



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

με θέμα:

**Η απώλεια του συντρόφου στην τρίτη ηλικία και η επίδραση
της στην καθημερινή ζωή**

από τις φοιτήτριες:

Ελεάνα Μακρίδου

Αφροδίτη Μπασδέκη

Ζωή Σιάνη

Καθηγητής: Γ. Μαρκάκης

Οκτώβριος, 2020

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/των συγγραφέα/ων, του επιβλέποντα καθηγητή και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Οι υπογράφουσες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Ελεάνα Μακρίδου

Αφροδίτη Μπασδέκη

Ζωή Σιάνη

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

«Η απώλεια του συντρόφου στην τρίτη ηλικία και η επίδραση της στην καθημερινή ζωή»

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως.

Επίσης δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

Ελεάνα Μακρίδου

Αφροδίτη Μπασδέκη

Ζωή Σιάνη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες και είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Η ηλικιακή δομή του πληθυσμού και η τελική ηλικιακή του σύνθεση καθορίζεται από δυο παράγοντες: τη γονιμότητα και τη μείωση της θνησιμότητας.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της επίδρασης της απώλειας συντρόφου στην συναισθηματική κατάσταση, τη λειτουργικότητα και την ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο συνέντευξης με τις κλίμακες του IADL (για τη λειτουργικότητα), την GDS (για την κατάθλιψη) και την SWL (για την ικανοποίηση από τη ζωή). Η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε να πραγματοποιείται σε χώρους όπου συγκεντρώνονται ηλικιωμένοι όπως ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ κ.λπ., όμως λόγω της έξαρσης του Covid-19, ακολουθήθηκε η μέθοδος της χιονοστιβάδας με τεχνικές πόρτα-πόρτα και τη βοήθεια ατόμων-κλειδιών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν χάσει το σύντροφο τους φαίνεται να μη διαμένουν σε αστικές περιοχές, να έχουν χαμηλά εισοδήματα, μέτρια λειτουργικότητα και δυσαρέσκεια από τη ζωή, ενώ, παρότι έχουν κοινωνικά δίκτυα οι περισσότεροι από αυτούς παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	4
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	7
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ</u>	10
<u>1.1 Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ</u>	10
<u>1.1.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ</u>	10
<u>1.1.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΓΗΡΑΤΟΣ</u>	12
<u>1.2 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ & ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ</u>	12
<u>1.3 Η ΧΗΡΕΙΑ</u>	15
<u>1.3.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΗΡΕΙΑΣ</u>	16
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ</u>	19
<u>2.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ</u>	19
<u>2.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΓΗΡΑΣ</u>	20
<u>2.2.1 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΓΗΡΑΤΟΣ</u>	22
<u>2.3 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ</u>	23
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ</u>	26
<u>3.1. ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</u>	26
<u>3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</u>	28
<u>3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</u>	29
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΓΗΡΑΣ ΜΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ</u>	34
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ</u>	36
<u>5.1. ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ</u>	36
<u>5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</u>	38
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</u>	41

<u>6.1. ΣΚΟΠΟΣ</u>	41
<u>6.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ</u>	41
<u>6.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</u>	41
<u>6.4 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</u>	42
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u>	44
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>	54
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	56
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</u>	59

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες και είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Η ηλικιακή δομή του πληθυσμού και η τελική ηλικιακή του σύνθεση καθορίζεται από δυο παράγοντες: τη γονιμότητα και τη μείωση της θνησιμότητας.

Στις μέρες μας, όμως, όταν γίνεται λόγος για την γονιμότητα, εννοούμε την μείωση αυτής και όχι την αύξηση. Με άλλα λόγια, αναφερόμαστε σε υπογεννητικότητα του πληθυσμού. Η μείωση της γονιμότητας είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες, ως αποτέλεσμα της οικονομικής ανάπτυξης και της αλλαγής των συνθηκών και πεποιθήσεων ζωής. Τα ποσοστά γονιμότητας σε χώρες όπως η Γερμανία και σε χώρες της νότιας και ανατολικής Ευρώπης κυμαίνονται σε 1.3 ποσοστά ανά γυναίκα. Στην Ελλάδα, από τα τέλη της δεκαετίας του 80, αντιστοιχεί 1,5 παιδιά ανά γυναίκα. Αυτό το επίπεδο έχει επισημανθεί ως το επίπεδο της χαμηλότερης δυνατής γονιμότητας (lowest low fertility), η οποία οδηγεί σε ταχεία γήρανση και συνακόλουθη μείωση του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι ο πληθυσμός βρίσκεται σε μια δυναμική πτωτική εξέλιξη (European Commission, 2014).

Πριν από τις πρόσφατες εξελίξεις στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, τα ποσοστά γονιμότητας σε πολλά μέρη του κόσμου κυμάνθηκαν από 5 έως 7 γεννήσεις ανά γυναίκα (αν και πολλά από αυτά τα παιδιά δεν επιβίωσαν στην ενηλικίωση). Όπως όμως παρατηρείται στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 2015, τα ποσοστά αυτά έχουν μειωθεί ή έχουν πέσει κάτω από το επίπεδο που απαιτείται για τη διατήρηση των πληθυσμών στο σημερινό τους μέγεθος. Η βελτιωμένη πρόσβαση στα εκπαιδευτικά συστήματα, οι καλύτερες συνθήκες εργασίας και η ισότητα των δυο φύλων είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που οδηγούν στη μείωση ή των αναβολή των γεννήσεων (World Population Ageing, 2015).

Τα αίτια στα οποία οφείλεται η χαμηλή γονιμότητα ποικίλουν ανά περιοχή και ανά χώρα. Ενδεικτικά, θα μπορούσε να αναφερθεί η καθυστέρηση στην απόκτηση

παιδιών, λόγω αλλαγής ιδεών των νέων. Οι νέοι κοινωνικοποιούνται σε ένα περιβάλλον με λίγα παιδιά και αυτό έχει ως συνέπεια να καλλιεργηθεί η πεποίθηση ότι το μέγεθος της οικογένειας πρέπει να είναι μικρό. Σε αυτή την πεποίθηση βέβαια συμβάλλουν και οι οικονομικές συνθήκες. Στην σημερινή εποχή υπάρχει μία τάση για ποιοτικό επίπεδο κατανάλωσης. Η εξέλιξη αυτή, αναπότρεπτα οδηγεί και στην αναβολή των επόμενων γεννήσεων, με υψηλή πιθανότητα να επηρεαστεί ο συνολικός αριθμός των παιδιών που θα αποκτήσει τελικά μια γυναίκα, κυρίως λόγω περιορισμού της αναπαραγωγικής της περιόδου (European Commission, 2014). Επιπλέον, έχουν αλλάξει και οι προτεραιότητες, καθώς πλέον θεωρείται κοινωνική καταξίωση το χτίσιμο μίας καριέρας, με αποτέλεσμα να υπάρχει καθυστέρηση ως προς την δημιουργία οικογένειας.

Από την άλλη πλευρά, σημειώνεται, ταυτόχρονα με την μείωση της γονιμότητας, μείωση της θνησιμότητας. Οι αλλαγές στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών συμβάλλουν στην ηλικιακή αύξηση του πληθυσμού. Η καλύτερη πρόσβαση στα συστήματα υγείας, η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, η μείωση των θανατηφόρων ασθενειών και η αλλαγή των θανατηφόρων ασθενειών σε χρόνιες παθήσεις, συνεπικουρούν στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Έτσι, η αύξηση της μακροζωίας σε συνδυασμό με τη μείωση της γονιμότητας που είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των νέων κοινωνιών συγκλίνουν στην ηλικιακή αύξηση του πληθυσμού (WHO, 2011. World Population Ageing, 2015).

Πιο αναλυτικά, άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών αποτελούν τη μεγαλύτερη αναλογία του πληθυσμού στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν στη διεθνή βιβλιογραφία ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών αυξάνει σε μεγάλο βαθμό και αυτή η αύξηση αναμένεται να επιταχυνθεί τις επόμενες δεκαετίες. Μέχρι το έτος 2030 ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 αναμένεται να αυξηθεί σε 1.4 δισεκατομμύρια και μέχρι το έτος 2050 ο παγκόσμιος πληθυσμός των ηλικιωμένων αναμένεται να διπλασιαστεί. Παγκοσμίως, ο αριθμός των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών, οι οποίοι αναφέρονται ως οι γηραιότεροι των γηραιών, πολλαπλασιάζεται ακόμα ταχύτερα συγκριτικά με τον αριθμό του συνόλου των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τις προβλέψεις, μέχρι το έτος 2050 ο αριθμός των γηραιότερων των γηραιών θα τριπλασιαστεί (European Commission, 2014. WHO, 2015).

Να σημειωθεί ότι, η ταχεία αυτή αύξηση του πληθυσμού των μεγάλων ηλικιών συμβαίνει τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Ιδιαίτερα, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση τις αναπτυσσόμενες χώρες και το έτος 2030 υπολογίζεται ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων άνω των 60 ετών θα αυξηθεί σε ποσοστό 70% (WHO, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

1.1 Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ψάχνοντας ένα λεξικό ο ορισμός που θα βρούμε στο λήμμα «ηλικιωμένος» είναι «ο άνθρωπος μεγάλης ηλικίας, ο μη νέος». Γενικότερα, όμως, οι ορισμοί που μπορούν να δοθούν από τη βιβλιογραφία για το γήρας είναι πολυάριθμοι.

Σύμφωνα με την Ευκλείδη, η διαδικασία του γήρατος είναι μια πολυαιτιολογική και πολυπαραγοντική κατάσταση. Οι αλλαγές που συνιστούν και επηρεάζουν τη γήρανση είναι περίπλοκες. Η γήρανση συνδέεται με μια σειρά μεταβολών στα άτομα, οι οποίες είναι σε συνάρτηση με την παρέλευση του χρόνου και εκδηλώνονται σε πολλά επίπεδα όπως η φυσική κατάσταση, η εμφάνιση, η συμπεριφορά, οι κοινωνικοί ρόλοι κ.α. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 2011).

Ένας άλλος ορισμός που θα μπορούσε να δοθεί είναι εκείνος που έδωσαν οι Kirkwood και Austad, οι οποίοι όρισαν το γήρας ως την προοδευτική απώλεια λειτουργικότητας με την αύξηση της ηλικίας και την αύξηση του ποσοστού των προβλημάτων υγείας συμπεριλαμβανομένης και της θνησιμότητας (Kirkwood and Austad, 2000).

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Fedarko, σε βιολογικό επίπεδο, η γήρανση σχετίζεται με τη σταδιακή συσσώρευση μιας ευρείας ποικιλίας μοριακών και κυτταρικών βλαβών. Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η βλάβη οδηγεί σε σταδιακή μείωση των φυσιολογικών αποθεμάτων, αυξημένο κίνδυνο πολλών ασθενειών και γενική μείωση της ικανότητας του ατόμου, η οποία τελικά θα οδηγήσει σε θάνατο. (Fedarko, 2011. WHO, 2015).

1.1.1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ένας ισχυρός δείκτης του γήρατος είναι η χρονολογική ηλικία και αυτό επειδή το γήρας εξαρτάται από το χρόνο. Το ερώτημα όμως που προκύπτει είναι, αν γερνάμε όλοι με τον ίδιο ρυθμό. Η γήρανση, αποτελεί μια σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία,

μη αναστρέψιμων μεταβολών, που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου.

Οι αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του γήρατος συνδέονται με την αύξηση της ηλικίας ενός ατόμου, εκδηλώνονται ως μια γενική έκπτωση των λειτουργιών του ατόμου και ταυτόχρονα με την εμφάνιση διάφορων ασθενειών (όχι πάντα) και καταλήγουν στο θάνατο. Οι μεταβολές αυτές που ωφείλονται στην ηλικία, φαίνεται πως δεν είναι οι ίδιες για όλους τους ηλικιωμένους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα κάποιοι ηλικιωμένοι να απολαμβάνουν εξαιρετικά καλή υγεία και λειτουργικότητα και να μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν την ίδια στιγμή που άλλοι συνομήλικοι τους είναι ευάλωτοι και χρήζουν βοήθειας και υποστήριξης από άλλους (Κουγιουμτζής, 2019. Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 2011).

Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται και από τα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Συνεπώς, δεν μπορεί να οριστεί με χρονική ακρίβεια η έναρξη των μεταβολών λόγω γήρανσης, καθώς δε γερνούν όλοι οι οργανισμοί με τον ίδιο ρυθμό. Επομένως, μόνο ο αριθμός της ηλικίας ενός ατόμου, δεν αρκεί για να αποδοθούν συμπεράσματα σχετικά με τη σωματική, τη νοητική και την κοινωνική του λειτουργικότητα. Έτσι, είναι προτιμότερο να προσδιορίσουμε τα χαρακτηριστικά του γήρατος και μέσα από αυτά να κατανοήσουμε ποιοι παράγοντες το επηρεάζουν (WHO, 2015. Fried et al., 2004).

Πέραν από τις βιολογικές μεταβολές, η γήρανση συνδέεται και με άλλες σημαντικές αλλαγές. Αυτές οι αλλαγές αφορούν σε μεταβάσεις της ζωής, στην αλλαγή ρόλων και κοινωνικών θέσεων και την αντιμετώπιση της απώλειας στενών φίλων, συγγενών και γενικότερα σημαντικών προσώπων. Ορισμένες από αυτές τις αλλαγές μπορούν να οδηγήσουν τους ηλικιωμένους σε δυσκολία προσαρμογής ή/και απώλεια κάποιας δικής τους ικανότητας (σωματική, ψυχολογική, λειτουργική, νοητική) (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 2011. Fried et al., 2004).

Παρ' όλα τα παραπάνω, σε άλλες περιπτώσεις η «μεγαλύτερη ηλικία» μπορεί να είναι συνδεδεμένη με την ψυχολογική ανάπτυξη, η οποία ενδεχομένως να σχετίζεται με την "ανάπτυξη νέων ρόλων, απόψεων και πολλών αλληλένδετων κοινωνικών πλαισίων". Αυτές οι ψυχοκοινωνικές αλλαγές μπορεί να εξηγήσουν γιατί σε πολλά

περιβάλλοντα η μεγαλύτερη ηλικία είναι μια περίοδος αυξημένης υποκειμενικής ευημερίας (Κουγιουμτζής, 2019, WHO, 2015).

1.1.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Ως ηλικιακό όριο των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία, η «Παγκόσμια συνέλευση του Γήρατος», το 1982, όρισε την ηλικία των 60 ετών και άνω. Ταυτόχρονα, διάφοροι άλλοι επιστήμονες, έχουν υιοθετήσει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χρησιμοποιεί τον όρο χρονολογική ηλικία για να αποδώσει τον ορισμό του «ηλικιωμένου». Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ ως «ηλικιωμένος» ορίζεται κάποιος που έχει φτάσει το προσδόκιμο ζωής. Έτσι, για τον καθορισμό του «ηλικιωμένου» έχει οριστεί η ηλικία των 65 ετών και ακολουθούν οι παρακάτω διαβαθμίσεις (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 2011):

- 65-74 ως νέοι ηλικιωμένοι (young adults),
- 75-84 ως ηλικιωμένοι (old adults),
- 85+ ως γηραιότεροι των γηραιών (ή τέταρτη ηλικία).

1.2 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ & ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ

Σύμφωνα με την Αμερικανίδα γιατρό Kubler - Ross το πένθος είναι μία ψυχολογική διαδικασία που διέπεται από πέντε στάδια, όπου το κάθε ένα διακρίνεται από μία σειρά αντιδράσεων και συμπεριφορών (Kaplan et al., 1996 στο Κρυσταλλίδου, 2013). Ωστόσο δεν βιώνουν όλα τα άτομα την απώλεια με τον ίδιο τρόπο.

Τα στάδια αντιμετώπισης του πένθους είναι η άρνηση, η οργή, η διαπραγμάτευση, η θλίψη και τελικά η παραδοχή.

Πρώτο στάδιο: Η άρνηση

Στην αρχή είναι δύσκολο να αποδεχτεί κανείς το χαμό ενός αγαπημένου του προσώπου. Ακόμη και σε περιπτώσεις επικείμενου θανάτου, είναι πολύ φυσικό τα άτομα του περιβάλλοντος του ατόμου, που πρόκειται να φύγει, να αρνούνται να το αποδεχτούν.

Σε αυτό το στάδιο είναι πολύ σημαντικό να δοθεί η ευκαιρία στα άτομα να εκφράσουν και να μοιραστούν τους φόβους και τις ανησυχίες τους με άλλους ανθρώπους. Ένας τρόπος έκφρασης αυτού του πόνου είναι το γνωστό μοιρολόι, που συνοδεύει τις πρώτες στιγμές της απώλειας και εκδηλώνει την θλίψη για το άτομο που έφυγε.

Παράλληλα, βοηθάει τους ανθρώπους να ανακουφιστούν από το βαρύ συναισθηματικό φορτίο, εξωτερικεύοντας κάθε αρνητικό συναίσθημα, που προκύπτει λόγω του θανάτου.

Από την άλλη πλευρά υπάρχει και το «μούδιασμα» που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους αμέσως μετά το σοκ, το οποίο είναι μία φυσιολογική αντίδραση και γι' αυτό δεν θα πρέπει να συγχέεται με την αδιαφορία (Λιμνιωτάκη, 2010).

Δεύτερο στάδιο: η οργή ή αλλιώς ο θυμός

Η οργή και ο θυμός μπορούν να εμφανιστούν σε περιπτώσεις που το άτομο αισθάνεται αβοήθητο και αδύναμο, όταν η πρώτη ερώτηση που έρχεται στο μυαλό του είναι «γιατί σε εμένα;».

Επιπλέον, το άτομο μπορεί να αισθάνεται αδικημένο και εγκαταλελειμμένο από άλλους ανθρώπους ή από την ανώτερη δύναμη, στην οποία ενδεχομένως πιστεύει (π.χ ο Θεός). Σε αυτό το στάδιο είναι πολύ συχνά τα συναισθήματα ενοχής με τα οποία το άτομο αντισταθμίζει την οργή του προς τον έξω κόσμο.

Σε αυτήν την περίπτωση όταν κατανοήσουμε και δεχτούμε αυτά τα συναισθήματα ως απολύτως φυσιολογικά, θα καταφέρουμε να προχωρήσουμε ένα βήμα παραπάνω στην παραδοχή της απώλειας του αγαπημένου μας προσώπου (Λιμνιωτάκη, 2010).

Τρίτο στάδιο: η διαπραγμάτευση

Αρκετές φορές μετά την απώλεια που βιώνουν τα άτομα ξεκινούν να εμπλέκονται σε μία διαδικασία συνεχούς σκέψης για το τι θα μπορούσε να είχε αλλάξει ή για το τι θα μπορούσαν να έχουν κάνει τα ίδια για ώστε να έχει αποτραπεί ο θάνατος του αγαπημένου τους προσώπου.

Απασχολούν το μυαλό τους με το πως τα πράγματα θα είχαν γίνει καλύτερα δημιουργώντας ένα πλήθος σεναρίων που ποτέ δεν θα γίνουν πραγματικότητα. Σε περιπτώσεις που η απώλεια δεν είναι ακόμη γεγονός αλλά πρόκειται να συμβεί, τα άτομα του περιβάλλοντος του ατόμου που πρόκειται φύγει συνήθως αρνούνται να δεχτούν την επικείμενη απώλεια και στρέφουν την προσοχή τους προς κάποια ανώτερη δύναμη (π.χ στο Θεό), διαπραγματευόμενοι τη ζωή του αγαπημένου τους ατόμου προσφέροντας "ανταλλάγματα" γι' αυτή (τάμματα).

Αυτές οι αντιδράσεις, όσο πιο έντονες είναι, τόσο περισσότερο μπορούν να μας δια φωτίσουν για το μέγεθος του πόνου που αισθάνονται τα άτομα (Λιμνιωτάκη, 2010).

Τέταρτο στάδιο: η θλίψη

Η θλίψη είναι το κυρίαρχο συναίσθημα καθ' όλη τη διάρκεια του πένθους. Χαρακτηρίζεται από εναλλαγές στη διάθεση, απομόνωση και αίσθηση μοναξιάς. Σε αυτή τη φάση, η ενθάρρυνση και η επιβεβαίωση πως όλα θα γίνουν καλά, δεν έχει κανένα νόημα στα άτομα που πενθούν, καθώς τα ίδια δεν μπορούν να το δουν έτσι.

Αυτό που πραγματικά χρειάζεται είναι να επιτρέψουμε στο άτομο να εκφραστεί ελεύθερα, δίνοντας του χρόνο να το ξεπεράσει μόνος του και την επιλογή να μας ζητήσει την βοήθειά μας όταν την χρειστεί. Βέβαια, είναι σημαντικό, σε κάθε περίπτωση, να θυμόμαστε πως κανένας άνθρωπος δεν είναι ίδιος με τον άλλο και δεν αισθάνεται ή σκέφτεται το ίδιο.

Κάθε άτομο χρειάζεται το δικό του χρόνο για να ξεπεράσει μία κατάσταση. Ωστόσο σε αυτό το στάδιο κάποια άτομα μπορούν να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης, διαταραχές στον ύπνο, στην όρεξη για φαγητό, έλλειψη ενέργειας κ.α. (Λιμνιωτάκη, 2010).

Πέμπτο στάδιο: η αποδοχή

Το στάδιο της αποδοχής είναι αυτό που έρχεται τελευταίο, αλλά όχι πάντα με τον ίδιο ρυθμό σε όλους. Είναι περιπτώσεις ανθρώπων που ταλαντεύονται για πολλά χρόνια στα προηγούμενα στάδια, πριν φτάσουν στην αποδοχή που τους λυτρώνει από τη θλίψη και τον θρήνο.

Στην αποδοχή υπάρχει και πάλι απόσυρση, αλλά πλέον συνοδευόμενη από μια εσωτερική ηρεμία και το άτομο είναι έτοιμο να γυρίσει ξανά στην καθημερινή του ζωή ή και να την χτίσει από την αρχή, έχοντας αποδεχτεί την απώλεια και έχοντας συμβιβαστεί με την απουσία. (Λιμνιωτάκη, 2010)

1.3 Η ΧΗΡΕΙΑ

Η χηρεία, τόσο ως γεγονός όσο και ως κατάσταση είναι μια παρατεταμένη φθοροποιός επίδραση στην υγεία ακόμη και όταν το άτομο ξαναπαντρεύεται. Η διακοπή της συζυγικής ζωής μπορεί να έχει βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία και οι επιπτώσεις αυτές μπορούν να γίνουν εμφανείς ακόμη και πολλά χρόνια αργότερα.

Οι άνθρωποι που περνούν περισσότερα χρόνια ως χήροι παρουσιάζουν περισσότερα χρόνια προβλήματα υγείας (σωματικά και ψυχικά) και περιορισμούς της κινητικότητας. Αν λοιπόν, θα θέλαμε να κατηγοριοποιήσουμε τις επιπτώσεις αυτές που προκαλεί μία περίπτωση χηρείας σε έναν άνθρωπο, τότε θα τις διακρίναμε σε βιολογικές και ψυχολογικές (Λιμνιωτάκη, 2010).

1.3.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΗΡΕΙΑΣ

Υπάρχουν δύο είδη επιπτώσεων της χηρείας στα άτομα της τρίτης ηλικίας (Λιμνιωτάκη, 2010): (α) οι βιολογικές επιπτώσεις, που έχουν να κάνουν με τις αλλαγές στο σώμα και (β) οι ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που αφορούν την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου.

(α) οι βιολογικές επιπτώσεις

Όπως θα αναφερθεί και στα ακόλουθα κεφάλαια, τα βιολογικά προβλήματα τείνουν αυξάνονται συνήθως με την αύξηση της ηλικίας. Η χηρεία, λειτουργώντας ψυχοσωματικά, μπορεί να τα επιδεινώσει και μέσω του πένθους να επιφέρει πολλαπλά ψυχικά και σωματικά προβλήματα ή παθογόνες συνήθειες: αλκοόλ (το 10% των χηρών ηλικίας άνω των 60 ετών), κάπνισμα, ηρεμιστικά κ.λπ. (Λιμνιωτάκη, 2010).

Μια σειρά μελετών στην Αγγλία κατέδειξε κατηγορηματικά ότι το σοκ που υφίσταται το ηλικιωμένο άτομο λόγω της χηρείας, εξασθενεί την αντίσταση του οργανισμού σε ασθένειες, όπως καρδιοπάθειες, βρογχίτιδα, πνευμονία, εγκεφαλικό, υπέρταση, καρκίνος κ.ά και επισπεύδει το γήρας και τελικά το θάνατο. Μάλιστα, ο θάνατος μπορεί σε αρκετές περιπτώσεις να επέλθει μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (από τρεις έως έξι μήνες ή από ένα έως το πολύ πέντε χρόνια, κατά μέσο όρο) τόσο στις χήρες, όσο και στους χήρους, αν και αυτό εξαρτάται και από αντίστοιχους κοινωνικο-οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Λιμνιωτάκη, 2010).

Η επιδείνωση της ψυχοσωματικής υγείας, με τη σειρά της, ρίχνει το «ηθικό» τών χηρευόντων, καθώς συνειδητοποιούν ότι ανήκουν πλέον σε μια άλλη κοινωνική ομάδα. Σε πολλές περιπτώσεις, τόσο χήρες γυναίκες όσο και οι χήροι άνδρες, κατά την πρώτη χρονική περίοδο μετά το θάνατο του/της συζύγου τους, παραμελούν τα δικά τους προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα να επιδεινώνονται και τελικά να καταλήγουν (Λιμνιωτάκη, 2010).

Παράλληλα, ένα άλλο σύνηθες σύμπτωμα είναι η αϋπνία, την οποία συνήθως αντιμετωπίζουν με υπνωτικά χάπια, όπως, βέβαια, και η διατάραξη ή η μείωση της διατροφικής όρεξης και, κατά συνέπεια, η απώλεια του σωματικού βάρους, γεγονός που ενδεχομένως να αποβεί θανάσιμο (Λιμνιωτάκη, 2010).

Συνήθως, οι επακολουθούντες θάνατοι αναφέρονται στους επιζώντες χήρους, μολονότι κατά την περίοδο πριν τη χηρεία τους, μπορεί να επιδείκνυαν μια ιδιαίτερη φυσική δραστηριότητα. Τα αίτια, ιδίως για τους αιφνίδιους θανάτους τών χήρων συζύγων, μπορεί να είναι η κατάθλιψη, η ενοχή, το αίσθημα απελπισίας κ.ά (Λιμνιωτάκη, 2010).

(β) οι ψυχολογικές/ ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις

Φυσιολογικά, ο θάνατος ενός εκ των δυο συζύγων προκαλεί λύπη, όταν μάλιστα πρόκειται για αιφνίδιο θάνατο. Το «φυσιολογικό», βέβαια, αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου υπήρχε ένας καλός, υγιείς γάμος και μία ομαλή και ευχάριστη συνύπαρξη (Λιμνιωτάκη, 2010).

Σε αντίθετη περίπτωση, ο θάνατος του συζύγου λειτουργεί -συνειδητά ή ασυνειδητά- ως ένα είδος λύτρωσης για τη χήρα ή τον χήρο. Έτσι, ο βαθμός και η μορφή τού πένθους της χηρείας, εξαρτάται από την ποιότητα του γάμου. Στην πραγματικότητα, οι ψυχολογικές επιπτώσεις, και κυρίως η αβεβαιότητα, η θλίψη και το πένθος από τη χηρεία, συνήθως αρχίζουν αδιόρατα να εισέρχονται ως σκέψεις της υποψήφιας χήρας ή του υποψήφιου χήρου αντίστοιχα, από τη στιγμή που ο/η σύζυγος

πέφτει σε μια βαριά ασθένεια και μάλιστα εισέρχεται στο νοσοκομείο (Λιμνιωτάκη, 2010).

Η κατάσταση αυτή, που οι ειδικοί την ονομάζουν «έγγαμη χηρεία», μπορεί, κατά μέσο όρο διεθνώς, να διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα. Καθ' όλη αυτήν την περίοδο, οι γυναίκες ή οι άνδρες σύζυγοι, πέραν τής οικονομικής αιμορραγίας και εξάντλησης κυρίως λόγω τών νοσηλίων, αισθάνονται την έλλειψη συντροφικότητας, κοινωνικής ζωής, και συναισθηματικών και σεξουαλικών σχέσεων. Πολλές φορές μάλιστα, βιώνουν και αισθήματα θυμού (αναμειγμένα με ενοχές) για τον/την άρρωστο/η σύζυγό τους, αλλά και για τον εαυτό τους, όπως επίσης και συναισθήματα ματαίωσης, εξουθένωσης, ανημποριάς, απελπισίας και θεοδικίας (Λιμνιωτάκη, 2010).

Βέβαια, όλα αυτά διαρκώς επιδεινώνονται, στις περιπτώσεις (που δεν είναι σπάνιες) υπέργηρων συζύγων, καρκινοπαθών τελικού σταδίου ή πασχόντων από άνοια, όπου και η απλούστερη επικοινωνία καθίσταται αδύνατη. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η όλη αυτή ψυχοσωματική δαπάνη αυτοπροσφοράς για τη φροντίδα του/της άρρωστου συζύγου «αποζημιώνεται» από το ψυχολογικό εύρημα ότι οι χήρες ή οι χήροι, που είχαν φροντίσει έτσι τον/την σύζυγό τους, προσαρμόζονται ευκολότερα στο νέο τρόπο ζωής τους, αφού τους δίνεται η ευκαιρία για σταδιακή αποδοχή του επερχόμενου θανάτου (Λιμνιωτάκη, 2010).

Από την άλλη πλευρά, πρέπει να τονίσουμε ότι η χηρεία σε μικρότερες ηλικίες, όπως λόγω χάριν από 35-54, αντιμετωπίζεται διαφορετικά από ό,τι στην τρίτη ηλικία. Επιπλέον, όσοι έχουν βιώσει στο παρελθόν ξανά κάποιου είδους απώλεια (θάνατο συγγενούς ή διαζύγιο), προσαρμόζονται ευκολότερα στην κατάσταση της χηρείας τους (Λιμνιωτάκη, 2010).

Τέλος, η λύπη του πένθους στα χηρευόμενα πρόσωπα (άνδρες ή γυναίκες) εξαρτάται, σε πολύ μεγάλο βαθμό, από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους (Λιμνιωτάκη, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

2.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τους Cauley, Dorman & Ganguli (1996), τα γηρατειά αποτελούν μια διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που υφίστανται τα κύτταρα με την πάροδο του χρόνου. Ο βαθμός και ο ρυθμός της γήρανσης διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο, καθώς το ίδιο σημαίνει και με τη λειτουργία όλων των οργανικών του συστημάτων (Δαρδαβέσης, 1999).

Όπως και αν προσεγγίσουμε τη διαδικασία της γήρανσης, συνεπάγεται μία σειρά από αναπόφευκτες μεταβολές για τον άνθρωπο. Μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος είναι (Μωυσίδης και συν., 2002):

- φθίνουσα πορεία της φυσικής και πολλές φορές και της πνευματικής κατάστασης του ανθρώπου, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση και κυριαρχία αρνητικών στερεοτύπων, που συσχετίζουν άμεσα την προχωρημένη ηλικία με τη διαδικασία της σωματικής και πνευματικής κατάπτωσης και ανικανότητας,
- απομάκρυνση από την ενεργό εργασιακή ζωή, που αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική πληγή για την μέχρι τότε δομημένη ζωή του ηλικιωμένου. Ο ελεύθερος χρόνος που συνεπάγεται η συνταξιοδότηση, μετατρέπεται σε αρνητική συνιστώσα, αν δε συνοδεύεται από τη διαμόρφωση νέων μορφών δραστηριοποίησης και
- αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον. Βασικά χαρακτηριστικά των αλλαγών αυτών αποτελούν κυρίως η αποχώρηση των παιδιών από την πατρική οικία, η σμίκρυνση της οικογένειας, ο θάνατος του ή της συζύγου ή άλλων κοντινών συγγενών και γενικά αγαπημένων προσώπων, φίλων κ.λ.π.

Παράλληλα, υπάρχουν και κάποιοι παράγοντες, οι οποίοι άμεσα ή έμμεσα επιδρούν στην διαδικασία της γήρανσης. Οι παράγοντες αυτοί είναι (Μωυσίδης και συν., 2002):

- η κληρονομικότητα,

- το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον,
- η κοινωνική προσαρμογή και συμπεριφορά,
- η ψυχοσύνθεση του ατόμου και
- η υγιεινή διαβίωση.

2.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΓΗΡΑΣ

Μια διάκριση που γίνεται όσον αφορά το γήρας και τα χαρακτηριστικά αυτού, είναι η διάκρισή του σε πρωτογενές και το δευτερογενές (Busse, 1969. Lemme, 1995).

Το πρωτογενές γήρας αναφέρεται στις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης. Οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν ακόμα και με την διατήρηση καλής υγείας ή απουσία ασθενειών ή μηχανισμών που συμβάλουν στην επιδιόρθωση των βλαβών και συντήρηση του οργανισμού. Συνεπώς, θα λέγαμε ότι το σώμα μας είναι βιολογικά προγραμματισμένο να γεράσει (Busse, 1969).

Το πρωτογενές γήρας (Lemme, 1995):

- είναι μια πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών, χρονολογικά συνδεδεμένα και με προοδευτική εμφάνιση.
- έχει αθροιστικά αποτελέσματα: δηλαδή οι νέες μεταβολές προστίθενται σε αυτές που ήδη έχουν συμβεί.
- παρουσιάζει αλλαγές που συνδέονται με μείωση λειτουργικότητας.
- είναι προοδευτικό και όχι ξαφνικό.
- οφείλεται κυρίως σε εσωτερικά αίτια.
- είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- είναι καθολικό και ισχύει για όλους τους ζωντανούς οργανισμούς.

- είναι μη αναστρέψιμο.
- αρχίζει με τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- καταλήγει τελικώς σε θάνατο.

Παρά τον αναπόδραστο και καθολικό χαρακτήρα των βιολογικών μεταβολών και τη σχέση τους με τη χρονολογική ηλικία, δεν υπάρχει συγκεκριμένη ηλικία έναρξης και δεν υπάρχει συγκεκριμένη μορφή σε όλους τους ανθρώπους. Το πότε θα εμφανιστούν και με ποια σειρά είναι συνάρτηση περιβαλλοντικών παραγόντων και τρόπου ζωής.

Το δευτερογενές γήρας αναφέρεται σε μεταβολές που είναι παθολογικές και απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες, όπως (Butler, 1988. Schroots, 1996):

- οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (φυσικές, κοινωνικές, ιστορικές, οικονομικές),
- η ίδια η συμπεριφορά του ατόμου (συνήθειες που έχει αποκτήσει και οι οποίες μπορεί να βοηθούν στη διατήρηση της καλής κατάστασης του οργανισμού ή να την επιβαρύνουν) και
- η προσωπικότητα και η αυτοεικόνα του ατόμου καθώς και οι ασθένειες.

Από την άλλη, η έλλειψη σωστή διατροφής, η υπερβολική έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου, η έκθεση σε υπερβολικούς θορύβους, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, κ.ά. είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόωμη εμφάνιση του γήρατος και τη μορφή που θα πάρει τελικά (Schroots, 1996).

Το δευτερογενές γήρας, με άλλα λόγια, δεν είναι υποχρεωτικό, ούτε καθολικό αν και τείνει να συνυπάρχει με το πρωτογενές και να το επιβαρύνει. Για παράδειγμα, η απουσία μόρφωσης και οικονομικών πόρων επιβαρύνουν το πρωτογενές γήρας τόσο από την άποψη της έλλειψης υγιεινού τρόπου ζωής, που προλαμβάνει τις εκδηλώσεις του γήρατος, όσο και από την άποψη της έλλειψης σωστής και έγκαιρης ιατρικής φροντίδας όταν εκδηλωθούν οι ασθένειες (Schroots, 1996).

2.2.1 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Για να κατανοήσουμε τη λειτουργία της γήρανσης πρέπει να λάβουμε υπόψη την πολυπλοκότητα των παραγόντων που την επηρεάζουν και που είναι μια συνάρτηση βιολογικών, προσωπικών και πολιτισμικών παραγόντων. Για παράδειγμα, κάποιοι ηλικιωμένοι ηλικίας 70 ετών απολαμβάνουν εξαιρετικά καλή υγεία και λειτουργικότητα ενώ, άλλοι συνομήλικοι τους είναι ευάλωτοι και εύθραυστοι και χρήζουν σημαντικής βοήθειας από άλλους.

Οι διαφορές αυτές διακρίνονται: (α) σε διατομικές και (β) σε ενδοατομικές. Πιο συγκεκριμένα, οι διατομικές διαφορές είναι:

- διαφορές μεταξύ των ατόμων που διαμορφώνονται προοδευτικά και άρα αυξάνονται με το πέρασμα της ηλικίας, δηλαδή, είναι αποτέλεσμα των διαφοροποιήσεων (βιολογικών, ψυχολογικών, πολιτισμικών),
- η δια βίου ανάπτυξη, που είναι προϊόν μιας βιολογικής και πολιτισμικής συνεξέλιξης.

Με άλλα λόγια, το γήρας είναι αποτέλεσμα μιας σωρευτικής δράσης του ατόμου μέσα σε συγκεκριμένο περιβάλλον (κοινωνικόπολιτισμικό), δεν είναι ένα γεγονός που εμφανίζεται ξαφνικά. Υπάρχει αλληλεπίδραση, ανάμεσα στο περιβάλλον, τη γενετική προδιάθεση και τις τρέχουσες συνθήκες ζωής. Συνεπώς, η εμφάνιση του γήρατος είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πρωτογενούς και δευτερογενούς γήρατος.

Σε ό,τι αφορά την ενδοατομική διαφοροποίηση πρέπει να επισημανθεί ότι μέσα στον ίδιο οργανισμό και στον ίδιο άνθρωπο η μεταβολή των λειτουργιών δε γίνεται με τον ίδιο τρόπο. Για παράδειγμα, ένας ηλικιωμένος μπορεί να μην μπορεί να περπατήσει λόγω κάποιας παθολογικής κατάστασης, αλλά να έχει πλήρη πνευματική ικανότητα, ενώ ένας άλλος ηλικιωμένος μπορεί να έχει πολύ καλή σωματική κατάσταση, αλλά να νοσεί λόγω μνημονικής απώλειας όπως άνοια.

Επομένως, συμπεραίνουμε ότι η ηλικία από μόνη της δεν μπορεί να προσδιορίσει το γήρας. Ο πιο σωστός τρόπος εκτίμησης του γήρατος είναι η συνάρτηση με τους υπόλοιπους παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο, τα κέρδη και

τις απώλειες της ζωής και την ικανότητα αντιστάθμισης του ατόμου στις απώλειες. Οι απώλειες μπορούν να αντισταθμιστούν είτε από την προσωπικότητα του ατόμου είτε από την αξιοποίηση οικογενειακού δικτύου και κοινωνικών πόρων όπως κοινωνική υποστήριξη, συνταξιοδότηση και συστήματος φροντίδας υγείας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

2.3 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Όπως κάθε ζωντανός οργανισμός, με το πέρασμα του χρόνου υφίσταται κάποιες αλλαγές, έτσι και ο ανθρώπινος οργανισμός αρχίζει σταδιακά να μεταβάλλει τις λειτουργίες του, επηρεάζοντας με αυτόν τον τρόπο πολλούς τομείς του ανθρώπινου σώματος.

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι με την πάροδο του χρόνου αρχίζουν και εμφανίζονται κάποιες φυσιολογικές κατά τα άλλα, αλλαγές, οι οποίες είναι αναπόφευκτες. Αυτές φυσιολογικές αλλαγές στους ηλικιωμένους παρατηρούνται:

Στην εμφάνιση: χρώμα μαλλιών, αλλαγή χαρακτηριστικών προσώπου (ρυτίδες), δομή σώματος (μείωση ύψους και βάρους), αλλαγή στην κατανομή λίπους (αύξηση του λίπους γύρω από τη μέση). Όμως, υπάρχουν συνέπειες. Οι μεταβολές στην εμφάνιση επηρεάζουν την αυτοεικόνα του ατόμου και μειώνουν την αυτοεκτίμησή του, μια και υπάρχει απόκλιση από την εμφάνιση της νεότητας, ή του κοινωνικού ορισμού της ομορφιάς. Σε αυτό το σημείο παίζει ρόλο η ικανότητα προσαρμογής του ατόμου (Δεμέτζου, Κριτσωτάκη, & Κυδωνάκη, 2012).

Στην κινητικότητα: Υπάρχει μικρή μείωση στη μυϊκή δύναμη μέχρι και τα 40-50 χρόνια και 30-40% μείωση στα 70 με 80 χρόνια. Υπάρχει, επίσης, μια μείωση 5% μέχρι 12% στην αντοχή των οστών από την ηλικία των 20 χρόνων και μετά. Η μείωση αυτή οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες και στον τρόπο ζωής. Η σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα, η διαίτα και η χρήση οινοπνευματωδών ποτών επηρεάζουν την πυκνότητα των οστών. Τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα μπορούν να δυσκολέψουν στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων με τα χέρια, να επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος και να κάνουν το άτομο πιο επιρρεπές στην πτώση

και στα κατάγματα, ιδιαίτερα τις γυναίκες (Δεμέτζου, Κριτσωτάκη, & Κυδωνάκη, 2012).

Στο καρδιαγγειακό σύστημα: Οι συνδεόμενες με την ηλικία μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποσότητας αίματος που φθάνει στα κύτταρα, τη μείωση του οξυγόνου που φθάνει στους μύες κατά τη διάρκεια της άσκησης (κίνδυνος για παροδική ισχαιμία) και την υψηλή συστολική και διαστολική πίεση του αίματος (Δεμέτζου, Κριτσωτάκη, & Κυδωνάκη, 2012).

Στο εκκριντικό σύστημα: Η μειωμένη λειτουργία των νεφρών έχει σαν αποτέλεσμα το βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων από το σώμα, έτσι που ακόμα και σχετικά χαμηλές δόσεις φαρμάκων να σωρεύονται στο αίμα και να έχουν παρενέργειες (Δεμέτζου, Κριτσωτάκη, & Κυδωνάκη, 2012).

Στο αναπνευστικό σύστημα: Η προχωρημένη ηλικία έχει ως αποτέλεσμα την πτώση της ποσότητας της ανταλλαγής των αερίων στους πνεύμονες με αποτέλεσμα να φθάνει στο αίμα λιγότερο οξυγόνο από τον αέρα. Επίσης, μειώνεται η ποσότητα του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα επίπεδα προσπάθειας (Δεμέτζου, Κριτσωτάκη, & Κυδωνάκη, 2012).

Στο Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (ΑΝΣ): Δύο από τις κύριες λειτουργίες του ΑΝΣ φαίνεται ότι επηρεάζονται με την αύξηση της ηλικίας. Αυτές είναι η *ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος* και ο *ύπνος*. Τα άτομα άνω της ηλικίας των 65 χρόνων παρουσιάζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερη δυσφορία των ηλικιωμένων σε σχέση με τους νεότερους και σε αυξημένο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων που πεθαίνουν σε περιόδους καύσωνα ή παγωνιάς. Υπάρχει και η περίπτωση ένας ηλικιωμένος να αισθάνεται κρύο ακόμη και όταν οι άλλοι στο περιβάλλον αισθάνονται πολύ ζεστά. Αυτή η κατάσταση όμως δεν οφείλεται στη μειωμένη αυτορρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος αλλά σε μειωμένη καρδιακή λειτουργία. Σε σχέση με τον ύπνο, οι ηλικιωμένοι συχνά εμφανίζουν αϋπνία, παρόλο που περνούν μεγάλο χρονικό διάστημα στο κρεβάτι. Οι διαταραχές ύπνου στους ηλικιωμένους οφείλονται μεταξύ άλλων στην άπνοια, στη συχνή ανάγκη για ούρηση, αλλά και σε

προβλήματα με τα πόδια, την καρδιά κ.ά. (Δεμέτζου, Κριτσωτάκη, & Κυδωνάκη, 2012).

Στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: Υπάρχει σημαντική μείωση νευρώνων στον ιππόκαμπο, περιοχή η οποία συνδέεται με τη βραχύχρονη μνήμη όπως και στην παρεγκεφαλίδα, περιοχή που ρυθμίζει τις λεπτές κινήσεις. Επίσης, υπάρχει απώλεια μεγάλου μέρους των κυττάρων των αισθητήριων και των κινητικών περιοχών του φλοιού, ενώ οι υποφλοιώδεις περιοχές δεν πάσχουν τόσο (Δεμέτζου, Κριτσωτάκη, & Κυδωνάκη, 2012).

Στην οξύτητα των αισθητηρίων: Η μειωμένη λειτουργία των αισθητηρίων κατά την προχωρημένη ηλικία περιορίζει την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου στο εξωτερικό περιβάλλον και σε βαρύτερες περιπτώσεις παρεμποδίζει την ικανότητά του να διατηρήσει την επαφή με αυτά που συμβαίνουν γύρω του, να ζει ανεξάρτητα, να επικοινωνεί, να φροντίζει την προσωπική του υγεία, διατροφή και ασφάλεια καθώς και να συμμετέχει στις κοινωνικές σχέσεις. Επηρεάζει ακόμη και τις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, όπως η μνήμη και η διαλογιστική (Baltes & Lang, 1997. Marsiske, Klumb, & Baltes, 1997). Αυτή η σχέση αισθητηριακής λειτουργίας με τη νοημοσύνη/γνωστικές λειτουργίες είναι ιδιαίτερα εμφανής στα άτομα της τέταρτης ηλικίας.

Ιδιαίτερα σημαντική στη βασική και ευρύτερη λειτουργικότητα του ατόμου είναι η επίδραση της όρασης, και όχι τόσο της ακοής και των άλλων αισθήσεων, οι οποίες επηρεάζουν αλλά όχι τόσο πολύ. Η μείωση της όρασης δυσκολεύει την ικανότητα του ηλικιωμένου για αυτόνομη διαβίωση και τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες (Δεμέτζου, Κριτσωτάκη, & Κυδωνάκη, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

3.1. ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Όσο προχωράει η ηλικία, μπορεί κανείς να παρατηρήσει ότι ο άνθρωπος αλλάζει, σε διάφορες πτυχές του: σωματικά, γνωστικά, συναισθηματικά. Έτσι και ηλικιωμένοι καλούνται να αντιμετωπίσουν κάποιες παθήσεις, τις οποίες δεν μπορούν να αποφύγουν και που συμπορεύονται με την αύξηση της ηλικίας. Οι παθήσεις που συνήθως αντιμετωπίζουν είναι ανάλογες με των ανθρώπων μέσης ηλικίας (Κουγιουμτζής, 2019).

Παρ' όλα αυτά υπάρχουν και αρκετές διαφορές. Αρχικά, οι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένες λειτουργικές δραστηριότητες σε σχέση με τους νεότερους ανθρώπους ενώ ταυτόχρονα υποφέρουν από πολλά προβλήματα υγείας (πολυνοσηρότητα). Αυτό οδηγεί στο να χρειάζονται περισσότερο χρόνο νοσηλείας και περισσότερη φροντίδα από συγγενείς ή και από μισθωτούς φροντιστές (Κουγιουμτζής, 2019).

Συχνά, στους ηλικιωμένους συνυπάρχουν σωματικά και ψυχικά προβλήματα, κάτι το οποίο επηρεάζεται και από την συχνή (συνήθως καθημερινή) χορήγηση διαφόρων φαρμάκων, η οποία μπορεί να προκαλεί ψυχιατρικά σύνδρομα ή το αντίθετο. Συχνά πολλές ψυχιατρικές εκδηλώσεις των ηλικιωμένων υποτιμούνται και συνδέονται με την προχωρημένη ηλικία (Κουγιουμτζής, 2019).

Γενικότερα, τα προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας ηλικιωμένος είναι (Κουγιουμτζής, 2019):

- Καρδιαγγειακά προβλήματα,
- Υπέρταση,
- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο,
- Καρκίνος,
- Κακώσεις από πτώσεις,
- Κακώσεις από οστεοπόρωση,

- Απώλεια κινητικότητα,
- Οστεοαρθρίτιδα,
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια,
- Διαβήτη,
- Ακράτεια ούρων και κοπράνων,
- Προβλήματα διατροφής,
- Προβλήματα στις αισθητηριακές λειτουργίες (ακοή, όραση) και
- Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα.

Τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων χαρακτηρίζονται επίσης από την εμφάνιση πολλών σύνθετων καταστάσεων υγείας που τείνουν να εμφανίζονται αργότερα στη ζωή του ατόμου και δεν αφορούν ξεχωριστές κατηγορίες ασθενειών. Αυτά συνήθως ονομάζονται ως γηριατρικά σύνδρομα και είναι τα εξής (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011):

- **η σύγχυση**, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο της υγείας του ηλικιωμένου εξαιτίας του αποπροσανατολισμού που δημιουργείται.
- **η ακράτεια ούρων**. Συνήθως προκαλεί συναισθήματα ντροπής και στεναχώριας και έχει επιπτώσεις ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως στην καθημερινή ζωή του ατόμου.
- **οι πτώσεις**. Εξαιτίας των πτώσεων τα ηλικιωμένα άτομα χάνουν την ανεξαρτησία τους και τη λειτουργικότητά τους. Σε πολλές περιπτώσεις εξαιτίας του φόβου μιας πτώσης τα άτομα περιορίζουν τις δραστηριότητες τους και τις συναναστροφές τους, την κοινωνική απομόνωση και την έλλειψη ευχαρίστησης.
- **η διαταραχή της θρέψης** (υποσιτισμός). Η διαταραχή της θρέψης (εξαιτίας, απώλειας δοντιών, μειωμένης διάθεσης για φαγητό, δυσκολία στην προμήθεια τροφίμων κ.α.) οδηγεί σε απώλεια βάρους και απώλεια μυϊκής μάζας. Εξαιτίας της διαταραχής θρέψης αυξάνεται ο κίνδυνος πτώσεων, ο κίνδυνος εμφάνισης

λοιμώξεων, ο χρόνος παραμονής σε νοσοκομείο αν προκύψει ανάγκη για νοσηλεία (παράταση νοσηλείας). Άλλες επιπτώσεις αποτελούν οι δερματικές βλάβες, καταστάσεις παραληρήματος και συμπτώματα κατάθλιψης.

- **οι κατακλίσεις από την ακινησία**, όπου μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα σοβαρών λοιμώξεων αν δεν περιποιούνται.

3.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι ψυχικές διαταραχές των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι παρόμοιες με αυτές των ενηλίκων, με κάποιες διαφοροποιήσεις. Υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισής τους, αλλά και δυσκολία στην αξιολόγησή τους, λόγω των πιο συχνών κοινωνικών (π.χ. πένθος), οικονομικών (π.χ. μείωση σύνταξης) αλλά και παθολογικών προβλημάτων. Έτσι για τις ψυχικές διαταραχές της τρίτης ηλικίας, δημιουργήθηκε η αναγκαιότητα τόσο για ειδικά διαγνωστικά κριτήρια, όσο και για ιδιαίτερες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Κουγιουμτζής, 2019).

Οι πιο συχνές ψυχολογικές παθήσεις που συναντώνται στους ηλικιωμένους είναι:

- **η κατάθλιψη**: αποτελεί μια από τις διαταραχές της διάθεσης. Συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και ψυχική επιβράδυνση. Οι ηλικιωμένοι αυτοενοχοποιούνται, έχουν συναισθήματα κενού, είναι ευσυγκίνητοι και απαισιόδοξοι. Συχνά υπάρχουν διαταραχές στον ύπνο όπως αυπνία (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).
- **η άνοια**: Η άνοια εκδηλώνεται με την εξασθένηση των νοητικών λειτουργιών κυρίως της μνήμης. Τα συμπτώματα της άνοιας μπορούν να είναι προβλήματα μνήμης, λόγου, προσανατολισμού, λειτουργικής ικανότητας, συμπεριφοράς, λειτουργικότητας κ.α. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).
- **το παραλήρημα**: αφορά μια οξεία συγχυτική κατάσταση, με διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας, χαρακτηριζόμενη από διαταραχή της συνείδησης,

του προσανατολισμού, της μνήμης, της σκέψης, της προσοχής και της συμπεριφοράς Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

- **η αυτοκτονικότητα:** είναι τουλάχιστον 2 φορές πιο συχνή από ότι στο γενικό πληθυσμό. Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται: α) γενικοί παράγοντες όπως το φύλο (συνήθως άντρες), η παρουσία χρόνιου πόνου, η μειωμένη λειτουργικότητα, οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, η κοινωνική απομόνωση και β) ειδικοί παράγοντες όπως η παρουσία κατάθλιψης, αλκοολισμού, άλλων ψυχιατρικών παθήσεων και συμπτωμάτων (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).
- **οι αγχώδεις διαταραχές:** Η εμφάνιση αυτών των ψυχικών διαταραχών της τρίτης ηλικίας είναι λιγότερο συχνή, σε σχέση με αυτή στις μικρότερες ηλικίες. Το άγχος μπορεί να συνδέεται με ανησυχία για τη σωματική υγεία ή για κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Συνήθως συνυπάρχει με κατάθλιψη (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Εκτός από ιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα, οι ηλικιωμένοι καλούνται να αντιμετωπίσουν και κάποια κοινωνικά κωλύματα. Τα πιο συνηθισμένα από αυτά είναι:

Οικονομικά προβλήματα

- Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των υπερηλίκων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και την ανεπαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, επιβαρύνουν σε σημαντικό βαθμό τους ηλικιωμένους αλλά και άτομα του στενού τους περιβάλλοντος.

- Επιπλέον ο συνδυασμός της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα δημιουργούν επιπλέον οικονομικές επιβαρύνσεις που τις επωμίζεται ο ενεργός πληθυσμός.
- Περισσότερο ευάλωτοι είναι οι ηλικιωμένοι που έχουν χάσει το σύντροφό τους και δεν έχουν παιδιά (Κουγιουμτζής, 2019. Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος

- Η διαβίωση των ηλικιωμένων παίζει σημαντικό ρόλο στην διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και συνεπώς στην ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Η ιδανική κατοικία για έναν ηλικιωμένο συνεπώς είναι αυτή που ανταποκρίνεται στις ανάγκες της ανεξαρτησίας του. Συνοπτικά πρέπει να παρέχεται ζεστό νερό, θέρμανση, τηλέφωνο να πληρούνται οι προϋποθέσεις υγιεινής, και στο εσωτερικό του σπιτιού οι ηλικιωμένοι να κινούνται εύκολα. Να υπάρχουν ανελκυστήρες όταν μένουν μετά από το δεύτερο όροφο, οι σκάλες να είναι πλατιές με κουπαστή για να τους βοηθάει, καθώς επίσης να υπάρχουν φωτεινοί διάδρομο (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).
- Στις περισσότερες χώρες οι ηλικιωμένοι διαβιούν σε κατοικίες που εμποδίζουν την άνετη διαμονή και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης

- Οι ηλικιωμένοι ιδιαίτερα όσοι είναι άνω των 70, ή ηλικιωμένοι με σοβαρά προβλήματα υγείας όπως άνοια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια κ.α δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις καθημερινές τους ασχολίες που έχουν σχέση με την ατομική τους υγιεινή και φροντίδα υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

- Εάν κάποιο συγγενικό άτομο έχει αναλάβει τη φροντίδα του ηλικιωμένου τα προβλήματα αυτά καλύπτονται.
- Σε αντίθετη περίπτωση που ο ηλικιωμένος ζει μόνος ή η πρόσβαση του φροντιστή δεν είναι συχνή (πχ ηλικιωμένοι που ζουν στα χωριά) δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής, μη σωστής λήψης φαρμάκων με κίνδυνο επιδείνωσης των ήδη προβλημάτων, πτώσεων κ.α, που επιβαρύνουν την ψυχολογική κατάσταση του ηλικιωμένου. Μια λύση σε αυτό το πρόβλημα θα ήταν η παροχή φροντίδας από υ\τρίτα πρόσωπα επί αμοιβής ή η εισαγωγή σε κάποια μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων, η οποία δίνει λύση σε βασικά προβλήματα, δημιουργεί όμως άλλα ιατροκοινωνικά προβλήματα (απομόνωση, άγχος, κατάθλιψη καθώς ο ηλικιωμένος χάνει την ανεξαρτησία του και ζει με τους κανόνες του πλαισίου κ.α.) (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

Προβλήματα επικοινωνίας

- Σύμφωνα με έρευνες στους ηλικιωμένους υπάρχουν υψηλά ποσοστά αναλφαβητισμού ή χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία στην επικοινωνία τους με άτομα νεώτερων ηλικιών. Επιπλέον ο αναλφαβητισμός οδηγεί σε καταστάσεις κοινωνικής απομόνωσης καθώς δυσκολεύονται να ανοίξουν κάποιο γράμμα, να διαβάσουν ξένους υπότιτλους στην τηλεόραση ή ακόμα να διαβάσουν τις οδηγίες του φαρμάκου τους (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

Προβλήματα ψυχαγωγίας

Οι ηλικιωμένοι που δεν βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι και έχουν κάποια οικονομική άνεση και καλή υγεία βρίσκουν αρκετές ασχολίες μέσω εκδρομών, συμμετοχή σε καπή, σε εθελοντικές ομάδες κ.α. (Κουγιουμτζής, 2019).

Μοναξιά

Η μοναξιά για τους ηλικιωμένους μπορεί να έχει πολλές μορφές: «η μοναξιά είναι ένα ανεπιθύμητο συναίσθημα έλλειψης ή απώλειας της συντροφικότητας», και μπορεί να εμφανιστεί σε δύο μορφές. Η εξωτερική, που προκύπτει από τις συνθήκες ζωής, όπως το πένθος λόγω απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου, και συχνά επέρχεται ακούσια, και η εσωτερική, που συνδέεται με τον τύπο και την προσωπικότητα του ανθρώπου, όπως η εσωστρέφεια, και μπορεί συχνά να αποτελεί εκούσια επιλογή του ίδιου του ατόμου (Κουγιουμτζής, 2019).

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να βιώνουν κοινωνική ή συναισθηματική μοναξιά ανάλογα με τον τύπο της οικογένειας τους, τον τόπο διαμονής και τις κοινωνικές σχέσεις που έχουν διαμορφώσει. Αν υπάρχουν προβλήματα μνήμης και μειωμένη γνωστική λειτουργικότητα η μοναξιά βιώνεται εντονότερα. Ηλικιωμένοι με μειωμένους οικογενειακούς δεσμούς και κακές οικογενειακές σχέσεις συμμετέχουν λιγότερο ενεργά σε κοινωνικές δραστηριότητες (Κουγιουμτζής, 2019).

Κοινωνική απομόνωση

Ορίζεται τυπικά από την άποψη της αντικειμενικής διαθεσιμότητας κοινωνικών επαφών ή συχνότητας επαφής με τα μέλη του κοινωνικού δικτύου. Στην ουσία, η κοινωνική απομόνωση σχετίζεται με το εάν ένα άτομο είναι μόνο ή μέρος ενός κοινωνικού δικτύου, που αποτελείται συνήθως από οικογένεια ή φίλους, αλλά και από το ευρύτερο περιβάλλον της κοινότητας μέσω της συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες (Κουγιουμτζής, 2019).

Μοναχικότητα

Η μοναχικότητα, η οποία μερικές φορές αναφέρεται ως «κοινωνική απομόνωση», αναφέρεται στην αντίληψη ότι οι οικείες και κοινωνικές ανάγκες δεν πληρούνται. Ένα άτομο μπορεί να είναι κοινωνικά απομονωμένο από επιλογή, αλλά να μην είναι μοναχικό και αντίστροφα (Κουγιουμτζής, 2019).

Άλλα κοινωνικά προβλήματα

Στα κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων προστίθενται η απώλεια του συντρόφου και των αγαπημένων προσώπων, οι οποίες αποτελούν σημαντικές πηγές ψυχικής πίεσης (ψυχοπιεστικά γεγονότα) ή αλλιώς μια κρίση που συμβάλλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης και της κοινωνικής απομόνωσης (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΓΗΡΑΣ ΜΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται το ενεργό γήρας ως ένα χαρακτηριστικό που τους δίνει τον έλεγχο της ζωής τους και τη διατήρηση της καλής υγείας και λειτουργικότητας (Clarke et al., 2007).

Σε μια ποιοτική μελέτη το 2008, όταν ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν αναφορικά με το ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ενεργό γήρανση απάντησαν, ότι οι παράγοντες αυτοί είναι η φυσική υγεία, η λειτουργικότητα, οι κοινωνικές δραστηριότητες και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, η σωματική και πνευματική κατάσταση και οι κοινωνικές σχέσεις και επαφές, ενώ με μια άλλη μελέτη, ανέφεραν πως το ενεργό γήρας είναι μια ενεργή απασχόληση σε κάτι, και δεν έδωσαν τόσο έμφαση στη φυσική λειτουργικότητα και στην κοινωνική δραστηριότητα (Bowling, 2008).

Επιπλέον, συνδέουν το ενεργό γήρας με την αυτονομία και την ικανότητα επιλογής. Οι περισσότεροι, όμως, υποστηρίζουν, ότι το να είσαι ενεργός συνδέεται με την εσωτερική δύναμη και την ικανότητα του καθενός να θέτει τους δικούς του κανόνες για τη ζωή του (Bowling, 2008).

Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτήν την άποψη και μέσα από τις μελέτες προκύπτει το συμπέρασμα, ότι οι ηλικιωμένοι θα ήθελαν να εμπλέκονται ενεργά στα προβλήματα τους που προκαλούνται από το γήρας και στις αποφάσεις που χρειάζεται να πάρουν. Άλλωστε, οι ηλικιωμένοι γνωρίζουν για τις επιπτώσεις του γήρατος (ασθένειες, μείωση λειτουργικότητας, διακρίσεις κ.α.) και για να μπορούν να έχουν ένα ενεργό γήρας, χρειάζονται υποστήριξη στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων. Οποιοδήποτε εμπόδιο στην αντιμετώπιση των προκλήσεων περιορίζει την αυτονομία τους. Συνεπώς, η όποια απάντηση θα πρέπει να αναφέρεται στον τρόπο αντιμετώπισης της κάθε πρόκλησης ή προβλήματος των ηλικιωμένων και όχι στις συνέπειες της πρόκλησης (Bowling, 2008).

Επομένως, το πλαίσιο εργασίας του εκάστοτε κοινωνικού λειτουργού με ηλικιωμένους, πρέπει να υποστηρίζει την ενεργό εμπλοκή του ηλικιωμένου στις αποφάσεις που αφορούν τη ζωή του και τις προκλήσεις του γήρατος και όχι την παθητικότητα του ηλικιωμένου, αφού οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά

στις αποφάσεις και στα επιλογές τους με βάση τις προσωπικές τους επιθυμίες και προσδοκίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

5.1. ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ

Ο όρος ενεργό γήρας αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κατά τα τέλη του 1990. Έχει μια πιο ολοκληρωμένη θεωρία, από τη θεωρία της «υγιούς γήρανσης» και αναγνωρίζει τους παράγοντες πέραν της υγειονομικής περίθαλψης που επηρεάζουν τον τρόπο που γερνάει ο πληθυσμός. Βασίζεται στην αναγνώριση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ατόμων μεγαλύτερων ηλικιών και στις αρχές των ηνωμένων εθνών για ανεξαρτησία, συμμετοχή, αξιοπρέπεια φροντίδα και αυτοεκπλήρωση (WHO, 2011).

Στην ενεργό γήρανση το στρατηγικό πλάνο παρέμβασης δεν βασίζεται στην προσέγγιση, που είναι βασισμένη στις ανάγκες του ατόμου (η οποία θεωρεί τους ηλικιωμένους ως παθητικούς δέκτες), αλλά βασίζεται σε μια προσέγγιση, όπου αναγνωρίζονται τα δικαιώματα στη βάση της ισότητας στην ευκαιρία και στη θεραπεία σε όλες τις πτυχές της ζωής (Stenner et al., 2011)

Επιπλέον, υποστηρίζεται η ευθύνη των ατόμων στη συμμετοχή τους στην πολιτική διαδικασία και σε άλλες πτυχές της κοινωνικής ζωής. Τονίζει την ανάγκη ανάληψης δράσης σε πολλούς τομείς και στοχεύει στη διασφάλιση ότι «τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παραμένουν ένας πόρος για τις οικογένειές τους, τις κοινότητες και τις οικονομίες τους». Με άλλα λόγια, «ενεργός γήρανση» είναι η διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για υγεία, συμμετοχή και ασφάλεια για την ενίσχυση της ποιότητας ζωής καθώς οι άνθρωποι γερνούν (WHO, 2002).

Η ενεργός γήρανση ισχύει τόσο για τα άτομα όσο και για τις ομάδες του πληθυσμού. Επιτρέπει στους ανθρώπους να συνειδητοποιούν τις δυνατότητές τους για σωματική, κοινωνική και πνευματική ευεξία, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και να συμμετέχουν στην κοινωνία ανάλογα με τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις ικανότητές τους, ενώ παράλληλα στοχεύει στην παροχή επαρκούς προστασίας, ασφάλειας και φροντίδας όταν τα άτομα βρίσκονται σε ανάγκη βοήθειας (Stenner et al., 2011).

Αναλύοντας ετυμολογικά τον όρο, η λέξη «ενεργός» (active) αναφέρεται στην ικανότητα του ηλικιωμένου ατόμου να συμμετέχει σε κοινωνικά, οικονομικά,

πολιτιστικά, πνευματικά και πολιτικά ζητήματα, καθώς επίσης και στην ικανότητά του να είναι σωματικά δραστήριο ή να συμμετέχει στο εργατικό δυναμικό. Οι ηλικιωμένοι που αποχωρούν από την εργασία λόγω συνταξιοδότησης και όσοι νοσούν από μακροχρόνια θέματα υγείας ή ζουν με αναπηρίες μπορούν να παραμείνουν ενεργοί συνεισφέροντες στις οικογένειές τους, τους συμμαθητές τους, τις κοινότητες και τα έθνη (Stenner et al., 2011).

Επιπρόσθετα, η ενεργός γήρανση αποσκοπεί στην παράταση του υγιούς προσδόκιμου ζωής, αυτονομίας, ανεξαρτησίας και προαγωγής υγείας και της ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους καθώς ενηλικιώνονται ή αλλιώς μεγαλώνουν, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που είναι ευπαθείς, με αναπηρίες και χρειάζονται φροντίδα (Stenner et al., 2011).

Ο όρος «Υγεία» αναφέρεται στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία όπως εκφράζεται στον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Έτσι, σε ένα πλαίσιο ενεργούς γήρανσης, οι πολιτικές και τα προγράμματα που προωθούν την ψυχική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις είναι εξίσου σημαντικές με εκείνες που βελτιώνουν την κατάσταση της σωματικής υγείας (Stenner et al., 2011).

Ο βασικός στόχος των πολιτικών ενεργούς γήρανσης είναι η διατήρηση της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας των ανθρώπων καθώς μεγαλώνουν. Πέρα από την πολιτική των προγραμμάτων και των στρατηγικών είναι σημαντικό να κατανοηθεί η σημασία της ατομικής επιλογής και ευθύνης (Stenner et al., 2011).

Στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας επισημαίνεται ότι τα άτομα και οι οικογένειες χρειάζεται να ετοιμάσουν ένα σχέδιο και να προετοιμαστούν για τις ανάγκες των μεγαλύτερων ηλικιών, και μέσα από προσωπικές προσπάθειες να υιοθετήσουν πρακτικές υγείας σε όλα τα στάδια της ζωής. Για να μπορέσουν όμως, οι επιλογές υγείας να θεωρηθούν εύκολες επιλογές για όλους, είναι αναγκαία η παρουσία υποστηρικτικών περιβαλλόντων. Το γεγονός αυτό καθιστά σημαντικές αρχές για την ενεργό γήρανση την αλληλεξάρτηση και την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών (WHO, 2002).

5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ενεργός γήρανση είναι η αντίθετη απάντηση στα ηλικιακά στερεότυπα (ageism). Για να προωθήσουν αυτήν την άποψη, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να αντιμετωπίσουν τα στερεότυπα αυτά, τα οποία οδηγούν σε διακρίσεις και καταπίεση των ηλικιωμένων. Για να μπορέσει να γίνει αυτό, είναι απαραίτητο ο κοινωνικός λειτουργός να εκπαιδεύσει και να εξηγήσει στον πληθυσμό την πραγματική διάσταση του γήρατος, τη διαφορετικότητα της εικόνας του γήρατος από ηλικιωμένο σε ηλικιωμένο, όπως και τις δυνατότητες κάποιου ηλικιωμένου για ενεργό συμμετοχή με βάση τις ατομικές του ικανότητες (Bowling, 2008).

Στόχος αυτής της προσπάθειας δεν είναι να γίνει αντικατάσταση ενός αρνητικού στερεότυπου με ένα θετικό χαρακτηριστικό, αλλά να γίνει επεξήγηση της πραγματικής διάστασης του γήρατος και των ικανοτήτων των ηλικιωμένων (Teater & Chonody, 2017).

Παράλληλα, η κατανόηση των πραγματικών ικανοτήτων των ηλικιωμένων και η αποφυγή στερεότυπων που διαιωνίζουν την περιθωριοποίησή τους θα μπορέσει να οδηγήσει στην εμπλοκή τους στην ενεργό γήρανση. Επιπλέον, η ενεργός γήρανση είναι μια διαδικασία και όχι ένα αποτέλεσμα. Ο τρόπος που ένα άτομο θα γεράσει, θα πρέπει να είναι μια εξελίξιμη διαδικασία, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του και όχι μια μέτρηση, όταν θα έχει ήδη φτάσει σε μεγάλη ηλικία. Όλοι οι άνθρωποι γερνούν και όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν το δικαίωμα να γεράσουν ενεργά (Teater & Chonody, 2017).

Η γήρανση δεν είναι μια ατομική υπόθεση, είναι μια κατάσταση που λαμβάνει χώρα μέσα στο πλαίσιο των άλλων ανθρώπων (φίλους, συναδέλφους, γείτονες, οικογένεια). Το γεγονός αυτό καθιστά σημαντικές αρχές για την ενεργό γήρανση την αλληλεξάρτηση και την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών. Σε αυτό το πλαίσιο οι ενέργειες και οι δράσεις του κοινωνικού λειτουργού αφορούν την προαγωγή διαγεννητικών προγραμμάτων, για να μπορέσει να καλλιεργηθεί η αλληλεγγύη και η υποστήριξη μεταξύ των γενεών (Teater & Chonody, 2017).

Ταυτόχρονα, η ενεργός γήρανση αξιολογεί την αλληλεξάρτηση μεταξύ των ατόμων και του κοινωνικού, οικονομικού, πολιτικού και πολιτιστικού τους περιβάλλοντος. Η ατομική εμπλοκή στην ενεργό γήρανση δεν μπορεί να είναι αποτέλεσμα αποκλειστικά της προσωπικής διάθεσης και επιθυμίας, καθώς επηρεάζεται από το πολιτισμικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο που ζει και αναπτύσσεται το άτομο (Teater & Chonody, 2017).

Το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον διαμορφώνει τις έννοιες και τις εμπειρίες της γήρανσης των ατόμων και βοηθά ή εμποδίζει την ικανότητα τους να έχουν επιλογές και να συμμετέχουν ενεργά στη γήρανση. Λαμβάνοντας υπόψιν την αλληλεξάρτηση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να αξιολογήσει την ικανότητα του ατόμου να γεράσει ενεργά, με τους έξι προσδιοριστές για την ενεργό γήρανση (π.χ., Υγεία και Κοινωνικές Υπηρεσίες, Συμπεριφορικοί, Κοινωνικοί, Οικονομικοί προσδιοριστές κτλ) και τους τρόπους, μέσω των οποίων οι προσδιοριστές της ενεργούς γήρανσης διευκολύνουν ή αποθαρρύνουν το πλαίσιο ενεργούς γήρανσης ενός ατόμου. Σε μια τέτοια αξιολόγηση πρέπει να συμπεριλαμβάνονται χαρακτηριστικά της κουλτούρας των ατόμων (συμπεριλαμβανομένης της φυλής /εθνικότητας) καθώς και του φύλου, ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανισότητες (Teater & Chonody, 2017).

Μέσα από την αξιολόγηση των προσδιοριστών ενεργούς γήρανσης, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσδιορίσει σε πιο τομέα πρέπει να παρέμβει είτε για να αποτρέψει εμπόδια στην ενεργό γήρανση είτε για να ενθαρρύνει και να υποστηρίξει τη συνέχιση των δραστηριοτήτων και των υπηρεσιών που υποστηρίζουν τη γήρανση (Teater & Chonody, 2017).

Επιπρόσθετα, η ενεργός γήρανση, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως μια διαδικασία που μεταβάλλεται και κατασκευάζεται από το άτομο. Ενώ κάποιες θεωρίες και πλαίσια γήρανσης τείνουν να ορίζουν την «ενεργό», «παραγωγική» ή «επιτυχημένη» γήρανση από την οπτική γωνία των ερευνητών, των θεωρητικών ή των υπευθύνων πολιτικής, η ενεργός γήρανση εστιάζει στον βαθμό και την έκταση που μπορεί ένα άτομο να γεράσει ενεργά, καθώς και στην ατομικότητα και διαφορετικότητα του κάθε ατόμου (Teater & Chonody, 2017).

Όπως προαναφέρθηκε, η ενεργός γήρανση προϋποθέτει ότι όλα τα άτομα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που θεωρούνται ευάλωτα ή εξαρτημένα, μπορούν να γερνούν ενεργά, εφόσον το περιβάλλον τους επιτρέπει την αυτονομία, την επιλογή και τη συμμετοχή. Δεν υπάρχει κανένας «ιδανικός», «τυποποιημένος» ή «κανονιστικός» τρόπος για γεράσει κάποιος, καθώς το ίδιο το άτομο θα "καθορίζει" τον τρόπο που θα γεράσει. Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να συνεργαστεί με τον ηλικιωμένο και από κοινού να καθορίσουν τους στόχους, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του και να τον υποστηρίξει ως προς την επίτευξη αυτών των στόχων (Bowling, 2008).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ ως αυτονομία ορίζεται η ικανότητα του ατόμου να ελέγχει, να αντιμετωπίζει και να λαμβάνει προσωπικές αποφάσεις για την καθημερινή του ζωή, σύμφωνα με τους δικούς του κανόνες και τις δικές του προτιμήσεις (WHO, 2002).

Επομένως, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να υποστηρίξει την αυτονομία του ηλικιωμένου, ώστε να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν τη ζωή του σύμφωνα με τους στόχους, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του, καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του. Όταν ο ηλικιωμένος συναντά δυσκολίες αναφορικά με την αυτονομία, την επιλογή και /ή τη συμμετοχή του, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να αντιμετωπίσει τη δυσκολία του, το οποίο μπορεί να απαιτεί προσαρμογή στις μεταβαλλόμενες συνθήκες και επαναξιολόγηση στόχων, αναγκών και προσδοκιών. Σε αυτή την περίπτωση η ενθάρρυνση αναζήτησης εναλλακτικών τρόπων για να επιτευχθεί ένας στόχος ή ο επαναπροσδιορισμός των στόχων, αποσκοπεί στην ενεργό παραμονή του ηλικιωμένου στο περιβάλλον (WHO, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της επίδρασης της απώλειας συντρόφου στην συναισθηματική κατάσταση, τη λειτουργικότητα και την ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

6.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- Υπάρχουν διαφορές, βάσει φύλου και τόπου διαμονής, στην λειτουργικότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας από την απώλεια συντρόφου;
- Πως επιδρά η ύπαρξη παιδιών στην λειτουργικότητα, τη διάθεση και την ικανοποίηση από τη ζωή των ηλικιωμένων, έπειτα από την απώλεια συντρόφου;
- Πως παρουσιάζεται η συναισθηματική κατάσταση και η ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας μετά την απώλεια του συντρόφου τους;

6.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα είναι:

(α) ένα ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τα χρόνια συνταξιοδότησης, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος καταγωγής, η κατάσταση υγείας, ο ελεύθερος χρόνος τους κ.α.

(β) το ερωτηματολόγιο *IADL (Instrumental Activity of Daily Living)* για την αξιολόγηση της καθημερινότητας/λειτουργικότητας του ατόμου.

Το I.A.D.L., αποτελείται από 8 ενότητες με κλίμακες αξιολόγησης από 0 έως 5. Το τεστ αυτό αξιολογεί την ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου, την ικανότητα για ψώνια, την προετοιμασία γευμάτων, το νοικοκυριό, το πλύσιμο, τον τρόπο μεταφοράς, την υπευθυνότητα για τα φάρμακα του και την ικανότητα του να διαχειρίζεται χρήματα. Όσο υψηλότερη είναι η συνολική βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα λειτουργικότητας παρουσιάζουν.

(γ) το ερωτηματολόγιο *GDS (Geriatric Depression Scale)* για τη διερεύνηση της ύπαρξης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Το G.D.S. αποτελείται από συνολικά 15 ερωτήσεις που αξιολογούν την τάση για κατάθλιψη. Οι καταθλιπτικές απαντήσεις του ερωτώμενου συγκεντρώνουν ένα βαθμό ενώ οι μη καταθλιπτικές το βαθμό 0. Όταν ένας ερωτώμενος συγκεντρώσει βαθμολογία μεγαλύτερη του 6, αυτό δηλώνει ότι ο ερωτώμενος έχει κατάθλιψη.

(δ) το ερωτηματολόγιο *ικανοποίησης από τη ζωή*.

Το ερωτηματολόγιο ή αλλιώς η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή περιλαμβάνει συνολικά 5 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται με τιμές που κυμαίνονται μεταξύ του 1 και του 7, ενώ ανάλογα με το άθροισμα τους χαρακτηρίζεται το άτομο ως:

- Πολύ ικανοποιημένο (31-35)
- Ικανοποιημένο (26-30)
- Μερικώς ικανοποιημένο (21-25)
- Δεν ξέρω/ Δεν έχω γνώμη (20)
- Μερικώς δυσαρεστημένος (15-19)
- Δυσαρεστημένος (10-14)
- Πολύ δυσαρεστημένος (5-9).

6.4 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με χρήση της ποσοτικής μεθόδου. Πεδίο της έρευνας αποτέλεσε η πόλη του Ηρακλείου της Περιφέρειας Κρήτης, ενώ, το συνολικό δείγμα ανήλθε σε 77 άτομα της τρίτης ηλικίας (60 ετών και άνω), τα οποία έχουν χάσει το σύντροφο τους, σε διάστημα πέντε ετών, ανεξάρτητα από το φύλο, τον τόπο κατοικίας ή τη μόρφωση.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου-συνέντευξης αρχικά σε χώρους συγκέντρωσης όπως ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ, ΚΑΠΗ κ.α. και στη συνέχεια, λόγω της πανδημίας, με τη βοήθεια ατόμων-κλειδιών από την ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS, δίδοντας τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Πίνακας 1. Φύλο και ηλικία δείγματος

Φύλο	Συχνότητα	%
Άνδρας	17	22,1
Γυναίκα	60	77,9
Σύνολο	77	100,0
Ηλικία		
61-70	20	26,0
71-80	34	44,1
81-90	19	24,7
91+	4	5,2
Σύνολο	77	100,0

Το σύνολο του δείγματος της παρούσας έρευνας είναι 77 ηλικιωμένοι, από τους οποίους οι 17 είναι άνδρες (22,1%) και οι 60 είναι γυναίκες (77,9%). Από αυτούς οι 20 είναι 61-70 ετών (26%), οι 34 από 71-80 ετών (44,1%), οι 19 από 81-90 ετών (24,7%) και οι 4 είναι μεγαλύτεροι από 91 ετών (5,2%).

Πίνακας 2. Μορφωτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση δείγματος

Μορφωτικό επίπεδο	Συχνότητα	%
Καμία	17	22,1
A'βάθμια	54	70,1
B'βάθμια	6	7,8

Σύνολο	77	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	4	5,2
Χήρος	73	94,8
Σύνολο	77	100,0
Παιδιά		
Όχι	11	14,3
Ναι	66	85,7
Total	77	100,0

Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, 17 από το σύνολο των 77 (22,1%) δεν είχαν πάει καθόλου σχολείο, 54 από αυτούς (70,1%) ολοκλήρωσαν ή άφησαν στη μέση την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό) και μόνο 6 (7,8%) ξεκίνησαν ή ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (γυμνάσιο ή/και λύκειο).

Αντίστοιχα, όπως ήταν αναμενόμενο, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας (94,8%), ήτοι 73 άτομα, ενώ, 4 μόνο άτομα έχουν ξαναφτιάξει τη ζωή τους (5,2%) μετά την απώλεια του/της συζύγου του, δηλαδή είναι και πάλι έγγαμοι. Επιπλέον, το 85,7% αυτών έχουν παιδιά, ενώ, το 14,3% φαίνεται να μην έχει.

Πίνακας 3. Καταγωγή και διαμονή των συμμετεχόντων

Καταγωγή	Συχνότητα	%
Αστική	66	85,7
Μη αστική	11	14,3
Σύνολο	77	100,0
Διαμονή		
Αστική	20	26,0
Μη αστική	57	74,0
Σύνολο	77	100,0

Από την αριθμητική καταμέτρηση των αποτελεσμάτων εντύπωση προκαλεί το γεγονός πως ενώ μεγάλο μέρος του δείγματος έχει καταγωγή από αστικές περιοχές (85,7%), μόνο το 26% φαίνεται να διαμένει εκεί, εν αντιθέσει με το 74% που διαμένει σε μη αστικές περιοχές πιθανόν από προσωπική επιλογή, αφού μόνο το 14,3% κατάγεται από τέτοιες.

Πίνακας 4. Καθεστώς διαμονής δείγματος.

Καθεστώς ιδιοκτησίας	Συχνότητα	%
Ενοίκιο	7	9,1
Ιδιόκτητος	64	83,1
Παραχώρηση	6	7,8
Σύνολο	77	100,0
Συγκατοίκηση		
Όχι	53	68,8
Ναι	24	31,2
Σύνολο	77	100,0

Όπως δείχνει ο πίνακας 4, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζουν σε δικό τους σπίτι (83,1%), σε αντίθεση με εκείνους που ζουν σε ενοίκιο (9,1%) ή αυτούς που διαβιούν σε σπίτι τρίτου προσώπου (συγγενικού) υπό καθεστώς παραχώρησης (7,8%). Παρ' όλα αυτά, ένα σημαντικό ποσοστό αυτών φαίνεται να διαμένει μαζί με άλλους (31,2%), κυρίως άγαμα τέκνα, όπως δηλώθηκε προφορικά, ενώ το 68,8% ζει μόνο του χωρίς τη φροντίδα ή η συντροφιά κάποιου άλλου.

Πίνακας 5. Εισοδήματα, ασφαλιστικό και εργασιακό ιστορικό

Επάγγελμα	Συχνότητα	%
Αγροτικά/ Κτηνοτροφικά	63	81,8
Οικιακά	8	10,4
Λοιπά	6	7,8
Σύνολο	77	100,0

Ασφαλιστικός φορέας		
Δημοσίου	6	7,8
ΙΚΑ	10	13,0
ΟΓΑ	58	75,3
ΤΕΒΕ	3	3,9
Σύνολο	77	100,0
Μηνιαίο εισόδημα		
300-700	68	88,3
701-1100	7	9,1
>1101	2	2,6
Σύνολο	77	100,0

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει τα μηνιαία εισοδήματα, τον ασφαλιστικό φορέα και ένα εργασιακό ιστορικό των ατόμων του δείγματος. Συγκεκριμένα, από τους 77 συμμετέχοντες, οι 63 (81,8%) δήλωσαν ότι ασχολούνταν με τον πρωτογενή τομέα παραγωγής αυτής της χώρας, δηλαδή τη γεωργία και την κτηνοτροφία, 8 (10,4%) ότι ασχολείται με οικιακά και ένα 7,8% με λοιπά επαγγέλματα όπως αστυνομικοί, ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Αντίστοιχα, οι 58 (75,3%) δήλωσαν ότι είναι ασφαλισμένοι στον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), οι 10 (13%) στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), οι 6 (78%) είχαν ασφάλεια Δημοσίου και 3 (3,9%) ήταν εγγεγραμμένοι στο ΤΕΒΕ.

Επιπλέον, οι περισσότεροι συμμετέχοντες φαίνεται να λαμβάνουν μηνιαίως από 300,00€ έως 700,00€ (88,3%), 7 άτομα (9,1%) λαμβάνουν από 701,00€ έως 1.100,00€, ενώ, μόλις 2 άτομα (2,6%) λαμβάνουν περισσότερα από 1.101,00€ μηνιαίως.

Ερευνητικό Ερώτημα Πρώτο

Υπάρχουν διαφορές, βάσει φύλου και τόπου διαμονής, στην λειτουργικότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας από την απώλεια συντρόφου;

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων με την κλίμακα λειτουργικότητας (IADL) φαίνεται πως το 2,6% παρουσίαζε πολύ χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας, το 40,2% χαμηλά, το 35,1% μέτρια επίπεδα, ενώ, το 22,1% φαίνεται να έχει ικανοποιητικά επίπεδα λειτουργικότητας.

Πίνακας 6. Συνολική βαθμολογία της κλίμακας IADL για τη λειτουργικότητα.

Σύνολο Κλίμακας IADL	Συχνότητα	%
5,00-10,00	17	22,1
11,00-20,00	27	35,1
21,00-30,00	31	40,2
31,00	2	2,6
Σύνολο	77	100,0

Η διαφορά που φαίνεται στις μέσες τιμές ανάμεσα στις 2 ομάδες (άνδρες/γυναίκες), και στη λειτουργικότητα των ατόμων, ελέγχεται για τη σημαντικότητα της με τον έλεγχο t ως εξής:

Πίνακας 7. Διαφορές βάσει φύλου και λειτουργικότητας, ατόμων 3ης ηλικίας με απώλεια συντρόφου (t-test)

Στατιστικές ομάδας

	ΦΥΛΟ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IADL_SUM	Άνδρας	17	20,5294	5,36327	1,30078
	Γυναίκα	60	17,2167	7,16889	,92550

Ανεξάρτητη δοκιμή δειγμάτων

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IADL_SUM	Equal variances assumed	5,376	,023	1,76	75	,081	3,3127	1,8749	-	7,0477
	Equal variances not assumed			2,07	33,9	,046	3,3127	1,5964	,06820	6,5572
				5	41		5	3		9

Εδώ παρατηρούμε ότι $p=0,081$, μεγαλύτερο από το 0,05. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας,

ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες (με τους άνδρες να εμφανίζουν μεγαλύτερη λειτουργικότητα αφού η μέση τιμή είναι πιο μεγάλη (20,5294 έναντι 17,2167 των γυναικών).

Η διαφορά που φαίνεται στις μέσες τιμές ανάμεσα στις 2 ομάδες τύπου διαμονής (αστική/μη αστική), και στη λειτουργικότητα των ατόμων, ελέγχεται για τη σημαντικότητα της με τον έλεγχο t ως εξής:

Πίνακας 8. Διαφορές βάσει τύπου διαμονής και λειτουργικότητας, ατόμων 3ης ηλικίας με απώλεια συντρόφου (t-test)

Στατιστικές ομάδας

	ΔΙΑΜΟΝΗ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IADL_SUM	Αστική	20	18,0000	6,91299	1,54579
	Μη αστική	57	17,9298	6,98176	,92476

Ανεξάρτητη δοκιμή δειγμάτων

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IADL_SUM	Equal variances assumed	,069	,793	,039	75	,969	,07018	1,80999	-3,67582	3,53557
	Equal variances not assumed			,039	33,574	,969	,07018	1,80129	-3,73250	3,59220

Εδώ παρατηρούμε ότι $p=0,969$, μεγαλύτερο από το 0,05. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ανάμεσα σε αστική και μη αστική διαμονή (με την αστική διαμονή να εμφανίζει μεγαλύτερη λειτουργικότητα αφού η μέση τιμή είναι πιο μεγάλη (18 έναντι 17,9298 της μη αστικής).

Ερευνητικό Ερώτημα Δεύτερο

Πως επιδρά η ύπαρξη παιδιών στην λειτουργικότητα, τη διάθεση και την ικανοποίηση από τη ζωή των ηλικιωμένων, έπειτα από την απώλεια συντρόφου;

Πίνακας 9. Διαφορές λειτουργικότητας, διάθεσης, ικανοποίησης στη ζωή των ηλικιωμένων, λόγω ύπαρξης παιδιών (t-test).

Στατιστικές ομάδες

	ΠΑΙΔΙΑ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IADL_SUM	0	11	13,2727	4,71362	1,42121
	1	66	18,7273	6,94494	,85486
GDS_SUM	0	11	7,2727	3,28910	,99170
	1	66	6,5606	3,22074	,39645
SWL_SUM	0	11	20,3636	8,01589	2,41688
	1	66	23,7727	4,53972	,55880

Ανεξάρτητη δοκιμή δειγμάτων

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differen- ce	Std. Error Differen- ce	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IADL_SUM	Equal variances assumed	5,761	,019	- 2,50 3	75	,014	- 5,4545 5	2,1789 1	- 9,7951 6	- 1,1139 3
	Equal variances not assumed			- 3,28 9	18,1 79	,004	- 5,4545 5	1,6585 0	- 8,9364 7	- 1,9726 2
GDS_SUM	Equal variances assumed	,148	,702	,677	75	,500	,71212	1,0518	- 9	2,8076 1,3833
	Equal variances not assumed			,667	13,3 99	,516	,71212	1,0680	- 1	3,0124 1,5882
SWL_SUM	Equal variances assumed	12,749	,001	- 2,03 6	75	,045	- 3,4090 9	1,6742 2	- 6,7443 1	-,07387

Equal	-	11,0	,196	-	2,4806	-	2,0451
variances not	1,37	93		3,4090	4	8,8633	9
assumed		4			9		8

Στον Πίνακα 9 για τη γραμμή IADL_SUM (λειτουργικότητα), παρατηρούμε ότι $p=0,014$, μικρότερο από το $0,05$. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ανάμεσα σε ηλικιωμένους με παιδιά και χωρίς παιδιά (με τους έχοντες παιδιά να εμφανίζουν μεγαλύτερη λειτουργικότητα αφού η μέση τιμή είναι πιο μεγάλη (18,7273 έναντι 13,2727))

Για τη γραμμή GDS_SUM (καταθλιπτική διάθεση), παρατηρούμε ότι $p=0,045$, μικρότερο από το $0,05$. Συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην καταθλιπτική διάθεση για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, ανάμεσα σε ηλικιωμένους με παιδιά και χωρίς παιδιά (με τους έχοντες παιδιά να εμφανίζουν μεγαλύτερη διάθεση αφού η μέση τιμή είναι πιο μεγάλη (7,2727 έναντι 6,5606))

Για την τρίτη γραμμή SWL_SUM (ικανοποίηση από τη ζωή), παρατηρούμε ότι $p=0,5$, μεγαλύτερο από το $0,05$. Συνεπώς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ανάμεσα σε ηλικιωμένους με παιδιά και χωρίς παιδιά (με τους έχοντες παιδιά να εμφανίζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση αφού η μέση τιμή είναι πιο μεγάλη (23,7727 έναντι 20,3636)).

Ερευνητικό Ερώτημα Τρίτο

Πως παρουσιάζεται η συναισθηματική κατάσταση και η ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας μετά την απώλεια του συντρόφου τους;

Στον πίνακα 10 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην κλίμακα για την εμφάνιση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους (GDS). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν πως το 54,5% των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ, ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό (45,5%) παρουσιάζει τα κλινικά συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου.

Πίνακας 10. Αποτελέσματα αξιολόγησης της κλίμακας GDS για την κατάθλιψη.

Σύνολο κλίμακας GDS	Συχνότητα	%
---------------------	-----------	---

1,00-6,00	42,00	54,5
>6,00	35,00	45,5
Total	77	100,0

Αντίστοιχα, σε σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή μόνο το 1,3% των ηλικιωμένων φαίνεται να είναι πολύ ικανοποιημένοι, ένα 32,6% ικανοποιημένο και ένα 36,8% μερικώς ικανοποιημένο. Επιπλέον, το 11,9% φαίνεται να μην έχει συγκεκριμένη άποψη/ γνώμη επί του θέματος, ενώ, ένα 7,3% είναι μερικώς δυσαρεστημένο από τη ζωή του και ένα 9,1% δυσαρεστημένο από αυτή.

Πίνακας 11. Αξιολόγηση της κλίμακας Ικανοποίησης από τη ζωή.

Σύνολο κλίμακας Ικανοποίησης από τη ζωή	Συχνότητα	%
10,00-14,00	7	9,1
15,00-19,00	6	7,3
20,00	9	11,9
21,00-25,00	28	36,8
26,00-30,00	25	32,6
31,00-35,00	1	1,3
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 12. Συσχέτιση μεταξύ καταθλιπτικής συναισθηματικής κατάστασης και ικανοποίησης από τη ζωή ατόμων 3ης ηλικίας με απώλεια συντρόφου.

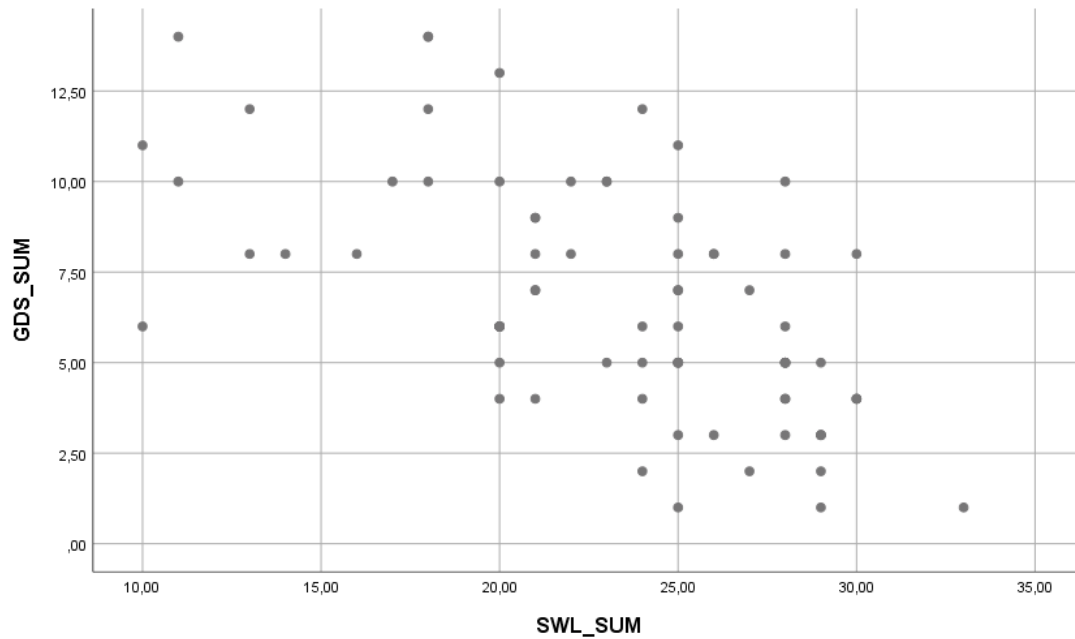
Συσχέτιση

		GDS_SUM	SWL_SUM
GDS_SUM	Pearson Correlation	1	-,598**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	77	77
SWL_SUM	Pearson Correlation	-,598**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	77	77

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στον Πίνακα 12 παρατηρούμε ότι το ζεύγος μεταβλητών με στατιστικά σημαντική συσχέτιση είναι το «καταθλιπτική διάθεση ηλικιωμένου» (GDS_SUM) και «ικανοποίηση από τη ζωή» (SWL_SUM). Υπάρχει μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ

τους ($r=-0,598$) η οποία είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.000<0.05$). Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο μεγάλη καταθλιπτική διάθεση έχουν οι ηλικιωμένοι τόσο πιο λίγη ικανοποίηση νοιώθουν από τη ζωή.



Γράφημα 1. Η αρνητική αυτή συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών απεικονίζεται και στο παραπάνω γράφημα διασποράς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης αφορούν ξεκάθαρα την ανάγκη που υπάρχει για τη δημιουργία παρεμβάσεων βελτίωσης της λειτουργικότητας, της διάθεσης και της ικανοποίησης από τη ζωή των ηλικιωμένων.

Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι του δείγματος παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα λειτουργικότητας, η οποία δε διαφέρει σημαντικά ως προς το φύλο (άνδρας-γυναίκα) ή τον τόπο διαμονής (αστική και μη αστική περιοχή). Παρ' όλα αυτά, όπως φαίνεται στα αποτελέσματα οι άνδρες φαίνεται να είναι πιο λειτουργικοί, κάτι που οφείλεται κυρίως στα κοινωνικά πρότυπα που θέλουν τον άνδρα ως ένα «σκληρότερο» και «δυνατότερο» ον, ο οποίος συνεχίζει κανονικά τη ζωή του και φαίνεται να ανακάμπτει ευκολότερα σε καταστάσεις έντονης συναισθηματικής πίεσης.

Αντίστοιχα, οι ηλικιωμένοι που ζουν σε αστικές περιοχές τείνουν να είναι πιο λειτουργικοί αφού συναναστρέφονται με περισσότερο κόσμο, έχουν περισσότερες επιλογές ως προς τη διασκέδαση τους και ενίοτε ζουν πιο κοντά στα παιδιά τους. Έτσι, καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα ότι οι ηλικιωμένοι που διαμένουν στην πόλη αναπτύσσουν μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα, τα οποία αν και διαφέρουν από εκείνα των χωριών, τους στηρίζουν σε δύσκολες στιγμές, όπως ο θάνατος του συντρόφου.

Παράλληλα, υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιωμένων με παιδιά και σε εκείνους χωρίς παιδιά, με όσους είχαν παιδιά να παρουσιάζουν αυξημένη λειτουργικότητα, διάθεση και ικανοποίηση από τη ζωή σε σχέση με όσους δεν έχουν. Τα παιδιά, ιδιαίτερα εδώ στην Κρήτη, αποτελούν μέρος των σταθερών κοινωνικών δικτύων ενός ανθρώπου, τα οποία του κρατούν συντροφιά σε δύσκολες στιγμές, συζητούν μαζί του ή/και τον/την φροντίζουν όταν κριθεί απαραίτητο. Έτσι, συμπεραίνουμε ότι τα παιδιά αποτελούν την πρώτη και σταθερότερη πηγή: (α) δύναμης, αφού αποτελούν το πιο χαρούμενο γεγονός για εκείνους, (β) φροντίδας, αφού νοιάζονται για την υγεία τους και (γ) στήριξης, με έμπρακτη παρουσία στις δύσκολες στιγμές των ηλικιωμένων.

Τέλος, μεγάλο μέρος του δείγματος φαίνεται να εμφανίζει συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης, τα οποία μετριάζουν την ικανοποίηση τους από τη ζωή. Ο θάνατος συντρόφου είναι αδιαμφισβήτητα ένα από τα πιο ψυχοπιεστικά γεγονότα (Βεργέτη, 2009), το οποίο επιδρά αρνητικά στη διάθεση του ηλικιωμένου που με τη σειρά του νιώθει θλίψη, ματαίωση και μοναξιά. Τα συναισθήματα αυτά διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο ως προς την ένταση, με αποτέλεσμα κάποιοι να θυμούνται παλιές ευτυχισμένες στιγμές και να ενισχύονται ψυχικά, ενώ άλλοι, να βυθίζονται γρηγορότερα στη θλίψη. Επομένως, γίνεται φανερό ότι όσο υψηλότερη η ένταση της καταθλιπτικής διάθεσης τόσο μειωμένη είναι η ικανοποίηση από τη ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βεργέτη, Α. (2009). Κοινωνική εργασία με οικογένειες σε κρίση. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Δαρδαβέσης, Θ. (1999). Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας» στο: Κωσταρίδου–Ευκλείδη, Α., (επιμ.) Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουγιουμτζής, Γ. (2019). Ψυχολογία Και Συμβουλευτική Ύστερης ενήλικης ζωής: Τρίτης ηλικίας. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Κριτσωτάκη, Μ., Δεμέτζου, Σ., & Κυδωνάκη, Μ. (2012). Βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την ποιότητα φροντίδας που τους παρέχει η οικογένειά τους. Συγκριτική μελέτη δύο διαφορετικών κοινοτήτων (ορεινή–πεδινή). Πτυχιακή εργασία. ΤΕΙ Κρήτης.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (2011). Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Λιμνιωτάκη, Δ. (2010). Ζήτημα Ζωής και Θανάτου. Ηράκλειο: Ητανός.
- Μωυσίδης, Α., Ανθοπούλου, Θ., Ντύκεν, Μ.Ν., (2002). Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο. Αθήνα: Gutenberg.
- Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and aging*, 12(3), 433.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: how older people perceive active ageing?. *Aging and Mental Health*, 12(3), 293-301.
- Busse, E. W. (1969). Theories of aging. *Behavior and adaptation in later life*, 11-32.

- Butler, J. (1988). Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory. *Theatre journal*, 40(4), 519-531.
- Cauley, J. A., Dorman, J. S., & Ganguli, M. (1996). Genetic and aging epidemiology: The merging of two disciplines. *Neurologic clinics*, 14(2), 467-475.
- Clarke, A., & Warren, L. (2007). Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing?. *Ageing & Society*, 27(4), 465-488.
- European Commission (2014). Population ageing in Europe: facts, implications and policies. Available on:

https://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy_reviews/kina26426enc.pdf
- Fedarko, N. S. (2011). The biology of aging and frailty. *Clinics in geriatric medicine*, 27(1), 27-37.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263.
- Kaplan, H., I., Sadock, B., J., Grebb, J., A. (1996). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσας στο Κρυσταλλίδου, E. (2013). *Η διαχείριση του πένθους των παιδιών στο σχολικό πλαίσιο: Στάσεις και αντιλήψεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- Kirkwood, T. B., & Austad, S. N. (2000). Why do we age?. *Nature*, 408(6809), 233-238.
- Lemme, B.H. (1995). *Development in adulthood*. Needham Heights MA: Allyn & Bacon.
- Marsiske, M., Klumb, P., & Baltes, M. M. (1997). Everyday activity patterns and sensory functioning in old age. *Psychology and Aging*, 12(3), 444.

- Schroots, J. J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36(6), 742-748.
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and 'active ageing': Subjective aspects of ageing actively. *Journal of health psychology*, 16(3), 467-477.
- Teater, B., & Chonody, J. M. (2017). Stereotypes and attitudes toward older people among children transitioning from middle childhood into adolescence: Time matters. *Gerontology & geriatrics education*, 38(2), 204-218.
- World Population Ageing (2015). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2015.
- WHO (2015). World report on ageing and health. Available on: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=9019161A784B91F1164EA6E622436DC4?sequence=1
- WHO (2011). Global Health and Aging. Available on: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- WHO (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Available on: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητέ/-τή συμμετέχων/-ουσα,

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Η απώλεια του συντρόφου στην τρίτη ηλικία και η επίδραση της στην καθημερινή ζωή» στο πλαίσιο των σπουδών μας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, της ΣΕΥ, του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ..

Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για τη συμμετοχή σας και να σας βεβαιώσουμε για τη διαφύλαξη των προσωπικών σας δεδομένων.

Με φιλικούς χαιρετισμούς,

Ελεάνα Μακρίδου

Αφροδίτη Μπασδέκη

Ζωή Σιάνη

Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία:
3. Μορφωτικό Επίπεδο: Πρωτοβάθμια Δευτεροβάθμια Τριτοβάθμια
4. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/-η Έγγαμος/-η Διαζευγμένος/-η
- Χήρος/-α
5. Τόπος καταγωγής:
6. Τόπος διαμονής:
7. Χώρος διαμονής: Ιδιόκτητη κατοικία Ενοίκιο
- Παραχώρηση/Φιλοξενία (8. Αν ναι, από ποιον;))
9. Διαμένετε μόνος/-η; Ναι Όχι
10. Αν όχι, με ποιόν;
11. Παιδιά: Ναι Όχι
12. Αν ναι, πόσα;
13. Τόπος διαμονής τέκνων:
14. Επάγγελμα:
15. Ασφάλιση: Ναι Όχι
16. Φορέας:
17. Μηνιαίο Εισόδημα:
18. Προβλήματα υγείας/ Φαρμακευτική αγωγή: Ναι Όχι
19. Αν ναι, τι;

20. Με τι ασχολείστε τον ελεύθερο χρόνο σας;

Σύνθετες Δραστηριότητες της Καθημερινής Ζωής
Instrumental Activities Of Daily Living Scale, I.A.D.L.

A. Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου.

- 0. Δεν εκτιμάται. 1. Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς.
- 2. Παίρνει λίγα, πολύ γνωστά τηλέφωνα.
- 3. Απαντά στο τηλέφωνο, αλλά δεν παίρνει τηλέφωνα.
- 4. Δεν χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο.

B. Ικανότητα για ψώνια.

- 0. Δεν εκτιμάται.
- 1. Αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες για ψώνια μόνος-η του/της.
- 2. Ψωνίζει, αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του/της.
- 3. Συνοδεύει απλώς για ψώνια.
- 4. Δεν πάει καθόλου για ψώνια.

Γ. Προετοιμασία γευμάτων.

- 0. Δεν εκτιμάται.
- 1. Σχεδιάζει, ετοιμάζει και σερβίρει επαρκή γεύματα.
- 2. Προετοιμάζει επαρκή γεύματα εάν υπάρχουν τα απαραίτητα.
- 3. Ζεσταίνει ή προσφέρει έτοιμα γεύματα ή ετοιμάζει γεύματα, αλλά δε διατηρεί την ικανότητα επαρκούς διατροφής.
- 4. Χρειάζεται να του/της ετοιμάσουν και να του/της σερβίρουν τα γεύματα.

Δ. Νοικοκυριό.

0. Δεν εκτιμάται.

1. Διατηρεί καθαρό το σπίτι μόνος-η με περιστασιακή βοήθεια (για τις βαριές δουλειές).

2. Κάνει τις καθημερινές δουλειές, όπως το πλύσιμο των πιάτων ή το στρώσιμο των κρεβατιών.

3. Κάνει τις καθημερινές δουλειές, αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει ένα αποδεκτό επίπεδο καθαριότητας.

4. Χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις δουλειές του σπιτιού.

5. Δεν συμμετέχει σε καμία από τις δουλειές του σπιτιού.

Ε. Πλύσιμο

0. Δεν εκτιμάται.

1. Πλένει τα προσωπικά του ρούχα μόνος-η του/της.

2. Πλένει μικρά ρούχα καθημερινής ανάγκης, όπως κάλτσες.

3. Όλο το πλύσιμο γίνεται από άλλους.

ΣΤ. Τρόποι μεταφοράς.

0. Δεν εκτιμάται.

1. Μετακινείται μόνος-η με μέσα μαζικής μεταφοράς ή οδηγεί το δικό του/της αυτοκίνητο. 2. Οργανώνει τα ταξίδια του/της με ταξί και δεν χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς.

3. Μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς όταν βοηθιέται ή συνοδεύεται από άλλους.

4. Ταξιδεύει με ταξί ή αυτοκίνητο μόνο με τη βοήθεια άλλου.

5. Δεν ταξιδεύει καθόλου.

Ζ. Υπευθυνότητα για τα φάρμακά του.

0. Δεν εκτιμάται.
1. Είναι υπεύθυνος και παίρνει τα φάρμακά του στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο.
2. Παίρνει τα φάρμακά του όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις.
3. Δεν είναι ικανός-η να πάρει τα φάρμακά του/της.

Η. Ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα.

0. Δεν εκτιμάται.
1. Διαχειρίζεται μόνος-η τα οικονομικά του/της (κονδύλια, γράφει επιταγές, πληρώνει το ενοίκιο, λογαριασμούς, πηγαίνει στην τράπεζα), μαζεύει και διατηρεί οικονομίες από το εισόδημα.
2. Τα καταφέρνει στις καθημερινές συναλλαγές, αλλά χρειάζεται βοήθεια για την τράπεζα, τις μεγάλες συναλλαγές.
3. Ανίκανος-η να διαχειρίζεται χρήματα.

Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης GDS - Geriatric Depression Scale

- | | |
|---|----------|
| 1. Είστε βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας; | Ναι/ Όχι |
| 2. Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας; | Ναι/ Όχι |
| 3. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια; | Ναι/ Όχι |
| 4. Βαριέστε συχνά; | Ναι/ Όχι |
| 5. Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό; | Ναι/ Όχι |
| 6. Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό; | Ναι/ Όχι |
| 7. Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό; | Ναι/ Όχι |
| 8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος; | Ναι/ Όχι |

9. Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα; Ναι/ Όχι
10. Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ότι οι άλλοι; Ναι/ Όχι
11. Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα; Ναι/ Όχι
12. Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα; Ναι/ Όχι
13. Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια; Ναι/ Όχι
14. Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική; Ναι/ Όχι
15. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς; Ναι/ Όχι

Κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή

Παρακάτω υπάρχουν πέντε προτάσεις με τις οποίες μπορεί να συμφωνείτε ή να διαφωνείτε. Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 7, καταδείξτε την συμφωνία σας με κάθε λήμμα τοποθετώντας τον κατάλληλο αριθμό στην γραμμή που προηγείται του λήμματος αυτού. Παρακαλώ, να είστε ανοιχτοί και ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1 = Διαφωνώ Πολύ, 2 = Διαφωνώ, 3 = Διαφωνώ Λίγο, 4 = Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ

5 = Συμφωνώ Λίγο, 6 = Συμφωνώ, 7 = Συμφωνώ Πολύ

- _____ 1. Από τις περισσότερες απόψεις, η ζωή μου είναι κοντά στο ιδανικό μου.
- _____ 2. Οι συνθήκες της ζωής μου είναι εξαιρετικές.
- _____ 3. Είμαι ικανοποιημένος/-η με τη ζωή μου.
- _____ 4. Μέχρι στιγμής έχω αποκτήσει τα πιο σημαντικά πράγματα που θέλω στη ζωή.

_____ 5. Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δεν θα άλλαζα τίποτα.

ΤΕΛΟΣ