγωγή.....	29
2.2 Ορισμός της νόσου Alzheimer.....	31
2.3 Διάγνωση του Alzheimer.....	33
2.4 Θεραπεία του Alzheimer.....	36
2.5 Τρόποι αντιμετώπισης.....	38

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ: ΜΙΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

<b>3.1 Στάσεις και αντιλήψεις των νέων για την τρίτη και τέταρτη ηλικία.....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 Η έννοια της ετικετοποίησης και οι προκαταλήψεις των νέων για τα γηρατειά.....</b>	<b>45</b>
3.2.1 Δείκτης προκαταλήψεων: Δυσκολίες στην επικοινωνία.....	46
3.2.2 Στερεότυπα για τα γηρατειά.....	47
3.2.3 Τα αίτια των προκαταλήψεων.....	48
3.2.4 Η επιρροή των προκαταλήψεων σε βάρος των ηλικιωμένων, στους ηλικιωμένους.....	49
<b>3.3 Κοινωνικός αποκλεισμός τρίτης και τέταρτης ηλικίας.....</b>	<b>50</b>
3.3.1 Θεωρήσεις κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων.....	51
3.3.2 Κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων.....	54
<b>3.4 Ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας.....</b>	<b>55</b>
<b>3.5 Προτάσεις και συμπεράσματα.....</b>	<b>56</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>4.1 Ερευνητικά εργαλεία.....</b>	<b>62</b>
<b>4.2 Διαδικασία χορήγησης ερωτηματολογίου.....</b>	<b>62</b>
<b>4.3 Δείγμα.....</b>	<b>62</b>
<b>4.4 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....</b>	<b>63</b>
<b>4.5 Υποθέσεις εργασίας.....</b>	<b>66</b>
<b>4.6 Περιορισμοί.....</b>	<b>67</b>
<b>4.7 Αποτελέσματα.....</b>	<b>68</b>
<b>4.8 Συμπεράσματα.....</b>	<b>84</b>
<b>4.9 Συζήτηση.....</b>	<b>85</b>

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>92</b>
--------------------------	-----------

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>99</b>
-----------------------	-----------

# ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

### 1.1 Εισαγωγή

Από τα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα έως και τις μέρες μας παρατηρείται έντονα το φαινόμενο της δημογραφικής ωρίμανσης και γήρανσης του πληθυσμού, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες του κόσμου. Με την πάροδο του χρόνου ο ρυθμός αύξησης του γεροντικού πληθυσμού τείνει να επιταχύνεται ολοένα και περισσότερο, γεγονός που επηρεάζει άμεσα τον γενικό πληθυσμό και παρουσιάζει ανισοκατανομές στην αναλογία του.

Η επικράτηση του βιολογικού αυτού φαινομένου επισήμανε την ανάγκη για μελέτη και αντιμετώπιση ιατρο-κοινωνικών προβλημάτων που είναι άμεσα συνυφασμένα με την Τρίτη ηλικία. Υπό αυτή την κατεύθυνση αναπτύχθηκαν νέοι κλάδοι όπως η γεροντολογία και η γηριατρική που φροντίζουν για την μελέτη και αντιμετώπιση τόσο κοινωνικοοικονομικών όσο και ιατρικών προβλημάτων που συνδέονται με το γήρας.

Μολαταύτα, το δημογραφικό αποτελεί ένα διαχρονικό πρόβλημα παγκόσμιας εμβέλειας που ασκεί καθοριστική επίδραση στους πολιτισμικούς και κοινωνικοοικονομικούς τομείς κάθε χώρας. Η μεγάλη και απότομη αύξηση της αναλογίας του γεροντικού πληθυσμού εκδηλώθηκε κατά τα μεταπολεμικά χρόνια και τα αίτια της εκδήλωσής της οφείλονται κυρίως στην αλληλεπίδραση τριών δημογραφικών συντελεστών που είναι που είναι:

- α) η μείωση των γεννήσεων,
- β) η ελάττωση της θνησιμότητας με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, κάτι που ήταν προϊόν των καλύτερων συνθηκών ζωής και υγείας,
- γ) η μετανάστευση, δεδομένου ότι οι μετακινούμενοι πληθυσμοί αποτελούνται κατά κανόνα από άτομα ηλικίας 18 έως 45 ετών, γεγονός που συμβάλλει ενεργά στην αύξηση της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ελληνική Γεροντολογική Εταιρία 2004, Πολύζος, (γγ), Δαρδαβέσης, 1999

### 1.1.2 Τα αίτια της γήρανσης του πληθυσμού

Στο σημείο αυτό θα ήταν σκόπιμο να γίνει μια μικρή αναφορά στους παράγοντες που συμβάλουν στην αύξηση της δημογραφικής γήρανσης.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η γήρανση σε μεγάλο βαθμό είναι προϊόν της υπογεννητικότητας. Η πτώση των γεννήσεων μακροπρόθεσμα οδηγεί στην μείωση του γενικού πληθυσμού, καθώς ελαττώνεται η αναλογία των νεότερων ατόμων στον πληθυσμό και αυξάνει η αναλογία των ηλικιωμένων <sup>2</sup>. Η μείωση της γονιμότητας που συνέβαλε κατά πολύ στην μείωση των γεννήσεων και κατά συνέπεια στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό <sup>3</sup>.

Ένας άλλος παράγοντας που ασκεί σημαντική επίδραση στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό είναι η μείωση της θνησιμότητας και η παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης <sup>4</sup>. Το φαινόμενο της αύξησης της αναλογίας του γεροντικού πληθυσμού ξεκίνησε να εκδηλώνεται σταδιακά από την περίοδο της μεταβιομηχανικής επανάστασης και μετά, κυρίως στις πιο εύπορες χώρες. Καθώς οι ευνοϊκές οικονομικές συνθήκες που επικρατούσαν στις χώρες αυτές οδήγησαν σε αναπτυξιακές τάσεις όπως η συγκρότηση υπηρεσιών δημοσίας υγείας, η εξυγίανση του περιβάλλοντος, η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής και γενικότερα η άνοδο του βιωτικού και μορφωτικού επιπέδου. Όλες αυτές οι σημαντικές εξελίξεις συνέβαλλαν στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στην μακροζωία, και κατά συνέπεια στην βαθμιαία μείωση της θνησιμότητας <sup>5</sup>.

Ένας τρίτος δημογραφικός συντελεστής που μετέχει ενεργά στην εξάπλωση της πληθυσμιακής γήρανσης είναι η μεταναστευτική κίνηση των πληθυσμών. Η μετανάστευση προκαλεί αίτια γήρανσης στις χώρες προέλευσης των μεταναστών και προοπτικές ανανέωσης του πληθυσμού στις χώρες υποδοχής. Η μεταναστευτική ροή συμβάλλει πρωτίστως στην γήρανση από τη μέση της πυραμίδας των ηλικιών, καθώς οι νέοι φεύγουν και μένουν πίσω οι γηραιότεροι, με συνέπεια να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο ο ρυθμός επιτάχυνσης της γήρανσης του πληθυσμού.

---

<sup>2</sup> Πολύζος, ( χχ)

<sup>3</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

<sup>4</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

<sup>5</sup> Δαρδαβέσης, 1999

Δευτερευόντως, η μεταναστευτική τάση προκαλεί γήρανση από την βάση της πυραμίδας των ηλικιών, εφόσον περιορίζονται οι ομάδες ηλικιών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία με απόρροια την πτώση των γεννήσεων. Το φαινόμενο αυτό καλείται και ως «αλυσίδα γήρανσης». Συμπεράσματα από αρκετές μελέτες αποδεικνύουν ότι η μεταναστευτική κινητικότητα προς το εξωτερικό συνέβαλλε σημαντικά στην πληθυσμιακή αλλαγή πολλών χωρών, ήδη από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα και καθ' όλη την διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Οι μεταναστεύσεις αυτές είχαν ως συνέπεια την εγρήγορση του ρυθμού γήρανσης των πληθυσμών των χωρών προέλευσης και την ανανέωση των χωρών υποδοχής <sup>6</sup>.

Πέρα όμως από την εξωτερική μετανάστευση, δυσμενείς επιδράσεις στην γήρανση του πληθυσμού έχει ασκήσει και η εσωτερική μετανάστευση, δηλαδή με άλλα λόγια η μεταφορά πληθυσμών από περιοχή σε περιοχή στο εσωτερικό μιας χώρας και ιδιαίτερα η μετακίνηση πληθυσμών από την ύπαιθρο στα αστικά κέντρα. Τα τελευταία χρόνια η γήρανση των πληθυσμών των αγροτικών περιοχών της αραιοκατοικημένης υπαίθρου τείνει να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, το γεγονός αυτό προκαλείται κυρίως από την μεταναστευτική κινητικότητα των νεότερων ηλικιακών ομάδων του πληθυσμού και επιδεινώνεται με την επιστροφή των παλινοστούντων που όντας πλέον συνταξιούχοι επιστρέφουν στον τόπο καταγωγής τους <sup>7</sup>.

Το φαινόμενο αυτό καλείται και ως αστικοποίηση. Η αστικοποίηση έχει συμβάλλει καθοριστικά στην επιτάχυνση της διαδικασίας της γήρανσης των πληθυσμών των περιοχών της υπαίθρου. Το φαινόμενο της αστικοποίησης προέκυψε ιδιαίτερα κατά τα μεταπολεμικά χρόνια με την ένταση της εκβιομηχάνισης, η οποία προκάλεσε την διαρροή του πιο δυναμικού μέρους του πληθυσμού των αγροτικών περιοχών, την ανοδική κρίση της τεχνολογίας που περιόρισε σημαντικά την ανάγκη σε εργατικά χέρια, και τέλος σε θεσμικές παρεμβάσεις σε ουσιώδη προβλήματα από την πλευρά του κράτους όπως λ.χ. συνταξιοδοτήσεις, ασφάλιση, υγειονομικό σύστημα κ.τ.λ. <sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Έκμε – Πουλοπούλου, 1999

<sup>7</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

<sup>8</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

### **1.1.3 Παράγοντες που ασκούν επίδραση στην γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα**

Η αναλογία του γεροντικού πληθυσμού στην χώρα μας αυξήθηκε κατά τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες που διεξήχθησαν από Έλληνες ειδικούς επιστήμονες, οι παράγοντες που επηρεάζουν την δημογραφική γήρανση στην χώρα μας είναι οι ακόλουθοι: η μείωση της γονιμότητας, η εξέλιξη της θνησιμότητας, η εξωτερική μεταναστευτική κίνηση, η παλιννόστηση, η είσοδος μεταναστών και η αρχική κατανομή του πληθυσμού <sup>9</sup>.

Είναι πλέον αναμφισβήτητη η διαπίστωση ότι οι πληθυσμοί ιδιαίτερα των εύρωστων οικονομικά χωρών τείνουν να γηράσκουν. Ο περιορισμός των γεννήσεων και η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής σε όρια άγνωστα για τα ιστορικά δεδομένα της ανθρωπότητας, είχαν ανατρεπτικά αποτελέσματα στις αναλογίες των ηλικιακών ομάδων του πληθυσμού. Με την πάροδο των ετών τα άτομα των νεότερων ηλικιών λιγοστεύουν ενώ τα μεγαλύτερα άτομα (από 60 ετών και άνω) προοδευτικά αυξάνονται με απόρροια οι υπερήλικες να αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της αναλογίας του πληθυσμού. Οι νέες δημογραφικές εξελίξεις που προέκυψαν τα τελευταία έτη έθεσαν την πολιτεία αντιμέτωπη απέναντι στο οξύ πρόβλημα της πληθυσμιακής διόγκωσης των ηλικιωμένων και της δυσαρμονίας στις αναλογίες μεταξύ των ηλικιακών ομάδων <sup>10</sup>.

### **1.1.4 Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού**

Σύμφωνα με αρκετούς επιστήμονες, η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα αναπόφευκτο γεγονός. Κατά τον Pailat<sup>11</sup>, ένας πληθυσμός που αποτελείται από μεγάλη αναλογία ηλικιωμένων ατόμων είναι δύσκολο να εφαρμόσει μια πολιτική που θα συμβάλλει στην αύξηση των γεννήσεων και συνεπώς στην ανανέωση του πληθυσμού, από την άλλη η μη ύπαρξη μιας τέτοιας πολιτικής οδηγεί στην επέκταση του φαινομένου της γήρανσης. Η δημογραφική γήρανση επηρεάζει εξίσου την αύξηση και την μείωση του πληθυσμού. Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες-

<sup>9</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999, Παπαδάκης, 1985

<sup>10</sup> Χουσιαδάς, 1999, Δαρδαβέσης, 1999

<sup>11</sup> Pailat στο Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

μεταξύ των οποίων βρίσκεται και η Ελλάδα-παρόλο που παρατηρείται άνοδος των επιπέδων της γήρανσης, ο πληθυσμός τείνει να αυξάνει. Παρόλα αυτά υπάρχουν και χώρες που όσο αυξάνονται τα επίπεδα γήρανσης τόσο μειώνεται ο συνολικός πληθυσμός. Σ' αυτές τις περιπτώσεις σύμφωνα με τον Sauvy<sup>12</sup>, οι επιπτώσεις της γήρανσης γίνονται ακόμη πιο αισθητές<sup>13</sup>.

Η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό σε σχέση με τους νεότερους, φέρει επιπτώσεις τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Σε οικονομικό επίπεδο, η γήρανση του πληθυσμού συνεπάγεται την επιβάρυνση του εργατικού δυναμικού, καθώς για να μπορέσει να συντηρηθεί ο ηλικιωμένος πληθυσμός απαιτείται ουσιαστική ανακατανομή των διαθέσιμων πόρων<sup>14</sup>. Η γήρανση του εργατικού δυναμικού εντοπίζεται ως ένα υπαρκτό πρόβλημα που με την πάροδο του χρόνου οξύνεται ολοένα και περισσότερο. Το πρόβλημα αυτό της δημογραφικής γήρανσης επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την δομή της αγοράς εργασίας και δημιουργεί νέες ανάγκες και δεδομένα<sup>15</sup>:

«1. Στην Ελλάδα σύμφωνα με έρευνα του Ε.Κ.Κ.Ε., προβλέπεται ότι το 2020 η αναλογία του πληθυσμού των ηλικιωμένων θα είναι όσο και η αναλογία των νέων.

2. Σύμφωνα επίσης με στοιχεία του CEDEFOP, 80 εκατομμύρια Ευρωπαίοι ηλικίας από 25 έως 64 ετών θα έχουν χαμηλά προσόντα για να διεκδικήσουν και να διατηρήσουν θέσεις εργασίας τα επόμενα χρόνια. Δεδομένου ότι αυτή τη στιγμή η αγορά εργασίας απαιτεί ολοένα και περισσότερο εξειδικευμένο προσωπικό»

Μια άλλη πρόκληση που συνδέεται άμεσα με την γήρανση του πληθυσμού αφορά το σύστημα κοινωνικής προστασίας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο βρίσκεται σε οριακό σημείο από άποψη οικονομικής βιωσιμότητας. Το γεγονός αυτό συνάδει στην δημιουργία ενός ακόμη προβλήματος που αφορά την αύξηση των επιπέδων φτώχειας κατά το γήρας, όπου πολλοί ηλικιωμένοι δεν έχουν επαρκή πρόσβαση στο βασικό εισόδημα και στην υγειονομική περίθαλψη<sup>16</sup>.

<sup>12</sup> Sauvy στο Έκμε – Πουλοπούλου, 1999

<sup>13</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

<sup>14</sup> Παπαδάκης, 1985, Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

<sup>15</sup> AWISE: Εργαστήριο Εμπειρογνομόνων, 2005.

<sup>16</sup> AWISE: Εργαστήριο Εμπειρογνομόνων, 2005.



Πέρα όμως από τις οικονομικές συνέπειες που μπορεί να παρουσιάζει η δημογραφική γήρανση, φέρει και κοινωνικές επιπτώσεις. Μια από τις σημαντικότερες κοινωνικές προκλήσεις της δημογραφικής γήρανσης αφορά την γήρανση του αγροτικού πληθυσμού και περισσότερο άμεσα του γεωργικού πληθυσμού. Το γεγονός αυτό «έχει ως συνέπεια τον κίνδυνο που αντιμετωπίζουν ορισμένες περιοχές για εξάντληση της πληθυσμιακής τους πυκνότητας και διεύρυνση των περιοχών που μετατρέπονται σε έρημο»<sup>17</sup>.

Η τάση των νεότερων ηλικιακά ομάδων του πληθυσμού για αστικοποίηση και συγκέντρωση στα αστικά κέντρα έχει συμβάλλει «στην ερήμωση των προβληματικών ορεινών και νησιωτικών περιοχών, η οποία σε συνδυασμό με την απουσία διαδοχής στις αγροτικές εκμεταλλεύσεις δημιουργεί ένα τεταμένο πρόβλημα που παρουσιάζει ασυνέχεια στην αγροτική παραγωγή»<sup>18</sup>. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια να αναγκάζονται πολλοί ηλικιωμένοι να συνεχίζουν να εργάζονται προκειμένου κατά αυτό τον τρόπο να συμβάλλουν στην επιπλέον συμπλήρωση του εισοδήματός τους ή τουλάχιστον να εξασφαλίσουν μέρος της κατανάλωσής τους σε τρόφιμα. « Η παραμονή τους στα υπό ερήμωση χωριά έστω και μ' αυτή την περιορισμένη παραγωγική τους δραστηριότητα και οι ανάγκες τους για κατανάλωση συντηρούν μια ελάχιστη κλίμακα οικονομικής ζωής με τις αναγκαίες τοπικές υποδομές και υπηρεσίες. Η θέση αυτή των ηλικιωμένων ως ενεργών διαχειριστών του αγροτικού τοπίου και της πολιτισμικής κληρονομιάς ενισχύεται»<sup>19</sup>.

### **1.1.5 Τα αίτια της διαφορικής γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα**

Έχει παρατηρηθεί στην Ελλάδα-ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες-να υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση της αναλογίας των δύο φύλων στον γεροντικό πληθυσμό. Οι παράγοντες που συνέβαλλαν στην δημιουργία αυτής της κατάστασης και ευνοούν στην εξέλιξή της είναι τρεις και είναι οι ακόλουθοι: α) το γεγονός ότι οι γυναίκες έναντι των ανδρών έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, β) η υπερθνησιμότητα των ανδρών και ιδιαίτερα κατά τις πολεμικές περιόδους (λ.χ. Β' Παγκόσμιος Πόλεμος), όπου σημειώθηκαν μεγαλύτερες απώλειες ανδρών σε σχέση μ' αυτές των

---

<sup>17</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

<sup>18</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

<sup>19</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

γυναϊκών, γ) η μεταναστευτική κινητικότητα, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι κατά την περίοδο 1955-1973 που παρατηρήθηκε να εκδηλώνεται ένα δεύτερο μεταναστευτικό ρεύμα, από την Ελλάδα έφυγαν προς το εξωτερικό περισσότεροι άνδρες από ότι γυναίκες. Επιπροσθέτως, σημειώνεται ύπαρξη σημαντικού βαθμού γήρανσης ιδιαίτερα στις αγροτικές, νησιωτικές και ακριτικές περιοχές της χώρας μας. Η κατάσταση αυτή είναι απόρροια του μεταναστευτικού ρεύματος που οξύνθηκε κατά την περίοδο 1953-1973, της εσωτερικής μεταναστευτικής κινητικότητας και την αύξηση της υπογεννητικότητας που υπάρχει στις περιοχές αυτές <sup>20</sup>.

Τέλος, ένας άλλος παράγοντας θα μπορούσε να εστιαστεί στην εξέλιξη του εργατικού δυναμικού, η οποία παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με την περίοδο. Την περίοδο 1951-1971 τα αίτια της έντασης του φαινομένου γήρανσης του εργατικού δυναμικού εστιάζονται κυρίως: στην εξωτερική μετανάστευση, στην υπογεννητικότητα, στην παράταση των σπουδών και κατά συνέπεια στην καθυστέρηση εισαγωγής νέων ατόμων στην ενεργό οικονομική ζωή. Κατά την δεκαετία 1971-1981 παρατηρείται μείωση της γήρανσης του εργατικού πληθυσμού που οφείλεται κυρίως στην ένταξη νέων ατόμων στο παραγωγικό πληθυσμό και στη διακοπή μετά το 1973 της μετανάστευσης προς στο εξωτερικό. Τέλος, την περίοδο 1981-1997 σημειώνεται αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην παραγωγική διαδικασία, γεγονός που προκύπτει από την μαζική είσοδο στην αγορά εργασίας γυναικών ηλικίας 25-44 ετών, η πραγματικότητα αυτή σε συνδυασμό με την αύξηση της συμμετοχής των μεταναστών συνέβαλλαν στην μείωση της γήρανσης του εργατικού δυναμικού <sup>21</sup>.

### **1.1.6 Η κοινωνική και πολιτισμική προσέγγιση της δημογραφικής γήρανσης**

Η διαδικασία της γήρανσης μπορεί κατά βάση να θεωρείται βιολογικό φαινόμενο, ωστόσο είναι στενά συνδεδεμένη τόσο με ψυχικούς όσο και με κοινωνικούς παράγοντες. Η Τρίτη και Τέταρτη ηλικία δεν αποτελούν καινούργιες ηλικίες αλλά συνθέτουν μια κατάληξη η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη με τα κοινωνικά δεδομένα. Στις μέρες μας εντοπίζονται ποικίλα κοινωνικά αίτια που

---

<sup>20</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999, Πολύζος,(χχ)

<sup>21</sup> Έκμε - Πουλοπούλου,1999

μπορούν να συμβάλλουν στην επιτάχυνση των γηρατειών, μερικά από αυτά συνοψίζονται παρακάτω: η περιθωριοποίηση του ηλικιωμένου, η αδράνεια, η απομόνωση και η κοινωνική και ψυχολογική αποξένωση από το κοινωνικό του περιβάλλον και τον υπόλοιπο πληθυσμό και ο εγκλεισμός των ηλικιωμένων σε ιδρύματα <sup>22</sup>.

Μία από τις σημαντικότερες συνέπειες της επέκτασης του προσδόκιμου ζωής εστιάζεται στις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις κατά των ηλικιωμένων από τους νεότερους τους. Οι ηλικιωμένοι τίθενται άμεσα ή έμμεσα στο κοινωνικό περιθώριο από τις νεότερες ηλικιακές ομάδες, καθώς αντιμετωπίζονται ως επιβαρυντικοί και μη αποδοτικοί παραγωγικά. Οι συνθήκες αυτές ωθούν τους υπερήλικες σε «δογματισμούς», σε «δυσπροσαρμοστία» και σε επιφυλακτικότητα σε καθετί το καινούργιο που μπορεί να εστιάζει σε ιδέα, σχέση ή συνήθεια <sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

<sup>23</sup> Χουσιαδάς, 1999, Δαρδαβέσης, 1999

## 1.2 Βιολογικά στοιχεία της γήρανσης

Σύμφωνα με τους Cauley, Dorman & Ganguli (1996), τα γηρατειά αποτελούν μια διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται στα κύτταρα και εξελίσσονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Η διαδικασία της γήρανσης διαφοροποιείται σε ρυθμό και βαθμό ανάλογα με το κάθε άτομο και τα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου ατόμου. Το γεγονός αυτό δεν αφήνει περιθώρια για τον προσδιορισμό μιας συγκεκριμένης χρονολογικής ηλικίας που θα θεωρείται ως έναρξη για τις μεταβολές αυτές που προκύπτουν από το γήρας <sup>24</sup>.

Στην «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», η οποία συνήλθε στην Βιέννη το 1982, κατόπιν αποφάσεως της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., αποφασίστηκε ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία, η ηλικία των 60 ετών και άνω. Απεναντίας, δεν είναι λίγοι και εκείνοι οι επιστήμονες που θέτουν ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω. Ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν προτιμότερο τον διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλικών σε υποσύνολα ηλικιών, δικαιολογώντας την σκέψη τους με την λογική ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με την εξέλιξη της ηλικίας. Έως και στις μέρες μας επικρατεί διεθνώς η ηλικία των 65 ετών ως έναρξη των γηρατειών, καθώς η ηλικία αυτή ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης. «Οι βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στην διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflic (1996) είναι οι ακόλουθοι: η κληρονομικότητα, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά, η ψυχοσύνθεση του ατόμου και η υγιεινή διαβίωση» <sup>25</sup>.

Σύμφωνα με τον Rubinstein (1990), η μεγαλύτερη μερίδα των επιστημόνων που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία της γήρανσης, δέχεται την ύπαρξη περισσότερων θεωριών από μία μόνο που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης. Οι θεωρίες για την γήρανση που επικρατούν μέχρι και σήμερα και οι οποίες προσπαθούν να ερμηνεύσουν την διαδικασία αυτή, διακρίνονται σε γενετικές και σε μη γενετικές θεωρίες. Στην πρώτη κατηγορία των γενετικών θεωριών εντάσσονται: οι θεωρίες των λαθών, η θεωρία των περιττών μηνυμάτων, η θεωρία της

---

<sup>24</sup> Cauley, Dorman & Ganguli στο Δαρδαβέσης, 1999

<sup>25</sup> Hayflic στο Δαρδαβέσης, 1999

αντιγραφής (DNA) και η θεωρία του γενετικού προγράμματος. Ενώ στις μη γενετικές θεωρίες της γήρανσης εμπεριέχονται: η ανοσοβιολογική θεωρία, η θεωρία συνδετικού ιστού και η θεωρία των ελευθέρων ριζών <sup>26</sup>.

### 1.2.1 Βιολογικές θεωρίες των γηρατειών

Οι βιολογικές ή γενετικές θεωρίες για τα γηρατεία αναζητούν τα αίτια της αλλαγής των βιολογικών και φυσιολογικών χαρακτηριστικών των ανθρώπων καθώς περνούν τα χρόνια. Οι θεωρίες αυτές εξετάζουν θέματα όπως αν υφίσταται ή δεν υφίσταται φυσιολογική, μη παθολογική διαδικασία των γηρατειών ή αν το γεγονός αυτό συνιστά μια παθολογική διαδικασία που συνοδεύεται από απώλεια της ικανότητας του ατόμου να ανταπεξέλθει σε βασικές λειτουργίες του και έχει ως τελική κατάληξη το θάνατο του ανθρώπινου οργανισμού <sup>27</sup>.

Ένα διαφορετικό βιολογικό πρότυπο γήρανσης προτάθηκε από τον Orlj το 1963, το οποίο εστιάζοταν σε μια ελάττωση της πιστότητας αντιγραφής του γενετικού μηνύματος κατά τη σύνθεση των πρωτεϊνών. «Αργότερα δέχτηκε την γενικότερη έννοια σύμφωνα με την οποία υφίσταται ένα σκέλος θετικής ανατροφοδότησης κατά το οποίο φυσιολογικά όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των λαθών που έχουν συσσωρευτεί

Παρόλα αυτά οι βιολογικές θεωρίες δεν θεωρούνται απόλυτα τελειοποιημένες, μιας και οι βιολόγοι που τις εκφράζουν δεν έχουν προβεί σε μια συμφωνία όσον αφορά τον ορισμό της ανθρώπινης γήρανσης. Οι βιολογικές θεωρίες δέχονται κριτική για το λόγο ότι δεν λαμβάνουν καθόλου υπόψη τον τρόπο με τον οποίο αρκετά άτομα εναρμονίζονται με τις αλλαγές που επιφέρει σταδιακά η τρίτη ηλικία, ενώ παράλληλα δεν προσμετρούν ενδεχόμενες δυνατότητες για ανάπτυξη και άλλων μη βιολογικών δυνατοτήτων. Σύμφωνα λοιπόν με τους κριτικούς των βιολογικών θεωριών, οι θεωρίες αυτές έχουν διαμορφώσει και εκπέμπουν μια αρνητική και κατά συνέπεια 'ρατσιστική' εικόνα για τους ηλικιωμένους, θεωρώντας ότι αυτοί αποτελούν βάρος τόσο για τις οικογένειές τους όσο και για την κοινωνία <sup>31</sup>.

### 1.2.2 Νοσηρότητα στην τρίτη ηλικία

Τα άτομα που εντάσσονται στις κατηγορίες της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας αντιμετωπίζουν συνήθως ανάλογες παθήσεις με αυτές που αντιμετωπίζουν άτομα της μέσης ηλικίας. Η διαφοροποίηση που υπάρχει στις παθήσεις ανάμεσα σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες εστιάζεται στο ότι οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές στις λειτουργικές τους δραστηριότητες, ότι υποφέρουν ταυτόχρονα από περισσότερα από ένα προβλήματα υγείας και ότι σε αρκετές περιπτώσεις έχουν ανάγκη για μακρύτερη διάρκεια χρόνου νοσηλείας <sup>32</sup>.

Κατά τους Cape & Rossman (1983), υπάρχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά προβλήματα υγείας που μπορούν να παρουσιαστούν στο άτομο με την είσοδό του στην τρίτη ηλικία. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να κάνουν την εμφάνισή τους είτε μεμονωμένα, είτε περισσότερα του ενός ταυτόχρονα, και εντάσσονται «σε πέντε βασικές κατηγορίες που είναι οι ακόλουθες: α) διαταραχές των ομοιοστατικών ρυθμιστικών μηχανισμών, β) κακώσεις λόγω πτώσεων, απώλεια κινητικότητας, γ) ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, αγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια, δ) ακράτεια ούρων και κοπράνων, ε) ιατρογενή προβλήματα <sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Έκμε – Πουλοπούλου, 1999, Δαρδαβέσης, 1999

<sup>32</sup> Δαρδαβέσης, 1999

Όπως υποστηρίζει ο Champlin (1987), έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι υποφέρουν από μία τουλάχιστον παθολογική κατάσταση χρόνιας μορφής, η οποία μπορεί να οξυνθεί όταν στον ίδιο οργανισμό εμφανιστεί ταυτόχρονα και μια ψυχιατρική διαταραχή. Επίσης συχνά παρατηρείται το φαινόμενο της πρόκλησης ψυχιατρικών συνδρόμων από την χορήγηση διαφόρων φαρμάκων που αποβλέπουν στην αντιμετώπιση μιας παθολογικής κατάστασης και το αντίστροφο. Ο ίδιος υποστηρίζει επίσης ότι δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που ψυχιατρικές εκδηλώσεις υπερηλίκων, εκλαμβάνονται ως ενοχλήματα που θεωρούνται απόρροια της προχωρημένης ηλικίας τους. Τα πιο σύνηθες ψυχιατρικά σύνδρομα που παρατηρούνται στα ηλικιωμένα άτομα θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα ακόλουθα: «α) Παραλήρημα, β) Γεροντική Άνοια τύπου Alzheimer, γ) Σχιζοφρένεια, δ) Συναισθηματικές Ψυχώσεις, ε) Άγχος». Μερικές καταστάσεις από αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν με την χορήγηση ψυχοφαρμακευτικών ουσιών, ενώ άλλες μόνο με ψυχοθεραπεία, η οποία θα πρέπει να εφαρμόζεται με συστηματικό τρόπο και σε τακτά χρονικά διαστήματα σε σχέση με το παρελθόν <sup>34</sup>.

### 1.2.3 Γήρας και υγεία

Η διαδικασία της γήρανσης είναι απόλυτα συνημμένη με το χρόνο, συνεπώς ένας από τους ισχυρότερους δείκτες του γήρατος ενός οργανισμού θα μπορούσε να θεωρηθεί η χρονολογική ηλικία. Μολαταύτα η ηλικία από μόνη της ως δείκτης δεν αρκεί για να προσδιοριστεί το γήρας, καθώς ο κάθε οργανισμός διαφέρει στον ρυθμό με τον οποίο γηράσκει. Σ' αυτό το σημείο θα ήταν σκόπιμο να γίνει αναφορά στα βασικά χαρακτηριστικά του γήρατος και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που το επηρεάζουν.

Σύμφωνα με τον Busse (1969) και τον Lemme (1995), μια πρώτη διάκριση που θα ήταν σκόπιμο να διευκρινιστεί αφορά το πρωτογενές σε σχέση με το δευτερογενές γήρας. Στην πρώτη περίπτωση του πρωτογενούς γήρατος γίνεται αναφορά στις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης. Οι λειτουργίες αυτές που αφορούν την βιολογική γήρανση είναι γενετικά προγραμματισμένες και ακολουθούν την προσδιορισμένη πορεία ανάπτυξης που

---

<sup>33</sup> Cape & Rossman στο Δαρδαβέσης, 1999

<sup>34</sup> Champlin στο Δαρδαβέσης, 1999, Χανιώτης, 1989

ξεκινάει από την γέννηση του ατόμου και λήγει με τον θάνατο του. Το γεγονός αυτό δηλώνει ότι οι βιολογικές μεταβολές είναι κάτι το αναπόφευκτο, που εκδηλώνονται παρά την ύπαρξη καλής υγείας και την απουσία ασθενειών. Αν και μέχρι σήμερα οι ερευνητές δεν έχουν προβεί σε μια συμφωνία όσον αφορά στον ακριβή προσδιορισμό των βιολογικών λειτουργιών της γήρανσης, ωστόσο αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι βιολογικές μεταβολές παρουσιάζονται σε όλους τους ανθρώπους και γενικότερα σε όλους τους έμβιους οργανισμούς και είναι μη αναστρέψιμες <sup>35</sup>.

Αναφορικά τώρα με το δευτερογενές γήρας, αυτό αναφέρεται σε παθολογικές μεταβολές που είναι αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (λ.χ. φυσικές, κοινωνικές, ιστορικές, οικονομικές), η συμπεριφορά αυτή καθαυτή του ίδιου του ατόμου (όπως λ.χ. κακές συνήθειες που έχει υιοθετήσει, οι οποίες είναι επιζήμιες για την υγεία του), η εικόνα που έχει κάθε άτομο για τον εαυτό του και οι ασθένειες. Με άλλα λόγια το δευτερογενές γήρας δεν αποτελεί μια υποχρεωτική κατάσταση, όπως δεν είναι και καθολικό για όλους τους ανθρώπους, ωστόσο τείνει να συνυπάρχει με το πρωτογενές γήρας και να το επιβαρύνει περισσότερο <sup>36</sup>.

Η διάκριση που εντοπίζεται ανάμεσα στις δύο αυτές κατηγορίες γήρατος έχει ως απόρροια ότι πλέον για να γίνει κατανοητή η λειτουργία της γήρανσης, πρέπει να ληφθεί υπόψη η πολυπλοκότητα των παραγόντων που την επηρεάζουν και οι οποίοι είναι ένας συνδυασμός από βιολογικούς, προσωπικούς και πολιτισμικούς. Μια άλλη συνέπεια της διάκρισης που επισημαίνεται μεταξύ πρωτογενούς και δευτερογενούς γήρατος είναι η διαφοροποίηση που υπάρχει ανάμεσα στους ηλικιωμένους, η οποία καλείται και ως δι-ατομική διαφοροποίηση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να κατανοηθεί αν ληφθεί υπόψη ότι οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των ανθρώπων διαμορφώνονται σταδιακά με την πάροδο των ετών και κατά συνέπεια αυξάνονται όσο εξελίσσεται η ηλικία τους, επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαφορές αυτές είναι απόρροια βιολογικών, ψυχολογικών και πολιτισμικών διαφοροποιήσεων<sup>37</sup>.

Εκτός όμως από τη δι-ατομική διαφοροποίηση που εντοπίζουμε στο πρωτογενές και δευτερογενές γήρας, υπάρχει άλλη μία η λεγόμενη ενδο-ατομική διαφοροποίηση. Μέσα από αυτή τη διαφοροποίηση διευκρινίζεται ότι όλες οι λειτουργίες που ενυπάρχουν εσωτερικά στο ίδιο το άτομο δεν μεταβάλλονται ούτε με

---

<sup>35</sup> Busse & Lemme στο Ευκλείδη, 1999

<sup>36</sup> Ευκλείδη, 1999

<sup>37</sup> Ευκλείδη, 1999



τον ίδιο ρυθμό ούτε με τον ίδιο τρόπο. Είναι πολύ πιθανό κάποιος να διαθέτει πλήρη λειτουργικότητα σε ένα τομέα και μειωμένη λειτουργικότητα σε κάποιον άλλο. Επί παραδείγματι, μπορεί ένας ηλικιωμένος να έχει πλήρη πνευματική διαύγεια αλλά μειωμένες σωματικές δυνάμεις, ενώ κάποιος άλλος να έχει άριστη σωματική κατάσταση ωστόσο όμως να υποφέρει από μνημονική ή πνευματική απώλεια, όπως συμβαίνει λ.χ. σε ορισμένες περιπτώσεις ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του Alzheimer <sup>38</sup>.

#### 1.2.4 Φυσιολογικές σωματικές αλλαγές κατά το γήρας

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της ηλικίας παρουσιάζονται διάφορες αλλαγές στον ανθρώπινο οργανισμό. Επίσης είναι απόλυτα φυσιολογικό καθώς περνούν τα χρόνια και μεγαλώνει το άτομο να επέρχονται αλλαγές τόσο στην σωματική του διάπλαση όσο και στις σωματικές τους λειτουργίες, τέτοιες αλλαγές σύμφωνα με τον Whitbourne (1996) είναι οι ακόλουθες: Α) Στην εμφάνιση, τα μαλλιά ασπρίζουν, το δέρμα ρυτιδιάζει, παρουσιάζονται αλλαγές στη δομή του σώματος. Β) Στην κινητικότητα, παρουσιάζονται προβλήματα στο μυοσκελετικό σύστημα με την μείωση της μυϊκής δύναμης και στις αρθρώσεις με την μείωση της αντοχής των οστών. Γ) Στο καρδιαγγειακό σύστημα, με μεταβολές στην λειτουργία της καρδιάς και στις αρτηρίες και με παρουσίαση υψηλής συστολικής και διαστολικής πίεσης. Δ) Στο αναπνευστικό σύστημα, με μεταβολές στην αναπνευστική λειτουργία που μπορεί να προκαλέσουν αισθήματα δύσπνοιας και κόπωσης όταν το άτομο κάνει κάποια σωματική κίνηση. Ε) Στο εκκριτικό σύστημα, με την μείωση της λειτουργίας των νεφρών και την ακράτεια ούρων. ΣΤ) Στην λήψη τροφής και στην διαδικασία πέψης <sup>39</sup>.

Επιπροσθέτως, αλλαγές παρουσιάζονται: Ζ) Στο Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (ΑΝΣ), όπου εκδηλώνονται αφενός με την ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος καθώς οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες, και αφετέρου με τις διαταραχές ύπνου όπως λ.χ. την αϋπνία, την άπνοια κ.α. Η) Στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), με την απώλεια νευρώνων από διάφορες περιοχές του εγκεφάλου

---

<sup>38</sup> Ευκλείδη, 1999

<sup>39</sup> Whitbourne στο Ευκλείδη, 1999

και την «σημαντική μείωση που παρατηρείται στον Ιππόκαμπο, περιοχή η οποία συνδέεται με την βραχύχρονη μνήμη και η οποία πάσχει ιδιαίτερος και στη νόσο του Alzheimer»<sup>40</sup>. Επίσης παρουσιάζονται: Θ) Μείωση της οξύτητας των αισθητήριων οργάνων όπως: προβλήματα στην όραση λ.χ. μείωση της οπτικής οξύτητας, πρεσβυωπία, καταρράκτης κ.α., προβλήματα στην ακοή λ.χ. πρεσβυακοή, δηλαδή η μειωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας, δυσκολία εντοπισμού της πηγής του θορύβου κ.α., βλάβες στην γεύση και στην όσφρηση λ.χ. μειωμένη όρεξη και οσφρητικές απώλειες, προβλήματα στην αφή λ.χ. μείωση της απτικής διάκρισης καθώς αυξάνεται η ηλικία, διαταραχές στην ισορροπία με επιπτώσεις στην κινητικότητα και επιπλέον επιβάρυνση στα ήδη υπάρχοντα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων<sup>41</sup>.

### 1.2.5 Φυσιολογικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων

Πέρα όμως από τις σωματικές αλλαγές που παρουσιάζονται στους ηλικιωμένους και οι οποίες είναι μια φυσιολογική απόληξη της αύξησης της ηλικίας, κατά το γήρας εμφανίζονται και άλλες αλλαγές που αφορούν το γνωστικό σύστημα του ηλικιωμένου ατόμου. Το γνωστικό σύστημα βρίσκεται στον εγκέφαλο και είναι υπεύθυνο για την επεξεργασία των πληροφοριών που φτάνουν εκεί, καθώς και για τις βασικές νοητικές λειτουργίες της αντίληψης, της μνήμης και της σκέψης.

Κατά τους Lemme (1995), Salthouse (1991) και Whitbourne (1996), μια βασική φυσιολογική αλλαγή που συνήθως παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων ατόμων έχει να κάνει με την μείωση της ταχύτητας που επεξεργάζονται οι πληροφορίες σε νοητικό επίπεδο, γεγονός που έχει ως συνέπεια την απαίτηση περισσότερου χρόνου-από όσο θα χρειαζόταν κάτω από φυσιολογικές συνθήκες-για να εκτελέσουν ή να σκεφτούν κάτι ή για να πάρουν μια απόφαση<sup>42</sup>.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία του ατόμου, επέρχεται σταδιακά επιβράδυνση των νοητικών του λειτουργιών και της εκτέλεσης των αντιδράσεων σε ερεθίσματα. Η επιβράδυνση αυτή επεκτείνεται και επηρεάζει κάθε είδους γνωστική επεξεργασία<sup>43</sup>.

---

<sup>40</sup> Ευκλείδη, 1999

<sup>41</sup> Ευκλείδη, 1999

<sup>42</sup> Lemme, Salthouse & Whitbourne στο Ευκλείδη, 1999

<sup>43</sup> Ευκλείδη, 1999

### 1.3 Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων – Νέοι θεσμοί για την τρίτη ηλικία

Από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα παρατηρείται στα προηγμένα κράτη η έναρξη μιας συστηματικής μελέτης μεθόδων για την προστασία των ηλικιωμένων, ενώ στα μισά περίπου του ίδιου αιώνα ξεκινάει και η κοινωνική δράση για το γήρας. Κατά το 1980 τόσο στην Ευρώπη όσο και στις Η.Π.Α. σημειώνονται αξιόλογες μελέτες σχετικά με τα προβλήματα της Τρίτης ηλικίας. Την ίδια χρονική περίοδο κορυφαίες διεθνείς οργανώσεις όπως ο Ο.Η.Ε., το Συμβούλιο της Ευρώπης και ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), εμπλουτίζουν τα προγράμματά τους με την προσθήκη θεμάτων που αφορούν τους ηλικιωμένους. Το 1982 στην Βιέννη ψηφίζεται από τα κράτη-μέλη του Ο.Η.Ε. ο καταστατικός χάρτης των ηλικιωμένων, μέσω του οποίου εκφράζεται η ευθύνη του κάθε κράτους στα πλαίσια των παραδοσιακών του δομών και πολιτιστικών αλλαγών, να προβεί στην εφαρμογή και στην διαμόρφωση πολιτικής για τους ηλικιωμένους πολίτες τους, πάνω σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια, την ευημερία και την προαγωγή δραστηριοτήτων τους<sup>44</sup>.

Πριν την ψήφιση του καταστατικού αυτού χάρτη των ηλικιωμένων, η φροντίδα των τελευταίων επιτελούνταν στα πλαίσια κλειστής περίθαλψης και πρόνοιας (λ.χ. εισαγωγή ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας), η οποία όμως έπαιρνε περισσότερο την μορφή φιλανθρωπίας και λιγότερο της κρατικής μέριμνας. Αυτή η μορφή πρόνοιας για τους ηλικιωμένους επικράτησε για αρκετά χρόνια, όπως και η αντίληψη ότι τα ηλικιωμένα άτομα «δεν έχουν ανάγκη, ή ακόμη χειρότερα, δεν αξίζουν να έχουν υπηρεσίες Κοινωνικών Λειτουργών, με το επιχείρημα ότι αυτές οι υπηρεσίες είναι δύσκολο ή αδύνατο να επιφέρουν αλλαγή στην στάση και στην συμπεριφορά των ηλικιωμένων»<sup>45</sup>.

#### 1.3.1 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων πολιτών

Όπως συμβαίνει με όλους τους πολίτες, έτσι και οι ηλικιωμένοι έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις, τα οποία είναι εγγεγραμμένα στα κείμενα του Ο.Η.Ε., της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και άλλων διεθνών οργανισμών και οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία της κάθε χώρας. Σύμφωνα με τα κείμενα αυτά, τα

---

<sup>44</sup> Πανέρα, 1999

<sup>45</sup> Πανέρα, 1999

ηλικιωμένα άτομα δεν διαφέρουν σε δικαιώματα και υποχρεώσεις σε σχέση με τους άλλους πολίτες, επιπλέον αναφέρουν ότι ακόμη και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι έχουν την δυνατότητα να συνεχίσουν να ασκούν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους ως πολίτες. Επιπροσθέτως, στα περισσότερα από αυτά τα κείμενα γίνεται αναφορά άμεσα ή έμμεσα στην αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, ενώ η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων στο άρθρο 25 παρ.1, αναφέρει ότι κάθε πολίτης έχει δικαίωμα στην ασφάλιση γήρατος. Τόσο τα δικαιώματα όσο και οι υποχρεώσεις των ηλικιωμένων αναφέρονται στα κείμενα της Διεθνούς Ομοσπονδίας Γήρατος. Οι έννοιες της ανεξαρτησίας, της συμμετοχής, της περίθαλψης, της ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας προσδιορίζουν τα δικαιώματα αυτά. Επίσης ιδιαίτερη σημασία δίνεται στο εισόδημα, στην απασχόληση, στην πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή τους στην οικεία τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και την διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους <sup>46</sup>.

### **1.3.2 Η νομική προστασία των ηλικιωμένων**

Σε όλες σχεδόν τις κοινωνίες η ηλικία θεωρείται καθοριστική προϋπόθεση για την παραχώρηση δικαιωμάτων, υποχρεώσεων και πόρων. Κατά καιρούς σε πολλές αναπτυγμένες χώρες ψηφίζονται νόμοι υπέρ της προστασίας των ηλικιωμένων. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α. απαγορεύονται οι διακρίσεις λόγω ηλικίας σε θέματα απασχόλησης, δανείων, κατοικίας κ.τ.λ. Από την άλλη το Ελληνικό Σύνταγμα στο άρθρο 1 παρ.3, καθιερώνει την κρατική μέριμνα για την προστασία του γήρατος. Στο άρθρο 5 παρ.1 κατοχυρώνεται παράλληλα με την προσωπική και την οικονομική ελευθερία, η οργάνωση υπηρεσιών για την προστασία ηλικιωμένων, ενώ με το άρθρο 20 κατοχυρώνεται το δικαίωμα δικαστικής προστασίας για κάθε άτομο <sup>47</sup>.

Το μόνο πρόβλημα που εντοπίζεται σχετικά με τη νομική προστασία των ηλικιωμένων ατόμων, έγκειται στις περιπτώσεις που η διανοητική ή σωματική κατάσταση ορισμένων ηλικιωμένων ατόμων δεν είναι ικανή ώστε να τους επιτρέπει να εκφράσουν την θέλησή τους. Με βάση την διανοητική και σωματική κατάσταση,

---

<sup>46</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999, Πανερά 1999

<sup>47</sup> Έκμε – Πουλοπούλου, 1999

θα εξαρτηθεί και αν προκύψει ανάγκη της αποφυγής να εκτείνονται σε κίνδυνο τα συμφέροντα αυτών των ατόμων από αμέλεια ή κακοβουλία άλλων προσώπων ακόμη κι αν πρόκειται για μέλη της οικογένειάς τους.

Στις νομοθετικές διατάξεις κάθε χώρας προβλέπεται για την προστασία των συμφερόντων των ηλικιωμένων, την ανάθεσή τους είτε σε κηδεμόνα, είτε σε επιτροπή η οποία ελέγχεται από την δικαιοσύνη. Υποχρέωση του κηδεμόνα ή της επιτροπής είναι η προστασία των συμφερόντων του εκάστοτε ηλικιωμένου ατόμου, στις δικαιοπραξίες που μπορεί ακόμη το ίδιο να εκτελέσει ή σε διαφορετική περίπτωση ο κηδεμόνας να επιφορτίζεται με την ευθύνη της άσκησης αυτών των δικαιοπραξιών για λογαριασμό του ηλικιωμένου ατόμου. Οι νομοθεσίες αυτές αποσκοπούν στο να αποκατασταθεί η ικανότητα του ηλικιωμένου, ώστε αυτός να μπορεί να διατηρήσει ή να ανακτήσει τον έλεγχο πάνω στα συμφέροντά του <sup>48</sup>.

### 1.3.3 Ιατροκοινωνικά μέτρα για τους ηλικιωμένους

Οι στόχοι της υπάρχουσας πολιτικής της Ελλάδος στον τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας για την τρίτη ηλικία εστιάζονται στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη παραμονή των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα και στην καλύτερη επικοινωνία με την οικογένεια τους, έτσι ώστε να τους παρέχεται η δυνατότητα να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στην κοινοτική ζωή. Έτσι κατά τον τρόπο αυτό περιορίζεται η ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων από τον υπόλοιπο πληθυσμό <sup>49</sup>.

Το μεγαλύτερο μέρος του ηλικιωμένου πληθυσμού συνταξιοδοτείται και του παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την κάλυψη των οικονομικών του αναγκών και την προστασία της υγείας του. Αρμόδιος φορέας για την χάραξη πολιτικής, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους είναι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Το εν λόγω υπουργείο έχει την αρμοδιότητα τόσο για την περίθαλψη όσο και για την προστασία των υπερηλίκων. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν: παροχές σε χρήμα, παροχές σε είδος και προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες <sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Έκμε - Πουλοπούλου, 1999

<sup>49</sup> Σταθόπουλος, 1999

<sup>50</sup> Σταθόπουλος, 1999

### ***α) Υγειονομική περίθαλψη***

Κατά τον Brody (1997), βασικό τομέα της κρατικής υγειονομικής πολιτικής των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών του κόσμου αποτελεί η προστασία της υγείας των υπερηλίκων. Επίσης ιδιαίτερο κλάδο της ιατρικής επιστήμης έχουν αρχίσει να αποτελούν η γηριατρική και η γεροντολογία. Παρ'όλα αυτά, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας δεν λειτουργούν εξειδικευμένες γηριατρικές μονάδες, έτσι οι υπερήλικες εξυπηρετούνται από τις γενικές υγειονομικές υπηρεσίες. «Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που παρέχεται στους υπερήλικες αγρότες μέσω των Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατρείων, στους συνταξιούχους του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) και του Ταμείου Επαγγελματιών Βιοτεχνών Ελλάδος (Τ.Ε.Β.Ε.), στους συνταξιούχους του δημοσίου μέσω των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών και στους άλλους ασφαλισμένους οργανώσεων μέσω των υπηρεσιών τους, καλύπτει τις άμεσες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες των υπερηλίκων»<sup>51</sup>. Ωστόσο απέχει από ένα πλήρες και ορθά οργανωμένο υγειονομικό σύστημα, το οποίο να καλύπτει σε ικανοποιητικό βαθμό τις σύγχρονες ιατροκοινωνικές ανάγκες των ατόμων της Τρίτης ηλικίας στην χώρα μας<sup>52</sup>.

### ***β) Η συνταξιοδότηση***

Σύμφωνα με τον Jackson (1985), σε κάθε χώρα συμβαίνει όταν οι πολίτες περάσουν κάποιο συγκεκριμένο όριο ηλικίας να αποσύρονται από κάθε επαγγελματική ενασχόληση και να καθίστανται συνταξιούχοι. Η ηλικία συνταξιοδότησης διαφοροποιείται από ασφαλιστικό σε ασφαλιστικό φορέα, ενώ για τους ηλικιωμένους που για κάποιους λόγους δεν έχουν δικαίωμα στην σύνταξη, οι ανάγκες τους καλύπτονται κατά περίπτωση από το σύστημα της Κοινωνικής Πρόνοιας<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> Δαρδαβέσης, 1999

<sup>52</sup> Brody στο Δαρδαβέσης, 1999

<sup>53</sup> Jackson στο Δαρδαβέσης, 1999, Σταθόπουλος, 1999

Οι κυριότεροι φορείς που παρέχουν συνταξιοδότηση στην Ελλάδα είναι οι ακόλουθοι:

«1. Το Ταμείο του Ελληνικού Δημοσίου που καλύπτει τους δημόσιους υπαλλήλους και τους στρατιωτικούς.

2. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) που παρέχει συντάξεις στον αστικό πληθυσμό των εργαζομένων.

3. Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) που παρέχει συντάξεις στον αγροτικό πληθυσμό.

4. Τα διάφορα ταμεία και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί εργαζομένων, όπως είναι: το Ταμείο Επαγγελματιών Βιοτεχνών Ελλάδος (Τ.Ε.Β.Ε.), το Ταμείο Ασφαλίσεως Εμπόρων (Τ.Α.Ε.), το Ταμείο Συντάξεως Αυτοκινητιστών (Τ.Σ.Α.), το Ταμείο Συντάξεως Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.), το Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (Τ.Σ.Α.Υ.) και άλλα.

5. Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το οποίο μέσω του προγράμματος της δημόσιας αντίληψης παρέχει συντάξεις σε πρόσφυγες ελληνικής ιθαγένειας, αλλά ανεξακρίβωτης υπηκοότητας που υπάγονται στην αρμοδιότητα Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.)»<sup>54</sup>.

### ***γ) Η κατ' οίκον παροχή φροντίδας και περίθαλψης στους ηλικιωμένους***

Η κατ' οίκον φροντίδα και περίθαλψη των ηλικιωμένων παρέχεται από ειδικά σχεδιασμένες υπηρεσίες και απευθύνεται σε περιπτώσεις ηλικιωμένων που διατηρούν σε ικανοποιητικό βαθμό τη διανοητική τους κατάσταση και που είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται σε σχέση με την ατομική τους υγιεινή, ένδυση και σίτιση. Σκοπός της παροχής των υπηρεσιών αυτών είναι αφενός η αποτροπή της εισαγωγής αυτών των περιπτώσεων των ηλικιωμένων σε ιδρύματα και αφετέρου η ελαχιστοποίηση του χρόνου της νοσοκομειακής τους περίθαλψης<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> Δαρδαβέσης, 1999

<sup>55</sup> Δαρδαβέσης, 1999

Οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας δεν ακολουθούν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα, αλλά είναι ευέλικτες και προσαρμόζονται κατά περίπτωση ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζει ο κάθε ηλικιωμένος που καλούνται να εξυπηρετήσουν. Οι κυρίως ανάγκες που καλύπτουν αυτές οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων: Φροντίδα της κατοικίας, προετοιμασία του φαγητού, θεραπευτική αγωγή, ψυχαγωγία, φιλικές συναναστροφές, συνδρομή στην επίλυση διαφόρων ατομικών υποθέσεων κ.α. Η παροχή της φροντίδας και της περίθαλψης κατ' οίκον στα ηλικιωμένα άτομα είναι ένας συνδυασμός πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και κοινωνικής μέριμνας, όπου εφαρμόζεται από ειδικά εκπαιδευμένα στελέχη, με γνώσεις πάνω στη Νοσηλευτική, την Διαιτολογία, την Ψυχολογία και την Κοινωνική Εργασία. Για την εφαρμογή του εν λόγω προγράμματος απαιτούνται σημαντικοί οικονομικοί πόροι και εξειδικευμένο προσωπικό, ωστόσο όμως στην πλειονότητα των περιπτώσεων που έχει εφαρμοστεί, έχει παρουσιάσει άπογα αποτελέσματα τόσο σε ψυχοκοινωνικό όσο και σε ιατρικό επίπεδο <sup>56</sup>.

Όσον αφορά στα ελληνικά δεδομένα, ως ένα τέτοιο πρόγραμμα παροχής φροντίδας και περίθαλψης κατ' οίκον στους ηλικιωμένους θα μπορούσε να θεωρηθεί το πρόγραμμα 'Βοήθειας στο σπίτι'. Το εν λόγω πρόγραμμα ξεκίνησε να εφαρμόζεται το 1999 σε 112 Δήμους της χώρας που έχουν Κ.Α.Π.Η., με χρηματοδότηση που δόθηκε από το Υπουργείο Εσωτερικών και το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τα 3 πρώτα χρόνια λειτουργίας του. Για την εφαρμογή του προγράμματος 'Βοήθεια στο σπίτι' χρειάζεται εξειδικευμένο προσωπικό όπως Κοινωνικός/ή Λειτουργός, Νοσηλευτής/τρια καθώς και ένας/μία Οικογενειακός/ή Βοηθός. Οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων καταγράφονται από την ομάδα από την ομάδα των επαγγελματιών και για την κάλυψή τους παρέχονται υπηρεσίες όπως: νοσηλευτική φροντίδα, σίτιση, εξωτερικές εργασίες, πληρωμές λογαριασμών, συντροφιά. Επιπλέον, με την ομάδα αυτή των επαγγελματιών που αποτελεί τον βασικό πυρήνα της παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους, μπορούν να συνεργάζονται μαζί τους και εθελοντές, οι οποίοι μπορούν να παρέχουν βοήθεια όπου δεν χρειάζεται εξειδίκευση <sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> Δαρδαβέσης, 1999

<sup>57</sup> Δαρδαβέσης, 1999, Πανέρα, 1999



#### **δ) Ιδρυματική περίθαλψη**

Για πολλούς αιώνες η ιδρυματική περίθαλψη αποτελούσε την κύρια μορφή φροντίδας για όλους εκείνους που δεν ήταν σε θέση να ανταπεξέλθουν στην κάλυψη των βασικών βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών. Η παράδοση αυτή συνεχίζεται μέχρι και στις μέρες μας μέσα από τα εκκλησιαστικά ιδρύματα, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους που λειτουργούν υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του εθελοντικού τομέα και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα <sup>58</sup>. Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης θα μπορούσαν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: α) τα γηροκομεία, όπου εισάγονται υπερήλικες που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, β) τα άσυλα, όπου δέχονται κυρίως κατάκοιτους που πάσχουν από ανίατες παθήσεις αλλά και που διαθέτουν ένα μεγάλο αριθμό κλινών για ηλικιωμένους <sup>59</sup>.

Η εισαγωγή ενός υπερήλικα σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης αποτελεί την έσχατη βαθμίδα της κλίμακας των μέτρων προστασίας που έχουν θεσπιστεί υπέρ του. Επίσης θεωρείται ως αναπόφευκτη λύση από την στιγμή που δεν υπάρχει πίσω κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον ή στην περίπτωση που αποκλειστεί τελείως η κατ' οίκον περίθαλψή του, είτε μέσω των οργάνων της κοινωνικής υπηρεσίας, είτε μέσω των συγγενικών του προσώπων. Κατά τον Ward (1984), σε πολλές περιπτώσεις η ιδρυματική προστασία κρίνεται απαραίτητη και αποτελεί ίσως τη μόνη λύση στο κοινωνικό πρόβλημα που δημιουργείται από το αδιέξοδο, το οποίο παρουσιάζεται στους οικονομικά αδύνατους και στους στερούμενους οικογενειακής υποστήριξης ηλικιωμένους <sup>60</sup>.

Στις μέρες μας σημειώνεται διεύρυνση και εφαρμογή νέων πρακτικών πάνω στην οργάνωση και την λειτουργία των υφιστάμενων ιδρυμάτων. Για τον εκσυγχρονισμό αυτών των ιδρυμάτων επιχειρούνται ανανεωτικές αλλαγές όπως: καλύτερα καταρτισμένο και αριθμητικά επαρκές προσωπικό, αρτιότερη υποδομή των χώρων και υιοθέτηση συμπεριφορών που δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο σεβασμό της προσωπικής ζωής των ηλικιωμένων <sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> Σταθόπουλος, 1999

<sup>59</sup> Σταθόπουλος, 1999

<sup>60</sup> Ward στο Δαρδαβέσης, 1999

<sup>61</sup> Δαρδαβέσης, 1999, Σταθόπουλος, 1999

### 1.3.4 Παροχή εξωϊδρυματικής προστασίας στους ηλικιωμένους

#### *α) Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)*

Ο θεσμός των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων, τα γνωστά σε όλους μας Κ.Α.Π.Η., δημιουργήθηκε στην χώρα μας ως μια παροχή εξωϊδρυματικής προστασίας για τα ηλικιωμένα άτομα και ως μια μορφή υπηρεσιών προς την Κοινότητα. «Η φιλοσοφία της λειτουργίας τους συνοψίζεται στα ακόλουθα: α) η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων, β) η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων»<sup>62</sup>.

Μέσω της ίδρυσης και της λειτουργίας των Κ.Α.Π.Η., το κράτος προσπαθεί να καθιερώσει την εξωϊδρυματική περίθαλψη. Τα Κ.Α.Π.Η. παρέχουν στα ηλικιωμένα μέλη τους τόσο ιατρικές όσο και κοινωνικές υπηρεσίες. Οι κοινωνικές υπηρεσίες παρέχονται από Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι και για τον συντονισμό του όλου προγράμματος που ακολουθεί το εκάστοτε Κ.Α.Π.Η. Πέρα όμως από κοινωνικές υπηρεσίες τα Κ.Α.Π.Η. παρέχουν και ιατρική φροντίδα. Η ιατρική αυτή φροντίδα είναι περισσότερο προληπτική και παρέχεται από το ιατρείο που στεγάζεται μέσα στο κάθε Κ.Α.Π.Η. Επιπροσθέτως, τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. είναι αποδέκτες υπηρεσιών φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας, δηλαδή θεραπειών μέσω δημιουργικής απασχόλησης<sup>63</sup>.

Μέσω της κοινωνικής φροντίδας που παρέχεται στα Κ.Α.Π.Η., επιχειρείται μια προσπάθεια αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων και της διατήρησής τους στην ενεργό ζωή, ενώ παράλληλα καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντά τους και αυξάνεται η συμμετοχή τους στη ζωή της κοινότητας. Παρ'όλα αυτά το μέτρο αυτό κάλυψε ένα μέρος μόνο του συνόλου και ιδιαίτερα συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, διότι αν και ο θεσμός απευθυνόταν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, βρήκε ανταπόκριση κυρίως από τις χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> Πανέρα, 1999,

<sup>63</sup> Πανέρα, 1999, Σταθόπουλος, 1999

<sup>64</sup> Πανέρα, 1999

### ***β) Άλλα προγράμματα εξωϊδρυματικής προστασίας για τους ηλικιωμένους***

Άλλα προγράμματα που παρέχουν εξωϊδρυματική προστασία στους ηλικιωμένους και είναι σχετικά καινούργια για τα ελληνικά δεδομένα είναι το πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι' για το οποίο έγινε αναφορά παραπάνω και το πρόγραμμα «τηλεσυναγερμού» από τον Ελληνικό Εθνικό Σταυρό (Ε.Ε.Σ.) σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας.

Το πρόγραμμα «τηλεσυναγερμού» στο σπίτι λαμβάνει εφαρμογή στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη από τον Ελληνικό Εθνικό Σταυρό σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας. Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι «η παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες καταστάσεις μέσα από σύγχρονα τεχνολογικά μέσα σε ηλικιωμένα, μοναχικά άτομα, άτομα με ειδικές ανάγκες και χρόνιες παθήσεις». Υπεύθυνοι για τον συντονισμό του εν λόγω προγράμματος είναι δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι οποίοι παρέχουν πληροφορίες και ψυχολογική συμπαράσταση<sup>65</sup>.

Επιπρόσθετα μια άλλη μορφή εξωϊδρυματικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους είναι και τα προγράμματα αναδοχής. Παρόλο που στην Ελλάδα αυτή η μορφή φροντίδας δεν είναι και τόσο διαδεδομένη, αρχίζει να ενθαρρύνεται ως εναλλακτική λύση για την φροντίδα των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα προκειμένου να καταπολεμηθεί η ιδρυματοποίηση<sup>66</sup>.

#### **1.3.5 Αποτελεσματικότητα των μέτρων προστασίας για τους ηλικιωμένους**

Τα μέτρα που έχουν θεσπιστεί για την προστασία των ηλικιωμένων μπορεί να θέτουν στόχους υψηλών προδιαγραφών, ωστόσο η εφαρμογή τους δεν παρουσιάζει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το ύψος της χρηματοδότησης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα την τελευταία δεκαετία ενώ σημειώνεται αύξηση στην ζήτηση υπηρεσιών. Αρκετά λειτουργικά προβλήματα όπως το επίπεδο στελέχωσης, η σύνθεση των ειδικοτήτων του προσωπικού, η έλλειψη επιμορφωτικών προγραμμάτων για το προσωπικό, κλονίζουν την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ιδιαίτερα στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης<sup>67</sup>.

---

<sup>65</sup> Πανέρα, 1999, Σταθόπουλος, 1999

<sup>66</sup> Σταθόπουλος, 1999

<sup>67</sup> Σταθόπουλος, 1999

Όσον αφορά τώρα στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), αποτελούν ένα αρκετά επιτυχημένο πρόγραμμα που καλύπτει μεγάλο φάσμα ιατροκοινωνικών αναγκών του ηλικιωμένου πληθυσμού σε αρκετούς Δήμους της Ελλάδος. Μεγάλο μέρος της επιτυχίας του θεσμού οφείλεται στο ότι τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν πρωτογενείς κοινωνικές υπηρεσίες και συγκεντρώνουν ηλικιωμένους από την κατώτερη και μεσαία οικονομική τάξη <sup>68</sup>.

---

<sup>68</sup> Σταθόπουλος, 1999

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

## ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

### 2.1 Εισαγωγή

Πριν είκοσι περίπου χρόνια, η άνοια χαρακτηριζόταν ως η «επιδημία που πλησιάζει». Σήμερα είναι πλέον αποδεκτό ότι αποτελεί κύριο πρόβλημα της δημόσιας υγείας για τη σύγχρονη κοινωνία, λόγω και της παγκόσμιας αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού <sup>69</sup>. Άλλωστε, είναι ίσως η μόνη νόσος που προσβάλλει συγχρόνως αλλά και με διαφορετικό τρόπο δύο άτομα. Τον ασθενή και τον φροντιστή του. Μάλιστα υποστηρίζεται ότι η άνοια είναι η υπ' αριθμόν ένα ασθένεια στον κόσμο σε θνησιμότητα...όχι στους ασθενείς αλλά στους φροντιστές <sup>70</sup>.

Σύμφωνα με δεδομένα της Καναδικής Μελέτης για την Υγεία και τη Γήρανση (Canadian Study of Health and Aging) η άνοια, συμπεριλαμβανομένης της νόσου Alzheimer, αυξάνεται προοδευτικά μετά την ηλικία των 65 ετών. Σύμφωνα με μελέτες ειδικών επιστημόνων η αναλογία των ατόμων με άνοια προβλέπεται να αυξηθεί σημαντικά τις τρεις επόμενες δεκαετίες καθώς θα γηράσκει ο πληθυσμός. Μολαταύτα δεν παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφορά στο ρυθμό επίπτωσης της ασθένειας πάνω στα δύο φύλα, επειδή όμως οι γυναίκες ζουν περισσότερο συγκριτικά με τους άνδρες, τυγχάνει ο αριθμός των γυναικών με άνοια να είναι μεγαλύτερος από εκείνον των ανδρών. Ακόμη, η πιο ραγδαία αύξηση του πληθυσμού είναι στους πολύ ηλικιωμένους ηλικίας 85 ετών και άνω, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης άνοιας. Επίσης, οι γυναίκες είναι συχνότερα άτομα φροντίδας ασθενών με άνοια. Έτσι η άνοια είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας ιδιαίτερα για τις γυναίκες <sup>71</sup>.

Η άνοια αποτελεί βασική αιτία ανικανότητας και αναπηρίας στους ηλικιωμένους, με τη νόσο Alzheimer να είναι η κύρια μορφή της. Εμφανίζεται με συχνότητα 5% περίπου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με την άνοια τύπου Alzheimer να προσβάλλει το 10% αυτών των ατόμων ως την ηλικία των 85 ετών <sup>72</sup>. Μετά την ηλικία των 65 ετών τα ποσοστά της άνοιας διπλασιάζονται και ένα ποσοστό 20% ατόμων ηλικίας 85 ετών και άνω προσβάλλονται. Αν ληφθούν υπόψη

---

<sup>69</sup> Καραβάτος, 1999.

<sup>70</sup> Λέκκα-Μαρκάτη, 2000.

<sup>71</sup> Lindsay & Anderson, 2004.

<sup>72</sup> Kendrick & Warnes, 1997

και οι ηλικιωμένοι που διαμένουν στα ιδρύματα, η συχνότητα της άνοιας αυξάνεται στο 7-8% του πληθυσμού άνω των 65 ετών. Σημειώνεται ακόμη ότι τα ποσοστά είναι υψηλότερα για τις γυναίκες ηλικίας 75 ετών και άνω <sup>73</sup>. Η νόσος Alzheimer και η αγγειακή άνοια είναι αιτίες πρόκλησης θανάτου σε πάνω από το 1/5 των ηλικιωμένων άνω των 85 ετών και σχετίζονται με μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης έως και τέσσερα χρόνια. Η επίπτωση της άνοιας αυξάνεται σαφώς με την ηλικία, από περίπου 1 ανά 1000 ανθρωπόετη και παραπάνω.

Στις μέρες μας εκτιμάται ότι ο συνολικός αριθμός ανθρώπων οι οποίοι υποφέρουν από άνοια κάθε τύπου (με συχνότερη την άνοια τύπου Alzheimer) ανέρχεται στα 29 εκατομμύρια, ενώ το έτος 2025 υπολογίζεται ότι θα φθάσουν τα 34 εκατομμύρια <sup>74</sup>. Στις Η.Π.Α. το έτος 2000 σχεδόν 4.000.000 άτομα υπέφεραν από άνοια τύπου Alzheimer και ο αριθμός πρόκειται να ανέλθει στα 14.000.000 το έτος 2050. Η αύξηση θα σημειωθεί περισσότερο σε εκείνους τους ηλικιωμένους άνω των 85 ετών, οι οποίοι είναι σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης νόσου Alzheimer, με το 30 έως το 50% των ατόμων αυτών να έχουν προσβληθεί <sup>75</sup>. Το έτος 2020 η νόσος Alzheimer αναμένεται να προσβάλλει πάνω από 55 εκατομμύρια μονάχα στην Αφρική, Ασία και Λατινική Αμερική. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 180.000 Έλληνες πάσχουν από τη νόσο και 50.000 νέες περιπτώσεις εμφανίζονται ετησίως <sup>76</sup>. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνουν ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς – περισσότερες γυναίκες παρά άνδρες – προοδευτικά έχουν ανάγκη κατ' οίκον φροντίδας. Η φροντίδα αυτού του υψηλού αριθμού ασθενών με άνοια όχι μόνο αναλύσει μια μεγάλη αναλογία εθνικών πόρων, αλλά αντιπροσωπεύει και μία τρομερή κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική επιβάρυνση στις οικογένειες και ιδιαίτερα τα άτομα που κρίνονται υπεύθυνα για την μέριμνα αυτών των ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι η προοδευτική σοβαρότητα της άνοιας καθιστά σταδιακά τον ασθενή εξαρτώμενο από την οικογένειά του, τους επαγγελματίες υγείας και στα τελευταία στάδια κρίνεται αναγκαία η ιδρυματική του φροντίδα. Ωστόσο, η διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενούς με νόσο Alzheimer στη καθημερινή του ζωή είναι βασικός στόχος θεραπευτικής αντιμετώπισής του και θεωρείται ότι μπορεί να μειώσει την εισαγωγή του σε ένα γηριατρικό ίδρυμα ή κλινική. Η άνοια τύπου Alzheimer αποτελεί λοιπόν

---

<sup>73</sup> Tinker, 2000.

<sup>74</sup> Martin-Moreno, 2004.

<sup>75</sup> O' Brien, 2000.

<sup>76</sup> Σακκά, 2004.

σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

## 2.2 Ορισμός της Νόσου Alzheimer

Ως άνοια θα μπορούσε να οριστεί η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών συγκριτικά με το προηγούμενο επίπεδο του ασθενούς, η οποία προκύπτει από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες και η διάρκεια αυτών των συμπτωμάτων ξεπερνάει τους 6 μήνες. Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται συνήθως σε άτομα με νοσήματα του εγκεφάλου, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Η απώλεια των κυττάρων αυτών είναι μια φυσιολογική διαδικασία, αλλά στα νοσήματα που οδηγούν σε άνοια αυτό εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στο να μη λειτουργεί ο εγκέφαλος του ατόμου με φυσιολογικό τρόπο <sup>77</sup>.

Η άνοια συνιστά μια χρόνια επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών και γνωστικών ικανοτήτων τόσο σοβαρή ώστε να παρεμποδίζει την ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Η άνοια αποτελείται από ένα άθροισμα συμπτωμάτων, με βασικότερα εκείνα που υποδηλώνουν έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων, όπως είναι η απώλεια της μνήμης και άλλες μεταβολές στη προσωπικότητα του ασθενούς. Πρόκειται για μία νευροεκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου που επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων <sup>78</sup>.

Τα συμπτώματα της άνοιας περιλαμβάνουν μια σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί, που δε διορθώνεται. Η εγκεφαλική βλάβη προσβάλλει τις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου (μνήμη, προσοχή, συγκέντρωση, γλώσσα, σκέψη και η λήψη αποφάσεων) και αυτό με τη σειρά του έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά. Η άνοια όμως δεν περιορίζεται μόνο στους εκφυλιστικούς τύπους της νόσου, επιπλέον αναφέρεται σ' ένα σύνδρομο που δεν ακολουθεί πάντα την ίδια πορεία εξέλιξης. Σε μερικές περιπτώσεις, η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί ή να παραμείνει σταθερή για ορισμένο χρονικό διάστημα. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων άνοιας είναι θεραπεύσιμες ή δυνητικά αναστρέψιμες, αλλά η πλειονότητα των περιπτώσεων οδηγεί στο θάνατο. Οι περισσότεροι άνθρωποι

---

<sup>77</sup> Κώστα -Τσολάκη Μ., 1999

<sup>78</sup> Μάνος, 1988, Lindsay and Anderson, 2004.

πεθαίνουν από “επιπλοκές”, όπως πνευμονία, παρά από την ίδια τη νόσο. Ωστόσο, όταν η άνοια ξεκινά πολύ αργά στη ζωή, οι επιπλοκές τείνουν να είναι λιγότερο σοβαρές <sup>79</sup>.

Η νόσος του Alzheimer παρατηρείται σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις άνοιας. Η αμέσως επόμενη συχνή αιτία άνοιας είναι η αγγειακή άνοια. Αυτή προκαλείται από μια σειρά μικρών εγκεφαλικών επεισοδίων (έμφραγμα) που επηρεάζουν την παροχή αίματος στον εγκέφαλο. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις άνοιας μπορεί να οφείλονται σε πολυάριθμα αίτια, π.χ. να είναι αποτέλεσμα AIDS, νόσου του Κρόιτςφελντ-Γιάκομπ, κατάθλιψης, διάχυτης νόσου σωματίων του Λούι, συνδρόμου Ντάουν, συνδρόμου Γκέρστμαν-Στράουσερ-Σάινκερ, νόσου του Χάντινγκτον, μεταβολικών νοσημάτων, νόσου του Πικ και νόσου του Πάρκινσον, καθώς και αποτέλεσμα χρήσης φαρμάκων.

Η νόσος του Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος, η οποία αργά και προοδευτικά καταστρέφει τα εγκεφαλικά κύτταρα, αποδιοργανώνει τις γνωστικές και λειτουργικές ικανότητες του ανθρώπου με απόρροια τη διαταραχή της αρμονίας της ζωής του. Η εν λόγω νόσος πήρε το όνομά της από τον Alois Alzheimer, έναν Γερμανό νευρολόγο, ο οποίος το 1907 πρώτος περιέγραψε τα συμπτώματα και τα νευροπαθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου, όπως είναι οι γεροντικές πλάκες και οι νευροϊνιδιακές εκφυλίσεις στον εγκέφαλο. Η νόσος προσβάλλει τη μνήμη και τη νοητική λειτουργία (λ.χ. σκέψη, ομιλία κ.λ.π.), αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε άλλα προβλήματα, όπως σε σύγχυση, αλλαγές στη διάθεση και αποπροσανατολισμό σε χρόνο και χώρο <sup>80</sup>.

---

<sup>79</sup> Μάνος, 1988, Lindsay and Anderson, 2004.

<sup>80</sup> Κώστα -Τσολάκη Μ., 1999



## 2.3 Διάγνωση Alzheimer

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1996 εξέδωσε τη Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD-10) και συγκεκριμένα το Κεφάλαιο V, Ειδική έκδοση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα: Μια σύγχρονη ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών για την διάγνωση και την αντιμετώπισή τους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.). Στον κύριο τόμο του Κεφαλαίου V του ICD-10, οι άνοιες ταξινομούνται σε τέσσερις (4) βασικές κατηγορίες και επιμέρους υποδιαίρεσεις τους <sup>81</sup>.

Συγκεκριμένα τα διαγνωστικά γνωρίσματα της άνοιας είναι τα ακόλουθα <sup>82</sup>:

- Η έκπτωση της πρόσφατης μνήμης, της σκέψης και της κρίσης, του προσανατολισμού και της λεκτικής επικοινωνίας
- Η απάθεια ή αδιαφορία
- Η έκπτωση στην καθημερινή λειτουργικότητα (λ.χ. ντύσιμο, πλύσιμο, μαγείρεμα κ.α.)
- Η απώλεια του ελέγχου του συναισθήματος με άμβλυνση συναισθήματος.

Η νόσος Alzheimer προκαλεί μια βαθμιαία εκφύλιση του εγκεφάλου και χαρακτηρίζεται από ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού. Τα συμπτώματα αρχίζουν σταδιακά με προοδευτική επιδείνωσή τους. Μετά την έναρξή τους, η νόσος καταλήγει στο θάνατο μέσα σε ένα διάστημα έως και 10 ετών. Η άνοια τύπου Alzheimer συνήθως ξεκινά με διαταραχές της βραχυπρόθεσμης μνήμης, όπως, για παράδειγμα, το άτομο δεν θυμάται τα ραντεβού του, τι φαγητό έφαγε ή γενικότερα ξεχνάει πρόσφατα γεγονότα, ενώ μπορεί να θυμάται παλιά και μάλιστα με λεπτομέρειες. Πολλές φορές η κατάσταση αυτή της απώλειας πρόσφατης μνήμης εκλαμβάνεται ως φυσιολογική γήρανση, γεγονός που δυσκολεύει την πρόωμη διάγνωση. Αργότερα ακολουθούν και οι διαταραχές της κρίσης, της αφηρημένης σκέψης, μετά ξεκινούν τα γλωσσικά προβλήματα και οι δυσκολίες στον υπολογισμό αριθμών και η διαταραγμένη συμπεριφορά. Στα προχωρημένα στάδια εμφανίζονται τα προβλήματα κινητικότητας και καθημερινής λειτουργικότητας. Μετά από ένα

<sup>81</sup> Π.Ο.Υ., 1996, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1998.

<sup>82</sup> Π.Ο.Υ., 1996, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1998.

ορισμένο χρονικό σημείο, επηρεάζεται η φυσιολογική ζωή του πάσχοντα, λόγω της προοδευτικής εξέλιξης των διαταραχών. Καθώς αναπτύσσεται η νόσος Alzheimer, ο ασθενής παρουσιάζει πλήρη αποδιοργάνωση της ζωής και της προσωπικότητάς του. Όσο προχωρά η νόσος, ο πάσχων εξαρτάται όλο και περισσότερο από τρίτους για την καθημερινή του φροντίδα και ιδιαίτερα από τα μέλη της οικογένειάς του, για τους οποίους αποτελεί ένα τεράστιο ψυχικό αλλά και πρακτικό φορτίο <sup>83</sup>.

Σύμφωνα με αποτελέσματα της Ευρωπαϊκής Μελέτης της ανάλυσης διαστάσεων της Άνοιας (EURODEM Study), η αιτιολογία της νόσου δεν έχει ακόμη καθοριστεί, ενώ έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες κινδύνου. Ο μεγαλύτερος γενετικός παράγοντας κινδύνου για τη νόσο Alzheimer είναι το αλληλόμορφογονίδιο της απολιποπρωτεΐνης E4. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία άνω των 65 ετών (διπλασιασμός ποσοστού κάθε 5 χρόνια), οι ήπιες γνωστικές διαταραχές, το οικογενειακό ιστορικό-κληρονομικότητα, το γυναικείο φύλο (υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης), το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (άλλοτε επιβεβαιώνεται κι άλλοτε όχι), το κάπνισμα και παλαιά κρανιοεγκεφαλική κάκωση <sup>84</sup>.

Τα πρώτα συμπτώματα της νόσου μπορεί να είναι τόσο ήπια ώστε να περνούν απαρατήρητα τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από την οικογένεια του. Αρχικά, το άτομο δυσκολεύεται να ανακαλέσει στη μνήμη πρόσφατα γεγονότα. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, τα συμπτώματα γίνονται όλο και πιο εμφανή ενώ αρχίζουν να διαταράσσονται οι καθημερινές ασχολίες του ατόμου. Προειδοποιητικά σημάδια μιας τέτοιας εξέλιξης, μπορεί να είναι η εμφάνιση δύο ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα <sup>85</sup>:

1. Επιδείνωση της μνήμης που επηρεάζει επαγγελματικές ή κοινωνικές δεξιότητες (αρκετά άτομα, για να βοηθήσουν τον εαυτό τους, έχουν την τάση να κάνουν αλλεπάλληλες λίστες καθημερινών ενεργειών και να αφήνουν σημειώματα στον εαυτό τους ακόμη και για αυτονόητα πράγματα).
2. Προβλήματα στη ομιλία (ψάχνει να βρει τις σωστές λέξεις).

---

<sup>83</sup> Lindsay and Anderson, 2004, Ευρωπαϊκή Εταιρία Alzheimer, 1999.

<sup>84</sup> Launer et al, 1999.

<sup>85</sup> Μάνος, 1988, Lindsay and Anderson, 2004.

3. Απώλεια προσανατολισμού σε γνωστό χώρο
4. Λαθεμένη τοποθέτηση αντικειμένων.
5. Προβλήματα στην "αφηρημένη σκέψη". Πτωχή κρίση.
6. Αλλαγές στη διάθεση, τη συμπεριφορά.
7. Μεταβολές της προσωπικότητας.

Στα προχωρημένα στάδια της νόσου, ο ασθενής χάνει την αυτονομία του: αδυνατεί να εκτελέσει απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ντύσιμο, καθαριότητα κ.λπ.). Η φροντίδα ενός ασθενούς με προχωρημένη άνοια επιβαρύνει σοβαρά τον οικογενειακό του περίγυρο και ιδιαίτερα τα άτομα που την έχουν επωμιστεί.

Σήμερα, δεν υπάρχουν προγνωστικές δοκιμασίες της εκδήλωσης της νόσου Alzheimer σε ένα άτομο. Παρόλο που έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος όσον αφορά την κατανόηση της παθογένειας της νόσου, παραμένει σχετικά μικρή η πρόοδος στους τομείς ανεύρεσης αξιόπιστων μεθόδων για πρόωμη διάγνωση και επιτυχή θεραπεία. Τα κύρια προβλήματα που αποτελούν τροχοπέδη στην πρόωμη διάγνωση της νόσου Alzheimer, είναι αφενός η δυσκολία διαφοροδιάγνωσης από το φυσιολογικό γήρας και τις άλλες μορφές άνοιας και αφετέρου η έλλειψη ενημέρωσης του κοινού και των ειδικών ακόμη, για τα διάφορα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν άνοια <sup>86</sup>.

Η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας έχει σημασία για τους παρακάτω λόγους <sup>87</sup>:

- Συμπτώματα όπως αυτά της νόσου Alzheimer προκαλούνται συχνά και από άλλες σωματικά ή ψυχικά νοσήματα λ.χ. από άλλα είδη ανοϊκών συνδρόμων, νόσο του θυρεοειδούς, από την επίδραση άλλων φαρμάκων στον εγκέφαλο, από κατάθλιψη. Σε τέτοιες περιπτώσεις, είναι σημαντική η πρόωμη και ακριβής διάγνωση, αφού η κατάσταση αυτή είναι αναστρέψιμη.

---

<sup>86</sup> The European Institute of Women's Health-1, Κώστα-Τσολάκη Μ., 1999, Σελ.324.

<sup>87</sup> Ευρωπαϊκή Εταιρία Alzheimer, 1999.

- Τα τελευταία χρόνια ανακόπτεται αποτελεσματικά ο ρυθμός εξέλιξης της άνοιας και τα συμπτώματά της μπορούν να ελεγχθούν ικανοποιητικά χάριν νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων για την θεραπεία της. Τα αποτελέσματά τους είναι τόσο πιο αποτελεσματικά όσο νωρίτερα διαγνωστεί η άνοια.

- Τέλος, αλλά όχι λιγότερο σημαντικός είναι ο λόγος ότι η νόσος δεν επηρεάζει μονάχα τον ασθενή, αλλά και την οικογένειά του. Οπότε, η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει την προσαρμογή και σταδιακή αποδοχή της νέας κατάστασης με πίστωση χρόνου και τη δυνατότητα προγραμματισμού της ζωής όλης της οικογένειας βάσει των νέων δεδομένων.

Σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου παραμένει ισχυρή η παραδοσιακή δομή της οικογένειας, οι κοινωνικές δυνάμεις πιθανόν να δυσκολευτούν στην αποδοχή άλλου τύπου δομών φροντίδας, χωρίς ωστόσο αυτό να είναι απόλυτο. Η προοδευτική σοβαρότητα της άνοιας καθιστά σταδιακά τον ασθενή εξαρτώμενο από την οικογένειά του, τους επαγγελματίες υγείας και τέλος την ιδρυματική φροντίδα <sup>88</sup>.

## 2.4 Θεραπεία του Alzheimer

Προς το παρόν δεν υπάρχουν φάρμακα που να προλαμβάνουν ή να ανακόπτουν εντελώς την εξέλιξη της νόσου. Η αντιμετώπιση της ασθένειας βασίζεται σε σκευάσματα που επιβραδύνουν την εκφυλιστική πορεία του εγκεφάλου και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στα πρώιμα στάδια, ωστόσο υπάρχει διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή για τα συμπτώματα της άνοιας - και συγκεκριμένα της νόσου Alzheimer. Η αγωγή αυτή εξασφαλίζει ότι οι ουσίες που εμπλέκονται στην επικοινωνία μεταξύ νευρικών κυττάρων διατηρούνται στα ίδια επίπεδα. Με αυτό τον τρόπο επιβραδύνεται ο εκφυλισμός. Οι νευρολόγοι ανά τον κόσμο διενεργούν έρευνες προκειμένου να ανακαλύψουν τα αίτια της νόσου Alzheimer καθώς και αποτελεσματικούς τρόπους για την αναχαίτιση και την πρόληψη της νόσου.

Στόχος των ειδικών φαρμάκων για τη νόσο του Alzheimer είναι να ενισχύσουν τη δραστηριότητα της ακετυλοχολίνης - μιας ουσίας που ανήκει στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου, δηλαδή στην ομάδα των ουσιών με τις οποίες

---

<sup>88</sup> Martin-Moreno, 2004.

επικοινωνούν τα κύτταρα του εγκεφάλου μεταξύ τους, επιτελώντας την λειτουργία της μνήμης. Απαραίτητη μπορεί επίσης να είναι η λήψη φαρμάκων, όπως τα αντικαταθλιπτικά, τα αγχολυτικά και τα κατασταλτικά, τα οποία βελτιώνουν τα ψυχικά συμπτώματα της νόσου - την κατάθλιψη και το άγχος στα πρώτα στάδια, την επιθετική συμπεριφορά αργότερα.

Στην περίπτωση της άνοιας οφειλόμενης σε πολλαπλά εγκεφαλικά εμφράγματα ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας είναι η πρόληψη νέων εγκεφαλικών επεισοδίων. Υπάρχουν επίσης τρόποι με τους οποίους μπορεί να γίνει προσπάθεια θεραπείας των διαφόρων συμπτωμάτων της νόσου, χωριστά.

Σε φάση δοκιμών βρίσκονται επίσης 200 διαφορετικές θεραπείες ενώ παράλληλα δοκιμάζεται η προσέγγιση της χορήγησης νευροτρόπων παραγόντων μέσω της μύτης: αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα καθώς όταν ο παράγοντας εισάγεται από τη ρινική κοιλότητα, περνάει κατευθείαν στην εγκεφαλική ουσία και βοηθάει τα εγκεφαλικά κύτταρα να συνεχίσουν να ζουν. Από την πληθώρα των θεραπειών ορισμένες βρίσκονται σε δοκιμές σε ανθρώπους και τα αποτελέσματα αναμένεται να ανακοινωθούν μέσα στο 2007. Μία μάλιστα εξ αυτών, το φάρμακο Alzemed έχει δείξει ήδη από τα αποτελέσματα δοκιμών σε μικρό αριθμό ασθενών ότι επιβραδύνει σημαντικά την εξέλιξη της νόσου. Στις μελλοντικές προσεγγίσεις περιλαμβάνονται και τα βλαστικά κύτταρα, τα πολυδύναμα αυτά κύτταρα του οργανισμού τα οποία σύμφωνα με τους ειδικούς ίσως μια ημέρα φέρουν επανάσταση στη μάχη για την καταπολέμηση πολλών ασθενειών. Έχουν ήδη γίνει παρεμβάσεις με έγχυση βλαστικών κυττάρων κατευθείαν στον εγκέφαλο ασθενών και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αυτά πολλαπλασιάζονται εντός του εγκεφάλου, συνδέονται με τα ήδη υπάρχοντα ζώντα νευρικά κύτταρα και κρατούν τις συνάψεις ζωντανές.

Αν ληφθεί υπόψη ότι μαζί με τον ασθενή πάσχει ολόκληρη η οικογένεια και ότι σε ποσοστό έως και 75% οι ασθενείς με νόσο Alzheimer φροντίζονται στο σπίτι, η κατανόηση των συνεπειών της παροχής φροντίδας είναι σημαντική προκειμένου να διατηρηθεί η σωματική και ψυχική υγεία του φροντιστή. Όμως πώς ορίζεται ο φροντιστής; Ο υπεύθυνος φροντιστής θεωρείται εκείνο το πρόσωπο που είναι περισσότερο υπεύθυνο για την καθημερινή λήψη αποφάσεων και παροχή φροντίδας στον ασθενή με άνοια. Ο ανεπίσημος φροντιστής (informal caregiver) είναι εκείνος ο

οποίος παρέχει την φροντίδα του στον ασθενή με άνοια χωρίς αμοιβή (unpaid caregiver)<sup>89</sup>. Οι ανεπίσημοι φροντιστές είναι συνήθως συγγενείς ή φίλοι, οι οποίοι παρέχουν τη βοήθειά τους σε πρόσωπα που δυσκολεύονται να εκτελέσουν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής τους, δηλαδή έχουν προβληματική λειτουργικότητα, εξαιτίας σωματικών, γνωστικών ή συναισθηματικών διαταραχών. Δίχως τη βοήθεια αυτή, οι αποδέκτες της φροντίδας, όπως οι ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer, δεν θα μπορούσαν να επιβιώσουν. Αν και η παροχή φροντίδας (caregiving) εξαρτάται από τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου, συνήθως περιλαμβάνει βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του περιθαλπόμενου, ο οποίος πάσχει από χρόνια νόσο <sup>90</sup>.

## 2.5 Τρόποι αντιμετώπισης

Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα μειώνεται το ποσοστό των γεννήσεων, ενώ τόσο το προσδόκιμο επιβίωσης τόσο κατά τη γέννηση όσο και κατά την ηλικία των 60 ετών συνεχίζει να αυξάνεται, αν και με πιο αργό ρυθμό σε σχέση με άλλα Κράτη-Μέλη της Ε.Ε. Η ελληνική οικογένεια παρότι πυρηνική διατηρεί ένα συχνά εκτεταμένο κοινωνικό δίκτυο από συγγενείς εξ' αίματος και εξ' αγχιστείας. Αυτό το δίκτυο μπορεί να ενεργοποιηθεί για κάθε τύπου βοήθεια και υποστήριξη συμπληρωματικά στην κρατική παροχή φροντίδας στους εξαρτημένους ηλικιωμένους.

Σε πολλές αγροτικές περιοχές εξαρτημένοι ηλικιωμένοι δεν έχουν τα παιδιά τους να ζουν κοντά τους και σε κάποιες σοβαρές περιπτώσεις το ζήτημα της εξαρτώμενης φροντίδας απαιτεί μετακόμισή τους στα σπίτια των παιδιών τους σε αστικές περιοχές. Αλλά, οι ηλικιωμένοι με το χαμηλό οικονομικό εισόδημα με ανεπαρκές κοινωνικό δίκτυο, αποκομμένοι από τα παιδιά ή άλλους συγγενείς, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ελλιπούς οικογενειακής στήριξης όταν θα την χρειαστούν, λόγω και της περιορισμένης λειτουργικότητάς τους εξαιτίας της προχωρημένης άνοιας. Από την άλλη, οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι με μεσαίο ή υψηλότερο εισόδημα τείνουν να έχουν υπηρεσίες ιδιωτικής προσωπικής φροντίδας μέσω της απασχόλησης μεταναστριών κυρίως από χώρες της πρώην Ανατολικής

---

<sup>89</sup> Gallicchio et al, 2002.

<sup>90</sup> Vitaliano et al, 2003, Parks and Novielli, 2003

Ευρώπης και μη Κράτη-Μέλη της Ε.Ε. ως έμμισθα άτομα φροντίδας. Η διαθεσιμότητα φθηνού εργατικού δυναμικού και η απαίτηση αυτών των υπηρεσιών αύξησε τον αριθμό εκείνων που εργάζονται ως έμμισθο προσωπικό φροντίδας ηλικιωμένων. Αυτού του τύπου οι φροντιστές συχνά υποκαθιστούν τα μέλη της οικογένειας (ως φροντιστές) για εκτέλεση καθημερινών πρακτικών καθηκόντων φροντίδας, παρότι η οικογένεια έχει την ευθύνη πληρωμής και εποπτείας τους <sup>91</sup>.

Οι διάφορες πολιτικές εστιάζουν σε εκείνα τα κοινωνικά απομονωμένα και οικονομικά στερημένα άτομα και ομάδες του πληθυσμού και δε γίνεται συζήτηση για νέες δομές οι οποίες προορίζονται για εκείνους τους εξαρτημένους ηλικιωμένους που περιθάλπονται από μέλη της οικογένειάς τους και ιδιαίτερα εκείνους που πάσχουν από άνοια. Την δεκαετία του 1990, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είχε οργανώσει σεμινάρια εκπαίδευσης οικογενειακών βοηθών για τη φροντίδα ηλικιωμένων. Βρέθηκε ότι γείτονες και φίλοι συχνά βοηθούν την οικογένεια σε ανάγκη με το να προσφέρουν καθημερινή φροντίδα ή την παρέα τους στο εξαρτώμενο ηλικιωμένο μέλος της, στο χρονικό διάστημα που η οικογένεια έχει να διεκπεραιώσει άλλες υποχρεώσεις. Ωστόσο, σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης υπάρχουν παραδείγματα εφαρμογής κοινωνικό-προνοιακών προγραμμάτων στην ευρύτερη κοινότητα απευθυνόμενα σε ηλικιωμένους που χρειάζονται φροντίδα αλλά και τις οικογένειές τους. Αυτά τα προγράμματα παρέχονται μέσω των υπηρεσιών που προσφέρουν τα κατά τόπους Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα οποία έχουν προσπαθήσει να αναπτύξουν τον εθελοντισμό κινητοποιώντας ευαισθητοποιημένους πολίτες με στόχο τη στήριξη των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους, με ανεπαρκή όμως εμπειρία σε αυτό τον τομέα <sup>92</sup>.

Δεν υπάρχουν επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα σε σχέση με τα επίπεδα αναπηρίας στους Έλληνες ηλικιωμένους, αν και υπάρχουν εκτιμήσεις επιπέδων αναπηρίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας <sup>93</sup>. Βάσει αυτών των εκτιμήσεων, το 5% του συνολικού πληθυσμού έχουν ανάγκη καθημερινής φροντίδας. Οι μισοί εκείνων που χρειάζονται καθημερινή φροντίδα είναι ηλικιωμένοι, αν και η αναλογία προβλέπεται να αυξηθεί στα επόμενα πενήντα χρόνια.

Σήμερα δεν υπάρχει εκτεταμένη έρευνα ή γνώση αναφορικά με τις διαστάσεις της οικογενειακής φροντίδας ή τις ανάγκες των ατόμων φροντίδας στην Ελλάδα.

---

<sup>91</sup> Pflüger, 2004.

<sup>92</sup> Pflüger, 2004.

<sup>93</sup> W.H.O., 2002

Υπάρχει έλλειψη συστηματικών μορφών και αντίστοιχων δομών και υπηρεσιών φροντίδας εξαρτημένων ηλικιωμένων με σοβαρά προβλήματα λειτουργικότητας λόγω προχωρημένης άνοιας. Χρειάζονται υπηρεσίες αποκατάστασης που να είναι συνδεδεμένες με νοσοκομειακές υπηρεσίες (“Respite Care”). Επίσης, δεν έχουν θεσμοθετηθεί σεμινάρια εκπαίδευσης για επαγγελματίες υγείας αλλά και εκμάθηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης για τους φροντιστές, τόσο εκείνους που προέρχονται από την οικογένεια όσο και άλλα τρίτα αμειβόμενα άτομα για την κατ’ οίκον νοσηλεία αλλά και την καθυστέρηση της εισαγωγής σε ίδρυμα<sup>94</sup>. Πρόσφατα πραγματοποιήθηκε ένα σεμινάριο εκπαίδευσης ιατρών γενικής/οικογενειακής ιατρικής στην εκτίμηση αναγκών ασθενών με άνοια και των φροντιστών τους με διοργάνωση της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής και της Ελληνικής Εταιρείας Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών.

Οι υπάρχουσες υπηρεσίες στην Ελλάδα, οι οποίες μπορούν εν δυνάμει να προσφέρουν ορισμένου τύπου βοήθεια σε ασθενείς με άνοια και το οικογενειακό-συγγενικό περιβάλλον τους είναι οι ακόλουθες<sup>95</sup>:

- Τα Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία ορισμένων νοσοκομείων που ασχολούνται με τη Νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας. Αυτά είναι τα λεγόμενα Ιατρεία «Μνήμης» ή «Άνοιας» ή «Νόσου Alzheimer» ή και «Οργανικών Ψυχοσυνδρόμων».
- Τα Ειδικά Ιατρεία των Εταιρειών για τη Νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών που ονομάζονται συνήθως Ιατρεία «Νόσου Alzheimer» ή «Άνοιας».
- Τα Νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένες Ψυχογηριατρικές Κλινικές.
- Τα Νοσοκομεία που έχουν Ψυχιατρικές Κλινικές ή /και Νευρολογικές Κλινικές.
- Ορισμένες ψυχιατρικές δομές, είτε Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είτε Κέντρα Ψυχικής Υγείας.
- Οι Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές.
- Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) όλης της χώρας.

---

<sup>94</sup> Σόλιας & Δέγλερης, 2004.

<sup>95</sup> Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer, 1999.



- Τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας», τα οποία έχουν κατά κανόνα την έδρα τους στο Κ.Α.Π.Η. της περιοχής τους.
- Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).
- Τα Γηροκομεία και οι Οίκοι Ευγηρίας.
- Τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων.
- Τα Περιφερειακά και τα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία αλλά και τα Κέντρα Υγείας όλης της χώρας.

Η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών έχει αναπτύξει πρόγραμμα εκπαίδευσης και υποστήριξης των φροντιστών ασθενών με τη νόσο Alzheimer. Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης βοηθά στο να ανταποκριθούν στην απαιτητική φροντίδα. Η ομάδα στήριξης μπορεί να βοηθήσει τις οικογένειες των πασχόντων από τη νόσο Alzheimer και να αποτελέσει μια σημαντική πηγή πληροφοριών.

Συμπερασματικά, σήμερα στη χώρα μας οι δομές που ασχολούνται με την άνοια είναι δομές που κατά κανόνα αφορούν άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Υπηρεσίες που παρέχονται έστω και με ένα σχετικά αποσπασματικό τρόπο, εφόσον δεν υφίστανται ένας κεντρικός σχεδιασμός για την υλοποίηση ανάλογων δράσεων. Όμως γενικά από τη στιγμή που οι οικογένειες αναλαμβάνουν τις ευθύνες φροντίδας δεν ενθαρρύνεται η ανάπτυξη κρατικής παρέμβασης. Η πρόσληψη του φθηνού εργατικού δυναμικού των γυναικών μεταναστριών από μια σημαντική αναλογία ελληνικών οικογενειών χρειάζεται να ενεργοποιήσει κρατική και περιφερειακή κοινωνική πολιτική στην κατεύθυνση της κατάλληλης στήριξης των μελών των οικογενειών ως υπεύθυνων φροντίδας με ανάπτυξη αποτελεσματικών δημοσίων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

# ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

## ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ: ΜΙΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

### Εισαγωγή

Η προστασία των ηλικιωμένων είναι ένα έμφυτο και πηγαίο ένστικτο που το συναντάμε σε κάθε έμψυχο ον, ενώ ως διαδικασία αποτελεί ύψιστη ηθική υποχρέωση σε κάθε ευνομούμενη και πολιτισμένη κοινωνία. Η περίθαλψη και η φροντίδα των ηλικιωμένων από την οικογένεια αποτελούν στοιχεία άρρηκτα συνδεδεμένα με τον πανάρχαιο πολιτισμό μας και χαρακτηρίζουν κάθε περίοδο μεγάλης οικονομικής, κοινωνικής και πολιτιστικής ανάπτυξης της ιστορίας των Ελλήνων.

### 3.1 Στάσεις και αντιλήψεις των νέων για την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία

Αν ανατρέξουμε στο παρελθόν, θα δούμε ότι η συμβίωση με τους ηλικιωμένους και η παρεπόμενη προστασία τους είναι ένα πανάρχαιο και πανανθρώπινο καθήκον που ο λαός μας το εκπληρώνει συνεχώς μέσα από το διάβα των αιώνων. Στην αρχαία Αθήνα, η προσφώνηση «Γέρων» θεωρούνταν τίτλος τιμής και δινόταν σε πρόσωπα με κύρος και σύνεση.

Παρόλα αυτά, στην εποχή μας, δίνεται έμφαση στην παραγωγικότητα και υπάρχει τάση εξάρσης των νιάτων και της δύναμης. Οι ομορφιές της νεότητας κυριαρχούν στις διαφημίσεις, στην τηλεόραση, στα κινηματογραφικά έργα και στην φιλολογία. Το εκπολιτιστικό κλίμα παραμερίζει τους ηλικιωμένους. Έτσι, παρά το γεγονός ότι η αντίδραση κάθε ατόμου είναι διαφορετική, πολλοί ηλικιωμένοι τείνουν να αισθάνονται ότι οι άλλοι δεν τους θέλουν και τους απωθούν.

Υπάρχουν βάσιμοι λόγοι να πιστεύει κανείς ότι ένας ομαλός ώριμος άνθρωπος γίνεται περισσότερο πλούσιος συναισθηματικά με την πάροδο της ηλικίας και ότι βασικά οι ηλικιωμένοι διαπνέονται από αλτρουιστικά και γενναιόδωρα συναισθήματα για τις νεότερες γενεές.

Οι νέοι άνθρωποι κυριαρχούνται από τα ανάμικτα συναισθήματα σεβασμού για τους ηλικιωμένους σαν κατόχους σοφίας και ώριμης κρίσεως ταυτόχρονα με

συναίσθημα αντιπάθειας προς αυτούς σαν σύμβολα συνειδήσεως. Η άπωση αυτή των νέων προς τους ηλικιωμένους οφείλεται κατά τον Κρεομάλη (1991) στον κοινωνικό φόβο για τον θάνατο και στο γεγονός ότι ο ηλικιωμένος είναι το σύμβολο της θνησιμότητας. Εξαιτίας αυτού, όπως πιστεύει ο συγγραφέας, γίνεται παραβίαση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ανθρώπων της Τρίτης ηλικίας.

Οι ηλικιωμένοι στις μεγάλες πόλεις δεν αισθάνονται συναίσθημα εχθρότητας ούτε αγένειας, αλλά ο σεβασμός που έδειχναν άλλοτε οι νέοι ιδιαίτερα στα μέσα μαζικής μεταφοράς βαθμιαία εξαφανίζεται <sup>96</sup>.

Έρευνες στην Ελλάδα για τις αμοιβαίες αντιλήψεις νέων-ηλικιωμένων έδειξαν ότι: λίγα παιδιά έχουν θετική εικόνα για τους ηλικιωμένους. Τα περισσότερα έχουν μικτή και ένα στα τρία αρνητική και δυσάρεστη. Ως χαρακτηριστικά της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας αναφέρονται από τα παιδιά η εγκατάλειψη, η έλλειψη στόχων, η δυστροπία χαρακτήρα και προβλήματα υγείας και επικοινωνίας.

Έρευνα σε 60 σχολεία και 35 ΚΑΠΗ της χώρας έδειξε ότι οι νέοι έχουν πολύ θετική αντίληψη για τον παππού και τη γιαγιά τους. Τους θεωρούν χαρούμενους, όμορφους, καλά στην υγεία τους, ήρεμους αλλά και αργούς. Αντίστοιχες αντιλήψεις έχουν για το γέρο και τη γριά. Συγκρίσεις όμως των αντιλήψεών τους μεταξύ παππού και γέρου και γιαγιάς και γριάς έδειξαν ότι οι αντιλήψεις για τον παππού και την γιαγιά είναι πολύ πιο θετικές παρά για το γέρο και τη γριά.

Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων για τα εγγόνια τους είναι πολύ θετικές. Τα θεωρούν καλά, χαρούμενα, γεμάτα υγεία, όμορφα και γρήγορα. Αντίστοιχες αντιλήψεις έχουν οι ηλικιωμένοι για τους νέους, τους οποίους περιέγραψαν ως απαιτητικούς, ανυπάκουους, ευέξαπτους και εγωκεντρικούς. Υπάρχει σαφώς ευνοϊκότερη αντίληψη για τα εγγόνια τους που τα περιέγραψαν μόνο με θετικά επίθετα.<sup>97</sup>

Γενικά, υπάρχει ένα συμβόλαιο αλληλεγγύης ανάμεσα στις γενεές, που αποτελεί κινητήρια δύναμη στην ευρωπαϊκή κοινωνία. Η αλληλεγγύη αυτή δεν εκφράζεται μόνο με το μηχανισμό μεταφοράς εισοδημάτων, αλλά και με άλλους τρόπους, που είναι δύσκολο να καταγραφούν π.χ. ο χρόνος που αφιερώνεται στη μέριμνα για τα εξαρτημένα άτομα. Ακόμα και σε κοινωνίες όπου οι οικογενειακοί δεσμοί φαίνεται να είναι εξαιρετικά ασθενείς, παρατηρείται η σπουδαιότητα και η

---

<sup>96</sup> Μαρκετάκης, 1993

<sup>97</sup> Μαρκετάκης, 1993

ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων «εξ' αποστάσεως» στις σχέσεις μεταξύ των γενεών.

Πολλά επιστημονικά άρθρα υπογραμμίζουν την ταύτιση του χάσματος με την σύγκρουση των γενεών. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί παραπλανητικό διότι μπορεί να υπάρχει χάσμα στους τρόπους ζωής ανάμεσα στις γενεές, χωρίς να υπάρχει σύγκρουση. Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν υπάρχει «πόλεμος των γενεών» μεταξύ των παθητικών δυνάμεων των ηλικιωμένων και των επιθετικών και επαναστατικών δυνάμεων των νέων.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ινστιτούτου Σφυγμομετρήσεων του Αμβούργου INFAS οι ψυχαναλυτές και κοινωνιολόγοι βλέπουν ήδη να αυξάνεται το μίσος εναντίον των ηλικιωμένων και προβλέπουν πόλεμο των ηλικιακών τάξεων, που θα διαιρέσει τον κόσμο πολύ βαθύτερα απ' ότι το φυλετικό μίσος, ο πόλεμος των φύλων και ο πόλεμος των τάξεων. Το ανερχόμενο επίπεδο εκπαίδευσης των νεώτερων γενεών αμφισβητεί την αυθεντία της πείρας. Στη δεκαετία του 1990 η σύγκρουση προκύπτει από τη κρίση του κράτους πρόνοιας, από την ανεργία και από την κατανομή των δημοσίων δαπανών. Το συμπέρασμα των αμερικανικών ερευνών που έγιναν στις δεκαετίες του 1980 και 1990 είναι ότι δεν υπάρχει σύγκρουση γενεών για την χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, της δημόσιας υγείας και της εκπαίδευσης. Υπάρχουν ωστόσο διαφορές ανάμεσα σε νέους και ηλικιωμένους σε θέματα άμβλωσης, ναρκωτικών, δικαιωμάτων γυναικών και προγαμιαίων σχέσεων.

Σημειώνεται βέβαια ότι ενώ στις Η.Π.Α. υπάρχει έντονη αναφορά στον πόλεμο μεταξύ των γενεών, στην Ευρώπη η εικόνα που επικρατεί είναι η αρμονία ανάμεσα στις γενεές.

Στην Ελλάδα, το χάσμα των γενεών παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονο στη εποχή μας. Αμφισβητείται η εμπειρία των ηλικιωμένων ατόμων, κάτι που δεν συνέβαινε στο παρελθόν και αντίθετα έχει δοθεί προτεραιότητα στα θέματα που απασχολούν τους νέους με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται πολλές φορές παραγκωνισμένοι από τη νεότερη γενιά. Στο ερώτημα πως τους αντιμετωπίζουν οι νέοι, το 86% θεωρεί αρνητική τη συμπεριφορά των νέων απέναντι στους ηλικιωμένους και μόνο το 14% απαντά ότι αντιμετωπίζονται από τις νεότερες γενιές με αγάπη, σεβασμό και κατανόηση <sup>98</sup>.

---

<sup>98</sup> Μαρκετάκης, 1993

### **3.2 Η έννοια της ετικετοποίησης και οι προκαταλήψεις των νέων για τα γηρατειά και τους ηλικιωμένους που πάσχουν από την νόσο Alzheimer**

Εδώ και δεκαετίες, οι επιστήμονες έχουν συλλέξει πολλά στοιχεία για το πώς οι άνθρωποι κατηγοριοποιούν αυτόματα τους άλλους βάση των κοινωνικών τους αντιλήψεων. Κατά την διαδικασία της κατηγοριοποίησης, συχνά αναπτύσσονται στερεότυπα.

Οι ερευνητές γνωρίζουν αρκετά για το σεξισμό και το ρατσισμό αλλά διαθέτουν συγκριτικά λίγα στοιχεία για τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που βασίζονται στον παράγοντα ηλικία. Οι προκαταλήψεις για την ηλικία είναι ένα από τα περισσότερο κοινωνικά αποδεκτά και καθιερωμένα είδη προκαταλήψεων, κι αυτό ίσως αποτελεί την αιτία της παράβλεψής τους από τους ερευνητές <sup>99</sup>.

Η καθιέρωση των ηλικιακών προκαταλήψεων έχει τις ρίζες του στον αυξημένο αρνητικό τρόπο που οι Η.Π.Α. προσεγγίζουν τα ηλικιωμένα άτομα. Στις Η.Π.Α., τα άτομα της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας τείνουν να περιθωριοποιούνται και να αποποιούνται των ευθυνών, της δύναμης και εν τέλει της αξιοπρέπειάς τους <sup>100</sup>.

Στην πιο δύσκολη θέση, σύμφωνα με τους Moniz-Cook <sup>101</sup>, βρίσκονται οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από άνοια και καλούνται να ξεπεράσουν το διπλό στίγμα της ηλικίας και της πάθησής τους. Και οι δύο παραπάνω παράγοντες επιδρούν αναπόφευκτα στην ποιότητα ζωής που έχουν, στις υπηρεσίες που απολαμβάνουν και στις διεθνείς πολιτικές που δομούν αυτές τις υπηρεσίες.

Το στίγμα που αφορά την άνοια είναι ένα πρόβλημα κορμού στον τομέα της φροντίδας. Το στίγμα αντανακλά μία κατάσταση ανικανότητας όπου ένα φυσιολογικό άτομο υποβιβάζεται σε ένα άτομο με το οποίο κάτι δεν πάει καλά.

Σύμφωνα με τον Goffman (1963), μπορούμε να εντοπίσουμε τρεις τύπους στίγματος <sup>102</sup>. Ο πρώτος συνδέεται με τις αλλαγές που εμφανίζονται στο ανθρώπινο σώμα. Η άνοια συνδέεται ιδιαίτερα με φόβους για τις κινητικές ικανότητες και ζωτικές λειτουργίες του σώματος όπως η διαδικασία της πρόσληψης τροφής, αυτοφροντίδας, κ.α. Ο δεύτερος τύπος αναφέρεται στην κατάσταση των ατόμων που έχουν ατομικά ψεγάδια που επιδρούν αρνητικά στη κοινωνική τους θέση. Τα άτομα με άνοια έχουν αδιαμφισβήτητα αρνητικά γνωρίσματα έλλειψης της πλήρους

---

<sup>99</sup> Nelson, 2002a, Palmore, 1999

<sup>100</sup> Nelson, 2002a

<sup>101</sup> Moniz-Cook, 2005

<sup>102</sup> Goffman, 1963

νοητικής λειτουργίας, κοινωνικά απαράδεκτης συμπεριφοράς και ακράτειας. Κλείνοντας, ο τρίτος τύπος αναφέρεται στην ομαδοποίηση των ατόμων με βάση την ηλικία τους και την ικανότητά τους να αποκτούν νέα γνώση. Τα άτομα με άνοια δεν έχουν την ικανότητα να παίρνουν αποφάσεις λόγω έλλειψης της επίγνωσης και του φόβου μέσα στην οικογένεια για την κληρονομική φύση υπαιτιότητας της νόσου. Συχνά η κατάληξη είναι η ιδρυματοποίηση των ατόμων με άνοια.

Σε αυτό το σημείο θεωρείται σημαντικό να αναφερθεί ότι όσο αφορά στα άτομα που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer, το βάρος της πληροφόρησης δίνεται στην περιγραφή των δυσκολιών των ασθενών και όχι στα θετικά συναισθήματά τους, στις ικανότητές τους και στην θετική ανατροφοδότηση των φροντιστών.

### **3.2.1 Δείκτης προκαταλήψεων: Δυσκολίες στην επικοινωνία**

Βασικός δείκτης των προκαταλήψεων των νέων για τους ηλικιωμένους είναι ο τρόπος επικοινωνίας που επιλέγουν. Δύο τύποι αρνητικής επικοινωνίας έχουν οριστεί από τους επιστήμονες και αυτοί είναι: ο τύπος της υπεράνεσης-υπερπροστατευτικότητας και ο τύπος της παιδικής ομιλίας (baby talk) <sup>103</sup>.

Στον πρώτο τύπο, τα νεαρά άτομα γίνονται υπερβολικά ευγενικά, μιλάνε δυνατά και πιο αργά, τονίζουν υπερβολικά τις προτάσεις τους και χρησιμοποιούν πολύ απλές λέξεις. Αυτό βασίζεται στην προκατάληψη ότι οι ηλικιωμένοι έχουν προβλήματα ακοής, χαμηλότερη διανοητική ικανότητα και αργό ρυθμό σκέψης <sup>104</sup>.

Στον δεύτερο τύπο, υπάρχει μία υπεραπλούστευση του τρόπου ομιλίας σε συνδυασμό με τον υψηλό τόνο της φωνής. Αυτός ο τύπος συνδέεται με το στερεότυπο ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ελλείμματα γενικών ικανοτήτων και γι' αυτό χρειάζεται ένας ειδικός τρόπος ομιλίας σε ένα πιο αργό και πιο απλό επίπεδο <sup>105</sup>.

Ένα πλήθος από αρχές που στην παραδοσιακή κοινωνία θεωρούνται ως δεδομένες, απαράβατες και αναλλοίωτες, καταγγέλλονται ως μύθοι. Οικονομικά, κοινωνικά και βαθύτερα ψυχολογικά αίτια του αποκλεισμού των ηλικιωμένων, καλλιεργούν ένα πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη των παραπλανητικών μύθων αυτών.

---

<sup>103</sup> Nelson, 2002a

<sup>104</sup> Giles, Fox, Harwood, & Williams, 1994

<sup>105</sup> Carporael, 1981

### 3.2.2 Στερεότυπα για τα γηρατειά

Παρακάτω παραθέτονται τα βασικά στερεότυπα που έχουν δημιουργηθεί στους νέους για την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία <sup>106</sup>.

#### α Ο μύθος ότι τα γηρατειά είναι ασθένεια

Χάρη στις ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές έρευνες έχουν γίνει πρόοδοι για τον καθορισμό των αιτιών των αλλαγών που γίνονται φυσιολογικά με την ηλικία, οι οποίες συχνά καθιστούν το άτομο ευάλωτο στις ασθένειες. Ορισμένες διαδικασίες των γηρατειών ελαττώνουν την ικανότητα του ατόμου να αντιδράσει στις αρρώστιες. Το γήρας δεν είναι ασθένεια και επομένως δεν θεραπεύεται με φάρμακα.

#### α Ο μύθος της γεροντικής άνοιας

Υπάρχει η αντίληψη ότι η άνοια αποτελεί ένα περίπου αναπόφευκτο γνώρισμα της Τρίτης ηλικίας. Ωστόσο, τα χάσματα της μνήμης, η αδυναμία συγκέντρωσης, η πτώση γενικά της πνευματικής ζωής δεν αποτελούν την αναπότρεπτη έκβαση του γήρατος. Τα συμπτώματα αυτά όταν εμφανίζονται σε ορισμένα μόνο ηλικιωμένα άτομα, είναι αποτέλεσμα ανεπανόρθωτων εγκεφαλικών βλαβών όπως π.χ. αρτηριοσκλήρωση ή άνοια. Πολλές συμπεριφορές που υπάρχει τάση να χαρακτηρίζονται σαν συμπτώματα άνοιας, στην πραγματικότητα είναι το αποτέλεσμα του αποκλεισμού των ηλικιωμένων από έναν ενεργητικό ρόλο. Όλοι όσοι πάσχουν από Alzheimer δεν είναι ηλικιωμένοι: οι γιατροί δεν θεωρούν τη νόσο αυτή σπάνια σε άτομα 50 ετών.

#### α Ο μύθος της γεροντικής κατάθλιψης

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, η απόσυρση από το περιβάλλον, εκφάνσεις μιας έντονης συναισθηματικής απελπισίας, είναι από τις καταστάσεις εκείνες που θεωρούνται «φυσικές» για την περίοδο αυτή. Η εικόνα ενός γέρου καθηλωμένου στην καρέκλα, με απλανές βλέμμα, σιωπηλού αμέτοχου συνιστά μια εικόνα που τείνουμε να θεωρούμε φυσική ενώ είναι παθολογική και οφείλεται σε παθολογικά και ψυχολογικά αίτια.

---

<sup>106</sup> Πουλοπούλου, Η., 1999.

Άλλα στερεότυπα που μπορούν να αναφερθούν είναι ότι οι ηλικιωμένοι είναι ανίκανοι να εργασθούν, δεν έχουν σεξουαλική ζωή, είναι απομονωμένοι και έχουν πολιτική δύναμη <sup>107</sup>.

### **3.2.3 Τα αίτια των προκαταλήψεων**

Τα αίτια της γένεσης και της διατήρησης των προκαταλήψεων μπορούν να αναλυθούν με βάση δύο θεωρητικές προσεγγίσεις.

#### **A. Λειτουργική θεωρία**

Σε αυτή τη θεώρηση υποστηρίζεται ότι οι αρνητικές συμπεριφορές προς τους ηλικιωμένους εξυπηρετούν έναν μηχανισμό προστασίας του «εγώ». Βοηθούν δηλαδή τους νέους να αρνηθούν τα απειλητικά για τον εαυτό τους στοιχεία που ανήκουν στους μεγάλους σε ηλικία ανθρώπους. Με αυτή την στάση, οι νέοι μειώνουν το άγχος που σχετίζεται με τις ηλικιακές ομάδες μεγάλων ηλικιών και την προοπτική ένταξής τους σε αυτές μελλοντικά <sup>108</sup>.

#### **B. Θεωρία διαχείρισης του φόβου**

Μεγαλώνοντας μαθαίνουμε ότι το να είσαι καλός σημαίνει να είσαι προστατευμένος (γονική έγκριση και προστασία). Η αυτοεκτίμηση γίνεται ασπίδα προστασίας και βοηθά τους ανθρώπους να αρνηθούν την θνησιμότητά τους. Εξαιτίας της σύνδεσης των μεγάλων σε ηλικία ανθρώπων με τον θάνατο, οι νέοι υιοθετούν συμπεριφορές και στάσεις με στόχο την διατήρηση απόστασης μεταξύ των ίδιων και των ηλικιωμένων <sup>109</sup>.

---

<sup>107</sup> Palmore, E. 1990

<sup>108</sup> Edwards, Weltzer, 1998

<sup>109</sup> Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1986



Άλλα αίτια γένεσης των προκαταλήψεων αναφέρονται:

- η άγνοια ή παρεξήγηση των στοιχείων που αφορούν το φυσικό πέρασμα των ανθρώπων στην Τρίτη και Τέταρτη ηλικία και τις διανοητικές διαταραχές και τις μεθόδους θεραπείας τους
- εσωτερίκευση των ιδεών-στιγμάτων (αυτοστιγματισμός) από τους ασθενείς, τις οικογένειες αυτών και των φροντιστών <sup>110</sup>.

Ο στιγματισμός των ατόμων με άνοια και άλλες νοητικές διαταραχές ενδυναμώνεται από:

- Πολιτιστικούς παράγοντες (διαφορές στα πιστεύω)
- Κοινωνική και οικονομική αστάθεια και κρίση (π.χ. πόλεμος, μετανάστευση)
- Η έλλειψη ή ανεπάρκεια των στρατηγικών πρόληψης και φροντίδας
- Η έλλειψη ενός συστήματος πληροφόρησης για την εκπαίδευση των επαγγελματιών και ενημέρωση του κοινού
- Η ύπαρξη διακρίσεων ανάλογα με το φύλο
- Οποιαδήποτε επιβράβευση αυτών που προωθούν τον στιγματισμό ή/και στιγματίζουν (οικονομική, βελτίωση κοινωνικής θέσης, βελτίωση του επιπέδου του αυτοσεβασμού, κ.α.)<sup>111</sup>.

### **3.2.4 Η επιρροή των προκαταλήψεων σε βάρος των ηλικιωμένων, στους ηλικιωμένους**

Παρά το γεγονός ότι η αντίδραση κάθε ατόμου είναι διαφορετική, πολλοί ηλικιωμένοι τείνουν να αισθάνονται ότι οι άλλοι δεν τους θέλουν και τους απωθούν.

Ένας πολύ μικρός αριθμός ερευνητών έχει ασχοληθεί με τον τρόπο που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις εις βάρος τους.

Σύμφωνα με τους Arluke and Levin, (1984),<sup>112</sup> παρατηρείται έντονα το φαινόμενο της αυτοεκπληρούμενης προφητείας. Οι ηλικιωμένοι καταλήγουν να αποδέχονται και να πιστεύουν ότι δεν μπορούν να είναι πια ανεξάρτητοι και χρήσιμοι πολίτες. Έτσι χάνουν την αυτοκριτική τους. Όταν φθάνουν στο σημείο να πιστεύουν

---

<sup>110</sup> W.H.O., 2002

<sup>111</sup> W.H.O., 2002

<sup>112</sup> Arluke and Levin in Grant , 1996

και να δρουν με βάση τους μύθους και τα στερεότυπα που υπάρχουν για αυτούς, ενισχύεται η διατήρηση των στερεοτύπων αυτών και οι ειδικές στάσεις και συμπεριφορές των νέων δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο <sup>113</sup>.

Ο Palmore δίνει τέσσερις κοινές αντιδράσεις των ηλικιωμένων που αφορούν τις προκαταλήψεις εις βάρος τους. Η πρώτη όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω είναι η αποδοχή και ταύτιση του ατόμου με την αντίληψη του περιβάλλοντός του για τον ίδιο. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να έχουμε ως αποτέλεσμα την προκατάληψη του ατόμου εναντίον του εαυτού του, την μείωση του αυτοσεβασμού του, την εμφάνιση ενός αισθήματος μίσους για τον εαυτό του, την ντροπή, την κατάθλιψη, και/ή την αυτοκτονία σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Η άρν είναι μία άλλη αντίδραση που έχει επίσης αρνητικά αποτελέσματα και περιλαμβάνει, το ψεύδος για την πραγματική ηλικία του ατόμου, την αισθητική χειρουργική, τα εμφυτεύματα μαλλιών, την χρήση προϊόντων αντιγήρανσης κ.α. Η τρίτη πιθανή αντίδραση των ηλικιωμένων που υφίστανται διακρίσεις είναι η προσπάθεια αποφυγής συμπεριφορών οι οποίες παραπέμπουν σε άτομο μεγάλης ηλικίας. Τα αποτελέσματα είναι η αυτοεπιβολή μοναχικής ζωής, ο αλκοολισμός, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η αυτοκτονία. Το τελευταίο πρότυπο του Palmore είναι η στάση της “antithesis”, η οποία αναφέρεται στα άτομα εκείνα που αναγνωρίζουν τις προκαταλήψεις που υπάρχουν εις βάρος τους και προσπαθούν να τις μειώσουν με ατομικές ή με ομαδικές προσπάθειες μέσω δυναμικών ομάδων όπως η Ένωση Συνταξιούχων στην Αμερική.

### **3.3 Συνέπειες των προκαταλήψεων: Κοινωνικός αποκλεισμός Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας**

Το κάθε άτομο είναι λίγο-πολύ ενσωματωμένο στην κοινωνία που ζει. Κατά τη διάρκεια της μέσης ηλικίας το άτομο βρίσκεται στο απόγειο της δέσμευσής του με την κοινωνία. Πλήθος ανθρώπων εξαρτώνται από αυτόν ενώ ο χρόνος και η λειτουργικότητά του αποτελούν πολύτιμα στοιχεία.

Στον καθημερινό λόγο, ως κοινωνικός αποκλεισμός χαρακτηρίζεται η κατάσταση διαβίωσης σε συνθήκες ανέχειας και μάλιστα στο περιθώριο της κοινωνίας.

---

<sup>113</sup> Grant, 1996

Κοινωνικά αποκλεισμένοι είναι εκείνοι που “ η ζωή τους οδηγεί στο περιθώριο, εκεί όπου τα κοινωνικά δικαιώματα καταργούνται στην πράξη και η κοινωνική προκατάληψη τους στιγματίζει ανεξίτηλα - αποκλεισμένοι από κάθε είδους αγαθά και κοινωνικές υπηρεσίες, στερούνται ό,τι απολαμβάνει η πλειοψηφία των πολιτών. .... Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν σημαίνει μόνο ανεπαρκές εισόδημα. Υπερβαίνει ακόμη και τη συμμετοχή στην εργασιακή ζωή, εκδηλώνεται σε τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση, η υγεία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες. Θίγει όχι μόνο άτομα που έχουν υποστεί σοβαρή οπισθοδρόμηση, αλλά και κοινωνικές ομάδες, ιδιαίτερα σε αστικές και αγροτικές περιοχές, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο διάκρισης”<sup>114</sup>.

Το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων δεν είναι πρόσφατο. Ανέκαθεν η κοινωνία έδειχνε αμυδρά μια αποστροφή προς τους γέροντες. Όμως, το πρόβλημα της απομόνωσης της Τρίτης ηλικίας φαίνεται να επιτείνεται στις μέρες μας από την ανάπτυξη της τεχνολογίας και τους βιομηχανικούς ρυθμούς ζωής στην σύγχρονη πόλη.

Κατά την Τσαλίκου (1988) εάν τοποθετηθούμε σ’ ένα περισσότερο ορατό κοινωνικό επίπεδο ανάλυσης θα πρέπει να συνδέσουμε την περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων στην εποχή μας με συγκεκριμένες κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές.

Πιο γρήγορη διαδικασία περιθωριοποίησης έχουμε στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αντιμετωπίζει μακροχρόνιες ασθένειες δεδομένου ότι η περίθαλψη και η κοινωνική βοήθεια προς τα άτομα της Τρίτης ηλικίας είναι ελλιπής.

### **3.3.1 Θεωρήσεις κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων**

Μια από τις πιο γνωστές έρευνες σε σχέση με το πώς δέχεται η κοινωνία τους ανθρώπους της Τρίτης ηλικίας είναι αυτή που διατυπώθηκε από τους E. Cumming και W. Henry (1961) και ονομάστηκε θεωρία της απεμπλοκής. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι άνθρωποι της Τρίτης ηλικίας αποστασιοποιούνται αυτομάτως από τις κοινωνικές δραστηριότητες και αποσύρονται χωρίς αυτό να αποτελεί παθολογικό σημάδι αλλά φυσιολογικό και καθολικό φαινόμενο, ενδεικτικό ότι ο άνθρωπος γερνά με τον σωστό τρόπο.

---

<sup>114</sup> Τσιάκαλος, Γ. 1998: 4-6

«Η διαδικασία της απεμπλοκής μπορεί να αρχίσει από τον ηλικιωμένο ή από τους άλλους σε μια δεδομένη κατάσταση»<sup>115</sup>.

Αναλύοντας αυτή τη θεωρία βλέπουμε ότι η κοινωνία αναμένει από τους ηλικιωμένους αυτή την απόσυρση. Σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος αντιδράσει, τότε αποσύρεται και απεμπλέκεται από τις κοινωνικές δραστηριότητες ως μη ενεργό άτομο.

Δυστυχώς, η ελληνική κοινωνία όπως και των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών φαίνεται να ανταποκρίνεται στην κοινή αντίληψη ότι οι γέροι είναι λιγότερο ικανοί σε σχέση με τους νεότερους από αυτούς εκτός και αν η συμπεριφορά τους αποδεικνύει το αντίθετο. Αρκετά διαδεδομένη είναι η αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ευφυείς και περισσότερο εύθραυστοι σωματικά. Επ' αυτού είναι χαρακτηριστικά τα ανέκδοτα και γενικά το χιούμορ με το οποίο εκφράζουμε τη στάση μας απέναντι στα γεράματα. Είναι προφανές, κατά την Α.Α. Παγοροπούλου (1993) ότι η έννοια του γήρατος είναι φορτισμένη αρνητικά και αυτό επιδρά καταλυτικά στον τρόπο με τον οποίο μεταχειριζόμαστε τους ηλικιωμένους.

Μια άλλη σημαντική θεωρία από την ίδια γύρω από το θέμα της απομόνωσης, είναι η θεωρία της δράσεως σύμφωνα με την οποία οι ηλικιωμένοι έχουν τις ίδιες ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες αλλά η κοινωνία αποσύρεται από το ηλικιωμένο άτομο. Η απόσυρση δεν αποτελεί μία αμοιβαία διαδικασία όπως στην θεωρία της απεμπλοκής. Εδώ το άτομο επιζητά την δράση εντός της κοινωνίας αλλά αυτή το απωθεί. Περιορίζεται η δράση του ηλικιωμένου και ταυτόχρονα μειώνεται η ικανοποίησή τους από τη ζωή με αποτέλεσμα να έχουμε την σταδιακή του απομόνωση.

Σημαντική είναι και η θεωρία του Groen που αφορά την απώλεια του κοινωνικού συστήματος όταν αυτό θα αποκρούσει τους ανθρώπους της Τρίτης ηλικίας ολοκληρωτικά από τους κόλπους του<sup>116</sup>.

Τέλος, η θεωρία του Butler (1986)<sup>117</sup>, περιγράφει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο και τα προβλήματα που τους οδηγούν στην απομόνωση. Οι θέσεις του Butler είναι οι παρακάτω:

---

<sup>115</sup> Τσαλίκογλου, 1973

<sup>116</sup> Groen στο Παπαϊωάννου, 1988

<sup>117</sup> Butler στο Παπαϊωάννου, 1988

1. Αποστροφή από το γήρας γενικά. Η έννοια της γεροντο-απόρριψης υποβόσκει στην συμπεριφορά όλων.
2. Το άτομο που γερνά, απωθεί τα αρνητικά του συναισθήματα, πετυχαίνοντας μια προσωρινή ψυχική ασφάλεια με αποτέλεσμα όταν προχωρήσουν πια τα συμπτώματα να είναι δυστυχής αφού έτσι γίνεται αντιληπτός από την κοινότητα.
3. Η αλλαγή κατοικίας για λόγους οικονομίας ή και φυσικής αδυναμίας δημιουργεί σοβαρά προβλήματα.
4. Η πάγια αντίληψη της κοινότητας που θεωρεί ότι οι γέροι έχουν και πρέπει να έχουν λιγότερες ανάγκες και απαιτήσεις.

Οι παραπάνω θέσεις ισχύουν κατά την Παπαϊωάννου (1988) και στην ελληνική κοινωνία η οποία όμως ακόμα δεν τις έχει αφομοιώσει.

Ένας άλλος εξίσου σημαντικός παράγοντας που οδηγεί σε απομόνωση τους ηλικιωμένους είναι η μεταβολή που υπέστη ο θεσμός της οικογένειας. Λόγω της αστικοποίησης και της εκβιομηχάνισης της κοινωνίας μας η οικογένεια, υπέστη διαρθρωτικές αλλαγές. Η πάλαι ποτέ πατριαρχική οικογένεια που είχε ιερό καθήκον την προστασία των γερόντων έπαψε να αποτελεί τον κανόνα και η πυρηνική συζυγική οικογένεια πήρε την θέση της.

Αυτό καθεαυτό το γεγονός της αλλαγής επιδρά αρνητικά στους ηλικιωμένους και τους περιθωριοποιεί. Η ζωή μέσα στην πυρηνική οικογένεια της πόλης επιβάλλει ορισμένα όρια στον ηλικιωμένο που τα ερμηνεύει ως περιορισμούς. (στενότητα χώρου, περιορισμός έκφρασης, έλλειψη ανεξαρτησίας).

Η απομόνωση ωθεί τον ηλικιωμένο κατά την Simon De Beauvoir (1980), να έχει παράλογες διεκδικητικές τάσεις προς την οικογένεια και προς την κοινωνία. Αυτές οι τάσεις οφείλονται κυρίως στην αγανάκτησή τους έναντι του περιβάλλοντος που τους αναγκάζει να ζουν σε αδράνεια.

Στη σύγχρονη κοινωνία, η συνταξιοδότηση αποτελεί για τον ηλικιωμένο, κύριο παράγοντα περιθωριοποίησης και του κοινωνικού εξοβελισμού του. Και αυτό διότι όπως ο Καββαδίας (1981) αναφέρει, το κύριο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η γεροντική ηλικία είναι το πρόβλημα της εντάξεως στη ζωή. Κατά τη γνώμη του συγγραφέα ψυχολογικά το ζήτημα αυτό είναι κεφαλαιώδες διότι όταν στη σημερινή εποχή κάποιος που ξεκίνησε την εργασία του στα 20 έτη μετά από 35 χρόνια μπορεί να διεκδικήσει και να πάρει σύνταξη στα 55 έτη. Αντιλαμβάνεται ο καθένας μας ότι

δεν είναι δυνατόν αυτός ο άνθρωπος σε αυτή την ηλικία να τεθεί στο περιθώριο. Πρέπει κάπου να ενταχθεί. Όταν η κοινωνία του αρνείται την ένταξη και αναμένει από αυτόν την αυτοαπόσυρση όπως προαναφέραμε, τότε, τον οδηγεί στην απομόνωση, στην μοναξιά και στην κατάθλιψη.

### **3.3.2 Αντιμετώπιση των προκαταλήψεων: Κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων**

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

Κοινωνική συμμετοχή σημαίνει να παραμένει ο ηλικιωμένος στο φυσικό του περιβάλλον δηλαδή στο σπίτι του, στην γειτονιά του. Η ζωή σε ίδρυμα συμβάλλει στα πρόωρα γηρατειά του ατόμου. Άλλο στοιχείο κοινωνικής συμμετοχής είναι η επικοινωνία με τους άλλους και η αποφυγή της απομόνωσης, η ενεργός συμμετοχή στην ζωή της κοινότητας.

Οι έρευνες δείχνουν τρεις παράγοντες ιδιαίτερα θετικούς για την κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων: ένα κάποιο μορφωτικό επίπεδο, δημιουργική εργασία στην φάση της παραγωγικής ηλικίας, σχετική οικονομική άνεση. Ομάδες πληθυσμού που διαθέτουν στο ελάχιστο αυτούς τους τρεις παράγοντες είναι οι συνταξιούχοι ανειδίκευτοι εργάτες και οι πολύ ηλικιωμένες γυναίκες. Η προσαρμογή στην περίοδο μετά την συνταξιοδότηση του ανειδίκευτου εργάτη είναι πιο δύσκολοι σε σύγκριση με άτομα που ασκούσαν άλλα επαγγέλματα διότι η σύνταξή του είναι ανεπαρκής για την επιβίωση, υπήρχε έλλειψη δημιουργικής εργασίας κατά τη διάρκεια της παραγωγικής ηλικίας και το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλό. Οι στενές οικογενειακές και φιλικές σχέσεις προσφέρουν την αίσθηση της συμμετοχής στη ζωή.

Γενικά, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προκαταλήψεων τα άτομα της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας θα πρέπει να ενθαρρυνθούν να μιλήσουν ανοιχτά για την ηλικία τους, την ασθένειά τους, τον στιγματισμό τους, να συμμετάσχουν σε

ενημερωτικές και εκπαιδευτικές εκστρατείες, να γίνουν μέλη ομάδων και οργανισμών, να εκφράσουν τις ανάγκες τους στις δημόσιες υπηρεσίες, στις μη κυβερνητικές οργανώσεις, και στην κυβέρνηση, να αναφέρουν οποιεσδήποτε επαγγελματικές πρακτικές που προωθούν τον στιγματισμό και τις προκαταλήψεις.

Στην ενεργοποίηση αυτή των ηλικιωμένων μπορούν να βοηθήσουν, οι φροντιστές, τα συγγενικά μέλη, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, οι επαγγελματίες, οι εθελοντές, οι μη εθελοντικές οργανώσεις, οι υπεύθυνοι για την κοινωνική πολιτική της χώρας και η κυβέρνηση, καθένας με τον δικό του τρόπο.

### **3.4 Κοινωνική εργασία και παρέμβαση για την άμβλυνση των προκαταλήψεων προς τους ηλικιωμένους**

Η ραγδαία όπως είδαμε ανάπτυξη του γεροντικού πληθυσμού στη χώρα μας δημιουργεί νέα δεδομένα και αποτελεί ιστορική πρόκληση για την επιστήμη της κοινωνικής εργασίας. Χρειάζεται οργανωμένη και μεθοδική αντιμετώπιση του προβλήματος με την συνδρομή της κρατικής μέριμνας.

Στον τομέα αυτό το ελληνικό κράτος υστερεί. Ο Vasey (1961) μας πληροφορεί ότι οι κρατικές υπηρεσίες δεν είναι επαρκώς εφοδιασμένες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων.

Στα πλαίσια του Β' Συνεδρίου Γεροντολογίας-Γηριατρικής που έγινε τον Ιούνιο του 1991 τονίσθηκε από τους περισσότερους ομιλητές ότι το ελληνικό κράτος δεν έχει προχωρήσει σε ουσιαστικά προγράμματα γεροντικής ηλικίας.

Η κοινωνική εργασία πάνω στο θέμα αυτό έχει και μπορεί να διαδραματίσει σπουδαίο και σημαντικό έργο αρκεί να έχει την υποστήριξη της κοινωνίας και της οικογένειας. Οι γνώσεις που διαθέτει ο κοινωνικός λειτουργός τον βοηθούν ώστε να προσεγγίζει τα βαθύτερα αίτια των προβλημάτων και να εστιάζει την προσοχή του σε αυτά. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να αναλαμβάνει την ευθύνη ώστε χρησιμοποιώντας τις επαγγελματικές του ικανότητες να κινητοποιεί το άτομο προσφέροντας όλη την κατανόηση, οξυδέρκεια, προσωπική και οργανωτική ελαστικότητα την οποία απαιτεί η μέθοδος της κοινωνικής εργασίας.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολυδιάστατος όσον αφορά τους ηλικιωμένους. Κατά την άποψη των Πουλοπούλου και Βάγια (1991) περιλαμβάνει ενέργειες στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης, της στέγασης, της επιμόρφωσης και της

ψυχολογικής υποστήριξης, των οικονομικών παροχών και της ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων. Ο κοινωνικός λειτουργός επίσης, μέσα στα πλαίσια της άσκησης της κοινοτικής εργασίας, κρατάει ενήμερη την κοινή γνώμη για τα προβλήματα συμβίωσης της οικογένειας του ηλικιωμένου και συμβάλλει με την κινητοποίηση της κοινότητας στην συλλογική επίλυση των προβλημάτων.

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει επίσης να προσφέρει χρήσιμο και ωφέλιμο έργο στην αναχαίτιση των συναισθημάτων γερο-απόρριψης που υποβόσκουν μέσα στην κοινωνία.

Ο Κυριακουλάκος (1991), τονίζει ότι είναι θετικό το ότι ο κοινωνικός λειτουργός συμβουλεύει και ενημερώνει το κράτος για τη θετική αντιμετώπιση των συμφερόντων των ηλικιωμένων, κινητοποιεί ομάδες πίεσης και παλεύει γενικά για την παροχή δικαιωμάτων των ευάλωτων ομάδων.

### **3.5 Προτάσεις και συμπεράσματα**

Ανακεφαλαιώνοντας, στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία παρατηρείται μία αμφιθυμική στάση γύρω από τον ηλικιωμένο γενικά. Έχουμε την τάση να τους φροντίζουμε και να τους προστατεύουμε θεωρώντας το αντίθετο ως αβάσταχτη κοινωνική μομφή. Ταυτόχρονα μέσα μας ενυπάρχει ένα αίσθημα γεροαπόρριψης. Μια γεροντοφοβία που οφείλεται όπως πιστεύουν πολλοί επιστήμονες στο φόβο απέναντι στο θάνατο και το γεγονός ότι ο ηλικιωμένος αντιπροσωπεύει τη θνησιμότητα. Υπάρχουν επίσης, σαφείς ενδείξεις ότι η αμφιθυμία αυτή οφείλεται και στα βάρη και τις ευθύνες που φέρει η συγκατοίκηση ηλικιωμένου και οικογένειας ειδικά όταν ο ηλικιωμένος έχει προβλήματα με την υγεία του.

Οι περισσότεροι επιστήμονες στα συγγράματά τους έχουν την τάση να χαρακτηρίζουν την Τρίτη ηλικία ως ηλικία «αδράνειας» ή ως «στάδιο χαρούμενης και δημιουργικής δύσης». Η αντίφαση είναι προφανής.

Η κοινωνία μας σήμερα τείνει να περιθωριοποιεί τους ηλικιωμένους ως μη παραγωγικούς και χρήσιμους. Το γεγονός αυτό οφείλεται και στην διάχυτη τάση που υπάρχει στα Μ.Μ.Ε. να τονίζεται η ομορφιά της νεότητας. Παρ' όλο που τα τελευταία χρόνια τα Μ.Μ.Ε. προσπαθούν να προβάλουν το πρότυπο του δημιουργικού και γεμάτο ζωντάνια ηλικιωμένου, η αντίληψη της κοινωνίας δεν φαίνεται να έχει αλλάξει.



Παρόλα αυτά, οι ηλικιωμένοι τρέφουν αισθήματα αγάπης και γενναιοδωρίας για τις μικρότερες γενιές και προσπαθούν να γεφυρώνουν το χάσμα γενεών με τη σοφία τις συμβουλές τους και την ήρεμη αποτελεσματικότητά τους.

Η αμφιθυμική αυτή στάση ,κατά την άποψή μας, οφείλεται στην κλασσική παιδεία που ακολουθεί ο νέος σήμερα και που στηρίζεται στις αρχές και αξίες των προγόνων μας.

Για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα, το κράτος θα πρέπει να κινηθεί και με την βοήθεια της κοινωνικής εργασίας σε άξονες παρέμβασης και ενεργοποίησης των ηλικιωμένων σε τομείς απασχόλησης όπου μπορούν να ξεδιπλώσουν τις δυνατότητες που απέκτησαν μέσα από την πορεία τους στη ζωή.

Η διαδικασία της γήρανσης πρέπει να αντιμετωπισθεί ως μία φυσιολογική εξέλιξη του ανθρώπινου γένους και όχι ως μία παθολογική και μίζερη καταστολή. Για να γίνει αυτό, πρέπει η πολιτεία να εκπονήσει προγράμματα επιμόρφωσης και ενημέρωσης. Τα προγράμματα αυτά θα αναλαμβάνουν να τα εφαρμόζουν ειδικώς καταρτισμένοι Κοινωνικοί Λειτουργοί και θα μπορούν να απευθύνονται:

- Στους νέους. Καθιέρωση από το δημοτικό σχολείο μαθημάτων για το τι είναι η Τρίτη ηλικία, πως φθάνει κανείς σε αυτή και το κυριότερο τι στάση οφείλουμε, ως άτομα και ως κοινωνία, να τηρούμε απέναντί τους.
- Στην οικογένεια
- Στους ηλικιωμένους

Η πραγματοποίηση αυτών των προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης πρέπει να αποβλέπει στην εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας, στην καλύτερη προετοιμασία των άλλων ηλικιών και ιδιαίτερα της μέσης ηλικίας για την ομαλή είσοδο και προσαρμογή στην Τρίτη ηλικία και στο να εκπαιδεύσει επίσης την νεολαία της χώρας στη σωστή συμπεριφορά απέναντι στη Τρίτη ηλικία.

Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό, θεωρούμε ότι είναι η ταχύτατη υιοθέτηση των κανόνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αφορούν τους ηλικιωμένους όπως αυτές διατυπώνονται στις κοινοτικές οδηγίες και προγράμματα.

Χρήσιμο θεωρείται να αναφερθεί, το εδώ και πολλά χρόνια πρωτοποριακό και αρκετά επιτυχημένο πρόγραμμα ανάδοχων οικογενειών για ηλικιωμένους που βρίσκεται σε εφαρμογή στην Αμερική, το οποίο με την κατάλληλη υποδομή,

νομοθετική ρύθμιση και ευαισθητοποίηση του κοινού μπορεί να εφαρμοστεί και στην Ελλάδα.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να εφαρμοστούν τα παραπάνω είναι:

α) Η εναρμόνιση της ελληνικής κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους με την αντίστοιχη πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην οποία ανήκουμε και τις αποφάσεις της οφείλουμε να σεβόμαστε και να αποδεχόμαστε. Μόνο τότε η κοινωνική πολιτική και για τους ηλικιωμένους θα αναχθεί σε εθνική κοινωνική πολιτική θα είναι σύμφωνη με τα σύγχρονα δεδομένα και τα διεθνή πρωτοποριακά πρότυπα.

β) Η ορθολογική χρήση από το κράτος του ειδικού καταρτισμένου επιστημονικού δυναμικού της χώρας. Όλοι οι ειδικοί επιστήμονες όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, γεροντολόγοι, κ.α. έχουν να προσφέρουν μέγιστες υπηρεσίες στην αρμονική συνύπαρξη ηλικιωμένου και οικογένειας αρκεί η πολιτεία να βασιστεί πάνω τους. Να κατοχυρώσει νομοθετικά το ρόλο τους, τον σκοπό της εργασίας τους και την ευσυνείδητη προσφορά τους.

Επίσης, το κράτος οφείλει να χρηματοδοτεί σεμινάρια τα οποία θα σκοπεύουν στην καλύτερη επιμόρφωση των κοινωνικών λειτουργών και στην ενημέρωσή τους γύρω από τα σύγχρονα ευρήματα της κοινωνικής εργασίας με τους ηλικιωμένους και την οικογένεια.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να συμβάλει με θετικό τρόπο στην υλοποίηση ενός ορθολογικού κοινωνικού σχεδιασμού που να αφορά το επαναπροσδιορισμό του ρόλου του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια.

Μπορεί να κινητοποιήσει την ελληνική κοινή γνώμη γύρω από το θέμα με την ευαισθητοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης. Να ενημερώνει με τη βαρύτητα του επιστημονικού του κύρους μέσα από τον ηλεκτρονικό και γραπτό τύπο, για το τι σημαίνει η Τρίτη ηλικία ποιος ο ρόλος της εντός της οικογένειας, ποιες είναι οι ανάγκες της, πόσο πολύτιμη είναι η προσφορά της στην συνοχή της ελληνικής κοινωνίας και οικογένειας.

Οι παραπάνω εισηγήσεις δεν είναι ουτοπικές, ούτε μη πραγματοποιήσιμες. Είναι κατά την άποψή μας, εν δυνάμει εφαρμόσιμες προτάσεις από μια πολιτεία που θέλει να διοικείται από τις αρχές της ισονομίας και του Κράτους Δικαίου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο το φαινόμενο της αποστασιοποίησης των νεότερων ηλικιακών ομάδων από τα άτομα της Γ' και Δ' ηλικίας. Η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ατόμων από το νεότερο πληθυσμό, στις μέρες μας, έχει λάβει πλέον ρατσιστικές τάσεις, με απόρροια τα ηλικιωμένα άτομα να εντάσσονται σταδιακά στην κατηγορία των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων. Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, πλήττει κυρίως τα ηλικιωμένα άτομα που αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα υγείας και κυρίως οργανικές ψυχικές διαταραχές όπως η νόσος Alzheimer.

«Η νόσος προσβάλλει τη μνήμη και τη νοητική λειτουργία (π.χ. σκέψη, ομιλία κ.λπ.), αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε άλλα προβλήματα, όπως σύγχυση, αλλαγές στη διάθεση και αποπροσανατολισμό σε χρόνο και χώρο. Η νόσος Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος, η οποία αργά και προοδευτικά καταστρέφει εγκεφαλικά κύτταρα»<sup>118</sup>.

Είναι σκόπιμο να διαπιστωθεί η εξέλιξη της νόσου του Alzheimer, η πορεία και οι επιπλοκές που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της νόσου και η προοπτική για εφαρμογή νέων μεθόδων για την πρόληψη, την θεραπεία και την αντιμετώπιση της εν λόγω παθολογικής κατάστασης.

Στις μέρες μας, η επιστημονική κοινότητα αναφέρεται συχνά στο φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης και ως εκ τούτου στην αναγκαιότητα ενός καθολικού σχεδιασμού υπηρεσιών για την μέγιστη δυνατή προσβασιμότητα από όλους. Το γεγονός αυτό και οι πληροφορίες που πήραμε από το πρόσφατο συνέδριο με θέμα τη νόσο Alzheimer (Πέμπτο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, 2007) στην πόλη της Θεσσαλονίκης, συντέλεσαν στον αρχικό προβληματισμό επιλογής του θέματος.

Μέσα από κάποιες βιβλιογραφικές αναφορές και αρθρογραφίες παρατηρήθηκε μια σημαντική υποβάθμιση στα δικαιώματα των ανθρώπων που ανήκουν στη τρίτη ηλικία και η έντονη υποσυνείδητη περιθωριοποίησή τους από τις

υπόλοιπες ομάδες του πληθυσμού.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία σε συνδυασμό με την φοιτητική ιδιότητα των μελών της ομάδας της παρούσας διπλωματικής εργασίας οδήγησαν στην σύνδεση της κατάστασης της ασθένειας του Alzheimer στους ηλικιωμένους και των στάσεων (που μπορεί να εμπεριέχουν και προκαταλήψεις) των νέων απέναντί τους.

Επιπροσθέτως, σημαντικό κίνητρο για την επιλογή του αντικειμένου έρευνας αποτέλεσε η συμπερασματική των συντακτών ότι το θέμα αυτό μπορεί να αποτελεί μία αναφορά σε ίσως μία από τις σημαντικότερες μη συνειδητοποιημένες προκαταλήψεις των νέων στην Ελλάδα.

Εν κατακλείδι, τα παραπάνω στοιχεία θα πρέπει να εντάσσονται άμεσα στην σφαίρα των γνωστικών ενδιαφερόντων των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται σε Κ.Α.Π.Η., γηροκομεία, κοινότητες με ηλικιωμένα άτομα, Δήμους, προγράμματα «Βοήθειας στο σπίτι», νοσοκομεία, Θ.Χ.Π., κ.α.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η συγκέντρωση των στάσεων και συναισθημάτων των νέων (α) για τους ηλικιωμένους και (β) για τους ηλικιωμένους που πάσχουν από την ασθένεια Alzheimer και η διαπίστωση του αν αυτές σχετίζονται με την κατεύθυνση σπουδών που οι φοιτητές έχουν επιλέξει.

Κατ' επέκταση, μέσω αυτής της συγκριτικής μελέτης επιδιώκεται η εύρεση (αν υπάρχουν) και στη συνέχεια η επισήμανση των διαφορών (α) στις αντιλήψεις που έχουν οι φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας του πρώτου και τελευταίου έτους σπουδών και (β) των τελειόφοιτων φοιτητών της ΣΤΕΦ, με αυτών της ΣΕΥΠ για την νόσο Alzheimer. Δηλαδή, θέλουμε να εξετάσουμε κατά πόσον η εκπαίδευση των φοιτητών κοινωνικής εργασίας, βοηθά στην αλλαγή στάσεων και αντιλήψεων προς τους ανοϊκούς ασθενείς. Επίσης, να διαπιστώσουμε τον βαθμό που επηρεάζονται οι εκπαιδευόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί από τις σπουδές τους σε σχέση με άλλα τμήματα του Τ.Ε.Ι. με θετική κατεύθυνση σπουδών. Δηλαδή να δούμε εάν υπάρχει διαφορά ως προς τις αντιλήψεις φοιτητών κοινωνικής εργασίας με άλλα τμήματα στα οποία δεν υπάρχει σχετική εκπαίδευση.

Επιπλέον βασικό σκοπό αποτελεί η επαρκής πληροφόρησή μας για τη νόσο Alzheimer και η ,ως ένα βαθμό, ευαισθητοποίηση των συμμετεχόντων. Μέσα από την μελέτη τέλος υπάρχει η προσδοκία σύνδεσης των απόψεων των νέων για την νόσο με την υπαρκτή απειλή που νιώθουν για τον εαυτό τους από την ασθένεια αυτή.

---

<sup>118</sup> Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer, 1999.

Παρακάτω παραθέτονται αναλυτικά τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η διαδικασία χορήγησης του ερωτηματολογίου, το δείγμα και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι υποθέσεις εργασίας, η μέθοδος στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε, οι περιορισμοί και τα συμπεράσματα. Τέλος, γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων.

#### 4.1 Ερευνητικά εργαλεία

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα αυτή ήταν το φύλλο ερωτηματολογίου<sup>119</sup> το πρώτο μέρος του οποίου είναι σταθμισμένο στην Ελλάδα και μας παραχωρήθηκε από την κ. Νικολαΐδου Ευδοκία (Ψυχολόγος). Το δεύτερο μέρος αποτελεί ερωτηματολόγιο στάσεων και αντιλήψεων των Lasher, K.P., Faulkender, P.J. (1993) και τρίτο μέρος περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται συνολικά από είκοσι ερωτήσεις εκ των οποίων η πρώτη ερώτηση είναι ανοιχτή, στην οποία δίδεται ένα παράδειγμα που περιγράφει την καθημερινή ζωή μιας ασθενούς και οι φοιτητές καλούνται να εκφράσουν την γνώμη τους και μέσα από τις απαντήσεις να διαπιστωθεί κατά πόσον οι ίδιοι είναι ενήμεροι για τη νόσο του Alzheimer.

Οι υπόλοιπες δεκαεννιά ερωτήσεις είναι κλειστές εκ των οποίων οι δεκαέξι-αμέσως επόμενες από την πρώτη-ερωτήσεις αντιστοιχούν σε συναισθηματικές αντιδράσεις των ερωτώμενων απέναντι σ' ένα ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από Alzheimer. Η κάθε ερώτηση έχει πέντε επιλογές βαθμολόγησης (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, υπερβολικά). Για την καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων οι παραπάνω ερωτήσεις έχουν ενταχθεί σε κάποιες υποκλίμακες (ταυτότητες) οι οποίες είναι οι ακόλουθες :

- 1. Κοινωνικός:** όπου περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την Συμπόνια και την Ευσπλαχνία, το Ενδιαφέρον και την Φροντίδα, τον Κατατρεγμό (θα νιώθατε κατατρεγμένος αν βρισκόσασταν με ένα άτομο που πάσχει από Άνοια;) , την Συμπάθεια και την Επιθυμία για βοήθεια.

---

<sup>119</sup> Η φόρμα του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε παρατίθεται στο παράρτημα.

2. **Αγχωτικός:** όπου περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τον Φόβο, την Ανησυχία, την Ανασφάλεια, την Αποθάρρυνση (Σας δημιουργεί αποθάρρυνση η εικόνα ενός ασθενή με Alzheimer;), την Στεναχώρια και την Αμηχανία.
3. **Απορριπτικός:** όπου περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την Ανυπομονησία (Όταν βρίσκεστε μ' ένα ασθενή με Alzheimer, νιώθετε ανυπομονησία για το πότε θα φύγετε;), την Απόρριψη, την Αηδία, τον Εμπαιγμός και την Κοροϊδία.
4. **Επιθετικός:** όπου περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τον Θυμό και τον Εκνευρισμό.

Οι επόμενες τρεις κλειστές ερωτήσεις ερευνούν το κατά πόσον οι φοιτητές αισθάνονται φόβο απέναντι στη νόσο του Alzheimer. Η βαθμολόγηση γίνεται με πέντε επιλογές (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, πάρα πολύ).

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει είκοσι (20) κλειστού τύπου ερωτήσεις που ερευνούν τις στάσεις και τις αντιλήψεις που έχουν οι φοιτητές απέναντι στους ηλικιωμένους, ενώ παράλληλα εκφράζεται και ο φόβος που φέρουν οι ίδιοι για τα γηρατειά. Οι ερωτήσεις αυτές βαθμολογούνται με τέσσερις επιλογές (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με χρήση του προγράμματος SPSS 15. Στην ανάλυση των στοιχείων που έγινε χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι των T-test, Crosstabs ( $\chi^2$ ) και Frequencies.

#### 4.2 Διαδικασία χορήγησης ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους φοιτητές ΣΕΥΠ και ΣΤΕΦ λίγο πριν με λίγο μετά την λήξη των εργαστηρίων τους ώστε να εξασφαλισθεί η συμμετοχή ενός μεγάλου μέρους των σπουδαστών των εξαμήνων που στοχεύει η έρευνα. Η διανομή των ερωτηματολογίων ξεκίνησε την 1 Ιουνίου 2007 και ολοκληρώθηκε στις 8 Οκτωβρίου 2007.

### 4.3 Δείγμα

Αρχικά πληθυσμός-στόχος ήταν οι σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας που φοιτούν στο πρώτο και τέταρτο έτος σπουδών και τελειόφοιτοι σπουδαστές των σχολών της ΣΤΕΦ. Εν συνεχεία προκειμένου να εμπλουτιστεί το δείγμα μας με περισσότερα ερωτηματολόγια προστέθηκαν και οι νεοεισερχόμενοι (για το έτος 2007) σπουδαστές της Κοινωνικής Εργασίας.

### 4.4 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

#### Σχολή που φοιτούν οι σπουδαστές

Σχολή	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΣΕΥΠ	162	58,7
ΣΤΕΦ	114	41,3
Σύνολο	276	100

#### Έτος φοίτησης των σπουδαστών

Έτος φοίτησης	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Α' έτος	36	13
Δ' έτος	74	26,8
ΣΤΕΦ	114	41,3
Νέοι κοινωνικής εργασίας	52	18,8
Σύνολο	276	100

#### Φύλο των συμμετεχόντων

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άνδρας	78	28,3
Γυναίκα	198	71,7
Σύνολο	276	100

### Ηλικία των συμμετεχόντων

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
17	6	2,2
18	33	12
19	33	12
20	14	5,1
21	37	13,4
22	42	15,2
23	45	16,3
24	27	9,8
25	19	6,9
26	8	2,9
27	5	1,8
28	2	0,7
29	1	0,4
30	1	0,4
32	1	0,4
42	2	0,7
Σύνολο	276	100

### Τόπος γέννησης των συμμετεχόντων

Τόπος γέννησης	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αττική	86	31,2
Στερεά Ελλάδα	6	2,2
Μακεδονία	10	3,6
Κρήτη	102	37
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	4	1,4
Ήπειρος	2	0,7
Ιόνια νησιά	2	0,7
Βόρειο αιγαίο	2	0,7
Πελοπόννησος	8	2,9
Νότιο Αιγαίο	12	4,3
Θεσσαλία	9	3,3
Δυτική Ελλάδα	2	0,7
Δυτική Μακεδονία	7	2,5
Εξωτερικό	24	8,7
Σύνολο	276	100



### Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άγαμος	273	98,9
Παντρεμένος	3	1,1
Σύνολο	276	100

### Εάν και πόσα παιδιά έχουν οι συμμετέχοντες

Παιδιά	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	273	98,9
1 ή 2	3	1,1
Σύνολο	276	100

### Οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων

Οικονομική κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
0-400 €	156	56,5
401-1000 €	66	23,9
1001-... €	25	9,1
Δεν απάντησε	29	10,5
Σύνολο	276	100

#### 4.5 Υποθέσεις εργασίας

- I. Υπάρχει και αν ναι σε ποιο βαθμό αίσθηση απειλής από τους νέους για μελλοντική προσβολή τους από την νόσο Alzheimer; Η υπόθεσή μας, είναι ότι δεν γνωρίζουν, υπάρχει άγνοια.
- II. Υποθέτουμε ότι υπάρχει μεγαλύτερη ευαισθησία από τους νέους με προσωπική εμπειρία με κάποιο άτομο που πάσχει από Alzheimer.
- III. Ποιες δημογραφικές μεταβλητές( ηλικία, φύλο) επηρεάζουν τις στάσεις και αντιλήψεις; Υποθέτουμε ότι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν τις στάσεις και αντιλήψεις των νέων προς τους ηλικιωμένους και ειδικότερα στα άτομα που πάσχουν από Alzheimer. Υποθέτουμε ότι οι νέοι έχουν απορριπτικές στάσεις προς τους ηλικιωμένους με Alzheimer.
- IV. Πιστεύουμε ότι η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών βοηθάει σε περισσότερη ευαισθητοποίηση για τους ηλικιωμένους. Υποθέτουμε ότι οι φοιτητές του τελευταίου έτους σπουδών θα έχουν θετικότερη στάση προς τους ηλικιωμένους.
- V. Υποθέτουμε ότι ο φόβος των γηρατειών ενισχύει την αρνητική στάση των νέων προς τα ηλικιωμένα άτομα.
- VI. Υποθέτουμε πως οι σπουδαστές ΣΕΥΠ είναι πιο ευαισθητοποιημένοι όσον αφορά τα άτομα της Γ' και Δ' ηλικίας, από τους σπουδαστές ΣΤΕΦ, λόγω της διαφοροποίησης του αντικειμένου των σπουδών τους.

## 4.6 Περιορισμοί

Δυσκολίες εμφανίστηκαν αρχικά στην συνεργασία μας με το τρίτο άτομο της αρχικής διαμόρφωσης της ομάδας της πτυχιακής εργασίας, το οποίο στη συνέχεια αποχώρησε. Το μέρος των ερωτηματολογίων που είχε αναλάβει δεν κρίθηκε έγκυρο για το λόγο αυτό οι άλλες δύο σπουδάστριες μοίρασαν επιπλέον ερωτηματολόγια στους νεοεισαχθέντες σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας. Αυτό έγινε με στόχο την συμμετοχή όσο το δυνατόν ενός πιο αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού-στόχου.

Επίσης αντιμετωπίσαμε πρόβλημα όσον αφορά στην αξιοπιστία μετά το πέρας της επεξεργασίας των δεδομένων. Πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου δεν μας έδωσε καθόλου αξιοπιστία στον πληθυσμό των σπουδαστών της ΣΕΥΠ και πολύ μικρή αξιοπιστία στους σπουδαστές της ΣΤΕΦ. Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται στην ανομοιογένεια του πληθυσμού του δείγματος, καθώς το δείγμα μας απαρτίζεται από μεγαλύτερο αριθμό γυναικών έναντι του αριθμού των αντρών. Η ανομοιογένεια αυτή στον πληθυσμό του δείγματος προκύπτει λόγω ότι το μεγαλύτερο μέρος των φοιτητών της ΣΕΥΠ στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας αποτελείται από γυναίκες.

#### 4.7 Αποτελέσματα

**Πίνακας 1 :** Εκτίμηση ασθένειας κ.Μ.

Εκτίμηση ασθένειας κυρίας Μ.	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν γνωρίζω	7	2,5
Alzheimer	162	58,7
Άνοια	44	15,9
Άλλη ασθένεια	33	12
Alzheimer σε συνδυασμό με άλλη ασθένεια	30	10,9
Σύνολο	276	100

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 1**, οι συμμετέχοντες στην εκτίμηση της ασθένειας της κ.Μ. απάντησαν :

58,7% Alzheimer

15,9% Άνοια

12% Άλλη ασθένεια

10,9% Alzheimer σε συνδυασμό με άλλη ασθένεια

2,5% Δεν γνωρίζω

**Πίνακας 1.1 :** Αν είχαν προσωπική εμπειρία με άτομο με Alzheimer

Είχατε προσωπική εμπειρία με άτομο με Alzheimer;	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	144	52,2
ΝΑΙ	132	47,8
Σύνολο	276	100

**Πίνακας 1.2:** Αν ναι, τι σχέση είχαν με το άτομο

Αν ναι, τι σχέση είχατε με το άτομο;	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν με αφορά	144	52,2
Συγγενική	81	29,3
Φιλική	19	6,9
Απλός γνωστός	32	11,6
Σύνολο	276	100

**Πίνακας 1.3:** Αν η σχέση είναι συγγενική τι βαθμού

Αν συγγενική, τι βαθμού;	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν με αφορά	199	72,1
Α' βαθμού	24	8,7
Β' βαθμού	36	13
Γ' βαθμού	5	1,8
Δ' βαθμού	2	0,7
Δεν απάντησε	10	3,6
Σύνολο	276	100

Σύμφωνα με τους **Πίνακες 1.1, 1.2 και 1.3,**

το 52,2% των συμμετεχόντων δεν είχαν ποτέ εμπειρία με άτομο με Alzheimer, σε αντίθεση με το 47,8%. Από τους συμμετέχοντες που είχαν εμπειρία με άτομο με Alzheimer, το 29,3% έχει συγγενική σχέση με το άτομο, το 11,6% είναι απλοί γνωστοί με το άτομο, και το 6,9% έχει φιλική σχέση με το άτομο.

Πίνακες 2.1 - 2.16 : Συναισθήματα των ερωτούμενων κατά την επαφή τους με ένα  
τουςμίνάκες  
άτομο που πάσχει από Alzheimer. με

6. «Οι περισσότεροι αισθάνονται ενδιαφέρον», αρκετά (39,5%) και πολύ (36,6%)
7. «Οι περισσότεροι αισθάνονται ανασφάλεια», καθόλου (44,2%) και λίγο (35,9%)
8. «Οι περισσότεροι αισθάνονται αποθάρρυνση», καθόλου (43,8%) και λίγο (37,3%)
9. «Οι περισσότεροι αισθάνονται απόρριψη», καθόλου (87,7%)
10. «Οι περισσότεροι αισθάνονται αηδία», καθόλου (95,3%)
- 11.«Οι περισσότεροι αισθάνονται κατατρεγμένοι», καθόλου (64,5%) και λίγο (28,6%)
12. «Οι περισσότεροι αισθάνονται στεναχώρια», λίγο (43,5%) και αρκετά (28,3%)
13. «Οι περισσότεροι αισθάνονται εμπαιγμό», καθόλου (92,4%)
14. «Οι περισσότεροι αισθάνονται συμπάθεια», αρκετά (47,1%) και πολύ (27,9%)
15. «Οι περισσότεροι αισθάνονται εκνευρισμό», καθόλου (60,9%) και λίγο (32,2%)
16. «Οι περισσότεροι αισθάνονται επιθυμία για βοήθεια», πολύ (31,9%), αρκετά (29,3%) και υπερβολικά (28,6%)

**Πίνακας 3.1:** Απόψεις των σπουδαστών για το κατά πόσον πιστεύουν ότι θα προσβληθούν από Alzheimer μελλοντικά.

Πιστεύετε ότι κατά τη διάρκεια της ζωής σας θα προσβληθείτε από Alzheimer;	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	79	28,6
Λίγο	127	46
Αρκετά	48	17,4
Πολύ	15	5,4
Πάρα πολύ	6	2,2
Missing	1	0,4
Σύνολο	276	100

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 3.1**, οι σπουδαστές πιστεύουν λίγο (46%), ότι κατά την διάρκεια της ζωής τους θα προσβληθούν από την νόσο Alzheimer. Επίσης , ένα σημαντικό ποσοστό (28,6%) δεν πιστεύει καθόλου ότι θα νοσήσει από Alzheimer κατά την διάρκεια της ζωής του.

**Πίνακας 3.2:** Απόψεις των σπουδαστών για το πόσο τους έχει απασχολήσει η ιδέα του να νοσήσουν από Alzheimer.

Πόσο σας έχει απασχολήσει η ιδέα της πιθανότητας να προσβληθείτε από Alzheimer;	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	99	35,9
Λίγο	101	36,6
Αρκετά	48	17,4
Πολύ	18	6,5
Πάρα πολύ	10	3,6
Σύνολο	276	100

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 3.2**, οι περισσότεροι σπουδαστές έχουν απασχοληθεί λίγο (36,6%) από τη ιδέα της πιθανότητας να νοσήσουν από Alzheimer και ένα σημαντικό ποσοστό (35,9%) δεν έχει απασχοληθεί καθόλου από την ιδέα αυτή.

**Πίνακας 3.3:** Συναισθήματα άγχους των σπουδαστών για την ιδέα ότι κάποια στιγμή μπορεί να νοσήσουν από Alzheimer.

Πόσο αγχωμένος αισθάνεστε στην ιδέα ότι κάποια στιγμή μπορεί να αναπτύξετε Alzheimer;	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	83	30,1
Λίγο	69	25
Αρκετά	70	25,4
Πολύ	24	8,7
Πάρα πολύ	30	10,9
Σύνολο	276	100

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 3.3**, το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών δεν αισθάνεται καθόλου άγχος (30,1%) στην ιδέα ότι κάποια στιγμή θα προσβληθεί από Alzheimer. Το 25,4% και το 25% απάντησαν ότι αισθάνονται αγχωμένοι αρκετά και λίγο αντίστοιχα, στην ιδέα αυτή.



	Συμφωνώ Απόλυτα		Συμφωνώ		Διαφωνώ		Διαφωνώ Απόλυτα		Missing		Σύνολο	
	Σ	Π (%)	Σ	Π (%)	Σ	Π (%)	Σ	Π (%)	Σ	Π (%)	Σ	Π (%)
1. Απολαμβάνω την παρέα με Ηλικιωμένους.	40	14,5	183	66,3	49	17,8	4	1,4	0	0	276	100
2. Φόβος ότι οι φίλοι θα έχουν πεθάνει όταν θα είμαι Ηλικιωμένος	20	7,2	67	24,3	156	56,5	33	12	0	0	276	100
3. Μου αρέσει να επισκέπτομαι τους μεγαλύτερους συγγενείς μου	65	23,6	169	61,2	38	13,8	4	1,4	0	0	276	100
4. Δεν έχω πει ποτέ ψέματα για ηλικία μου	206	74,6	43	15,6	14	5,1	13	4,7	0	0	276	100
5. Δύσκολο βρω ικανοποίηση όταν θα είμαι Ηλικιωμένος-η	33	12	68	24,6	124	44,9	51	18,5	0	0	276	100
6. Όσο μεγαλώνω τόσο ανησυχώ για την υγεία μου	57	20,7	125	45,3	67	24,3	27	9,8	0	0	276	100
7. Θα έχω πράγματα να κάνω όταν θα είμαι Ηλικιωμένος.	37	13,4	122	44,2	102	37	15	5,4	0	0	276	100
8. Με προβληματίζει ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για μένα όταν θα είμαι Ηλικιωμένος-η	36	13	124	44,9	91	33	25	9,1	0	0	276	100
9. Δεν μ' ενοχλεί να φαντάζομαι τον εαυτό μου Ηλικιωμένο-η	48	17,4	103	37,3	92	33,3	33	12	0	0	276	100
10. Απολαμβάνω να συζητώ με Ηλικιωμένους	56	20,3	172	62,3	41	14,9	6	2,2	1	0,4	276	100
11. Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά για την ζωή όταν θα είμαι Ηλικιωμένος	38	13,8	171	62	53	19,2	13	4,7	1	0,4	276	100
12. Δεν έχω φοβηθεί ποτέ τα γκρίζα μαλλιά	51	18,5	57	35,1	87	31,5	41	14,9	0	0	276	100
13. Αισθάνομαι άνετα με τους Ηλικιωμένους	57	20,7	163	59,1	53	19,2	3	1,1	0	0	276	100
14. Ανησυχώ ότι θα με αγνοούν οι άλλοι όταν θα είμαι Ηλικιωμένος-η	39	14,1	90	32,6	111	40,3	36	13	0	0	276	100
15. Δεν με φοβίζει να δείχνω μεγαλύτερος από την ηλικία μου	51	18,5	118	42,8	89	32,2	18	6,5	0	0	276	100
16. Θα έχω ακόμα την διάθεση να ασχολούμαι με τον εαυτό μου όταν θα είμαι Ηλικιωμένος-η	63	22,8	154	55,8	52	18,8	7	2,5	0	0	276	100
17. Φοβάμαι ότι δεν θα υπάρχει κανένα νόημα στην ζωή όταν θα είμαι Ηλικιωμένος	11	4	26	9,4	107	38,8	132	47,8	0	0	276	100
18. Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου όταν θα είμαι Ηλικιωμένος-η	41	14,9	182	65,9	40	14,5	13	4,7	0	0	276	100
19. Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους Ηλικιωμένους	70	25,4	179	64,9	24	8,7	3	1,1	0	0	276	100
20. Ενοχλούμαι από τις αλλαγές της εμφάνισης μου με τα χρόνια	26	9,4	74	26,8	114	41,3	62	22,5	0	0	276	100

**Πίνακες 4.1 έως 4.20:** Αντιλήψεις για την Τρίτη ηλικία και φόβοι για τα γηρατειά από τους φοιτητές. Στους πίνακες αυτούς εμφανίζονται οι αντιλήψεις των νέων για την Τρίτη ηλικία. Δόθηκαν προτάσεις με θέμα την Τρίτη ηλικία στους σπουδαστές, οι οποίοι απάντησαν αν και πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν με αυτές. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω:

1. «Απολαμβάνω την παρέα με ηλικιωμένα άτομα»  
Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (80,8%%)
2. «Φοβάμαι ότι όταν θα είμαι ηλικιωμένος όλοι οι φίλοι μου θα έχουν πεθάνει»  
Διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα (68,5%)
3. «Μου αρέσει να επισκέπτομαι τους μεγαλύτερους σε ηλικία συγγενείς μου»  
Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (84,8%)
4. «Δεν έχω πει ποτέ ψέματα για την ηλικία μου»  
Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (90,2%)
5. «Φοβάμαι ότι θα είναι δύσκολο για μένα να βρω ικανοποίηση όταν θα είμαι ηλικιωμένος»  
Διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα (63,4%)
6. «Όσο μεγαλώνω τόσο ανησυχώ για την υγεία μου»  
Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (66%)
7. «Θα έχω πολλά πράγματα να κάνω όταν θα είμαι ηλικιωμένος»  
Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (57,6%)
8. «Με προβληματίζει ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για μένα»  
Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (57,9%)
9. «Δεν με ενοχλεί καθόλου να φαντάζομαι τον εαυτό μου ηλικιωμένο»  
Συμφωνώ (54,7%) και Διαφωνώ (46,3%)
10. «Απολαμβάνω να συζητώ με ηλικιωμένους»  
Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (82,6%)
11. «Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά για την ζωή όταν θα είμαι ηλικιωμένος»  
Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (75,8%)
12. «Δεν έχω ποτέ φοβηθεί τα γκρίζα μαλλιά»  
Συμφωνώ (53,6%) και Διαφωνώ (46,4%)
13. «Αισθάνομαι άνετα όταν βρίσκομαι με ηλικιωμένους»  
Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (79,8%)

14. «Με ανησυχεί ότι οι άλλοι θα με αγνοούν»  
 Διαφωνώ (53,3%) και Συμφωνώ (46,7%)
15. «Δεν με φοβίζει να δείχνω μεγαλύτερος»  
 Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (61,3%)
16. «Πιστεύω ότι θα έχω την διάθεση να ασχολούμαι με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος»  
 Συμφωνώ (78,6%)
17. «Φοβάμαι ότι δεν θα υπάρχει κανένα νόημα στη ζωή όταν θα είμαι ηλικιωμένος»  
 Διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα (86,6%)
18. «Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος»  
 Συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα (80,8%)
19. «Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους ηλικιωμένους»  
 Συμφωνώ (90,3%)
20. «Όταν κοιτάζω στον καθρέπτη με ενοχλεί να βλέπω πως έχει αλλάξει η εμφάνισή μου με τα χρόνια»  
 Διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα (63,8%)

**Πίνακας 5.1.1:** Η συναισθηματικές υποκλίμακες στις εμπίπτουν οι φοιτητές της ΣΕΥΠ ανάλογα με το φύλο τους

Επιθετικός	Φύλο	N	M.O.	t	P
	Ανδρας	17	1,35	2,83	0,05
	Γυναίκα	145	0,6		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.1.1** παρατηρείται ότι στους φοιτητές της ΣΕΥΠ ο παράγοντας της επιθετικότητας μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το φύλο. Έτσι, οι άντρες έχουν υψηλότερο μέσο όρο στον παράγοντα της επιθετικότητας απ' ότι οι γυναίκες.

**Πίνακας 5.1.2** : Οι συναισθηματικές υποκλίμακες στις εμπίπτουν οι φοιτητές της ΣΤΕΦ ανάλογα με το φύλο τους

	Φύλο	N	M.O.	t	p
Αγχωτικός	Ανδρας	61	6,15	- 2,17	0,032
	Γυναίκα	53	13,55		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.1.2** παρατηρείται ότι στους φοιτητές της ΣΤΕΦ ο παράγοντας του άγχους μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το φύλο. Έτσι, οι γυναίκες έχουν υψηλότερο μέσο όρο στον παράγοντα του άγχους απ' ότι οι άντρες.

**Πίνακας 5.2.1**.: Κατά πόσον απολαμβάνουν οι φοιτητές την παρέα με ηλικιωμένα άτομα, σε σχέση με την σχολή στην οποία φοιτούν

	Σχολή	N	M.O.	t	p
Απολαμβάνω την παρέα με ηλικιωμένα άτομα	ΣΕΥΠ	162	0,98	- 2,6	0,01
	ΣΤΕΦ	114	1,17		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.2.1** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι φοιτητές απολαμβάνουν την παρέα με ηλικιωμένα άτομα δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την σχολή φοίτησης. Έτσι, οι σπουδαστές της ΣΤΕΦ απολαμβάνουν περισσότερο την παρέα με ηλικιωμένα άτομα σε σχέση με τους σπουδαστές της ΣΕΥΠ.

**Πίνακα 5.2.2:** Κατά πόσον φοβούνται οι φοιτητές ότι όταν θα είναι ηλικιωμένοι όλοι οι φίλοι τους θα έχουν πεθάνει σε σχέση με την σχολή στην οποία φοιτούν

	Σχολή	N	M.O.	t	p
Φοβάμαι ότι όταν θα είμαι ηλικιωμένος όλοι οι φίλοι μου θα έχουν πεθάνει	ΣΕΥΠ	162	1,35	2,19	0,03
	ΣΤΕΦ	114	1,14		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.2.2** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι σπουδαστές φοβούνται ότι όταν θα είναι ηλικιωμένοι όλοι οι φίλοι τους θα έχουν πεθάνει δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την σχολή φοίτησης. Έτσι, οι σπουδαστές της ΣΕΥΠ φοβούνται περισσότερο ότι όταν θα είναι ηλικιωμένοι όλοι οι φίλοι τους θα έχουν πεθάνει, σε σχέση με τους σπουδαστές της ΣΤΕΦ.

**Πίνακα 5.2.3:** κατά πόσον αρέσει στους φοιτητές να επισκέπτονται τους μεγαλύτερους σε ηλικία συγγενείς τους σε σχέση με την σχολή στην οποία φοιτούν

	Σχολή	N	M.O.	t	p
Μου αρέσει να επισκέπτομαι τους μεγαλύτερους σε ηλικία συγγενείς μου	ΣΕΥΠ	162	0,82	- 3,39	0,001
	ΣΤΕΦ	114	1,08		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.2.3** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον αρέσει στους σπουδαστές να επισκέπτονται τους μεγαλύτερους σε ηλικία συγγενείς τους δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την σχολή φοίτησης. Έτσι, στους σπουδαστές της ΣΤΕΦ αρέσει περισσότερο να επισκέπτονται τους μεγαλύτερους σε ηλικία συγγενείς τους, σε σχέση με τους σπουδαστές της ΣΕΥΠ.

**Πίνακα 5.2.4:** Κατά πόσον οι φοιτητές προβληματίζονται ότι όταν θα είναι ηλικιωμένοι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για αυτούς σε σχέση με τη σχολή στην οποία φοιτούν

	Σχολή	N	M.O.	t	p
Με προβληματίζει ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για μένα	ΣΕΥΠ	162	1,75	3,26	0,01
	ΣΤΕΦ	114	1,42		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.2.4** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον προβληματίζει τους σπουδαστές το γεγονός ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για αυτούς όταν θα είναι ηλικιωμένοι δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την σχολή φοίτησης. Έτσι, οι σπουδαστές της ΣΕΥΠ προβληματίζονται περισσότερο ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για εκείνους όταν θα είναι ηλικιωμένοι, σε σχέση με τους φοιτητές της ΣΤΕΦ.

**Πίνακα 5.2.5:** Κατά πόσον οι φοιτητές φοβούνται τα γκρίζα μαλλιά σε σχέση με τη σχολή τους

	Σχολή	N	M.O.	t	p
Δεν έχω ποτέ φοβηθεί τα γκρίζα μαλλιά	ΣΕΥΠ	162	1,56	2,81	0,005
	ΣΤΕΦ	114	1,23		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.2.5** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι φοιτητές φοβούνται τα γκρίζα μαλλιά δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την σχολή φοίτησης. Έτσι οι σπουδαστές της ΣΕΥΠ φοβούνται περισσότερο τα γκρίζα μαλλιά, σε σχέση με τους σπουδαστές της ΣΤΕΦ.

**Πίνακα 5.2.6:** Κατά πόσον οι φοιτητές αισθάνονται άνετα όταν βρίσκονται με ηλικιωμένους, σε σχέση με τη σχολή που φοιτούν

	Σχολή	N	M.O.	t	p
Αισθάνομαι άνετα όταν βρίσκομαι με ηλικιωμένους	ΣΕΥΠ	162	0,86	- 4,39	0
	ΣΤΕΦ	114	1,21		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.2.6** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι φοιτητές αισθάνονται άνετα όταν βρίσκονται με ηλικιωμένα άτομα, δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την σχολή φοίτησης. Έτσι, οι σπουδαστές της ΣΤΕΦ αισθάνονται περισσότερο άνετα όταν βρίσκονται με ηλικιωμένους, σχέση με τους φοιτητές της ΣΕΥΠ.

**Πίνακα 5.2.7:** Κατά πόσον αρέσει στους φοιτητές να κάνουν πράγματα για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τη σχολή στην οποία φοιτούν

	Σχολή	N	M.O.	t	p
Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους ηλικιωμένους	ΣΕΥΠ	162	0,73	- 4,28	0
	ΣΤΕΦ	114	1,04		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.2.7** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον αρέσει στους φοιτητές να κάνουν πράγματα για τους ηλικιωμένους, δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την σχολή φοίτησης. Έτσι στους σπουδαστές της ΣΤΕΦ αρέσει περισσότερο να κάνουν πράγματα για τους ηλικιωμένους, σε σχέση με τους σπουδαστές της ΣΕΥΠ.

**Πίνακα 5.2.8:** Κατά πόσον οι φοιτητές ενοχλούνται από το πώς έχει αλλάξει η εμφάνισή τους με τα χρόνια σε σχέση με τη σχολή στην οποία φοιτούν

	Σχολή	N	M.O.	t	p
Όταν κοιτάζω στον καθρέπτη με ενοχλεί να βλέπω πως έχει αλλάξει η εμφάνισή μου με τα χρόνια	ΣΕΥΠ	162	1,35	2,65	0,008
	ΣΤΕΦ	114	1,06		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.2.8** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι φοιτητές ενοχλούνται να βλέπουν πως έχει αλλάξει η εμφάνισή τους με τα χρόνια, δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την σχολή φοίτησης. Έτσι, οι φοιτητές της ΣΕΥΠ ενοχλούνται περισσότερο με την αλλαγή της εμφάνισής τους με τα χρόνια, σε σχέση με τους σπουδαστές της ΣΤΕΦ.

**Πίνακα 6.1:** Κατά πόσον αρέσει στους ερωτούμενους να επισκέπτονται τους μεγαλύτερους σε ηλικία συγγενείς τους σε σχέση με το φύλο τους

	Φύλο	N	M.O.	t	p
Μου αρέσει να επισκέπτομαι τους μεγαλύτερους συγγενείς μου	Άντρας	78	1	2,342	0,02
	Γυναίκα	198	0,9		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 6.1** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον αρέσει στους σπουδαστές να επισκέπτονται τους μεγαλύτερους σε ηλικία συγγενείς τους δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με το φύλο. Έτσι, στους άντρες ερωτούμενους αρέσει περισσότερο να επισκέπτονται τους μεγαλύτερους σε ηλικία συγγενείς τους σε σχέση με τις γυναίκες.



**Πίνακα 6.2:** Κατά πόσον οι ερωτούμενοι όσο μεγαλώνουν ανησυχούν για την υγεία τους σε σχέση με το φύλο τους

	Φύλο	N	M.O.	t	p
Όσο μεγαλώνω τόσο ανησυχώ για την υγεία μου	Άντρας	78	1,6	- 2,106	0,036
	Γυναίκα	198	1,8		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 6.2** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι φοιτητές όσο μεγαλώνουν τόσο ανησυχούν για την υγεία τους δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το φύλο. Έτσι, οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο για την υγεία τους όσο μεγαλώνουν σε σχέση με τους άντρες.

**Πίνακα 6.3:** Κατά πόσον οι ερωτούμενοι φοβούνται τα γκρίζα μαλλιά σε σχέση με το φύλο τους

	Φύλο	N	M.O.	t	p
Δεν έχω ποτέ φοβηθεί τα γκρίζα μαλλιά	Άντρας	78	1,1	- 3,471	0,001
	Γυναίκα	198	1,5		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 6.3** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι σπουδαστές φοβούνται τα γκρίζα μαλλιά δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το φύλο. Έτσι, οι γυναίκες φοβούνται περισσότερο τα γκρίζα μαλλιά σε σχέση με τους άντρες.

**Πίνακα 6.4:** Κατά πόσον οι ερωτούμενοι αισθάνονται άνετα όταν βρίσκονται με ηλικιωμένους σε σχέση με το φύλο τους

	Φύλο	N	M.O.	t	p
Αισθάνομαι άνετα όταν βρίσκομαι με ηλικιωμένους	Άντρας	78	1,2	2,937	0,004
	Γυναίκα	198	0,9		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 6.4** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι φοιτητές αισθάνονται άνετα όταν βρίσκονται με ηλικιωμένους δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το φύλο. Έτσι οι άντρες αισθάνονται περισσότερο άνετα όταν βρίσκονται με ηλικιωμένους σε σχέση με τις γυναίκες.

**Πίνακα 6.5:** Κατά πόσον οι ερωτούμενοι φοβούνται να δείχνουν μεγαλύτεροι σε σχέση με το φύλο τους

	Φύλο	N	M.O.	t	p
Δεν με φοβίζει να δείχνω μεγαλύτερος/η	Άντρας	78	1	- 2,903	0,004
	Γυναίκα	198	1,3		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 6.5** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι φοιτητές φοβούνται να δείχνουν μεγαλύτεροι από την ηλικία τους, δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το φύλο. Έτσι οι γυναίκες φοβούνται περισσότερο να δείχνουν μεγαλύτερες από την ηλικία τους σε σχέση με τους άντρες.

**Πίνακα 6.6:** Κατά πόσον οι ερωτούμενοι πιστεύουν ότι θα έχουν τη διάθεση να ασχολούνται με τον εαυτό τους όταν θα είναι ηλικιωμένοι σε σχέση με το φύλο τους

	Φύλο	N	M.O.	t	p
Πιστεύω ότι θα έχω τη διάθεση να ασχολούμαι με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος/η	Άντρας	78	1,2	2,461	0,014
	Γυναίκα	198	0,9		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 6.6** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι φοιτητές πιστεύουν ότι θα έχουν την διάθεση να ασχολούνται περισσότερο με τον εαυτό τους όταν θα είναι ηλικιωμένοι δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το φύλο. Έτσι, οι άντρες πιστεύουν περισσότερο ότι θα έχουν τη διάθεση να ασχολούνται με τον εαυτό τους όταν θα είναι ηλικιωμένοι σε σχέση με τις γυναίκες.

**Πίνακα 6.7:** Κατά πόσον αρέσει στους ερωτώμενους να κάνουν πράγματα για τους ηλικιωμένους σε σχέση με το φύλο τους

	Φύλο	N	M.O.	t	p
Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους ηλικιωμένους	Άντρας	78	1	3,693	0
	Γυναίκα	198	0,8		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 6.7** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον αρέσει στους φοιτητές να κάνουν πράγματα για τους ηλικιωμένους δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το φύλο. Έτσι, στους άντρες αρέσει περισσότερο να κάνουν πράγματα για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τις γυναίκες.

**Πίνακα 7:** Οι απόψεις των φοιτητών ανάλογα με την προσωπική τους εμπειρία με άτομο με Alzheimer

	Προσωπική εμπειρία	N	M.O.	t	p
Πιστεύω ότι θα έχω διάθεση να ασχολούμαι με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος	OXI	144	1,1	2,09	0,037
	NAI	132	0,91		

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 7** παρατηρείται ότι ο παράγοντας που δείχνει κατά πόσον οι φοιτητές πιστεύουν ότι θα έχουν την διάθεση να ασχολούνται με τον εαυτό τους όταν θα είναι ηλικιωμένοι, δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την προσωπική εμπειρία. Έτσι, οι ερωτώμενοι που δεν έχουν προσωπική εμπειρία με άτομο με Alzheimer πιστεύουν περισσότερο ότι θα έχουν διάθεση να ασχολούνται με τον εαυτό τους όταν θα είναι ηλικιωμένοι σε σχέση με αυτούς που έχουν.

#### 4.8 Συμπεράσματα

Γενικά από τα αποτελέσματα της έρευνας που αφορά τις στάσεις και αντιλήψεις των νέων για τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer προκύπτουν τα παρακάτω σημαντικά συμπεράσματα:

1. Οι περισσότεροι φοιτητές γνωρίζουν τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer(74,6%).
2. Παρόλα αυτά οι νέοι δεν έχουν απασχοληθεί σε σημαντικό βαθμό από την ιδέα της πιθανότητας να νοσήσουν από Alzheimer.
3. Οι φοιτητές της ΣΤΕΦ φαίνεται να είναι λιγότερο αγχωμένοι στην ιδέα των γηρατειών σε σχέση με τους φοιτητές της ΣΕΥΠ.
4. Οι άντρες εμφανίζονται πιο συμφιλιωμένοι με την ιδέα των γηρατειών σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες παρουσιάζονται πιο αγχωμένες.
5. Οι ερωτούμενοι που δεν έχουν προσωπική εμπειρία με άτομο με Alzheimer είναι περισσότερο αισιόδοξοι για το μέλλον και για την διάθεση που θα έχουν μελλοντικά ως ηλικιωμένοι σε σχέση με εκείνους που έχουν.

## 4.9 Συζήτηση

Είναι πλέον αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι με την πάροδο των ετών, ο γεροντικός πληθυσμός αυξάνεται ολοένα και περισσότερο-ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες του κόσμου-με απόρροια να επηρεάζει την αναλογία του γενικού πληθυσμού και να παρουσιάζει ανισοκατανομές στην αναλογία του.

Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού είναι προϊόν της άθροισης ποικίλων παραγόντων, όπως η υπογεννητικότητα, η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η μετανάστευση.

Η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό σε σχέση με τους νεότερους, επιφέρει επιπτώσεις σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, καθώς η δημογραφική γήρανση επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την δομή της αγοράς εργασίας, δημιουργώντας έτσι νέες ανάγκες και δεδομένα <sup>121</sup>.

Η γήρανση μπορεί κατά βάση να θεωρείται μια βιολογική διαδικασία, μολαταύτα είναι στενά συνδεδεμένη τόσο με ψυχικούς, όσο και με κοινωνικούς παράγοντες. Στην εποχή μας εντοπίζονται ποικίλα κοινωνικά αίτια που συμβάλλουν στην επιτάχυνση της διαδικασίας της γήρανσης, μερικά από αυτά είναι: η περιθωριοποίηση του ηλικιωμένου, η αδράνεια, η απομόνωση καθώς και η κοινωνική και ψυχολογική αποξένωσή του από το κοινωνικό του περιβάλλον και τον υπόλοιπο πληθυσμό, με τον εγκλεισμό των ηλικιωμένων σε ιδρύματα <sup>122</sup>.

Τα γηρατειά ως βιολογικό φαινόμενο είναι μια διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται στα κύτταρα και αναπτύσσονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου<sup>123</sup>. Η διαδικασία της γήρανσης διαφοροποιείται σε ρυθμό και βαθμό από άτομο σε άτομο και σήμερα η Επιστήμη της Ιατρικής χρησιμοποιεί τον όρο βιολογική ηλικία, η οποία αντιστοιχεί στην εσωτερική κατάσταση των λειτουργικών συστημάτων του οργανισμού και τον όρο χρονολογική ηλικία που αντιστοιχεί στην χρονολογική ηλικία κάθε ατόμου<sup>124</sup>.

Παρόλα αυτά είναι φανερό ότι με την πάροδο της ηλικίας δημιουργούνται προοδευτικές φθορές στο ανθρώπινο σώμα, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται και η

<sup>121</sup> AWISE: Εργαστήριο Εμπειρογνομόνων, 2005.

<sup>122</sup> Έκμε -Πουλοπούλου, 1999.

<sup>123</sup> Cauley, Dorman & Ganguli στο Δαρδαβέσης, 1999.

<sup>124</sup> Μοσχοβάκη, Α., 2007

ικανότητα του ανθρώπινου οργανισμού να επισκευάσει τις φθορές αυτές <sup>125</sup>.

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής που παρατηρείται ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες και στις υπό ανάπτυξη χώρες, έχει ως απόρροια και την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των παθήσεων της Τρίτης ηλικίας όπως είναι λ.χ. η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και οι άνοιες <sup>126</sup>.

Στις μέρες μας, οι άνοιες με συχνότερη τη νόσο Alzheimer (50% - 60% του συνόλου), αποτελεί ένα ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα. Ο αριθμός των ασθενών τείνει να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, με 150.000 ασθενείς στην Ελλάδα, 5.000.000 στην Ευρώπη και 25.000.000 παγκοσμίως. Ενώ προβλέπεται ότι στο μέλλον, τόσο ο αριθμός, όσο και το κόστος της φροντίδας των ατόμων με Alzheimer, πρόκειται να αυξηθούν σημαντικά <sup>127</sup>.

Ως άνοια θα μπορούσε να οριστεί η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών όπως λ.χ. ο λόγος, η προσοχή, η συγκέντρωση, η κρίση, συγκριτικά με το προηγούμενο επίπεδο του ασθενούς. Απόρροια αυτής της παθολογικής διεργασίας είναι η σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να προβαίνει στην εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής του ζωής και τελικά στην πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας του <sup>128</sup>.

Συχνά ο όρος άνοια χρησιμοποιείται από τον ευρύ κοινό καθώς και από τα ΜΜΕ ως συνώνυμος της νόσου Alzheimer, κάτι όμως που είναι λάθος. Η άνοια είναι ένας περιγραφικός, γενικός όρος, ενώ η νόσος Alzheimer αποτελεί μια συγκεκριμένη νόσο, η οποία ευθύνεται για περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις άνοιας. Η νόσος του Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου. Η έναρξή της σηματοδοτείται με ήπια ελάττωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών που στις περισσότερες περιπτώσεις περνούν απαρατήρητα τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από τα μέλη της οικογένειάς του. Καθώς όμως η νόσος εξελίσσεται επηρεάζονται σταδιακά και οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής λ.χ. κοινωνικές σχέσεις, φροντίδα του εαυτού κ.α., σε τόσο σημαντικό βαθμό, έτσι ώστε ο ασθενής να εξαρτάται ολοκληρωτικά από τους άλλους <sup>129</sup>.

Σήμερα στην Χώρα μας έχουν θεσπιστεί δομές που ασχολούνται με την άνοια (λ.χ. Κ.Α.Π.Η., Ειδικά Ιατρεία των Εταιρειών για τη Νόσο Alzheimer και Συναφών

---

<sup>125</sup> Μοσχοβάκη, Α., 2007

<sup>126</sup> Σακκά, Π., 2007.

<sup>127</sup> Σακκά, Π., 2007.

<sup>128</sup> Κώστα - Τσολάκη, Μ., 1999, Σακκά, Π., 2007.

Διαταραχών, Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές, τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας», τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.), Γηροκομεία και οι Οίκοι Ευγηρίας, Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων, τα Περιφερειακά και τα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία αλλά και τα Κέντρα Υγείας όλης της χώρας, κ.α.), οι οποίες κατά κανόνα αφορούν άτομα της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας, και μπορούν εν δυνάμει να προσφέρουν ορισμένου τύπου βοήθεια σε ασθενείς με άνοια και το οικογενειακό τους περιβάλλον <sup>130</sup>.

Η προστασία των ηλικιωμένων ατόμων ως διαδικασία αποτελεί ύψιστο ηθικό καθήκον σε κάθε ευνομούμενη και πολιτισμένη κοινωνία. Από την αρχαιότητα η συμβίωση με τους ηλικιωμένους και η παρεπόμενη προστασία τους αποτελούσε βασική αξία της ελληνικής κουλτούρας, μια αξία που ο λαός μας την διατηρεί ανένα μέσα από τη παρέλευση των χρόνων.

Μολαταύτα, στις μέρες μας, τα πρότυπα και αξίες τείνουν να διαφοροποιούνται. Πλέον δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην παραγωγικότητα και υπάρχει τάση εξύψωσης της νεότητας και της δύναμης. Οι ομορφιές της νεότητας εκθειάζονται από τα ΜΜΕ και υπερισχύουν στις διαφημίσεις, στην τηλεόραση, στα κινηματογραφικά έργα και στην φιλολογία. Έτσι, παρά το γεγονός ότι η αντίδραση κάθε ατόμου είναι διαφορετική, δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που αισθάνονται ότι οι άλλοι δεν τους θέλουν και τους απωθούν.

Οι νέοι σήμερα διακατέχονται από ανάμικτα συναισθήματα σεβασμού και αντιπάθειας για τους ηλικιωμένους. Τα αρνητικά συναισθήματα των νέων προς τους ηλικιωμένους οφείλονται σύμφωνα με όσα υποστηρίζει ο Κρεομάλης (1991) στον κοινωνικό φόβο που μπορεί να αισθάνονται οι νέοι για τον θάνατο και στο γεγονός ότι ο ηλικιωμένος θεωρείται ως σύμβολο της θνησιμότητας. Το γεγονός αυτό έχει ως απόρροια σύμφωνα με τον συγγραφέα, να γίνεται παραβίαση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ανθρώπων της Τρίτης ηλικίας <sup>131</sup>.

Η καθιέρωση των ηλικιακών προκαταλήψεων έχει τις ρίζες του στον αυξημένο αρνητικό τρόπο που οι Η.Π.Α. αντιμετωπίζουν τα άτομα της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας. Στις Η.Π.Α., τα ηλικιωμένα άτομα τείνουν να τίθενται στο περιθώριο και να αποποιούνται των ευθυνών, της δύναμης και εν τέλει της

---

<sup>129</sup> Σακκά, Π., 2007.

<sup>130</sup> Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer, 1999.

<sup>131</sup> Κρεομάλης (1991) στο Μαρκετάκης, 1993

αξιοπρέπειάς τους <sup>132</sup>.

Το στίγμα που αφορά την άνοια είναι ένα ουσιώδες πρόβλημα στον τομέα της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων. Το στίγμα αντανακλά μία κατάσταση ανικανότητας όπου ένα φυσιολογικό άτομο υποβιβάζεται σε ένα άτομο με το οποίο κάτι δεν πάει καλά.

Το στίγμα αποτελεί μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ παράλληλα τον αναγκάζει να πασχίζει να κρύψει, όταν αυτό βέβαια είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση. Στη εποχή μας, το στίγμα χρησιμοποιείται ιδιαίτερα για να καταδείξει ότι κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες (λ.χ. Alzheimer, καρκίνος, ψυχικές ασθένειες) καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που τις συνοδεύουν σχετίζονται με την κινητοποίηση προκαταλήψεων σε βάρος των ατόμων που νοσούν από αυτές.

Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες που συνδέονται στενά με την κατανόηση του στίγματος. Ως στερεότυπα ορίζονται οι αρνητικές κυρίως κοινωνικές γνωστικές δομές που προκαθορίζουν τη συμπεριφορά του κάθε ατόμου. Από την άλλη ως προκαταλήψεις θα μπορούσαν να οριστούν οι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις που καλλιεργούνται όταν ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων εγκολπώνεται τα αρνητικά στερεότυπα. Οι προκαταλήψεις είναι καταστάσεις εκείνες που φανερώνουν το πόσο έτοιμος είναι ένας άνθρωπος να ενεργήσει αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης, χωρίς να εξετάσει αν μια τέτοια συμπεριφορά είναι δικαιολογημένη ή όχι. Τέλος, η διάκριση είναι η συμπεριφορική αντίδραση που έπεται της προκατάληψης. Μέσω των διακρίσεων εκτείνονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν άτομα ηλικιωμένα ή με κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια στην προσπάθειά τους να επανακτήσουν την κοινωνική λειτουργικότητά τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Οι διακρίσεις είναι η απόληξη μιας διαδικασίας που ξεκινάει όταν κάποιος χαρακτηρίζεται ως διαφορετικός <sup>133</sup>.

Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του κοινωνικού στίγματος διαδραματίζουν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας ως βασικοί φορείς ενημέρωσης του κοινού. Τα ΜΜΕ, με κυρίαρχη την τηλεόραση παράγουν τη δημόσια εικόνα και προμηθεύουν

---

<sup>132</sup> Nelson, 2002a.

<sup>133</sup> Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων – Ιατρική Σχολή – Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Όμιλος Μελετών & Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ ΑΕ), (2004).



όλα εκείνα τα στοιχεία που συγκροτούν τα στερεότυπα, τα αναπαράγουν και τα διαιώνίζουν<sup>134</sup>.

Το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων δεν αποτελεί μια καινούργια πραγματικότητα. Ανέκαθεν η κοινωνία έδειχνε αμυδρά μια αποστροφή προς τους γέροντες. Ωστόσο, το πρόβλημα της απομόνωσης της Τρίτης ηλικίας φαίνεται να επιδεινώνεται ιδιαίτερα στην εποχή μας από την ανάπτυξη της τεχνολογίας και τους βιομηχανικούς ρυθμούς ζωής στην σύγχρονη πόλη.

Πιο γρήγορη διαδικασία περιθωριοποίησης της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας έχουμε στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αντιμετωπίζει μακροχρόνιες ασθένειες δεδομένου ότι η περίθαλψη και η κοινωνική βοήθεια προς τα άτομα αυτών των ηλικιακών ομάδων είναι ελλιπής.

\*\*\*

Παρατηρώντας καθημερινά το φαινόμενο της αποστασιοποίησης των νέων από την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία, διακρίναμε μέσω της έρευνας που διεξήγαμε την διάψευση της παραπάνω πρότασης. Μολαταύτα, βρέθηκαν συναισθήματα ανησυχίας και άγχους από τους νέους απέναντι στη νόσο Alzheimer.

Αναφερόμενοι στη πρώτη υπόθεση της εργασίας μας, όπου θεωρήθηκε ότι οι νέοι έχουν άγνοια όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της εν λόγω νόσου, παρατηρήθηκε ότι οι σπουδαστές του ΤΕΙ Κρήτης, αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της ασθένειας με ποσοστό 74,6%.

Εν συνεχεία, ο παράγοντας της προσωπικής εμπειρίας που θεωρήθηκε ότι συνδέεται με την ευαισθησία για τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer δεν ευσταθεί αφού παρατηρήθηκε ότι όσοι δεν έχουν προσωπική εμπειρία από άτομα με Alzheimer, έχουν πιο αισιόδοξη θέση για το μέλλον τους ως ηλικιωμένοι.

Όσον αφορά στην σύνδεση της αρνητικής στάσης των νέων προς την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία, με τα συναισθήματα φόβου για τα γηρατειά, εμφανίζεται μια θετική στάση από μέρους των νέων για τους ηλικιωμένους. Οι νέοι άνθρωποι κυριαρχούνται από τα ανάμικτα συναισθήματα σεβασμού για τους ηλικιωμένους σαν

---

<sup>134</sup> Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων – Ιατρική Σχολή – Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Όμιλος Μελετών & Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ ΑΕ), (2004).

κατόχους σοφίας και ώριμης κρίσεως ταυτόχρονα με συναισθήματα αντιπάθειας προς αυτούς σαν σύμβολα συνειδήσεως. Η άπωση αυτή των νέων προς τους ηλικιωμένους οφείλεται κατά τον Κρεομάλη (1991) στον κοινωνικό φόβο για τον θάνατο και στο γεγονός ότι ο ηλικιωμένος είναι το σύμβολο της θνησιμότητας.

Σύμφωνα με την έρευνα μας, οι νέοι αρέσκονται στο να κάνουν παρέα με τα ηλικιωμένα άτομα, να αναλαμβάνουν πράγματα για εκείνους και να συζητάνε μαζί τους, παράλληλα δεν εμφανίζεται φόβος για τα γηρατειά και για την ιδέα ότι κάποτε θα γεράσουν. Επομένως η συγκεκριμένη υπόθεση εργασίας επαληθεύεται.

Ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα παρόμοιας πτυχιακής που έγινε στο ΤΕΙ Κρήτης πριν από μερικούς μήνες όπου σημειώνεται σημαντικός ο παράγοντας του φόβου των νέων απέναντι στα γηρατειά σε σχέση με την στάση των ίδιων των ηλικιωμένων απέναντι τους. Εξετάζεται αν και κατά πόσο υπολογίζουν οι ηλικιωμένοι τις ικανότητες και τις απόψεις των νέων. Η έρευνα έδειξε ότι το 40,7% των ερωτηθέντων αισθάνεται ότι οι ηλικιωμένοι τους υπολογίζουν ελάχιστα. Αυτό μειώνει αυτόματα και την εκτίμηση που πιθανόν να έδειχναν οι νέοι απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα ενώ παράλληλα αυξάνει το αίσθημα του φόβου γι' αυτά <sup>135</sup>. Στην πιο δύσκολη θέση, σύμφωνα με τους Moniz-Cook (2005), βρίσκονται οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από άνοια και καλούνται να ξεπεράσουν το διπλό στίγμα της ηλικίας και της πάθησής τους. Και οι δύο παραπάνω παράγοντες επιδρούν αναπόφευκτα στην ποιότητα ζωής που έχουν, στις υπηρεσίες που απολαμβάνουν και στις διεθνείς πολιτικές που δομούν αυτές τις υπηρεσίες.

Εξετάζοντας τους κοινωνικο-δημογραφικό παράγοντα του φύλου σε σχέση με τις στάσεις και αντιλήψεις των νέων για τα άτομα που νοσούν από Alzheimer προκύπτει ότι στους άντρες αρέσει περισσότερο να κάνουν πράγματα για τους ηλικιωμένους, ενώ οι γυναίκες αισθάνονται λιγότερο άνετα όταν βρίσκονται με ηλικιωμένα άτομα. Επιπλέον, στους άντρες εμφανίζεται υψηλότερος μέσος όρος στο συναίσθημα της επιθετικότητας σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες αγχώνονται περισσότερο. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί, αν σκεφτούμε ότι στην ελληνική κοινωνία την ευθύνη της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων στην οικογένεια επωμίζεται συνήθως η γυναίκα. Έτσι, η γυναίκα ως φροντιστής ενός ηλικιωμένου ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer είναι φυσικό να φορτίζεται συναισθηματικά και να παρουσιάζει υψηλό βαθμό κόπωσης τα οποία εκδηλώνονται

---

<sup>135</sup> Ανδρακάκη, Ε. Σόφη, Α. (2007)

μέσα από το άγχος, σε σχέση με τον άντρα που συνήθως δεν αναλαμβάνει τέτοιο ρόλο.

Μια άλλη διάσταση του θέματος των στάσεων και αντιλήψεων της έρευνας αναφέρεται στο βαθμό ευαισθητοποίησης των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας και της ΣΤΕΦ για την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία, ως προς το έτος σπουδών τους. Σ' αυτή την περίπτωση η επεξεργασία των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων των φοιτητών του πρώτου και τελευταίου έτους Κοινωνικής Εργασίας, δεν έδωσε υψηλό βαθμό αξιοπιστίας, με απόρροια να μην ληφθούν υπόψη τα στατιστικά σημαντικά συμπεράσματα. Αυτό ίσως οφείλεται στο άγχος των σπουδαστών της Κοινωνικής Εργασίας να απαντήσουν σωστά και να επιδείξουν ότι είναι ευαισθητοποιημένοι λόγω του αντικείμενου των σπουδών τους.

Τέλος, αναφορικά με τις σχολές στις οποίες φοιτούν οι νέοι που έλαβαν μέρος στην έρευνα, η υπόθεση μας ότι οι φοιτητές των κοινωνικών επιστημών είναι πιο ευαισθητοποιημένοι απέναντι στους ηλικιωμένους με νόσο Alzheimer, συγκριτικά με τους φοιτητές των θετικών επιστημών, δεν επαληθεύεται. Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα οι σπουδαστές της ΣΤΕΦ απολαμβάνουν περισσότερο και αισθάνονται περισσότερο άνετα όταν βρίσκονται με ηλικιωμένα άτομα σε σχέση με τους σπουδαστές της ΣΕΥΠ που φαίνεται να φοβούνται τα γηρατειά.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## Ελληνική

1. Αμηνά, Α., Γεωργιάδη, Ε., Γεπέρογλου, Α. «Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
2. Ανδρακάκη, Ε., Σόφη, Α. (2007), «Οι στάσεις και αντιλήψεις των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου απέναντι στα άτομα της Τρίτης ηλικίας», Πτυχιακή εργασία, Ηράκλειο.
3. Γκότοβος, Α. (1996), «Νεολαία και κοινωνική μεταβολή», Αθήνα: Gutenberg.
4. Δαρδαβέσης, Θ., Κώστα-Τσολάκη, Μ., Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α., Μπένος, Α., Νούσκας, Ι., Πανερά, Ε., Χατζηχρήστου, Δ., Χουσιαδάς, Λ., «Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας», Επιμέλεια Έκδοσης: Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
5. Έκμε-Πουλοπούλου, Η. (1999), «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
6. Ελληνική Γεροντολογική Εταιρία (2004), Αθήνα.
7. Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer 2007, ([www.Alzheimerhellas.gr](http://www.Alzheimerhellas.gr)).
8. Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος-Ηνωμένα Έθνη, Βιέννη (1982) «Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα Εθνική Έκθεση», Αθήνα
9. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων – Ιατρική Σχολή – Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Ομίλος Μελετών & Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ ΑΕ), (2004). «Μεθοδολογία κοινωνικής ευαισθητοποίησης & καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο». Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

10. Εργαστήριο Εμπειρογνομόνων «Η δημογραφική γήρανση επηρεάζει τη δομή της αγοράς εργασίας», Νοέμβριος 2005, ([www.awise-project.net](http://www.awise-project.net)).
11. Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών, 2007 :  
Σακκά, Π.
12. Ευρωπαϊκή Εταιρία Alzheimer και Ελληνική Εταιρία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών (1999) Πρακτικός οδηγός για τους περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer. Μ. Τσολάκη.(Επιμέλεια Έκδοσης), Αθήνα.
13. Ζάρρας, Ι. (1974), «Το πρόβλημα του γήρατος στην Ελλάδα. Ειδική έκθεση δια τον οργανισμό Ηνωμένων Εθνών», Αθήνα: Συμβούλιο επιμορφώσεως στην κοινωνική εργασία.
14. Ιωαννίδου, (1998), «Προκατάληψη, ποιος εγώ;», Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
15. Καραβάτος Α. (1999) Νόσος Alzheimer: Senium praecox; Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
16. Λέκκα - Μαρκάτη Ε. (2000) «Η άνοια των γονέων και οι επιδράσεις της στην οικογένεια» Πρακτικά του 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer. Μ. Κώστα-Τσολάκη (Επιμέλεια Έκδοσης), Θεσσαλονίκη.
17. Μάνος Ν. (1988) «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
18. Μαρκετάκης, Ν. (1993), «Ο ρόλος του ηλικιωμένου στην σύγχρονη ελληνική οικογένεια», Πτυχιακή Εργασία. ΤΕΙ Πάτρας.
19. Μάρκου, Γ. (1996), «Στερεότυπα και προκαταλήψεις», Αθήνα.
20. Μοσχοβάκη, Α. (2007), «Η γήρανση και οι συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό», ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

21. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) (1993) Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς: Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος και Β. Μαυρέας (Επιμ.). Αθήνα: ΒΗΤΑ.
22. Παπαδάκης, Μ.(1985), «Στοιχεία Κοινωνικής Δημογραφίας», Τεύχος Α', Αθήνα-Κομοτηνή: ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ.
23. Πολύζος, Ν. «Δημογραφική Πρόκληση, Υπογεννητικότητα και πρόκληση στην Ελλάδα», Αθήνα: Έξαντας.
24. Πουλοπούλου, Η. (1999), «Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: παρελθόν, παρόν και μέλλον», Αθήνα: Έλλην.
25. Σακκά Π. (2004) «Το φορτίο των φροντιστών ασθενών με άνοια. Τα Νέα του 'Υγεία'»
26. Σόλιας Α. και Δέγλερης Ν. (2005) «Εθελοντισμός και Άνοια. Κοινωνική Εργασία»
27. Σταθόπουλος, Π. (1999), «Κοινωνική Πρόνοια: μια γενική θεώρηση», Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
28. Τζωρτζοπούλου, Μ. (1999). «Στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στην διαφορετικότητα», Αθήνα: ΕΚΚΕ
29. Τσιάκαλος, Γ.(1998), «Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία», Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής.
30. Χανιώτης , Ι. (1989). «Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας», Αθήνα: Λίτσα

## Μεταφρασμένη

1. Aslan, A. (1988), «Ενάντια στα γηρατειά», Αθήνα: Νόστερ.
2. De Beauvoir, S. (1980), «Τα γηρατειά» Αθήνα: Γλάρος.
3. Morris, V. (2004). «Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων γονιών». Αθήνα: Ελληνική Γεροντολογική και γηριατρική εταιρία-Mendor.

## Ξένη

1. Alley, J.A. (1980). “Ageism and racism: two issues in social work education and practice” *Journal of education for social workers*, 16 (2), 71-77
2. Boone, D.R. (1985). “Ageism. A negative view of aged”. *ASHA*, 27, 51-53
3. Corporael, L.R. (1981) “The paralanguage of caregiving” *Journal of Personality and Social Psychology*, 40
4. Corrigan, Watson AC. (2002). “Understanding the impact of stigma on people with mental illness”. *World Psychiatry*, 1, 16-19
5. Cumming E. and Henry W. (1961). “Growing older. The process of disengagement” New York: Basic Books
6. Edwards, H., & Welzer, P. (1998). “Perceptions of overaccommodation used in nurses in communication with the elderly”. *Journal of Language & Social Psychology*, 12(3), 207–223.
7. Erdman, B. (2005). “Encyclopedia of Ageism”. North Carolina: Duke University

8. Gallicchio L, Siddiqi N, Langenberg p and Baumgarten M. (2002). "Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community" *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
9. Goffman, E. (1963). "Stigma: Notes on the management of spoiled identity", p.137-138
10. Grant, L. (1996). "Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging". *Health and Social Work*, 21, 9–15.
11. Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). "The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R. F. Baumeister" *Public self and private self* (pp. 188–212). New York: Springer.
12. Hess, B.B.(1974). "Stereotypes of the aged". *Journal of Communication*, 24, 76-85
13. Kasshai, P.L. (1977). " Age and race discrimination reported by middle-aged and older persons" *Social Forces*, 55, 728-742
13. Kelchner, E. (1999). "Ageism impact and effect on society" *Journal of Gerontological social work*, 32 (4), 85-100
14. Kendrick T and Warnes T. (1997). "The demography and mental health of elderly people. In Health Care for Elderly People" London: Livingstone
15. Kogan, N. (1979). "Beliefs, attitudes and stereotypes about old people: a new look at some old issues" *Research of ageing* (1) 11-36
16. Launer LJ, Andersen K and the EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. (1999). "Rates and risk factors for dementia and AD: results from EURODEM pooled analyses" *Journal of Neurology*.



17. Lindsay J and Anderson L. (2004). "Dementia / Alzheimer's Disease. BMC Women's Health" <http://www.biomedcentral.com>.
18. Martin-Moreno JM. (2000). "Statement: Dementia as a public health problem: its importance and related challenges" <http://www.eurohealth.ie>.
19. Moniz-Cook, (2005) "Dementia" 4:163
20. Nelson, T. D. (Ed.). (2002a). "*Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults*". Cambridge, MA: MIT Press.
21. O'Brien J. (2000) "Caring for caregivers. American Family Physician" <http://www.findarticles.com>.
22. Palmore, E. (1999). "*Ageism: Negative and positive*". New York: Springer.
23. Parks SM and Novielli KD. (2003) "Alzheimer's disease caregivers: hidden patients" *Cinical Geriatrics*.
24. Pflüger K. (2004). "Study into the impact of EU policies on Family Carers" EUROFAMCARE
25. Rodin, J. Langer, E. (1980). "Ageing labels: The decline of control and the fall of self-esteem". *Journal of social issues*, 36(2), 12-29
26. Seedeltd, C., Jautz, Galper, Serock, K. (1977). "Children's' attitude toward the elderly: Educational implications" *Educational gerontology*, 2, 301-310
27. Seltzer, M.M. (1977). "Differential impact of various experiences on breaking down age stereotype" *Educational gerontology*, 2, 183-189
28. Tibbits, C. (1979). "Can we invalidate negative stereotypes of ageing?" *The Gerontologist*, 19, 10-20

29. Tinker, A. (2000). "Population aspects of the Dementias" *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15: 753-757
30. Vasey, A. (1972). "Social work and aging family" 21:1 p.103
31. Vitaliano PP, Zhang J and Scanlan JM. (2003). "Is care giving hazardous to one's physical health? A Meta-Analysis" *Psychological Bulletin*.
32. W.H.O. (2002). "Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders" *WHO-WPA*: Geneva



Το ερωτηματολόγιο που σας δίνετε αυτή τη στιγμή περιλαμβάνεται στα πλαίσια μιας έρευνας που διεξάγεται από ειδικούς επιστήμονες. Πριν την συμπλήρωσή του, είναι απαραίτητο να γνωρίζεται ότι σας εγγυόμαστε την ανωνυμία σας και ότι δεν θα δημοσιευτούν ή χρησιμοποιηθούν πουθενά τα προσωπικά σας στοιχεία. Η γνώμη σας στη συμπλήρωση του αυτού του ερωτηματολογίου είναι πολύτιμη για το λόγο αυτό θα επιθυμούσαμε την ειλικρίνειά σας ως βασικό χαρακτηριστικό των απαντήσεών σας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί 15 λεπτά από το χρόνο σας.

Σας ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας!

- Διαβάστε προσεκτικά την παρακάτω περιγραφή της καθημερινής ζωής μιας κυρίας και απαντήστε στην ερώτηση που ακολουθεί αμέσως μετά το κείμενο.

Όνοματεπώνυμο: Μ.Ψ.

Ηλικία: 67 ετών

Οικογενειακή κατάσταση:

Παντρεμένη έχει τρία παιδιά.

Εκπαίδευση: 12 χρόνια

Επάγγελμα: Συν / χος Ιδιωτική Υπάλληλος

**Απλή περιγραφή της καθημερινότητας της:**

Η κυρία Μ. δεν μπορεί να αναγνωρίσει πολλούς από τους συγγενείς και φίλους της. Η συμπεριφορά της μέσα στο σπίτι με την οικογένειά της έχει αλλάξει. Έχει γίνει αρκετά συναισθηματική και ευαίσθητη, κλαίει πιο εύκολα, γελάει πιο εύκολα, θυμώνει πιο εύκολα. Δεν μπορεί πια να προσφέρει αρκετά στις δουλειές του σπιτιού ή στην μαγειρική κι αυτό την στεναχωρεί. Δυσκολεύεται να εκτελέσει τις συνταγές που στα προηγούμενα χρόνια εφάρμοζε και να χειριστεί τα οικονομικά του σπιτιού, για τα οποία ήταν προηγουμένως υπεύθυνη. Η σχέση της με τον σύζυγό της και τα παιδιά της δεν είναι η ίδια. Θέλει τόσο πολύ να μιλήσει μαζί τους, αλλά δεν τα καταφέρνει. Αυτό έχει ως συνέπεια να κλείνεται περισσότερο στον εαυτό της. Προσπαθεί να βρει τις κατάλληλες λέξεις αλλά δεν τα καταφέρνει. Επαναλαμβάνει συνεχώς τις ίδιες ερωτήσεις και αναφέρεται συχνά σε γεγονότα του παρελθόντος. Μια μέρα έχασε ακόμη και τον προσανατολισμό της στην αγορά.

☞ Στο παραπάνω παράδειγμα δόθηκε η καθημερινή ζωή μιας ασθενούς. Από ποια ασθένεια πιστεύετε ότι πάσχει; Εκφράστε την άποψή σας στο κενό που ακολουθεί.

.....  
.....  
.....  
.....

Στη λίστα που ακολουθεί υπάρχουν 16 συναισθηματικές αντιδράσεις, που ενδεχομένως θα σας προκαλούσε το ηλικιωμένο άτομο του παραδείγματός μας. Απαντήστε σύμφωνα με το πώς θα νιώθατε εσείς απέναντι σε ένα τέτοιο άνθρωπο. Σημειώστε με « X » πόσο σας εκφράζει (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, υπερβολικά) κάθε ένα από τα παρακάτω συναισθήματα:

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Υπερβολικά
1. Φόβος					
2. Ανησυχία					
3. Θυμός					
4. Συμπόνια/ Ευσπλαχνία					
5. Νιώθετε <u>Ανυπομονησία</u> για το πότε θα φύγετε;					
6. Ενδιαφέρον / Φροντίδα					
7. Νιώθετε <u>Ανασφάλεια</u> μαζί του;					
8. Σας δημιουργεί <u>Αποθάρρυνση</u> η εικόνα ενός ασθενή με Alzheimer;					
9. Απόρριψη					
10. Αηδία					
11. Θα νιώθατε <u>Κατατρεγμένος</u> αν βρισκόσασταν με ένα άτομο που πάσχει από Άνοια;					
12. Στεναχώρια / Αμηχανία					
13. Εμπαιγμός κοροϊδία					
14. Συμπάθεια					
15. Εκνευρισμός					
16. Επιθυμία για βοήθεια					

**1. Πιστεύετε ότι κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής σας θα προσβληθείτε από τη νόσο του Alzheimer;**

<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Παρά πολύ</b>

**2. Πόσο σας έχει απασχολήσει η ιδέα της πιθανότητας να προσβληθείτε από τη νόσο του Alzheimer;**

<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Παρά πολύ</b>

**3. Πόσο αγχωμένος / -η αισθάνεστε στην ιδέα ότι κάποια στιγμή μπορεί να αναπτύξετε τη νόσο του Alzheimer;**

<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Παρά πολύ</b>

Παρακαλώ σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις σημειώνοντας (X) στο αντίστοιχο κουτί:

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	Απολαμβάνω την παρέα με ηλικιωμένα άτομα.				
2	Φοβάμαι ότι όταν θα είμαι ηλικιωμένος /η όλοι οι φίλοι μου θα έχουν πεθάνει.				
3	Μου αρέσει να επισκέπτομαι τους «μεγαλύτερους» σε ηλικία συγγενείς μου.				
4	Δεν έχω πει ποτέ ψέματα για την ηλικία μου προκειμένου να φαίνομαι νεότερος/η.				
5	Φοβάμαι ότι θα είναι δύσκολο για μένα να βρω ικανοποίηση/ευχαρίστηση όταν θα είμαι ηλικιωμένος/ η.				
6	Όσο μεγαλώνω τόσο περισσότερο ανησυχώ για την υγεία μου.				
7	Θα έχω πολλά πράγματα να κάνω όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.				



8	Με προβληματίζει η σκέψη ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για μένα όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.				
9	Δεν με ενοχλεί καθόλου να φαντάζομαι τον εαυτό μου ηλικιωμένο / η.				
10	Απολαμβάνω να συζητώ με ηλικιωμένους.				
11	Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά για την ζωή όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.				
12	Δεν έχω ποτέ φοβηθεί την ημέρα που θα κοιταχτώ στον καθρέφτη και θα βλέπω γκρίζα μαλλιά.				
13	Αισθάνομαι πολύ άνετα όταν βρίσκομαι με ηλικιωμένα άτομα.				
14	Με ανησυχεί η σκέψη ότι οι άνθρωποι θα με αγνοούν όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.				
15	Δεν με φοβίζει να δείχνω μεγαλύτερος από την ηλικία μου.				
16	Πιστεύω ότι θα έχω ακόμα την διάθεση να				

	ασχολούμαι με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.				
17	Φοβάμαι ότι δεν θα υπάρχει κανένα νόημα στη ζωή όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.				
18	Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.				
19	Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους ηλικιωμένους.				
20	Όταν κοιτάζω στον καθρέφτη, με ενοχλεί να βλέπω πως έχει αλλάξει η εμφάνισή μου με τα χρόνια.				

**Σας ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο σας!**

## A. Κοινωνικά – Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο: Άντρας:	<input type="text"/>	Γυναίκα:	<input type="text"/>
Έτος Γέννηση:	<input type="text"/>		
Τόπος Γέννησης:	<input type="text"/>	Τόπος Κατοικίας:	<input type="text"/>
Εκπαίδευση:	<input type="text"/>	Επάγγελμα:	<input type="text"/>

### ∞ Οικογενειακή Κατάσταση:

Άγαμος / -η	<input type="text"/>	Διαζευγμένος / -η	<input type="text"/>
Παντρεμένος / -η	<input type="text"/>	Χήρος / -α	<input type="text"/>
Έχετε παιδιά; ΝΑΙ	<input type="text"/>	ΟΧΙ	<input type="text"/>

Αν ναι, πόσα παιδιά έχετε;

### ∞ Οικονομική Κατάσταση (Μηνιαίο Εισόδημα): { Σημειώστε με «X» }

0 – 400 €	<input type="text"/>	401 – 1000 €	<input type="text"/>
1001 - ... €	<input type="text"/>		

## B. Προσωπική Εμπειρία

∞ Είχατε ποτέ προσωπική εμπειρία με κάποιο άτομο που να έχει διαγνωσθεί ότι πάσχει από Alzheimer ή κάποιου άλλου είδους άνοια μέσω του οικογενειακού ή του ευρύτερου κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

ΝΑΙ	<input type="text"/>	ΟΧΙ	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------

Αν ναι τι είδους σχέση είχατε με αυτό:

Συγγενική και τι βαθμού:	<input type="text"/>	Φιλική:	<input type="text"/>
Απλός γνωστός:	<input type="text"/>		