

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Τρόπος ζωής υγιών και αυτόνομων ηλικιωμένων: έμφυλες και χωρικές διαφοροποιήσεις στην Κρήτη.

ΟΝΟΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ

ΣΜΥΡΝΙΩΤΑΚΗ ΑΡΕΤΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

ΚΡΗΤΙΚΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

Ηράκλειο, Σεπτέμβριος 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Abstractσελ.3

Περίληψη πτυχιακής εργασίαςσελ.5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – Προβληματισμοί που οδήγησαν στην διεξαγωγή της έρευνας ...σελ.7

Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο 1

Ηλικιωμένοι.

1.1. Ορισμός Γήρατοςσελ.9

1.2. Χαρακτηριστικά ηλικιωμένου πληθυσμούσελ.12

1.3. Αλλαγές και προβλήματα στη ζωή των ηλικιωμένωνσελ.14

1.4. Δικαιώματα ηλικιωμένωνσελ.20

Κεφάλαιο 2

Ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους.

2.1. Η έννοια της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένουςσελ.24

2.2. Η έννοια της υγείας στους ηλικιωμένουςσελ.28

2.2.1. Υγιής Γήρανσησελ.31

2.3. Η έννοια της αυτονομίας στους ηλικιωμένουςσελ.34

2.3.1 Παράγοντες επίδρασης στην αυτονομία των ηλικιωμένωνσελ.35

Κεφάλαιο 3

Τρόπος ζωής των ηλικιωμένων.

3.1. Τρόπος ζωής και δραστηριότητες καθημερινότητας ηλικιωμένωνσελ.38

3.2. Έμφυλες διαφορές ηλικιωμένωνσελ.42

3.3. Ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένωνσελ.44

3.4 Σεξουαλικότητα ηλικιωμένωνσελ.47

3.5 Ηλικιωμένοι και οικογενειακές σχέσειςσελ.51

Κεφάλαιο 4

Κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους.

- 4.1. Η δημογραφική γήρανσησελ.55
- 4.2. Προγράμματα υποστήριξης της υγείας και της αυτονομίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδασελ.57
- 4.3 Δαπάνες για την φροντίδα των ηλικιωμένωνσελ. 60

Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ :

Κεφάλαιο 5

Σχεδιασμός και Μεθοδολογία και της έρευνας.

- 5.1. Σκοπός, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα σελ.64
- 5.2. Πεδίο μελέτης,σελ.66
- 5.3 Επιχειρηματολογία χρήσης Ποιοτικής Μεθόδου έρευνας..... σελ.67
- 5.4. Κριτήρια επιλογής του δείγματοςσελ.68
- 5.5.1. Ερευνητικά εργαλεία συλλογής και ανάλυσης δεδομένωνσελ68
- 5.5.2. Οδηγός ημιδομημένης συνέντευξηςσελ69
- 5.6. Παρουσίαση του τρόπου Διεξαγωγής της έρευνας σελ73

Κεφάλαιο 6

Ανάλυση δεδομένων και παρουσίαση αποτελεσμάτων.

- 6.1. Αρχείο Κοινωνικού και Δημογραφικού προφίλ μετεχόντων σελ74
- 6.2. Ο τρόπος ταξινόμησης των δεδομένωνσελ.82
- 6.3. Τάσεις και απόψεις των ηλικιωμένων του δείγματος..... σελ.84
- 6.4. Συζήτηση - ερμηνεία αποτελεσμάτων ανάλυσης, και συσχέτιση τους με τη θεωρίασελ.93
 - 6.4.1. Συζήτηση- ερμηνεία αποτελεσμάτων ανάλυσης της παιδικής ζωής και συσχέτισης με τη θεωρίασελ.93
 - 6.4.2. Συζήτηση- ερμηνεία αποτελεσμάτων ανάλυσης της ενήλικης ζωής και συσχέτισης με τη θεωρίασελ.101
- 6.3.3. Συζήτηση - ερμηνεία της θεματική ενότητας του γήρατος και συσχέτιση με τη βιβλιογραφίασελ.103

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑσελ.121

Βιβλιογραφίασελ.124

Abstract

Title: The way of living of healthy and autonomous senior citizens: gender and spatial differences in Crete

Authors: Papadopoulos Dimitrios, Smyrniotaki Areti,
Students of the Department of Social Work, Technical University of Crete

Under the supervision of: Dr. Antonios Kritikos

September 2012

Key words: Fourth age, longevity, elderly, aging, mortality, way of living, health, autonomy, quality of life, sexuality

Abstract

Aim: Aim of this research is to thoroughly describe and investigate the daily habits of Cretan senior citizens that determine and shape their autonomy, their quality of life and their relatively good health. Additionally, we aim to examine the differentiation of their way of life with regards to their gender and their residence (rural, urban).

Methodology: The review of the bibliography and the composition of the theoretical part of this paper were followed by the planning and the conduct of quality research, via semi-structured interviews to healthy and autonomous senior citizens over the age of 75 that reside in Crete. The guide of the semi-structured interviews was based on the thematic units of investigation. Later on, the interviews were transcribed and their content was analyzed and categorized in groups as well as separately.

Results: Most elderly feel healthy, up to the point that health problems do not hinder their autonomy and functionality. All are involved in many activities, like entertainment and work. They also interact with their supportive environment.

Conclusion: By the use of triangulation of the views of researchers, of the authors and comparative bibliography, came the following results: The interaction between the elderly and their social environment leaves the former room for looking after themselves in independent choices and the pursuit of personal choices. Gender does have an effect on functionality only when it comes to domestic work, while the location of the residence does seem to be of importance to their functionality.

With regards to the way of living of the elderly throughout their lives, the most important factors that contribute towards quality living are: 1) plain diet due to Cretan cuisine, 2) continuous work, mostly agricultural, 3) avoidance of reckless behaviors, 4) satisfaction of biological needs, including sex life, 5) the existence of supportive, mostly family networks, 6) entertainment, 7) existence of friends, 8) low stress levels 9) effort to keep up to date with contemporary issues and events.

Περίληψη πτυχιακής εργασίας

Τίτλος εργασίας: Τρόπος ζωής υγείων και αυτόνομων ηλικιωμένων : έμφυλες και χωρικές διαφοροποιήσεις στην Κρήτη.

Σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας: Παπαδόπουλος Δημήτρης, Σμυρνωτάκη Αρετή

Υπό τη επίβλεψη του: κ. Κρητικού Αντώνη

Ημερομηνία: Σεπτέμβριος 2012

Λέξεις κλειδιά: Τέταρτη ηλικία, μακροζωία, υπερήλικες, ηλικιωμένοι, γήρανση, θνησιμότητα, τρόπος ζωής, υγεία, αυτονομία, ποιότητα ζωής, διατροφή, σεξουαλικότητα, ευ ζην

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι να περιγραφούν και να διερευνηθούν εις βάθος, οι καθημερινές συνήθειες ηλικιωμένων της Κρήτης, οι οποίες προσδιορίζουν και διαμορφώνουν την αυτονομία, την ποιότητα ζωής τους και την σχετικά καλή υγεία τους. Συμπληρωματικά, επιχειρείται η διερεύνηση των διαφοροποιήσεων του τρόπου της ζωής τους, σε σχέση με το φύλο και τον ιδιαίτερο τόπο διαμονής τους.

Μεθοδολογία: Μετά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τη συγγραφή του θεωρητικού μέρους της εργασίας, ακολούθησε ο σχεδιασμός και η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας, μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων σε υγιείς και αυτόνομους ηλικιωμένους άνω των 75 ετών, που διαβιούν στην Κρήτη. Ο οδηγός των ημιδομημένων συνεντεύξεων βασίστηκε στις θεματικές ενότητες διερεύνησης. Στη συνέχεια απομαγνητοσκοπήθηκαν οι συνεντεύξεις και έγινε η ανάλυση του περιεχομένου τους και η κατηγοριοποίηση των δεδομένων σε ομαδοποιημένες τάσεις και μεμονωμένες απόψεις.

Αποτελέσματα: Η κύρια τάση των ηλικιωμένων του δείγματος είναι ότι αισθάνονται υγιείς, μέχρι του ορίου που τα προβλήματα υγείας, δεν παρεμποδίζουν την αυτονομία και την λειτουργικότητα τους. Κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι όλοι εξακολουθούν να έχουν πολλές δραστηριότητες ψυχαγωγίας εργασία και αλληλεπίδρασης με το υποστηρικτικό τους περιβάλλον.

Συμπεράσματα: Με τριγωνοποίηση των απόψεων των ερευνητών, των σπουδαστών και συγκριτικά με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, προέκυψαν τα παρακάτω κύρια συμπεράσματα: Η αλληλεπίδραση τους με τον κοινωνικό τους περίγυρο, αφήνει χώρο για ενασχόληση με τον εαυτό τους σε ανεξάρτητες προσωπικές τους επιλογές. Το φύλο επηρεάζει τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων μόνο σε θέματα που αφορούν τις οικιακές δουλειές ενώ ο τόπος κατοικίας παίζει ρόλο στη λειτουργικότητα τους.

Σε ότι αφορά τον διαχρονικό τρόπο ζωής των ηλικιωμένων του δείγματος, ως σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στο ευ ζην αναδεικνύονται: 1) η λιτή διατροφή της κρητικής κουζίνας, 2) η συνεχής εργασιακή ενασχόληση κυρίως αγροτικού τύπου, 3) η αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών, 4) η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής με κάποιο τρόπο, 5) η ύπαρξη κυρίως οικογενειακών υποστηρικτικών δικτύων, 6) η ψυχαγωγία, 7) το ευρύ φιλικό περιβάλλον 8) το χαμηλό επίπεδο άγχους 9) η προσπάθεια διατήρησης επαφής με την επικαιρότητα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγιής γήρανση του πληθυσμού, είναι σήμερα μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις, που καλείται να αντιμετωπίσει η Ευρώπη. Οι συνέπειες της δημογραφικής μετάβασης, σε ένα ολοένα αυξανόμενο πληθυσμό που γερνά, επηρεάζουν αισθητά την οικονομία, την ιατρική φροντίδα, την πρόνοια και τελικά την κοινωνική ανάπτυξη ενός κράτους. Μάλιστα οι επιπτώσεις αυτές όπως αναδεικνύει η βιβλιογραφία που μελετήθηκε, αυξάνονται με εκθετικό δείκτη όταν μιλάμε για τους ηλικιωμένους της τέταρτης ηλικίας. Κατά συνέπεια, χρειάζεται περισσότερη γνώση για το πώς θα διασφαλιστεί η καλή υγεία, αυτονομία, και ποιότητα ζωής στους υπερήλικες, ώστε να προληφθούν οι επιπτώσεις υψηλού κόστους στο σύνολο του πληθυσμού.

Το ερευνητικό ενδιαφέρον που παρουσιάζουν τα παραπάνω ζητήματα προσέγγισης του «ευ ζην» των ηλικιωμένων και η ανάγκη για εμβάθυνση σε όψεις της διαφορετικότητας του τρόπου ζωής τους, ήταν η αφορμή για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, το ενδιαφέρον των ερευνητών για την πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων και την εξέλιξη και βελτίωση των πολιτικών που τους αφορούν, αποτέλεσαν τα προσωπικά κίνητρα των σπουδαστών για τη διεξαγωγή της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Για τη συγγραφή της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν διάφορες πηγές όπως βιβλιογραφικές, ελληνικές και ξενόγλωσσες, επιστημονικά περιοδικά και ηλεκτρονικές βάσεις επιστημονικών ερευνών περιοδικών και άρθρων. Το διαδίκτυο χρησιμοποιήθηκε σε μικρότερη έκταση. Μετά από ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρατηρήθηκε ότι το ευ ζην προσεγγίζεται μέσω της προσπάθειας κατανόησης και άρσης των προβλημάτων των ηλικιωμένων. Από τη μία το περιεχόμενο των περισσότερων ερευνών στην Ελλάδα για θέματα που σχετίζονται με τους ηλικιωμένους, εστιάζει στα προβλήματα που τους αφορούν. Από την άλλη, τα τελευταία χρόνια, σε διάφορες περιοχές του κόσμου, διεξάγονται έρευνες που αφορούν τον τρόπο διαβίωσης των ηλικιωμένων, που έχουν καλή ποιότητα ζωής, αναδεικνύοντας ποικίλους παράγοντες που συμβάλλουν στην υγεία, την αυτονομία και την ποιότητα ζωής τους. Επιλέχθηκε, λοιπόν, ως σκοπός της παρούσας έρευνας να περιγραφούν και να διερευνηθούν εις βάθος, οι καθημερινές συνήθειες ηλικιωμένων της Κρήτης, οι οποίες προσδιορίζουν και διαμορφώνουν την αυτονομία,

την ποιότητα ζωής τους και την σχετικά καλή υγεία τους. Συμπληρωματικά, επιχειρείται η διερεύνηση των διαφοροποιήσεων του τρόπου της ζωής τους, σε σχέση με το φύλο και τον ιδιαίτερο τόπο διαμονής τους.

Είναι γεγονός, ότι ο τρόπος ζωής είναι ένα πολυποίκιλο φαινόμενο, οι πτυχές του οποίου δεν δύνανται να εξαντληθούν ερευνητικά σε ένα ερωτηματολόγιο με ποσοτικές μετρήσεις. Άλλωστε, η υποκειμενικότητα των εννοιών της ποιότητας ζωής και της υγείας των ηλικιωμένων δημιουργούν το κατάλληλο έδαφος για τη διεξαγωγή εις βάθος ποιοτικής έρευνας μέσω συνεντεύξεων. Έτσι, τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, αφορούν το συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού που επιλέχθηκε και δεν έχουν στόχο τη γενίκευση στο σύνολο του πληθυσμού των ηλικιωμένων.

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε από το Σεπτέμβριο του 2011 έως τον Σεπτέμβριο του 2012, σε αστικές και επαρχιακές περιοχές της Κρήτης. Η μελέτη σχεδιάστηκε επί τη βάση 6 κεφαλαίων, εκ των οποίων τα τέσσερα πρώτα αφορούν το θεωρητικό μέρος της έρευνας και τα επόμενα δύο το ερευνητικό. Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται κάποια βασικά, εισαγωγικά χαρακτηριστικά που αφορούν τους ηλικιωμένους. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύεται η έννοια της ποιότητας ζωής και οι πτυχές της υγείας και της αυτονομίας στα γηρατειά. Στο επόμενο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στις καθημερινές δραστηριότητες μιας τυπικής μέρας και στον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων, με εστίαση σε βασικές πτυχές του τρόπου ζωής τους. Ακολούθως το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στη γενικότερη κοινωνική πολιτική του κράτους, προς αυτούς τους ανθρώπους. Προχωρώντας, στο ερευνητικό κομμάτι, το πέμπτο κεφάλαιο περιγράφει τον σχεδιασμό της μελέτης, καθώς και την ερευνητική της μεθοδολογία. Καταλήγοντας στο κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας. Στο τελευταίο κεφάλαιο, γίνεται ταξινόμηση και ανάλυση των αποτελεσμάτων της εργασίας, ώστε να προκύψουν οι ομαδοποιημένες τάσεις και οι μεμονωμένες απόψεις των μετεχόντων στην έρευνα. Ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων, με την παράθεση των απόψεων των σπουδαστών για την ερμηνεία τους αλλά η σύγκριση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα. Τέλος παρατίθενται τα συμπεράσματα της μελέτης ως απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί. Επιπλέον γίνονται προτάσεις για την καλύτερη αξιοποίηση των ευρημάτων της έρευνας και την περαιτέρω διερεύνηση των νέων ζητημάτων που αναδεικνύονται ως ερευνητικά ενδιαφέροντα.

Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο 1

Ηλικιωμένοι.

Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, παραθέτει ουσιαστικά κάποιες βασικές, εισαγωγικές πληροφορίες για τον υπό μελέτη πληθυσμό. Κρίνεται σκόπιμο, στην αρχή της εργασίας, να επισημάνουμε τους ορισμούς που δίνονται για τα ηλικιωμένα άτομα, ώστε να αντιληφθεί ο αναγνώστης τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων. Έτσι περιγράφουμε κάποια στοιχειώδη χαρακτηριστικά, όπως αυτά παραθέτονται στη βιβλιογραφία. Σε επόμενο υποκεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια περιγραφής των αλλαγών και των προβλημάτων της ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων, μιας και πρόκειται για μια ηλικιακή ομάδα με υψηλές ανάγκες και με κρίσιμες αλλαγές στην υγεία και στην αυτονομία των μελών της. Τέλος θα ήταν παράληψη να μην αναφερθούν τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, τα οποία σχολιάζονται στο τελευταίο υποκεφάλαιο του πρώτου κεφαλαίου.

1.1 Ορισμός γήρατος

Κοιτάζοντας στο παρελθόν, οι άνθρωποι στους ρωμαϊκούς χρόνους, είχαν ως μέση διάρκεια ζωής τα 22 χρόνια, κυρίως εξαιτίας του εξαιρετικά μεγάλου ποσοστού της θνησιμότητας των νηπίων. Από το 1940 μέχρι σήμερα, ο αριθμός αυτός αιωρείται γύρω από τα 74 έτη. Παγκοσμίως το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων, δηλαδή των ατόμων ηλικίας 65 και άνω, τείνει ν' αυξάνει όλο και περισσότερο, σε σχέση με τα νέα άτομα και τις γεννήσεις (Olson,2000). Τα συμπεράσματα των επιστημόνων συγκλίνουν στην άποψη ότι τα 120 χρόνια ζωής είναι το απώτατο όριο, πέρα από το οποίο το ανθρώπινο σώμα δε μπορεί να ζήσει χωρίς κάποια σοβαρή γενετική παρέμβαση. Ωστόσο ο πιο ηλικιωμένος άνθρωπος που έχει καταγραφεί στα χρονικά ήταν η Τζιν Λούσι Κάλμεντ, η οποία απεβίωσε το 1997 σε ηλικία 122 ετών. Η ίδια απέδιδε την μακροβιότητα της στην καθημερινή κατανάλωση ενός ποτηριού πόρτο (Σαραντής,2005).

Σημαντική αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ανθρώπων, παρατηρείται περίπου στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα. Σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων ανθρώπων, περίπου δυο στους τρεις, ζουν στις ανεπτυγμένες χώρες. Έτσι, σε αυτές τις χώρες ο ρυθμός που αυξάνονται οι ηλικιωμένοι είναι περίπου αντιστρόφως

ανάλογος με το ρυθμό αύξησης των άλλων ηλικιακών ομάδων. Ο άνθρωπος, στον ανεπτυγμένο κόσμο, μπορεί να ζήσει μέχρι και 130 χρόνια, υπό προϋποθέσεις, ενώ οι ερευνητές τονίζουν ότι ένα στα τέσσερα παιδιά που γεννήθηκαν το 2008, θα τερματίσει τη ζωή του ως άτομο αιωνόβιο. Μεταξύ 1980 και 2020, η συνολική αύξηση του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών υπολογίζεται γύρω στο 9,5%, ενώ η αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού στο 240% (Biern.,1996).

Η ελληνική κοινωνία, έχει την τάση να διακρίνει και να ταξινομεί τα άτομα σε διάφορες κατηγορίες, λαμβάνοντας υπόψη το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, το θρήσκευμα κτλ. (Γουρνάς,1993). Οι παραδόσεις και οι κρατούσες αξίες, οι κανόνες δικαίου και οι εκάστοτε ηλικιακές χρονικές οριοθετήσεις, καθώς και οι κοινωνικές/ταξικές διαφοροποιήσεις, προσδίδουν κάθε φορά και ένα καινούριο περιεχόμενο στην έννοια του γήρατος, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα και το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας έναντι των γερόντων (Μουσιδής,2002). Μια τέτοια κατηγορία προκύπτει για τους ανθρώπους, με βάση την ηλικία τους. Οπότε, ο διαχωρισμός με βάση την ηλικία των ανθρώπων έχει ως εξής: παιδιά, νέοι, ενήλικες και υπερήλικες. (Γουρνάς,1993).

Η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί στην άποψη ότι δημιουργείται μια τέταρτη ηλικία και μάλιστα πολύ δυναμική και ισχυρή. Οι υπερήλικες αποτελούν την τρίτη και την τέταρτη ηλικία, ωστόσο οι σχετικοί όροι «ηλικιωμένος», «γήρας», «τρίτη ηλικία», παραμένουν ασαφείς μέχρι και σήμερα, αν και δεν υπάρχει αυστηρώς συγκεκριμένο βιολογικό όριο. Το 65 έτος, θεωρείται συνήθως το μεταίχμιο της μετάβασης στην τρίτη ηλικία. Με βάση τον ορισμό του Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), τον οποίο υιοθετούμε στην παρούσα έρευνα, τα έτη 74 - 90 αντιστοιχούν στην 4η ηλικία και τα άνω των 90 στην 5η ηλικία . Ως πραγματικά υπερήλικες (aged) χαρακτηρίζονται οι πάνω των 75 ετών, ενώ ως νεότεροι υπερήλικες (elderly) οι ηλικιωμένοι ηλικίας μεταξύ 65-74. Έχει προταθεί η ηλικία των 85 ετών να αντιπροσωπεύει την απόλυτη κορυφή του μέσου ανθρώπου Εάν κάποιος μεταβαίνει από την τρίτη στην τέταρτη ηλικία, αυτό εξαρτάται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου ή την ποιότητα της ζωής του (Χανιώτης,χ.χ.).

Ο WHO (World Health Organization) μετά το συνέδριο του Κιέβου το 1964 όρισε τα άτομα ηλικίας 60-74 ετών σαν ηλικιωμένα (personnes âgées), εκείνα με ηλικία 75-89 ετών σαν γέροντες (viellards), και εκείνα με ηλικία άνω των 90 ετών σαν μεγάλους γέροντες (grands vieillards ή gerontins) (Χανιώτης,1998).

Πολλοί από τους κοινωνικούς επιστήμονες, αποπειράθηκαν να προσεγγίσουν και να ερμηνεύσουν το γήρας. Από αυτές τις προσπάθειες, απορρέουν και οι τρεις βασικές κοινωνιολογικές θεωρίες για το γήρας, disengagement theory, activity theory, continuity theory.

Η πρώτη θεωρία, βασίστηκε περισσότερο σε ατομικούς, παρά οικολογικούς/κοινοτικούς παράγοντες και προσπάθησε να περιγράψει τη μετάβαση των ανθρώπων στην τρίτη ηλικία, τη δεκαετία του '60. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η μετάβαση στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται από κοινωνική απόσυρση και γενικότερη μείωση των σχέσεων των ηλικιωμένων, λόγω της συνταξιοδότησης. Ακόμα, φαίνεται να υποστηρίζει ότι και η κοινωνία από την πλευρά της, σταματάει να παρέχει χρήσιμους ρόλους στους ηλικιωμένους καθώς τους μεταβιβάζει στην επόμενη γενιά. (Cumming,1963).

Στον αντίποδα αυτής της θεωρίας, βρίσκεται η activity theory, σύμφωνα με την οποία επιτυχής γήρανση σημαίνει ότι ένα άτομο θα βρει ικανοποιητικούς ρόλους, όσο το περιβάλλον εξακολουθεί να παρέχει ευκαιρίες. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζει ότι όσοι ηλικιωμένοι είναι ενεργοί και δραστήριοι γηράσκουν πιο επιτυχημένα και ευτυχισμένα. Έτσι, προϋποθέτει, την ύπαρξη νέων ρόλων, σε αντικατάσταση των παλαιότερων, οι οποίοι παρέχουν έντονο αίσθημα ευημερίας. (Litwin,2006).

Η continuity theory, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην προσαρμοστικότητα του ανθρώπου, καθώς θεωρεί ότι το γήρας είναι μια διαδικασία μεγάλων αλλαγών που πρέπει κανείς να βρει την ισορροπία του στη συνεχή αλλαγή. (Agahi,2006). Σύμφωνα με την Atchley (1989:67), «οι άνθρωποι δεν αλλάζουν όσο μεγαλώνουν, απλώς γίνονται πιο πολύ από αυτό που ήταν». Με άλλα λόγια, όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος, συχνά, αυξάνονται και τα προβλήματα υγείας του, μπορεί να γίνει περισσότερο επίμονος στις απόψεις του, το σώμα του γερνάει και γενικότερα υπάρχει μια αύξηση στους περισσότερους από τομείς του. Έτσι, η Atchley, υποστηρίζει ότι όσο μεγαλώνουν οι άνθρωποι, γίνονται πιο πολύ από αυτό που ήταν.

Προσπάθειες για ερμηνεία του γήρατος, έκανε και η βιοϊατρική, σύμφωνα με την οποία το γήρας είναι συνώνυμο με την αδυναμία, την ανικανότητα για δραστηριοποίηση, την απώλεια κινητικότητας, την αυξημένη πιθανότητα νοσηρότητας καθώς και τις ψυχοκοινωνικές αλλαγές. Η βιοϊατρική λοιπόν, πρεσβεύει ότι η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που

τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (Cauley,1996).

Είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι όροι ηλικιωμένοι και γήρας, έχουν αμφισβητηθεί από πολλούς επιστήμονες μιας και πρόκειται για όρους κοινωνικά κατασκευασμένους, άλλωστε το γήρας δεν είναι μόνο επιστημονικό θέμα αλλά είναι θέμα αντίληψης των ίδιων των ανθρώπων (Estes,2001).

1.2. Χαρακτηριστικά ηλικιωμένου πληθυσμού

Οι αλλαγές των κοινωνικών δομών είχε σαν αποτέλεσμα την πτώση των αξιών και τη δημιουργία μιας ηθικής κρίσης που επέφερε βαθύ ρήγμα στο οικογενειακό σύστημα. Η ανάγκη για εργασία της γυναίκας έξω από το σπίτι, άλλαξε τον παραδοσιακό της ρόλο. Οι μεγάλες εκτεταμένες οικογένειες, αντικαταστάθηκαν με τις πυρηνικές και έτσι αφανίστηκε η παρουσία των ηλικιωμένων ανθρώπων από την οικογένεια. Αυτοί είναι κάποιοι από τους σημαντικούς παράγοντες που συντέλεσαν ώστε οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται κοινωνικά αλλοτριωμένοι.

Οι άνθρωποι, καθώς διανύουν τα χρόνια που χαρακτηρίζουν την τέταρτη ηλικία ενδέχεται να δημιουργήσουν στη ζωή τους πάγιους κανόνες, βασισμένους στον προηγούμενο τρόπο ζωής που είχαν. Κάποιοι από αυτούς ίσως γίνουν πιο δογματικοί, δυσπροσάρμοστοι και ασυνήθιστα συντηρητικοί. Σπανιότερα επιχειρούν να ανανεώσουν τις ιδέες τους επιχειρώντας να δοκιμάσουν κάτι καινούργιο, ενώ συνήθως δεν ανανεώνουν τις σχέσεις και τις συνήθειες τους. Οι διαπροσωπικές σχέσεις που συνήθως διατηρούν τα ηλικιωμένα άτομα περιορίζονται σε λίγα πρόσωπα του κοντινού τους περιβάλλοντος, ή στο σύντροφό τους, με τον οποίο συνήθως παρατηρείται να έχουν αναπτύξει σχέσεις έντονης εξάρτησης. (Χανιώτης,χ.χ.).

Παρά το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι δε χαρακτηρίζονται από ζωντάνια, πρωτοβουλία ή ταχύτητα δράσεως, είναι άτομα που τα χρόνια της ηλικίας τους, τους αποδίδουν πείρα, σύνεση, γνώση και σοβαρότητα αντιμετώπισης των κινδύνων (Χανιώτης,χ.χ.). Η εμπειρία και η γνώση των ηλικιωμένων αντισταθμίζουν την επιβράδυνση στα διάφορα ερεθίσματα που παρουσιάζουν (Γουρνάς,1993). Τα άτομα αυτής της ηλικίας, διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στη διατήρηση των παραδόσεων κάθε κοινωνίας, καθώς φροντίζουν να διατηρηθούν, με την ιδιαίτερη τους επιμονή, στις παλιές συνήθειες (Χανιώτης,χ.χ.).

Η γεροντική ηλικία χαρακτηρίζεται από μεταβολές στην υγεία, έκπτωση και μείωση της ενεργητικότητας και των ικανοτήτων, ενώ εκδηλώνεται αγωνία και τάση για εξασφάλιση. Υπάρχει πιθανότητα οι ηλικιωμένοι να εμφανίσουν μεγαλύτερη δειλία μπροστά σε κινδύνους, έστω και μηδαμινούς, καθώς και έντονη αναζήτηση ασφάλειας και προστασίας από κάθε πηγή. Επίσης, τα δύο φύλα συμφωνούν στα ενδιαφέροντά τους σε αντίθεση με την περίοδο της εφηβείας (Χανιώτης,χ.χ.).

Οι ηλικιωμένοι γονείς επιθυμούν να έχουν τον προσωπικό τους χώρο και να διαμένουν ξεχωριστά, αλλά όχι μακριά από τα παιδιά τους. Οι ηλικιωμένοι γίνονται θύματα αυξανόμενης μοναξιάς και ανασφάλειας, όταν αισθάνονται ότι γίνονται «βάρος» ή τους «βαριούνται», κυρίως τα άτομα του στενού τους οικογενειακού περιβάλλοντος. Το αίσθημα της μοναξιάς τονώνεται από την πλήξη και την έλλειψη διαφόρων ενασχολήσεων ή ενδιαφερόντων, ενώ έχουν την τάση να συγκρίνουν τον τωρινό εαυτό τους, με τον παρελθοντικό. (Μουσούρου,1993).

Ορισμένοι επιστήμονες, υποστηρίζουν ότι η γεροντική ηλικία είναι μία συνάρτηση πρωταρχικώς κοινωνική και η άποψη αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι αν και δε χαρακτηρίζονται όλοι οι ηλικιωμένοι από τα προαναφερθέντα γνωρίσματα, εντούτοις η στάση του κοινωνικού περίγυρου αναγκάζει τους υπερήλικες σε ανάλογη συμπεριφορά και ανώμαλη προσαρμογή στο γήρας. (Χανιώτης, χ.χ).

Στερεοτυπικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ηλικιωμένων ατόμων που αναφέρονται συχνά είναι ο εγωκεντρισμός, οι υπερβολικές απαιτήσεις, οι παράλογοι φόβοι και η απομόνωση από τον έξω κόσμο. Ωστόσο, οι πιο σύγχρονες απόψεις αποδέχονται ότι η προσωπικότητα των ηλικιωμένων δε μεταβάλλεται από το γήρας. Διατηρεί όλα τα χαρακτηριστικά της προηγούμενης ζωής και οι όποιες κάποιες αλλαγές λαμβάνουν χώρα δεν σχετίζονται με την ηλικία, αλλά με τις επώδυνες εμπειρίες που συσσωρεύονται στη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Πανέρα,1999).

Η σημαντικότερη «αλλαγή» της προσωπικότητας είναι η τάση για εσωστρέφεια, καθώς ο κύκλος των γνωριμιών μικραίνει και η συμμετοχή στις καθημερινές υποθέσεις περιορίζεται, θα μπορούσε να στηριχτεί η άποψη ότι κυριαρχεί η ρουτίνα. Υπάρχει συχνή ενασχόληση με τη σωματική υγεία που μπορεί να φτάσει ακόμα και στη νοσηρή μορφή της υποχονδρίασης (Γουρνάς,1993).

Ακόμα, ένα μεγάλο ποσοστό αναπτύσσει ενδιαφέρον για τη θρησκεία ευελπιστώντας ότι μέσω αυτής θα αντιμετωπίσουν, την ιδέα του επερχόμενου θανάτου με πνευματική ηρεμία.

Έρευνες καταδεικνύουν ότι το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και η υγεία αποτελούν παράγοντες καταλυτικής σημασίας, για την ευημερία και την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης Ηλικίας. Όταν και οι τρεις παράγοντες είναι ψηλά, ένας ηλικιωμένος μπορεί να είναι σχετικά δραστήριος και να αντλεί ικανοποίηση από τις δραστηριότητές του. Η κακή υγεία επηρεάζει την ικανοποίηση, αλλά επιδρά εξίσου και το μορφωτικό επίπεδο, γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα αυτού του παράγοντα στην ανακάλυψη και ανάπτυξη των ενδιαφερόντων (Rapport,1981)

Εν κατακλείδι, ο πληθυσμός των ανθρώπων που βρίσκονται σε ηλικία πάνω από 85 ετών, έχει μοναδικά δημογραφικά χαρακτηριστικά. Σε αντίθεση με τα άλλα ηλικιακά στρώματα, αριθμούνται περισσότερες γυναίκες, από άντρες, ενώ υπάρχουν υψηλότερα ποσοστά συνοσηρότητας και γίνεται περισσότερη κατανάλωση υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας (Suzman et al.,1992).

1.3 Αλλαγές και προβλήματα στη ζωή των ηλικιωμένων

Η γήρανση συχνά συνδέεται με σύνθετα και αλληλένδετα προβλήματα που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα της φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υγείας (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999:244) Έτσι, μπορούμε να μιλήσουμε για ψυχοσωματικές και κοινωνικές μεταβολές, που δυνητικά μπορούν να συνεπάγονται προβλήματα και αυξημένες ανάγκες στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων.

A) Ψυχοσωματικές αλλαγές.

Είναι γεγονός ότι με την πάροδο του χρόνου παρατηρούνται φθορές τόσο στη λειτουργικότητα όσο και στη μορφολογία των οργάνων του ανθρώπινου σώματος. Ωστόσο, οι περισσότερες μεταβολές δεν ταυτίζονται με τη νοσηρότητα, αλλά θεωρούνται φυσιολογικές. Σε αυτές περιλαμβάνονται και μεταβολές που γίνονται ορατές στην εμφάνιση των ηλικιωμένων, όπως το άσπρισμα των μαλλιών, οι ρυτίδες στο πρόσωπο, η απώλεια δοντιών, η λέπτυνση του δέρματος, η κύρτωση της ράχης, η απώλεια ύψους, διαφοροποίηση βάρους κ.α.

Από άποψη φυσιολογίας, τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν λιγότερα κύτταρα υψηλού μεταβολισμού. Αντίστοιχα και οι ανάλογοι ιστοί γίνονται λεπτότεροι και χάνουν την αντοχή, την αποδοτικότητα και τη δύναμη τους. Έτσι η γήρανση τείνει να συνδέεται με τον αυξανόμενο κίνδυνο φυσικής και διανοητικής

ανικανότητας. Οι συνηθέστερες αιτίες εισαγωγής των υπερηλίκων ασθενών σε νοσοκομεία είναι τα καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια και οι λοιμώξεις, οι οποίες αποτελούν και τη συνηθέστερη αιτία θανάτου. Οι ηλικιωμένοι τείνουν επίσης να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών. Για παράδειγμα, είναι συχνότερος, στους ηλικιωμένους ο διαβήτης, που μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση και η οστεοπόρωση που αυξάνει την πιθανότητα καταγμάτων και κινητικής αναπηρίας. Έτσι, η αποκατάσταση και ανάρρωση των ηλικιωμένων είναι συχνά πιο αργή και μακροχρόνια. Παράλληλα, η φροντίδα υγείας στους ηλικιωμένους απαιτεί σύνθετη και εξειδικευμένη αντιμετώπιση από διεπιστημονική γηριατρική ομάδα (Δοντάς, 1981).

Συνοπτικά παρατηρούνται τα εξής χαρακτηριστικά όσων αφορά στις ασθένειες των ηλικιωμένων (Grimley, 2001):

Γρήγορη επιδείνωση αν δεν τύχει έγκαιρης και κατάλληλης φροντίδας.

Υψηλή συχνότητα πολλαπλών συνυπαρχουσών ασθενειών.

Δυσκολία στη διαφορική διάγνωση.

Υψηλή συχνότητα επιπλοκών.

Συχνή ανάγκη για δυναμική διεπιστημονική παροχή φροντίδας.

Συχνή ανάγκη για βοήθεια κατά την επανένταξη στην κοινότητα.

Μια ακόμα σωματική αλλαγή, παρατηρείται σε μεταβολές και παθήσεις που εμφανίζονται συχνά στο κεντρικό νευρικό σύστημα των ηλικιωμένων με παράλληλη πτώση των γνωστικών λειτουργιών τους. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν χάσει ένα σημαντικό αριθμό νευρικών κυττάρων. Η παρακμή και η εκφύλιση του νευρικού συστήματος θεωρείται ως η κυριότερη αιτία του γήρατος. Τα νευρικά κύτταρα με την πάροδο της ηλικίας παθαίνουν εκφυλιστική ατροφία, ενώ η ατροφία του εγκεφάλου έχει ως αποτέλεσμα τη σμίκρυνση του, με τα αγγεία του εγκεφάλου να παρουσιάζουν συχνότερα αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις. Οι παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (ιδιαίτερα τα εγκεφαλικά σύνδρομα, οι διάφορες μορφές άνοιας και η νόσος του Πάρκινσον) αποτελούν την πρώτη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας στην Ελλάδα για τους ηλικιωμένους. (Δοντάς, 1981).

Η εξασθένηση της μνήμης αρχίζει από τη μέση ηλικία ακολουθώντας το νόμο του Ribot (Κουντούρης 2012) και χαρακτηρίζεται από προοδευτική απώλεια των πρόσφατων μνημονικών εικόνων. Τα γεγονότα του μακρινού παρελθόντος μπορεί να διατηρηθούν με μεγαλύτερη σαφήνεια και ακρίβεια στο μυαλό του ηλικιωμένου. Το 40% των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών έχουν ήπιες διαταραχές μνήμης κάτι που

μπορεί να οδηγήσει σε πλημμελή λήψη των φαρμάκων τους. Επίσης, η κακή συμμόρφωση των ηλικιωμένων σε χρόνιες θεραπείες, σαφώς επηρεάζεται από τη νοητική τους κατάσταση. Υπάρχουν βέβαια ειδικές συσκευές που διευκολύνουν τους ηλικιωμένους στη λήψη φαρμάκων και την θεραπευτική τους αγωγή, αλλά πολλές φορές είναι απαραίτητη και η συνεχής επίβλεψη (Schwartz 2003). Ωστόσο, σήμερα οι επιστήμονες συμφωνούν ότι η σημαντική απώλεια μνήμης πρέπει να θεωρείται ως σύμπτωμα ασθένειας μάλλον, παρά ως χαρακτηριστικό των γηρατειών. Άλλωστε υπάρχουν διάφορες τεχνικές ενεργοποίησης του εγκεφάλου και πρόληψης της απώλειας μνήμης με ενθαρρυντικές αξιολογήσεις (Έμκε-Πουλοπούλου, 1999:244)

Οι αλλαγές στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων έχουν επιπτώσεις και στην ψυχολογία τους. Τα κυριότερα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων προέρχεται κυρίως από την συσσωρευμένη λύπη που αισθάνονται, για διάφορες απώλειες που έχουν υποστεί σταδιακά όπως για παράδειγμα, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η εξασθένηση της όρασης ή της μνήμης κ.α. Όλα αυτά συχνά συμβάλλουν στην μείωση της αυτοεκτίμησης, και ακολούθως τη μείωση των ενδιαφερόντων και την ελάττωση της διάθεσης για δράση (Πολίτης, 2000). Οξύμωρο σχήμα αποτελεί το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών από τους νέους, ωστόσο έχουν χαμηλότερη συχνότητα κατάθλιψης (Rubinstein, 2000).

Ωστόσο, μιλώντας για φυσιολογικά γηρατεία, σύμφωνα με την Έμκε-Πουλοπούλου, παρατηρείται ότι πολλοί ηλικιωμένοι είναι υγιείς και ικανοί να διατηρήσουν τις νοητικές λειτουργίες τους σε ικανοποιητικό επίπεδο. Καταλυτικό ρόλο προς αυτή την εξέλιξη, έχει η ύπαρξη κατάλληλων ψυχοκοινωνικών ερεθισμάτων. (Έμκε-Πουλοπούλου, 1999:244).

B) Αλλαγές στην κοινωνική πλευρά της ζωής των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι, αντιμετωπίζουν ποικίλα προβλήματα διαβίωσης, και έχουν ιδιαίτερες ανάγκες λόγω των αλλαγών που συνεπάγεται στη ζωή τους η τρίτη και τέταρτη ηλικία.

Με την έναρξη της συνταξιοδότησης οι ηλικιωμένοι εγκαινιάζουν ταυτόχρονα και μια νέα οικονομική περίοδο στη ζωή τους. Ενδέχεται να έχουν εισοδήματα από κοινωνική ασφάλιση, από ιδιωτική ασφάλιση, από επικουρικές συντάξεις, από εργασία, από αποταμιεύσεις, από περιουσία κλπ. Κατά κανόνα, όμως,

οι συντάξεις αποτελούν το κύριο εισόδημα τους. (Clark, 1995) Η σύνταξη είναι η συνάρτηση της απασχόλησης που είχαν στο εργασιακό ιστορικό τους οι ηλικιωμένοι και διαφόρων παραγόντων όπως η ηλικία συνταξιοδότησης, η οικογενειακή τους κατάσταση κ.α. Συνήθως ωστόσο, είναι χαμηλότερες του εισοδήματος που είχαν πριν οι ηλικιωμένοι και το ύψος της σηματοδοτεί καθοριστικά το επίπεδο διαβίωσης των συνταξιούχων. Παρ' όλα αυτά, αν και φαίνεται οι ηλικιωμένοι να έχουν εισόδημα χαμηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού, το 1994 στην Ελλάδα μόνο το 10,4% ήταν κάτω από το όριο της φτώχειας, ενώ το 29% ήταν πολύ κοντά σε αυτό το όριο (Μπαλούρδος, 1996). Μεγαλύτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση των σημαντικών διαφοροποιήσεων καθώς συγκεκριμένες ομάδες όπως π.χ. οι χήρες οι μετανάστες κ.α. παρουσιάζουν πολύ υψηλότερα ποσοστά φτώχειας (Baugher, & Lamison-White, 1996).

Συνήθως επικρατεί η αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά χρήματα για να ζήσουν. Η σύγχρονη πραγματικότητα διαψεύδει αυτή την άποψη. Στην τρίτη και ιδιαίτερα στην τέταρτη ηλικία, οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένα ιατροφαρμακευτικά έξοδα λόγω των διαφόρων προβλημάτων υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι σαφώς πολυέξοδη. Οι ανάγκες για παροχή φροντίδας συχνά εκτείνονται και σε θέματα οικιακής βοήθειας, νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι κ.α. Μάλιστα σε αυτές τις ανάγκες συχνά δίνεται προτεραιότητα. Έτσι, το άμεσο επακόλουθο ενός ανεπαρκούς εισοδήματος, είναι ο περιορισμός των εξόδων για συνθήκες στέγασης. Μάλιστα η κατοικία τους συχνά παραχωρείται στα παιδιά τους και οι ηλικιωμένοι περιορίζονται σε μικρότερα σπίτια ή γυρνάνε πίσω στα χωριά τους. Οι παραπάνω συνθήκες ελλοχεύουν τον κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού. Ακόμα και στις υπηρεσίες κοινωνικής περίθαλψης (που δεν παρέχονται εντελώς δωρεάν), εάν οι ηλικιωμένοι στερούνται εισοδήματος, τότε είναι πιθανότερο να προσεγγίσουν τις υπηρεσίες μόνο σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. (Tinker, 1996).

Επιπροσθέτως τα ηλικιωμένα άτομα συχνά βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό και λόγω των προκαταλήψεων που επικρατούν εις βάρος τους. Γενικά υπάρχουν πολλά στερεότυπα για τους ηλικιωμένους και μάλιστα οι πιο αρνητικές αξιολογήσεις προέρχονται από τους νέους και τους εφήβους (Heckhausen et. al. 1989). Διακρίσεις που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά μιας ηλικίας περιγράφονται με τον όρο ageism. «Ageism είναι μια κοινωνική νόσος, όπως ο ρατσισμός και σεξισμός που δημιουργεί στερεότυπα, προκαταλήψεις, πιστεύω που δημιουργούν αρρώστια,

μιζέρια, φόβο» (Palmore, 2005). Έτσι π.χ. ένα επακόλουθο φαινόμενο είναι το “babytalk” που αντιστοιχεί σε αυθόρμητη ομιλία σε ηλικιωμένο άτομο κατά τον τρόπο που απευθύνεται κανείς σε πολύ μικρά παιδιά, βάσει της προκατειλημμένης πεποίθησης ότι έχει χαμηλή αντίληψη λόγω της προχωρημένης ηλικίας του, και δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε ένα ανώτερο επίπεδο συνομιλίας. (Rodin, 1986). Ακόμα, οι γιατροί είναι πιο πιθανό να γράψουν φάρμακα αντί ψυχοθεραπεία σε ηλικιωμένους, θεωρώντας αυθαίρετα ότι θα είναι δύσκολη η επικοινωνία με τον ηλικιωμένο, λόγω του επιπέδου της αντίληψης του. Επιπλέον, για τον ίδιο λόγο, δίνουν λιγότερες πληροφορίες στους ηλικιωμένους για την κατάσταση της υγείας τους και τη θεραπεία που ενδείκνυται γι’ αυτούς (Gatz & Pearson 1988). Αξιοσημείωτο είναι ότι το φαινόμενο ageism απεικονίζεται και στη συμπεριφορά των ίδιων των ηλικιωμένων, όταν για παράδειγμα μια ηλικιωμένη αποφασίζει να εγκαταλείψει τη συνήθεια να βάφει τα μαλλιά της, πιστεύοντας ότι αυτό είναι ανάρμοστο πια στα βαθιά γεράματα, ή μπορεί να έχει υιοθετήσει την άποψη ότι το σεξ δεν ταιριάζει στους ηλικιωμένους. Τελικά μελέτες έδειξαν ότι το φαινόμενο ageism, δεν έχει υιοθετηθεί, μόνο από παιδιά ηλικίας μικρότερης των 4 ετών (Isaacs & Bearison, 1986). Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγάλης ηλικίας επεκτείνεται και σε δυσκολίες στην εύρεση εργασίας. Στερεοτυπική είναι και η αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι είναι ανίκανοι να εργάζονται ή ότι δεν είναι παραγωγικοί (Tinker, 1996). Αυτό το πιστεύω είναι η βάση των πολιτικών συνταξιοδότησης που γέννησαν το ασφαλιστικό πρόβλημα. (βλ. κεφάλαιο 4) που είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Πιο συγκεκριμένα όταν σε παλιότερες δεκαετίες καθορίστηκε το όριο συνταξιοδότησης σε χαμηλότερες ηλικίες από ότι σήμερα, αυτό έγινε με γνώμονα τον μέσο όρο επιβίωσης που ίσχυε τότε. Σύμφωνα όμως με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο μέσος όρος επιβίωσης στην Ελλάδα το 1990 ήταν τα 77 έτη, το 2000 ήταν τα 78 έτη και το 2009 τα 80 έτη (World healthstatistics 2011). Παρατηρείται δηλαδή ότι κάθε 10 χρόνια αυξάνεται κατά 1 ή 2 χρόνια το προσδόκιμο επιβίωσης για κάθε φύλο. Κατ’ αναλογία παρατάθηκε και η λειτουργικότητα των ηλικιωμένων και άρα η ικανότητα τους να εργαστούν. Όμως η νομοθετική τροποποίηση του ορίου συνταξιοδότησης δεν επανεκτιμήθηκε για πολλά χρόνια. Έτσι συνέβη κάποια στιγμή ολοένα λιγότεροι εργαζόμενοι να πρέπει να καλύπτουν συνταξιοδοτικά ολοένα αυξανόμενο πληθυσμό ηλικιωμένων. Στην βάση του προβλήματος λοιπόν υπήρχε η προκατειλημμένη αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι, (γενική προσέγγιση προς όλους τους ηλικιωμένους

χωρίς ιδιαίτερη διαβάθμιση ή κατηγοριοποίηση, με λίγες μόνο εξαιρέσεις στα σώματα ασφαλείας κ.α.) δεν δύνανται να εργαστούν, σε καμία περίπτωση μετά την ηλικία συνταξιοδότησης.

Άλλωστε οι ηλικιωμένοι δείχνουν να έχουν και τη θέληση και την ικανότητα να εργάζονται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Μετρήσεις έδειξαν ότι το ώριμο εργατικό δυναμικό επιδεικνύει μεγαλύτερη συνέπεια και παρουσιάζει λιγότερα ατυχήματα και απουσίες στη δουλειά (Root, 1981). Τέλος, η αναγκαστική συνταξιοδότηση για έναν ηλικιωμένο, συχνά γίνεται αντιληπτή σαν απώλεια της κοινωνικής του θέσης, των φίλων - συναδέλφων και απώλεια της ικανοποίησης που προέρχεται μέσα από την επαγγελματική δράση τη δημιουργικότητα και την καταξίωση (Couper, and Pratt, 1999).

Σημαντικές επίσης είναι και οι μεταβολές στις κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων. Πιθανόν η μείωση των κοινωνικών τους επαφών να σχετίζεται με τη δυσκολία μετακίνησης, ακόμα και εξαιτίας των περιορισμών στην οδήγηση λόγω φυσικής κατάστασης. Πάντως η χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου για κοινωνικές επαφές και ψυχαγωγία συνοδεύεται πλέον με λιγότερη ενοχή απ' ότι παλαιότερα (Μπαλούρδος κ.α, 1996). Φαίνεται ότι υπάρχει επίσης μια τάση μείωσης της κοινωνικής δράσης μεταξύ των ηλικιωμένων. Γενικά όμως η πρόθεση συμμετοχής τους στα κοινωνικά δίκτυα παραμένει σταθερή. Ωστόσο αν και έχουν την επιλογή δημιουργίας νέων κοινωνικών δικτύων μέσω των Κέντρων Ανοιχτής Φροντίδας Ηλικιωμένων των Κ.Α.Π.Η. εντούτοις παρατηρείται μια μετακίνηση των κοινωνικών επαφών των ηλικιωμένων από τους φίλους προς τους συγγενείς και ιδιαίτερα προς τους γείτονες, τα παιδιά και τα εγγόνια τους (Palmore, 1981).

Σε ότι αφορά την συντροφικότητα αποδεικνύεται ότι το σεξ εξακολουθεί να έχει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή των ηλικιωμένων ακόμα και μετά τα 70 και ότι η ικανοποίηση που λαμβάνουν από αυτό δεν διαφοροποιείται καθώς μεγαλώνουν. Παρόλα αυτά τίθενται ζητήματα συντροφικότητας καθώς πολλοί ηλικιωμένοι έχουν χάσει το ταίρι τους και είναι χήροι /ες. (Palmore, 1981).

Στη μελέτη του Wiener και των συνεργατών του, που έγινε σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, το 1/3 των ηλικιωμένων που μελετήθηκαν, δηλώνουν ότι τα γηρατειά είναι τα καλύτερα χρόνια της ζωής τους, ενώ οι μισή περίπου θεωρούν είναι τόσο

ικανοποιημένοι από τη ζωή τους στα γεράματα, όσο περίπου ήταν και παλαιότερα σε νεότερες ηλικίες (Wiener, et all 1990).

Μιλώντας για το επίπεδο διαβίωσης, παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ηλικιωμένων με παρόμοιες οικονομικές δυνατότητες, ανάλογα με τον τρόπο ζωής, τον τόπο κατοικίας, το φύλο και την οικογενειακή τους κατάσταση (Μπαλούρδος κ.α, 1996). Συνεπώς, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η μελέτη αυτών των διαφοροποιήσεων και ο προσδιορισμός των παραγόντων του ευ ζήν στους ηλικιωμένους.

1.4 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Στα δικαιώματα των ηλικιωμένων αναφέρονται πολλά ευρωπαϊκά κείμενα, η Εθνική νομοθεσία των κρατών και ανάλογα κείμενα του ΟΗΕ και άλλων διεθνών Οργανισμών και Οργανώσεων των ηλικιωμένων. Ωστόσο η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος (International Federation of Aging) το 1996 αναφέρθηκε τόσο σε δικαιώματα, όσο και σε υποχρεώσεις των ηλικιωμένων.

Κοινό σημείο σε όλα τα κείμενα είναι ότι όλοι οι ηλικιωμένοι, ακόμα και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι, μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματά τους και τις ελευθερίες τους, όπως όλοι οι πολίτες. Έτσι, μόνη εξαίρεση μπορεί να συμβεί αν έχει αμφισβητηθεί ιατρικά και νομικά η δικαιοπρακτική τους ικανότητα. Επίσης σύγκλιση απόψεων υπάρχει σε ό,τι αφορά την αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας (δηλαδή αποφυγή του φαινομένου «ageism») και της κοινωνικής συμμετοχής των ηλικιωμένων. Έτσι για παράδειγμα:

_Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος.

_Τα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης της ΕΟΚ αναφέρονται στην ελευθερία κίνησης για εργαζόμενους και συνταξιούχους. Πιο συγκεκριμένα, χορηγείται το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη, στις οποίες ασκείται ή ασκήθηκε, η επαγγελματική δραστηριότητα των ατόμων.

_Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων όλων των ηλικιών, για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, και την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25, συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να

του επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του.

_Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενο για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από ηλικία, φυλή, φύλο, αναπηρία ή θρησκεία. Κύριο μέλημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη, ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού, συμπεριλαμβανομένων και των περιορισμών που συνεπάγεται η προχωρημένη ηλικία στη σημερινή κοινωνία. Έτσι, η σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ αναφέρεται σε "επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση" και για τους ηλικιωμένους.

_Το Ποινικό και Αστικό Δίκαιο καθώς και η σχετική νομοθεσία που καλύπτει την περίπτωση ασθένειας, αναφέρεται στα ατομικά δικαιώματα του πολίτη, (επομένως και των υπερηλίκων), ως εξής: Όλοι οι πολίτες έχουν δικαίωμα:

- Ενημέρωσης για την πραγματική κατάσταση της υγείας τους για την ιατρική διάγνωση και θεραπεία.
- Συμμετοχής στο σχεδιασμό της θεραπείας και της φροντίδας.
- Άρνησης για συμμετοχή σε πειραματική έρευνα.
- Το δικαίωμα να μην υποβάλλονται σε χειρουργικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις χωρίς πλήρη ενημέρωση για τους κινδύνους που διατρέχουν και χωρίς την έγγραφη συγκατάθεσή τους που μπορούν ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσουν.
- Προσωπικής ρύθμιση οικονομικών υποθέσεων.
- Τήρησης του ιατρικού και νοσηλευτικού απορρήτου (Πουλοπούλου, 1994).

Τα παραπάνω στοιχεία παρατίθενται ως απάντηση στη διάκριση που συχνά υφίστανται οι ηλικιωμένοι λόγω του φαινομένου ageism (Palmore, 1986). Όπως χαρακτηριστικά υποστηρίζεται σε σχετική μελέτη, οι γιατροί δίνουν στους νεότερους ασθενείς περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους, παρόλο που οι περισσότεροι ηλικιωμένοι διατηρούν εξίσου φυσιολογική αντίληψη, ώστε να κατανοήσουν το ιατρικό πρόβλημα και να πάρουν αυτόβουλα τις αποφάσεις που τους αφορούν (Gatz & Pearson 1988).

Συνοψίζοντας, τα δικαιώματα των ηλικιωμένων προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και

αξιοπρέπειας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, στο δικαίωμα για απασχόληση (εθελοντική ή αμειβόμενη), στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους την πρόσβαση σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης, και γενικά στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία.

Σε ό,τι αφορά τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες των ηλικιωμένων, αυτές προσδιορίζονται στα πλαίσια που το επιτρέπει η υγεία τους και η προσωπική τους κατάσταση. Έτσι το προσδόκιμο είναι οι ηλικιωμένοι να επιδιώκουν:

- Να παραμείνουν ενεργοί, και ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι.
- Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας.
- Να επωφελούνται από την δια βίου εκπαίδευση και την ειδικευση.
- Να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατεία και τη συνταξιοδότηση.
- Να αναβαθμίζουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητές τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης (εθελοντικής ή αμειβόμενης).
- Να είναι ευέλικτοι, και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν με τα άλλα μέλη της οικογένειας.
- Να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές.
- Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας.
- Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα.
- Να αποφασίζουν για την περίθαλψή τους την οποία προτείνει ο γιατρός και γνωρίζει η οικογένεια τους (Πουλοπούλου 1999)

Αξιοσημείωτο είναι ότι από το 1998 σύμφωνα με το Πρόσθετο Πρωτόκολλο στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη (μέρος II, άρθρο 4) διευκρινίζεται ότι κάθε ηλικιωμένο άτομο έχει δικαίωμα στην Κοινωνική Προστασία. Τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να μπορούν να παραμένουν ως ενεργοί συντελεστές εξέλιξης της κοινωνίας, για όσο το δυνατόν περισσότερο. Έτσι θα πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες και πόρους για να μπορέσει να καταστεί αυτό δυνατό. Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να διατηρούν το δικαίωμα να ζουν ελεύθεροι και να διατηρούν την ανεξαρτησία τους και επίσης έχουν δικαίωμα να έχουν απόρρητη ιδιωτική ζωή για όσο διάστημα επιθυμούν ή είναι ικανοί να το κάνουν. Θα πρέπει επίσης να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλη στέγη για τις ανάγκες τους καθώς και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Επιπλέον το 1999 μετά την Σύσταση 1428 σχετικά με το μέλλον των ηλικιωμένων πολιτών η οποία αναπτύχθηκε από τα Ηνωμένα Έθνη, ανακηρύχτηκε το 1999 "Διεθνές Έτος των Ηλικιωμένων». Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ΕΕ 2000 (364) 1 (7 Δεκεμβρίου 2000) αναγνωρίζει επίσης την ανάγκη ανάπτυξης ομάδας εμπειρογνομόνων για την βελτιστοποίηση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων ατόμων στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης. Παράλληλα διαφαίνονται ανησυχίες για τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές και τις ακραίες διαφορές μεταξύ των συνθηκών διαβίωσής τους. Η σύσταση ενθαρρύνει επίσης την έρευνα που πρέπει να γίνει για τους ηλικιωμένους σε εθνικό επίπεδο, έτσι ώστε τα προγράμματα να μπορούν να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες προκλήσεις των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας σε ορισμένες γεωγραφικές τοποθεσίες. Επιπλέον, ενθαρρύνει τα κράτη και τις τοπικές κυβερνήσεις να αναπτύξουν νέα μέτρα για την προστασία των ηλικιωμένων, την ενθάρρυνση της κοινωνικής τους συμμετοχής και τη δημιουργία μιας πιο θετικής εικόνας για τους ηλικιωμένους. Σήμερα η Ευρωπαϊκή Ένωση όρισε το έτος 2012 «Έτος Ενεργού Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών». Η έμφαση δίδεται στην νέα έννοια της «Ενεργού Γήρανσης», η οποία αναλύεται σε επόμενο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας.

Κεφάλαιο 2

Ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους.

Το θέμα της έρευνας σε μια πιο ελεύθερη αναφορά, είναι η μελέτη του τρόπου ζωής ηλικιωμένων ανθρώπων της Κρήτης, που σήμερα ουσιαστικά βρίσκονται στην τέταρτη ηλικία και ζουν μια ποιοτική ζωή. Στο δεύτερο κεφάλαιο λοιπόν, γίνεται μια προσπάθεια ώστε να περιγραφούν, όσο είναι δυνατόν εκτενέστερα, οι έννοιες της ποιότητας ζωής, της υγείας και της αυτονομίας, ηλικιωμένων ανθρώπων. Η έννοια της υγείας δεν προσεγγίζεται ιατροκεντρικά, αλλά με μία ολιστική θεώρηση, λαμβάνοντας υπόψη την υποκειμενικότητα με την οποία τη βιώνουν οι ηλικιωμένοι, με το πέρας των χρόνων. Επίσης γίνεται αναφορά στην έννοια της υγιούς γήρανσης των ανθρώπων σύμφωνα με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα. Στο επόμενο υποκεφάλαιο, περιγράφεται η έννοια της αυτονομίας των ηλικιωμένων και τέλος καταγράφονται οι παράγοντες που τη διαμορφώνουν.

2.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί στην άποψη ότι η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο διαμορφώνεται από πολλαπλούς παράγοντες. Παρ' όλα αυτά όμως, πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι μία συνολική εκτίμηση της ικανοποίησης από τη ζωή ή της ικανοποίησης των αναγκών είναι επαρκής για τον εννοιολογικό προσδιορισμό της ποιότητας ζωής. (Torrance,1987). Η παραπάνω άποψη στηρίζεται στη θεωρία και τις μετρήσεις της χρησιμότητας και επικεντρώνεται στη μονοδιάστατη έκφραση της ποιότητας ζωής (Kaplan,1987).

Η έννοια της ποιότητας ζωής απασχολεί τους ανθρώπους, από τους αρχαίους χρόνους. Ο Αριστοτέλης, ένας από τους μεγαλύτερους φιλόσοφους της αρχαιότητας και δημιουργός της «Λογικής», ανέλυε τη λέξη «ευδαιμονία» η οποία αποδίδει ό,τι και η έννοια της «ποιότητας ζωής». Ο Αριστοτέλης παραθέτει τη φιλοσοφική ανάλυση της έννοιας της «ευδαιμονίας» σε ένα από τα συγγράμματα του, τα «Ηθικά Νικομάχεια». Στο σύγγραμμά του αυτό, ορίζει την ευδαιμονία ως « ένα είδος (λογικής) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής» (Yfantopoulos,2001a). Ο

φιλόσοφος θεωρούσε ότι η «ευδαιμονία» είναι το «τέλειο και αυτάρκες αγαθό» για τον άνθρωπο, που αποτελεί το σκοπό των πράξεων όλων των ανθρώπων. Υποστήριζε ακόμα, ότι οι περισσότεροι συμφωνούν στην άποψη πως η ποιότητα ζωής (ευ ζην) και η ευημερία (ευ πράττειν) είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία (Οικονόμου,2001).

Έρευνες για τις συνθήκες ζωής που αναπτύχθηκαν προς τα τέλη του 19^{ου} αι. και στις πρώτες δεκαετίες του 20αι. στις προηγμένες χώρες τις Ευρώπης και της Αμερικής, ανέδειξαν τον όρο «ποιότητα ζωής». Έτσι, το 1929 δημιουργείται στις Η.Π.Α., η πρώτη προεδρική επιτροπή για την καταγραφή των συνθηκών της ζωής διαφόρων στρωμάτων της αμερικανικής κοινωνίας και των τάσεων διαφοροποίησής τους. Έπειτα, ακολούθησαν κι άλλες μελέτες, που διακόπηκαν λόγω του Β' Παγκόσμιου πολέμου και συνέχισαν με τη λήξη του. Από το 1970 και εξής, έχουν γίνει πολλές συζητήσεις και έρευνες σχετικές με την ποιότητα ζωής. Η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί στην άποψη ότι η ποιότητα ζωής, είναι μια ιστορική κατηγορία, που, ναι μεν υπάρχει σε βάθος χρόνων, όμως το περιεχόμενο της αλλάζει σύμφωνα με τις εκάστοτε κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, τις κυρίαρχες αξίες ζωής και τη δράση των κοινωνικών δυνάμεων. Ωστόσο, παρατηρείται ότι ο όρος έχει κάποια σημεία που σχετίζονται με τη «φυσικότητα» και την «κοινωνικότητα» του ανθρώπου (Βακαλιός,1984).

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε κυρίως από τους κοινωνικούς επιστήμονες, χρησιμοποιήθηκε όμως εκτενώς και από άλλα επιστημονικά παιδιά. Στη λογοτεχνία ο όρος ποιότητας ζωής εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80. Στη συνέχεια, οι ερευνητές της ποιότητας ζωής επινόησαν τεχνικές και εξέλιξαν εργαλεία για να αξιολογήσουν και να μετρήσουν την υγεία σε φυσικό επίπεδο, διανοητικών και κοινωνικών διαστάσεων της ευημερίας (Yfantopoulos,2001b).

Η ποιότητας ζωής, είναι μια πλούσια σε περιεχόμενο έννοια αποτελούμενη από διάφορες συνθήκες ή συστατικά. Αν επιχειρήσει κανείς να προσδιορίσει την έννοια με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατή η εκτίμηση και η μέτρησή της, τότε θ' αντιληφθεί ότι ενέχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις (Fernandez, 2002).

Οι επιστήμονες, έκαναν αλληπάλλληλες προσπάθειες να ερμηνεύσουν την «ποιότητα ζωής». Στα αποτελέσματα αυτής της προσπάθειας, είναι εμφανής ο διαχωρισμός μεταξύ «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων (Baker,1982). Ωστόσο, οι απόψεις των Zautra και Goodhard (1979) συγκλίνουν, ως

προς την αναγκαιότητα συνδυασμού αυτών των παραμέτρων. Ερμηνεύουν την ποιότητα ζωής ως εξής: «η ζωή να είναι καλή» και θεωρούν ότι αξιολογείται τόσο με υποκειμενικά όσο και με αντικειμενικά κριτήρια. Έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης κ.α. (Zautra,1979).

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας υποστηρίζουν ότι είναι σημαντικά τα εξής: η καλή υγεία, η λειτουργική δυνατότητα, η αίσθηση της προσωπικής επάρκειας ή η χρησιμότητα, η κοινωνική συμμετοχή, τα κοινωνικά δίκτυα, ειδικά η ύπαρξη των φίλων, η κοινωνική στήριξη και το επίπεδο εισοδήματος. Ο Cantly και πολλοί άλλοι ερευνητές συνδύασαν όλα αυτά τα δεδομένα τόσο με την ψυχολογική ευημερία, όσο και με την ποιότητα ζωής στα γηρατεία. (Maddox,1963). Ακόμη, το κοινωνικό κεφάλαιο και η συνοχή, είναι συστατικά που θεωρούνται βασικά για την ποιότητα ζωής. (Kawachi,2000).

Ένα σημαντικό κριτήριο για να χαρακτηρίσει κανείς ότι ζει μια ποιοτική ζωή , είναι και η προσαρμοστικότητα. Με άλλα λόγια, η καλή προσαρμογή του ηλικιωμένου στα γηρατεία, αλλά και στις επιπτώσεις που αυτά φέρουν στο ανθρώπινο σώμα, είναι αυτό που αναφέρεται ως «καλά γηρατεία». Ο Γεροντολογικός Σύλλογος των Η.Π.Α. το 1995, δημιούργησε το απόφθεγμα “*Add life to years, not just more years to life*” (να προσθέτουμε ζωή στα χρόνια, και όχι απλώς περισσότερα χρόνια στη ζωή). Η Lemme (1995) προτείνει επίσης κάποια κριτήρια για την έκβαση των επιτυχημένων γηρατειών τα οποία είναι:

- Η διάρκεια ζωής.
- Η βιολογική υγεία.
- Η ψυχική υγεία.
- Η γνωστική αποτελεσματικότητα.
- Η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα.
- Η ικανότητα ελέγχου της ζωής μας .
- Η ικανοποίηση από τη ζωή.

Τα παραπάνω κριτήρια αποτελούν δείκτες οι οποίοι βοηθούν στην αξιολόγηση των επιτυχημένων ή όχι γηρατειών. Διαπιστώνεται ότι οι μετρήσεις των παραπάνω δεικτών μπορεί να είναι αντικειμενικές (π.χ. στατιστικά δεδομένα, αριθμοί κτλ.), ή υποκειμενικές (π.χ. τι άποψη έχει το ίδιο το άτομα, αυτοαντίληψη κτλ.). Αυτό που συμβαίνει συχνά, όμως, είναι, ότι οι άνθρωποι τείνουν να αντισταθμίζουν τη δύσκολη πραγματικότητα, με υποκειμενικές εκτιμήσεις. Είναι μια μορφή άμυνας που

αναπτύσσουν κάποια άτομα και έτσι μπορούμε να έχουμε τον ίδιο βαθμό ικανοποίησης από άτομα που ζουν και αντιμετωπίζουν τελείως διαφορετικές συνθήκες ζωής. Έτσι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν αρκεί μόνο η εκτίμηση των υποκειμενικών συνθηκών, για την αξιολόγηση της ποιότητας της γήρανσης αλλά είναι χρήσιμα και τα αντικειμενικά κριτήρια τα οποία μπορεί να είναι:

- Κανονιστικά: δηλαδή τα κριτήρια των ειδικών τα οποία εξ ορισμού θέτουν την ιδανική κατάσταση. Πρόκειται, όμως, για καταστάσεις που δεν αφορούν όλους τους ηλικιωμένους, αλλά κυρίως τους ανθρώπους της μεσαίας και της ανώτερης τάξης.
- Προσαρμοστικά: τέτοια κριτήρια αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του ατόμου στην αντιμετώπιση διάφορων δυσκολιών. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

Εντούτοις, υπάρχουν και υποκειμενικά κριτήρια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μετρήσουν την ποιότητα της ζωής, με άλλα λόγια πόσο καλή θεωρεί τη ζωή του, το ίδιο το άτομο. (Arnold, 1991). Πρόκειται για κριτήρια που σχετίζονται με την αντίληψη του ανθρώπου, την υγεία του, την οικονομική του κατάσταση, την ενέργεια που έχει ως άνθρωπος κτλ (Arnold, 1991).

- Σύμφωνα με τον Calman (1984), το εάν είναι ικανοποιημένο ένα άτομο από τη ζωή του, αυτό σημαίνει ότι ο βίος του απαντά σε δικά του κριτήρια, για να ορίζει την ποιότητα της ζωής του. Με άλλα λόγια, την ποιότητα της ζωής μας, την ορίζουμε εμείς, για τον εαυτό μας, ως ένα βαθμό. Γίνεται μια προσπάθεια, για να εκτιμηθεί το κατά πόσο συγκλίνουν οι στόχοι, οι προσπάθειες και οι προσδοκίες ενός ατόμου στη ζωή. (Campbell, 1976).
- Η υποκειμενική ευημερία σχετίζεται αλλά και διαφέρει από την ικανοποίηση από τη ζωή, επειδή ενέχει μέσα της την ευτυχία. (Diener, 2000). Ως ευτυχία ορίζεται η διάθεση ενθουσιασμού και χαράς, η οποία αντικατοπτρίζει τις τρέχουσες συνθήκες ζωής του ατόμου (Campbell, 1976).
- Το ηθικό κριτήριο, τοποθετεί και απεικονίζει τον άνθρωπο στο μέλλον, αντικατοπτρίζει το κουράγιο του και την αυτοπειθαρχία του (McDowell 1987).

Αυτές οι τρεις ιδιότητες της υποκειμενικής ποιότητας ζωής αποδεικνύουν ουσιαστικά ότι η κρίση για τον αν ο βίος είναι ικανοποιητικός βασίζεται στο

παρελθόν (ικανοποίηση από τη ζωή), το παρόν (υποκειμενική αυτοαντίληψη της ευημερίας) και το μέλλον (ηθικό) (Stock ,1986).

2.2. Η έννοια της υγείας στους ηλικιωμένους

Ο προσδιορισμός της υγείας ενός πληθυσμού, αποτελεί ένα δύσκολο επιστημονικό εγχείρημα, καθώς πρόκειται για πολυδιάστατη έννοια με διεπιστημονικό χαρακτήρα. Κατά καιρούς έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να ερμηνευτεί η υγεία, αποδίδοντας πολλούς διαφορετικούς ορισμούς. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι καθορίζονται από επαγγελματικά, ακαδημαϊκά, πολιτισμικά και ιστορικά δεδομένα. Έτσι λοιπόν στην ιατρική επιστήμη υγεία θεωρείται η απουσία παθολογικών συμπτωμάτων. Αυτός είναι ένας αρνητικός-αφαιρετικός ορισμός, ωστόσο διαφορετικά προσεγγίζει την υγεία ένας γιατρός του δυτικού κόσμου και ένας γιατρός-μάγος αφρικανικής φυλής ιθαγενών. Στις δυτικές κοινωνίες η παχυσαρκία θεωρείται ασθένεια και προβλέπεται θεραπεία, ενώ σε ασιατικές κοινωνίες είναι σημάδι ευημερίας και είναι κοινωνικά επιθυμητή. Σύμφωνα με τον Ackerknecht (1998) η υγεία του ατόμου επηρεάζεται όχι μόνο από τη βιολογική βάση και την κληρονομικότητα του, αλλά και από το περιβάλλον (κοινωνικοπολιτισμικό και φυσικό). Η ταξινόμηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την υγεία καταλήγει σε τέσσερις κατηγορίες:

1. (20-30%) Ευρύτεροι περιβαλλοντικοί παράγοντες π.χ. ρύπανση, ανθυγιεινό εργασιακό περιβάλλον, ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης κλπ.
2. (10-20%) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και υπηρεσίες υγείας π.χ. ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, διαφορετικές παροχές υγείας από διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία κ.α.
3. (20%) Βιολογικοί παράγοντες, π.χ. κληρονομικότητα, ηλικία κ.λπ.
4. (40-50%) Ανθρώπινη συμπεριφορά π.χ. συμπεριφορές ρίσκου για την υγεία και υψηλής επικινδυνότητας όπως χρήση ναρκωτικών, οδήγηση χωρίς ζώνη ασφαλείας ή υπό την επήρεια αλκοόλ κλπ.

Είναι εμφανές ότι μεγαλύτερη βαρύτητα έχει η ανθρώπινη συμπεριφορά που καθορίζει τον τρόπο ζωής του ατόμου. Επίσης μεγάλο ποσοστό επίδρασης στην

υγεία, έχουν οι κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες ενώ, οι βιολογικοί παράγοντες καθορίζουν την υγεία μόνο κατά το 20% (Τούντας, 2001).

Διαφορετική προσέγγιση της υγείας δίνει η λειτουργική θεώρηση, σύμφωνα με την οποία, υγεία θεωρείται η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις της καθημερινής του ζωής (Dubos, 1999). Λειτουργική επίσης είναι και η άποψη ότι υγεία είναι η κατάσταση ύπαρξης κατά την οποία το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες (Θεοδώρου και συν, 2001).

Μία ακόμα προσέγγιση της υγείας είναι η βιωματική, σύμφωνα με τη οποία κύριο σημείο ορισμού είναι ο τρόπος με τον οποία το άτομο αντιλαμβάνεται υποκειμενικά την υγεία (Κυριόπουλος και συν. 2003). Σύμφωνα με τους τελευταίους η υποκειμενική αντίληψη της υγείας αντανακλά αξιόπιστα τον τρόπο ζωής και τις κοινωνικοδημογραφικές και ψυχοκοινωνικές συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (W.H.O., 1946) όρισε την υγεία ως: «πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι απλά την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός επιχειρεί να απαγκιστρώσει την έννοια της υγείας από την έννοια της αρρώστιας δίνοντας της ευρύτερη διάσταση. (Θεοδώρου, 2001). Ο Cochrane και οι συνεργάτες του το 1970 με τις μελέτες τους απέδειξαν ότι σε 16 Ευρωπαϊκές χώρες οι δείκτες θνησιμότητας σχετίζονταν αρνητικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ατόμων. Δηλαδή όσο υψηλότερες είναι οι κοινωνικοοικονομικές δυνατότητες ενός ατόμου τόσο χαμηλότεροι είναι οι δείκτες θνησιμότητας που το αντιπροσωπεύουν. Παράλληλα όμως απέδειξαν ότι ακόμα και σε χώρες με αναπτυγμένα υγειονομικά συστήματα υπήρχαν υψηλοί δείκτες θνησιμότητας. Έτσι το 1977 ο (Π.Ο.Υ.) έθεσε ως κοινωνικό στόχο, την επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας για όλους τους πολίτες, μέχρι το 2000, ώστε να έχουν κοινωνική και οικονομικά παραγωγική, ζωή» (Υφαντόπουλος 2001).

Το 1980 ο (Π.Ο.Υ.) στη συνάντηση του Περιφερειακού Συμβουλίου για την Ευρώπη στην Fez του Μαρόκου υιοθετώντας την στρατηγική «υγεία για όλους» ενέκρινε 38 στόχους υγείας για τα κράτη μέλη, στους οποίους τέθηκαν άλλοι 21 νέοι στόχοι το 1998. Βασικότερα σημεία ήταν η προστασία της υγείας καθ' όλη την διάρκεια ζωής και η μείωση της συχνότητας ασθενειών, τραυματισμών και πόνου. Ωστόσο ο 5^{ος} στόχος αποσκοπούσε στα «Καλά Γεράματα» που μόνο πρόσφατα αποσαφηνίστηκε τι

ακριβώς περιλαμβάνει σύμφωνα με το Σχέδιο «Υγιής Γήρανση», το οποίο παρουσιάζεται στο επόμενο υποκεφάλαιο αυτής της εργασίας.

Μιλώντας για τη Δημόσια υγεία, ένας κοινά αποδεκτός ορισμός δόθηκε από τους Beaglehole & Bonita (2004) οι οποίοι ορίζουν τη Δημόσια Υγεία ως «συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού». Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας προσαρμόζουν την κοινωνική πολιτική τους προς αυτή την κατεύθυνση (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2013).

Η οπτική της ελληνικής πολιτείας για τη Δημόσια Υγεία προσδιορίζεται στον ν.3370/2005 (Βάσεις Νομικών πληροφοριών 2012). Ο εν λόγω νόμος, ορίζει ως δημόσια υγεία το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της Πολιτείας και της Κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο, είναι αυταπόδεικτη η σχέση των ηλικιωμένων με τον ορισμό της Δημόσιας Υγείας, εφ' όσον συνδέει την Υγεία με την Ποιότητα Ζωής και τον στόχο της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης στο σύνολο του πληθυσμού.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η αποδοχή διαφορετικών ορισμών της Υγείας και της Δημόσιας Υγείας έχει διαφορετικές επιπτώσεις στη διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής των κρατών, τόσο σε Εθνικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, (βλ. κεφ. 4 παρούσας έρευνας).

Στην μελέτη αυτή η προσέγγιση της υγείας των ηλικιωμένων γίνεται ολιστικά. Έτσι συνεκτιμώνται παράγοντες όπως:

- οι υποκειμενικές αντιλήψεις των ηλικιωμένων για την υγεία τους,
- λειτουργικοί παράγοντες όπως η αυτονομία του ατόμου,
- περιβαλλοντικοί, π.χ. η διαβίωση στην επαρχία ή σε αστική περιοχή,
- κοινωνικοοικονομικοί σύμφωνα με το ιστορικό της οικογενειακής τους ζωής,
- βιολογικοί παράγοντες π.χ. αναφορικά με το φύλο,
- Παράγοντες ανθρώπινης συμπεριφοράς όπως ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων.

2.2.1. Υγιάς Γήρανση

Η πρόβλεψη για το έτος 2050, ότι ο μισός πληθυσμός θα είναι τότε 50 ετών ή μεγαλύτερος. Αυτό σε συνδυασμό με τη μείωση του ρυθμού των γεννήσεων, σημαίνει ότι ένα συνεχώς μειούμενο ποσοστό ανθρώπων παραγωγικής ηλικίας, θα πρέπει να συντηρεί όσους έχουν συνταξιοδοτηθεί. Στην προσπάθεια να αντιμετωπιστεί αυτό το πρόβλημα, το 2003, το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσια Υγείας της Σουηδίας, με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και 12 εταιρών, συμπεριλαμβανομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), του Ευρωπαϊκού Δικτύου Φορέων για την Προαγωγή της Υγείας (Euro-Health Net), της Ευρωπαϊκής Πλατφόρμας για τους Ηλικιωμένους (AGE), και άλλων συντελεστών, δημιούργησαν το Σχέδιο «Υγιάς Γήρανση» στα πλαίσια του προγράμματος Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Marianne, 2007)

Αξιοσημείωτο είναι, ότι ο Π.Ο.Υ. ήδη από το 1998 είχε αναφερθεί στην *ενεργή γήρανση*, στο 5^ο άρθρο της έκθεσης της πολιτικής του, «Υγεία για όλους στον 21^ο αιώνα». Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η *ενεργός γήρανση* περιλαμβάνει:

- τη δια βίου μάθηση,
- την παραμονή στην εργασία για περισσότερο χρόνο,
- την πιο σταδιακή συνταξιοδότηση π.χ. με μια μεταβατική περίοδο ημιαπασχόλησης,
- την δυνατότητα διατήρησης της δραστηριότητας μετά την συνταξιοδότηση κατ' επιλογή,
- την δημιουργική απασχόληση με δραστηριότητες που αυξάνουν τις δυνατότητες του ατόμου και διατηρούν την υγεία του.

Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο «Υγιάς Γήρανση», υποδεικνύει ως σημείο εκκίνησης για την επίτευξη της υγιούς γήρανσης, τη διασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ των ικανοτήτων του ατόμου και των στόχων του, λαμβάνοντας υπ' όψιν και το περιβάλλον του. Ορίζει δε την υγιή γήρανση ως «τη διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε οι άνθρωποι μεγαλύτερης

ηλικίας να είναι σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν μια ανεξάρτητη και καλής ποιότητας ζωή» (Marianne, 2007).

Καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία των υπέργηρων ατόμων αναδεικνύονται οι εξής:

- Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας. Η επίδραση της φαίνεται πιο καθαρά από τη διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ ατόμων από χαμηλές και υψηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες αντίστοιχα.
- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Η φτώχεια επηρεάζει τόσο την υγεία, και την ποιότητα ζωής, όσο και το προσδόκιμο επιβίωσης και την πιθανότητα αναπηρίας οπότε και αυτονομίας στα υπέργηρα άτομα. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για το συσχετισμό μεταξύ της ευημερίας των ηλικιωμένων και των χαμηλών επιπέδων κοινωνικού κεφαλαίου. Το τελευταίο αναφέρεται στο δυναμικό μιας κοινωνίας (εν προκειμένου των ηλικιωμένων) που αφορά τους θεσμούς, τις σχέσεις και τους κανόνες, που διαμορφώνουν την ποιότητα και την ποσότητα κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.
- Το φύλο. Οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άντρες, αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα ψυχολογικών παθήσεων και ζητούν περισσότερες υπηρεσίες υγείας από τους άντρες (Marianne, 2007).

Στη μελέτη "*nordmaling study*" που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, η ανάλυση αποτελεσματικότητας κόστους σε σχέση με τη διάρκεια ζωής κατέδειξε την εξοικονόμηση κόστους (στην κατ' οίκον φροντίδα, στη φροντίδα των νοσηλευόμενων ασθενών και στις επείγουσες επισκέψεις σε παθολόγους,) από άτομα που ουσιαστικά ακολουθούν τα σχέδια Ορθής Πρακτικής για την Υγιή Γήρανση. Μιλώντας για την Ορθή Πρακτική τα παραδείγματα των σχεδίων της Υγιούς Γήρανσης έχουν να επιδείξουν νέες πρακτικές στην αντιμετώπιση της διαδικασίας της γήρανσης κατά τρόπο ενεργητικό. Κύριο στοιχείο τους είναι ο συνδυασμός του Κοινωνικού Κεφαλαίου και της Ατομικής Δραστηριότητας. Το βασικό ζήτημα είναι πώς θα πειστούν οι άνθρωποι να αλλάξουν τρόπο ζωής, καθώς στους ηλικιωμένους η δύναμη της συνήθειας σε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, έχει βάση πολλών χρόνων και έτσι η συμπεριφορά τους αλλάζει δυσκολότερα. Η εμπλοκή τους ωστόσο στο σχεδιασμό των προγραμμάτων που τους αφορούν, αυξάνει την πιθανότητα της ανταπόκρισης τους, σύμφωνα με τη μελέτη του Sahlin (2009).

Οι αρχές της Ορθής Πρακτικής Υγιούς Γήρανσης σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό σχέδιο «Υγιής Γήρανση» (Marianne, 2007) είναι οι παρακάτω:

- Έλεγχο του άγχους στην μετάβαση από την επαγγελματική ζωή στην συνταξιοδότηση.
- Έλεγχο των διακρίσεων λόγω ηλικίας
- Αύξηση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στην επαγγελματική και εθελοντική δραστηριότητα.
- Ενθάρρυνση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στο κοινωνικό γίνεσθαι και πρόληψη της μοναξιάς και απομόνωσης.
- Αύξηση των ψυχοθεραπευτικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στους ηλικιωμένους. Ειδικότερα στους υπερήλικες αναφέρεται η μελέτη των (Pinquart, Sörense, 2001) που υιοθετείται στην Ορθή Πρακτικές της Υγιούς Γήρανσης.
- Βελτίωση της πρόσβασης σε ασφαλή και ενδιαφέροντα και τεχνολογικά προηγμένα περιβάλλοντα.
- Προώθηση της υγιεινής διατροφής και ένταξη της σε αλλαγές του τρόπου ζωής. Αναλυτικότερα οι παρεμβάσεις παρουσιάζονται στη μελέτη SENECA από τους Gerontol & Biol (2004).
- Αύξηση της σωματικής δραστηριότητας στα επίπεδα που συνιστανται διεθνώς.
- Πρόληψη τραυματισμών
- Προώθηση της διακοπής καπνίσματος και μείωση της βλαβερής κατανάλωσης αλκοόλ από τους ηλικιωμένους.
- Χρήση ποιοτικών δεικτών για τη χρήση φαρμάκων και τον συντονισμό φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών φορέων.
- Αύξηση της προσβασιμότητας σε προληπτικές υπηρεσίες υγείας. Στη μελέτη του Sahlin παρουσιάζεται και προτείνεται επίσης ένα πρόγραμμα προληπτικών επισκέψεων από ειδικούς, για τη παρακολούθηση και υποστήριξη υγιών και αυτόνομων ηλικιωμένων (Sahlin, 2009).

Αξιοσημείωτο είναι ότι σύμφωνα με τους Kane & Kane (1981), οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν με περισσότερη ανεκτικότητα τα προβλήματα υγείας, παρά τους περιορισμούς της αυτονομίας τους. Έτσι η φυσιολογική φθορά της υγείας

τους λόγω γήρανσης, γίνεται αντιληπτή ως πρόβλημα, μόνο από το σημείο που θα παρεμποδίσει την καθημερινή λειτουργικότητα και την αυτονομία τους, ή θα απειλήσει τη ζωή τους.

2.3. Η έννοια της αυτονομίας στους ηλικιωμένους

Τις τελευταίες δεκαετίες η πρόοδος που έχει κάνει η ιατρική στον τομέα της υγείας έχει οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ηλικιωμένων. Ωστόσο, στην τέταρτη ηλικία όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι συχνότερα τα γνωστικά και λειτουργικά ελλείμματα. Επίσης, η μείωση της αυτόνομης λειτουργικότητας των ηλικιωμένων συχνά συνεπάγεται την είσοδο τους σε ίδρυμα ή τον περιορισμό τους στο σπίτι, υπό την επίβλεψη φροντιστών. Επιπλέον, η έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης (Carlson et al., 2008).

Οι παραπάνω συνθήκες σχετίζονται με υψηλό οικονομικό κόστος, τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο όπως αναλύεται στο 4^ο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης. Το ζήτημα αυτό οδήγησε στο επίκεντρο της Ευρωπαϊκής πολιτικής, τα θέματα που αφορούν την υγεία και την αυτονομία των ηλικιωμένων και το 1993 ονομάστηκε ευρωπαϊκό έτος των ηλικιωμένων και της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών. Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των Κοινωνικών Υποθέσεων, στις 6 Δεκεμβρίου του ίδιου έτους, τονίζει μεταξύ άλλων, ότι οι προσφερόμενες φροντίδες και υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους, θα πρέπει να έχουν στόχο την υποστήριξη της αυτονομίας τους. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, παρουσιάζει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον η διασφάλιση της αυτονομίας των ηλικιωμένων και η ανάλυση των παραγόντων που την επηρεάζουν και για το λόγο αυτό μελετώνται στην παρούσα έρευνα.

Σύμφωνα με τους Doyal & Cough στο (Σταθόπουλος, χχ). η αυτονομία αφορά την ικανότητα να διαμορφώνει κανείς στόχους και να εφαρμόζει στρατηγικές που πηγάζουν από τα προσωπικά του ενδιαφέροντα τις επιθυμίες και τις πεποιθήσεις του. Θα ήταν επίσης χρήσιμη η εκτίμηση και η πρόβλεψη, της δυνατότητας αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων, για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων. Για το σκοπό αυτό έχουν μελετηθεί πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την αυτονομία των ηλικιωμένων και καθορίζονται από κριτήρια, σωματικά (π.χ. αναπηρία), κοινωνικά (π.χ. άγαμοι ηλικιωμένοι) και

συναισθηματικά (π.χ. ο βαθμός κατάθλιψης). Ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για την εκτίμηση της λειτουργικής αυτονομίας των ηλικιωμένων, αναδεικνύεται η αξιολόγηση της γνωστικής τους ικανότητας. Επιμέρους γνωστικοί τομείς όπως είναι η μνήμη, η προσοχή και οι εκτελεστικές λειτουργίες, θεωρούνται οι σημαντικότεροι δείκτες αξιολόγησης της καθημερινής λειτουργικής ικανότητας και κατ' επέκταση της αυτονομίας των ηλικιωμένων (Donald et al., 2007). Ωστόσο, η λεκτική μνήμη συνδέεται πιο στενά με τα ποσοστά διακύμανσης της ανταπόκρισης, σε σύνθετες καθημερινές κοινωνικές δραστηριότητες. Αυτό συμβαίνει διότι οι κοινωνικές σχέσεις απαιτούν σύνθετες γνωστικές λειτουργίες όπως είναι ο λόγος, η ικανότητα επιλογής και επίτευξης στόχων, επίλυσης προβλημάτων πρόβλεψης κ.α. (Albert, S. M., et al., 1999).

Αξιοσημείωτο είναι βέβαια ότι το 10% περίπου των ηλικιωμένων ατόμων χωρίς άνοια ή γνωστικά ελλείμματα, παρουσιάζουν εξάρτηση σε ένα ή περισσότερους τομείς της καθημερινής τους δραστηριότητας, όπως είναι π.χ. το ντύσιμο ή το μπάνιο κ.α.. Επίσης, η εμφάνιση αναπηρίας και ψυχολογικών προβλημάτων, ιδιαίτερα κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, μειώνει την λειτουργική τους αυτονομία (Manton, 1988).

Στο επόμενο υποκεφάλαιο μελετώνται γενικά οι παράγοντες επίδρασης στην αυτονομία των ηλικιωμένων και στην ανάλυση της παρούσας μελέτης εστιάζονται εκείνοι οι παράγοντες που όπως αναδεικνύεται από την έρευνα, επηρεάζουν θετικά την αυτονομία υγιών ηλικιωμένων.

2.3.1. Παράγοντες επίδρασης στην αυτονομία των ηλικιωμένων

Στην παραπάνω παράγραφο, αναφέρεται ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της αυτόνομης λειτουργικότητας των ηλικιωμένων και της γνωστικής τους ικανότητας ανεξαρτήτως της διάγνωσης άνοιας. Έτσι, στο υποκεφάλαιο αυτό εξετάζονται χωριστά οι παράγοντες που επιδρούν στη γνωστική τους ικανότητα, προκειμένου να γίνουν αντιληπτοί και ως παράγοντες που κατ' επέκταση είναι δυνατό να επηρεάσουν και την αυτονομία τους.

Έχει αποδειχθεί λοιπόν, ότι όσα περισσότερα έτη εκπαίδευσης έχει ένας ηλικιωμένος, τόσο βραδύτερος είναι ο ρυθμός έκπτωσης της λειτουργικότητας του

(Habib, et al., 2007). Οι Drag & Bieliauskas, (2010) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η εφεδρεία στο γνωστικό απόθεμα, αντανακλά προστασία στο άτομο από την έκπτωση της λειτουργικότητας που συνεπάγεται το γήρας. Έτσι άτομα με μεγάλο γνωστικό απόθεμα χρειάζονται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μέχρι να εκδηλώσουν άνοια (Stern et al., 1994) και παραμένουν σε μεγαλύτερες ηλικίες λειτουργικά και αυτόνομα (Cagney, & Lauderdale, 2002).

Επίσης, ο βαθμός εκπαίδευσης σχετίζεται θετικά και με την ικανότητα λεκτικής ροής, που με τη σειρά της επιδρά θετικά στην κοινωνική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων (Backman, et al., 2004, Meguro, et al., 2001).

Αξιοπρόσεχτη είναι ακόμα μία μελέτη, η οποία αναφέρεται σε υγιείς και αυτόνομους ηλικιωμένους αγροτικών περιοχών που είχαν κάτω από 10 χρόνια εκπαίδευση. Στη μελέτη αυτή το συντριπτικό ποσοστό των ηλικιωμένων βαθμολογείται σε διάφορα νευροψυχολογικά τεστ, παρόμοια με ανοϊκούς ασθενείς. Αυτό ερμηνεύτηκε βάση του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου τους, που συνεπάγεται και χαμηλή επίδοση στα τεστ, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει και χαμηλή λειτουργικότητα και αυτονομία των ατόμων (Marcopulos 1997). Τα τεστ που χρησιμοποιούνται λοιπόν, θα πρέπει να είναι προσεκτικά σταθμισμένα στο εκπαιδευτικό επίπεδο του ερευνούμενου πληθυσμού.

Τέτοιες αξιόπιστες κλίμακες αξιολόγησης της λειτουργικής ικανότητας είναι η MDRS (Mattis Dementia Rating Scale) που αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την επιτέλεση βασικών λειτουργιών (Activities of Daily Living - ADL), αλλά και πιο περίπλοκων καθημερινών δραστηριοτήτων (Instrumental Activities of Daily Living - IADL). Επίσης, αξιόπιστη είναι και η κλίμακα Mini-Mental State Examination (MMSE). Επιπλέον οι Richardson Nadler και Malloy (1995) βρήκαν ότι η υποκλίμακα εμμονής, της κλίμακας MDRS, η οποία εξετάζει τη λεκτική ευχέρεια, την αντιγραφή επαναλαμβανόμενων μοτίβων κ.α. αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για καθημερινές λειτουργίες όπως το μαγείρεμα, η διαπροσωπική αλληλεπίδραση, η ασφάλεια και αυτοπροστασία, η λήψη φαρμάκων κ.α.

Ένα ακόμα προγνωστικό παράγοντα για την αυτονομία των υγιών ηλικιωμένων, αναδεικνύει η μελέτη του Satz (1993). Ο τελευταίος εξετάζοντας μια κοινότητα ηλικιωμένων στη Νέα Υόρκη επί 3 χρόνια, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το είδος της επαγγελματικής ενασχόλησης που είχαν οι ηλικιωμένοι επηρεάζει την μετέπειτα αυτονομία τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα στην Ελλάδα, είναι οι

σφουγγαράδες της Καλύμνου, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά αναπηρίας σε μεγάλες ηλικίες.

Επίσης, μεταβλητές όπως οι αισθητηριακές ικανότητες και η σωματική άσκηση, επιδρούν θετικά στη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων. (Drag & Bieliauskas, 2010)

Παράλληλα, ηλικιωμένοι με χαμηλό εισόδημα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν λειτουργικά ελλείμματα (Carlson et al., 2008). Για παράδειγμα, ένας ηλικιωμένος που δεν μπορεί να μαγειρέψει αλλά έχει την οικονομική άνεση να αγοράσει έτοιμο φαγητό, παραμένει αυτόνομος. Αντίθετα ένας φτωχός ηλικιωμένος με ανάλογη έκπτωση λειτουργικής ικανότητας στο μαγείρεμα, εξαρτάται συνήθως από άτυπα δίκτυα βοήθειας.

Η μελέτη των Park, & Gutchess, (2002) δείχνει συσχέτιση της γνωστικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων, με την κοινωνικοπολιτισμική κουλτούρα τους. Υπάρχουν λοιπόν ενδείξεις ότι διαφορετικά περιβάλλοντα, έχουν διαφορετική επίδραση και στην λειτουργική αυτονομία των ηλικιωμένων. Αυτός είναι ένας ακόμα από τους παράγοντες επίδρασης στο γήρας, που μελετά η παρούσα έρευνα, συγκριτικά με τις χωρικές κοινωνικοπολιτισμικές διαφοροποιήσεις των ηλικιωμένων της Κρήτης, σε επαρχιακές και αστικές περιοχές.

Η Έμκε- Πουλοπούλου, (1999) προτείνει κάποιους παράγοντες ελέγχου, για την αδρανοποίηση των ηλικιωμένων, που συμβάλλουν στην τελική απώλεια της αυτονομίας τους. Κυριότεροι από αυτούς είναι

- η μοναξιά (απώλεια στενών συγγενών και φίλων)
- Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, που σχετίζεται με χαμηλά εισοδηματικά κριτήρια.
- Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες και κυρίως η κατάθλιψη και οι αναπηρίες.
- Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων
- Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας.
- Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων με χαμηλά εισοδήματα.
- Η ανεπάρκεια κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.

- Η προκατειλημμένη συμπεριφορά εις βάρος των ηλικιωμένων (φαινόμενο ageism)
- Η έλλειψη σεβασμού στα δικαιώματα των ηλικιωμένων.

Κεφάλαιο 3

Τρόπος ζωής των ηλικιωμένων.

Το τρίτο κεφάλαιο, εστιάζει στον τρόπο ζωής του ηλικιωμένου πληθυσμού. Αρχικά γίνεται μια γενική αναφορά στον τρόπο ζωής και τις καθημερινές συνήθειες των ηλικιωμένων και στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια περιγραφής του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων στην Κρήτη. Στη συνέχεια, περιγράφονται οι έμφυλες διαφορές στη συμπεριφορά και τις δραστηριότητες που χαρακτηρίζουν τους ηλικιωμένους στην τέταρτη ηλικία. Στο τρίτο υποκεφάλαιο επιχειρείται να μελετηθεί ο τρόπος που οι ηλικιωμένοι αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους. Ακόμα, λαμβάνοντας υπόψη, ότι μια ακόμα βασική πτυχή του τρόπου ζωής, είναι και η σεξουαλική δραστηριότητα, γίνεται προσπάθεια μελέτης της σεξουαλικότητας των ηλικιωμένων. Έπειτα στο τελευταίο υποκεφάλαιο, περιγράφονται οι οικογενειακές σχέσεις των ηλικιωμένων μιας και αναφερόμαστε σε Ελληνικό πληθυσμό, στη ζωή του οποίου έχει σημαντικό ρόλο η οικογένεια.

3.1. Τρόπος ζωής και δραστηριότητες καθημερινότητας ηλικιωμένων

Στο έργο του Weber, «Οικονομία και Κοινωνία» ορίζεται ο τρόπος ζωής (lifestyle), ως η συλλογική μορφή της συμπεριφοράς ενός ανθρώπου, δηλαδή η αλληλουχία των δραστηριοτήτων και των πράξεων του, η οποία βασίζεται σε εκείνες τις επιλογές που κάνει το άτομο, με γνώμονα τις δυνατότητες του. Οι προσωπικές δυνατότητες εξαρτώνται από κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και από στοιχεία της προσωπικότητας, συμπεριλαμβανομένων, της ηλικίας και του τόπου καταγωγής και διαμονής (Weber, 1978).

Συνήθως, συγκεκριμένοι τρόποι ζωής χαρακτηρίζουν αντίστοιχες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν παραδείγματα όπως οι συμπεριφορές υγείας, π.χ. επιλεγμένη υγιεινή διατροφή, αθλητικές δραστηριότητες, αποφυγή επικίνδυνων πρακτικών κλπ. που ενώ παλαιότερα χαρακτήριζαν τα ανώτερα

κοινωνικά στρώματα και κυρίως τους νέους, σήμερα απλώνονται σε όλο και μεγαλύτερο πληθυσμό.

Στην κοινωνική έρευνα, συχνά γίνεται ταξινόμηση των ερωτώμενων στη βάση του τρόπου ζωής τους. Τέτοια ταξινόμηση εστιάζει στις δραστηριότητες των ατόμων, στις στάσεις ζωής, τα ενδιαφέροντα τους και τα κοινωνικοδημογραφικά τους δεδομένα. Έμφαση, ωστόσο, δίνεται σε γεγονότα που αποκαλύπτουν με ποιό τρόπο ζουν οι ερωτώμενοι, στη συγκεκριμένη περίοδο διεξαγωγής της έρευνας (Kinnear and Taylor, 1991).

Οι Kinnear και Taylor (1991) εστιάζουν στις πράξεις και όχι στις αιτίες (κίνητρα) που κινητοποιούν μια πράξη. Σε αντίθεση με τους παραπάνω, ο Miegel (1990) υποστηρίζει ότι οι αξίες και οι στάσεις ενός ανθρώπου, αποτελούν σημαντικά κίνητρα δραστηριοτήτων, εκφράζονται στις πράξεις μας και χρήζουν διερεύνησης, προκειμένου να περιγραφεί ο τρόπος ζωής ενός ατόμου.

Ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) στο World Health Report (2002) στήριξε την άποψη ότι η πρόληψη των επικίνδυνων συμπεριφορών (π.χ. το κάπνισμα, η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ κ.α) μπορεί να αναβαθμίσει τη δημόσια υγεία. Ο τρόπος ζωής, ως προγνωστικός δείκτης συμπεριφορών υγείας, αυτονομίας, ποιότητας ζωής και μακροβιότητας, αν και εμφανίζεται σε διαφορετικές κλίμακες εκτίμησης, εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της θεωρίας περί προβληματικής συμπεριφοράς. Η ιδέα που στηρίζει η θεωρία αυτή, είναι ότι τα άτομα που υιοθετούν ένα τρόπο ζωής με συμπεριφορές διακινδύνευσης ή δεν προσαρμόζουν τον τρόπο διαβίωσης τους στις αλλαγές της ζωής τους, έχουν μειωμένες πιθανότητες μακροζωίας, και αντιμετωπίζουν συχνότερα τόσο επιπλοκές υγείας όσο και χαμηλή ποιότητα ζωής (Donovan et al., 1991). Για παράδειγμα, ένας ηλικιωμένος που εμφάνισε διαβήτη και δεν έχει τροποποιήσει τις διατροφικές του συνήθειες σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, έχει αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσει επιπλοκές υγείας και λειτουργικότητας.

Υπάρχουν πολλές μελέτες που διερευνούν τη σχέση που έχουν κάποιες συγκεκριμένες συμπεριφορές όπως είναι το κάπνισμα, η διατροφή, ο τόπος διαβίωσης κ.α. με την αυτονομία, την ποιότητα ζωής, την υγεία και τη μακροζωία στους ηλικιωμένους.

Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι η συμμετοχή σε κοινωνικούς χορούς, συμβάλλει στην καθυστέρηση της νοητικής έκπτωσης και αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης στους ηλικιωμένους (Verghese, 2006). Επίσης, έρευνες έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι

που συνηθίζουν να χορεύουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις έχουν ενεργητικότερο τρόπο ζωής, καλύτερη ισορροπία, και σημαντικά μικρότερο κίνδυνο πτώσεων και αναπηρίας προερχόμενης από κατάγματα (Fodericil et al., 2005). Είναι γνωστό ότι οι αναπηρίες και η άνοια στους ηλικιωμένους, εκτός από επιπλοκές υγείας συχνά συνεπάγονται ανάγκη υποστηρικτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Έτσι γίνονται κατανοητοί οι λόγοι για τους οποίους οι Μαυροβουνιώτης & Αργυλιάδου (2008), καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο χορός και η γυμναστική αποτελούν μέσο πρόληψης διαταραχών υγείας, και απώλειας αυτονομίας στα ηλικιωμένα άτομα. Άλλωστε την ίδια διαπίστωση στηρίζουν και άλλοι ερευνητές (Cress, 1999, Wei, 1989, Schroll, 1996). Επιπλέον σύμφωνα με τον Αλιγιζάκη (2006) μεταξύ άλλων παραδοσιακών Ελληνικών χορών, οι Κρητικοί χοροί αποδεικνύεται ότι συμβάλλουν περισσότερο στην σταθερότητα του κορμού ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου.

Ανάμεσα σε διεθνείς μελέτες, που εξετάζουν ορισμένες πτυχές της καθημερινής ζωής ως παράγοντες που συμβάλλουν στα υγιή γηρατειά, οι έρευνες Hale, Fine, Seneca και η μελέτη Seven Countries Study προσεγγίζουν σφαιρικότερα τον τρόπο ζωής.

Στη μελέτη Seneca, (Groot et al 2004) συμμετείχαν 3805 ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες 70-75 ετών από 12 χώρες και οι οποίοι παρακολούθηθηκαν επί δεκαετία. Όπως ήταν αναμενόμενο οι δείκτες υγείας έδειξαν σταδιακή επιδείνωση, αλλά βρέθηκε συσχέτιση του τρόπου ζωής και της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας (Schroll 1996).

Στη μελέτη Hale (Bogers et al 2005), που έγινε στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμμετείχε και πληθυσμός από την Ελλάδα. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ένας τρόπος ζωής χωρίς κάπνισμα, με μέτρια χρήση αλκοόλ, 30 λεπτά φυσικής άσκησης καθημερινά, και συνήθειες μεσογειακής διατροφής, οδηγεί με μεγάλες πιθανότητες σε υγιή γηρατειά.

Μια ακόμα ενδιαφέρουσα μελέτη, διεξάγεται από την Α΄ καρδιολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών «the Ikaria study» (Chrysohoou, et al 2011). Η μελέτη έχει προοπτική διερεύνησης επί 10ετία, περίπου 300 παραμέτρων (κλινικών, βιοχημικών, συνηθειών του τρόπου ζωής, ψυχοκοινωνικών και διαιτητικών). Πιο συγκεκριμένα, λαμβάνει χώρα στην Ικαρία, η οποία συγκαταλέγεται στη «μπλε ζώνη», δηλαδή στις περιοχές που έχουν τα υψηλότερα ποσοστά μακροβιότητας παγκοσμίως. Μάλιστα ενώ στην Ευρώπη μόνο το 0,1% του πληθυσμού ζει πάνω από 90 χρόνια, στην Ικαρία το αντίστοιχο ποσοστό είναι δεκαπλάσιο. Επιπλέον, η Ικαρία μαζί με τη Σαρδηνία και την Οκινάουα της Ιαπωνίας, έχουν και την καλύτερη ποιότητα ζωής, μεταξύ των

περιοχών της μπλε ζώνης. Οι μέχρι τώρα παρατηρήσεις, και τα πρώτα αποτελέσματα της μελέτης που συμπεριέλαβε 673 ηλικιωμένα άτομα, μέσης ηλικίας 75 ετών, μόνιμους κατοίκους της νήσου, δείχνουν ότι ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων κατοίκων της Ικαρίας, δρα ευνοϊκά στην πρόληψη καρδιαγγειακών νόσων και στη διατήρηση της καλής και μακροχρόνιας υγείας. Καταλυτικός προς αυτή την κατεύθυνση, θεωρείται ο ρόλος της μεσογειακής διατροφής (που περιλαμβάνει συχνότερα ψάρι, φρούτα, λαχανικά, όσπρια και τσάι), της ορεσίβιας ζωής, της μεσημεριανής ανάπαυσης και της χαλιναγώγησης του άγχους. Επιπλέον, η καθημερινή κατανάλωση ελαιόλαδου, σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα έχει ακόμα και στους υπερήλικες ευεργετική επίδραση στη σεξουαλική τους ζωή, με καλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από την ερωτική τους δραστηριότητα. Ευεργετική αποδεικνύεται επίσης για τα ηλικιωμένα άτομα, η ενασχόληση με τις αγροτικές δουλειές, το βάδισμα και η μέτρια κατανάλωση καφέ την ημέρα (2 περίπου φλιτζάνια ημερησίως). Η τελευταία διαπίστωση, στηρίζεται και από τη μελέτη Fine (Van Gelder et al. 2002), η οποία απέδειξε θετική συσχέτιση της μέτριας κατανάλωσης καφέ με τη νοητική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων.

Η μελέτη Seven Countries Study (Menotti, et al 2004) ξεκίνησε το 1956. Είχε ως ερευνούμενο πληθυσμό 7047 άνδρες ηλικίας τότε 40-59 ετών οι οποίοι παρακολούθηθηκαν επί 35 έτη. Η Ελλάδα συμμετείχε τόσο με Έλληνες ερευνητές όσο και με πληθυσμό ηλικιωμένων από την Κέρκυρα και το Καστέλι Ηρακλείου Κρήτης. Μέχρι σήμερα, στον πληθυσμό της Κρήτης παρατηρούνται τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, καρδιαγγειακών νοσημάτων και νεοπλασιών. Κύριος παράγοντας μακροζωίας καλής υγείας και ποιότητας ζωής αναδεικνύεται η Κρητική διατροφή. Η τελευταία στηρίζεται στη χαμηλή κατανάλωση κρέατος, μέτρια κατανάλωση ψαριών και αλκοόλ και υψηλή κατανάλωση φρούτων, οσπρίων λαχανικών και ελαιολάδου.

Τα ευρήματα της παραπάνω μελέτης δεν υποστηρίζουν μια σφαιρική εικόνα του τρόπου ζωής, σκιαγραφούν όμως αξιόπιστα τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων Κρητικών σε ότι αφορά τη διατροφή τους. Ωστόσο, με δεδομένο ότι η μελέτη Seven Countries Study αποδεικνύει τη μακροζωία και καλή υγεία των ηλικιωμένων της Κρήτης, γεννάται το ενδιαφέρον διερεύνησης των ευρύτερων παραγόντων που διαμορφώνουν τον τρόπο ζωής των Κρητικών. Από αυτή ακριβώς την άποψη επιχειρεί η παρούσα έρευνα να μελετήσει τον τρόπο ζωής ηλικιωμένων της Κρήτης, με ποιοτικές μεθόδους. Έτσι αναδεικνύονται οι ιδιαίτερες συμπεριφορές και τα

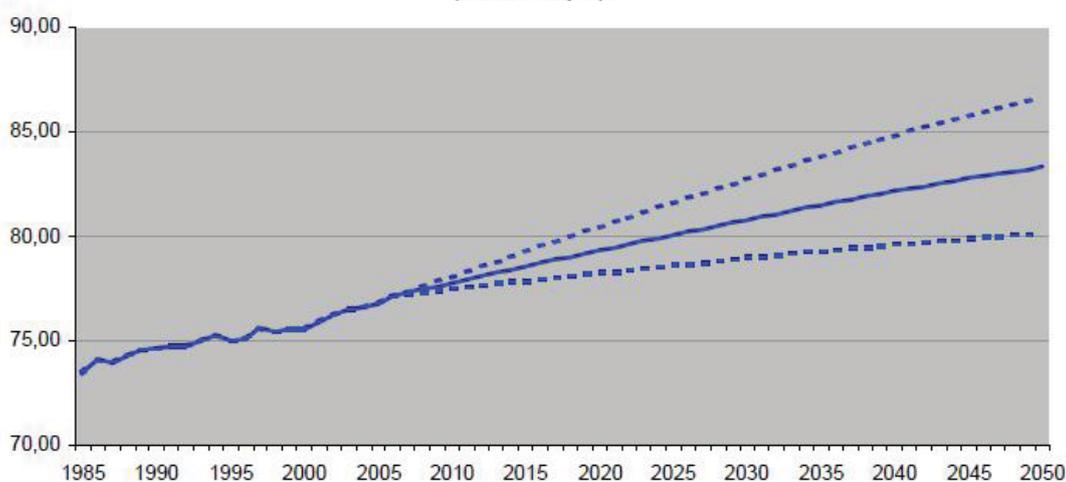
στοιχεία εκείνα της διαβίωσης των ηλικιωμένων Κρητικών, που μπορούν δυνητικά να ερμηνευτούν ως παράγοντες που συνέβαλλαν στην καλή υγεία, αυτονομία και ποιότητα της ζωής τους.

Εν κατακλείδι στο υποκεφάλαιο αυτό αναφέρεται ο ορισμός του «τρόπου ζωής» και οι μέθοδοι ανάλυσης του. Ακολουθώς παρουσιάζονται ακροθιγώς, κάποιες ποσοτικές έρευνες που μελετούν τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων στην Ευρώπη ενώ διαπιστώθηκε ένδεια ποιοτικών δεδομένων. Περισσότερα στοιχεία δίνονται για τις έρευνες που αφορούν την Ελλάδα και ειδικότερα την Κρήτη.

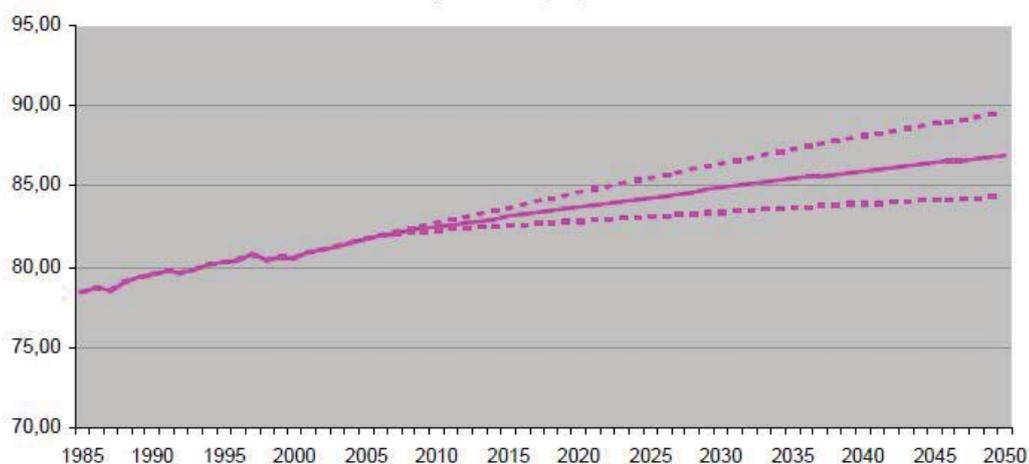
3.2. Έμφυλες διαφορές ηλικιωμένων

Σύμφωνα με στατιστικές η αναλογία ανδρών και γυναικών επί του συνόλου του πληθυσμού των ηλικιωμένων είναι 7 άνδρες προς 10 γυναίκες. Η Ευρώπη έχει το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων γυναικών στον κόσμο, με 3 γυναίκες να αντιστοιχούν σε 2 άντρες ηλικίας από 65 έως 79 ετών, και διπλάσιες γυναίκες από άντρες ηλικίας 80 ετών και άνω (Marianne, 2007). Η διαφορά αυτή πιθανολογείται ότι οφείλεται στην εκ φύσεως μεγαλύτερη μακροβιότητα και επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης των γυναικών, έναντι των ανδρών, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα. Οι προβολές σε 3 σενάρια χαμηλό μεσαίο και υψηλό, έγιναν με βάση τα στοιχεία απογραφής του 2001 και τον εκτιμώμενο πληθυσμό την 1 Ιανουαρίου 2007 στην Ελλάδα, από το Υπουργείο Εσωτερικών.

ΠΡΟΒΟΛΗ ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ - ΑΡΡΕΝΕΣ
(Στα 3 σενάρια)



ΠΡΟΒΟΛΗ ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ - ΘΗΛΕΙΣ
(Στα 3 σενάρια)



Έτσι από τους παραπάνω πίνακες φαίνεται ότι το προσδόκιμο επιβίωσης το 2007 ήταν για τους άνδρες 77,9 έτη και για τις γυναίκες 81,97 και προβλέπεται περαιτέρω αύξηση της έμφυλης αυτής διαφοράς στη διάρκεια επιβίωσης, ως το 2050.

Επιπλέον, βασικός παράγοντας που συμβάλλει σε αυτή τη διαφοροποίηση, είναι ο τρόπος ζωής, όχι τόσο στην τρίτη και τέταρτη ηλικία, όσο κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ζωής τους. Έτσι, στην Ελλάδα είναι συνηθέστερο για τους άνδρες από ότι για τις γυναίκες να έχουν εκτεθεί σε επιβλαβή για την υγεία τους συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, η υπερκατανάλωση αλκοόλ, αλλά και ανθυγιεινότερες συνθήκες εργασίας π.χ. ορυχεία κ.α. Είναι λοιπόν αναμενόμενο να επιβιώνουν περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες από ότι άνδρες.

Άλλη μία βασική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στους ηλικιωμένους, είναι ότι σε αυτή την ηλικία υπάρχουν πολύ περισσότερες γυναίκες σε κατάσταση χηρείας από ότι άνδρες. Βέβαια αυτό είναι φυσικό επακόλουθο εφόσον οι άνδρες πεθαίνουν σε μικρότερες ηλικίες. Επιτείνεται ωστόσο, από το γεγονός ότι είθισται οι άνδρες να παντρεύονται μικρότερες γυναίκες, η ηλικιακή διαφορά των οποίων προστίθεται στα χρόνια χηρείας. Ακόμα μία διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε αυτή την ηλικία είναι το ότι ενώ οι ηλικιωμένες γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας παραμένουν μόνες στην υπόλοιπη ζωή τους, οι άντρες σε ανάλογη περίπτωση συνήθως ξαναπαντρεύονται. Αυτό συμβαίνει κυρίως διότι οι γυναίκες παραμένουν αυτόνομες και αυτοεξυπηρετούμενες σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ οι άντρες δυσκολεύονται περισσότερο να φροντίσουν τον εαυτό τους (Μωϋσιδάης χχ).

Τέλος, οικονομική κατάσταση και η ασφάλιση, μεταξύ των δύο φύλων στους ηλικιωμένους, διαφέρει. Πιο συγκεκριμένα, οι σημερινές ηλικιωμένες γυναίκες συχνά

είναι μόνο έμμεσα ασφαλισμένες από τους συζύγους τους, καθώς οι περισσότερες είχαν ασχοληθεί με τα οικοκυρικά. Συνεπώς, και οι οικονομικές απολαβές τους, προσωπικές, ή ως χήρες (από τη σύνταξη του τεθνεώτος συζύγου), είναι χαμηλότερες από ότι των ηλικιωμένων ανδρών. Αντίστοιχα και οι καταναλωτικές δυνατότητες τους και συχνά η ποιότητα ζωής τους, έχουν περισσότερους περιορισμούς. (Μωϋσιδάης χχ).

3.3. Ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων

Πολλοί είναι αυτοί που θεωρούν τον ελεύθερο χρόνο ως ένα διαχρονικό φαινόμενο. Η Κοροναίου υποστηρίζει ότι ο ελεύθερος χρόνος συναντάται στα βάθη της αρχαιότητας και ιδιαίτερα στη θεωρία του Αριστοτέλη περί «σχόλης». Βεβαίως, η έννοια της σχόλης δε μπορεί να αντικαταστήσει τον ελεύθερο χρόνο, καθώς η σχόλη αποτελεί κοινωνική κατάσταση συνυπόστατη με τις συνθήκες ζωής του ελεύθερου πολίτη (Κοροναίου, 1996). Ο όρος σχόλη παραπέμπει σε μια πνευματική διαδικασία, ενώ ο ελεύθερος χρόνος αποτελεί το μέσο για τη συγκρότηση του ελεύθερου ατόμου. Αναλυτικότερα, ο πρώτος όρος (σχόλη) θυμίζει περισσότερο απασχόληση η οποία δεν αφήνει τελείως ελεύθερο τον άνθρωπο, καθώς απαιτεί πνευματική λειτουργία. Από την άλλη, ο ελεύθερος χρόνος θυμίζει κάτι ελεύθερο, κάτι που δεν απαιτεί κάποια ιδιαίτερη λειτουργία του οργανισμού μας, καθώς συνήθως χρησιμοποιείται για ξεκούραση, χαλάρωση κτλ.

Συνήθως, η έννοια του ελεύθερου χρόνου, είναι στενά συνδεδεμένη μ' εκείνη της επιλογής. Ωστόσο, ο άνθρωπος είναι εκείνος που θα επιλέξει τον τρόπο (τυπικά ή ουσιαστικά) με τον οποίο θα διαθέσει τον εαυτό του.

Πολύ συχνά, ο όρος του «ελεύθερου χρόνου» συγχέεται με τον όρο της «ψυχαγωγίας», μιας ψυχαγωγίας που θα τονώσει τον άνθρωπο και θα τον βοηθήσει να ξεχάσει τις πιέσεις της καθημερινότητας. Ο άνθρωπος που δεν παρεμβαίνει δυναμικά στη ζωή του και επιλέγει την αδράνεια, συμμετέχει στη ζωή μονόπλευρα. Κατ' αυτόν τον τρόπο βρίσκεται παγιδευμένος, σε αδιέξοδο και με μοναδικές επιλογές όσα προσφέρει η βιομηχανία ψυχαγωγίας.

Επομένως, όσο ο άνθρωπος δημιουργεί ερωτηματικά, όσο συνειδητοποιεί τη δημιουργική του φύση, τόσο και οι δραστηριότητες του κατά τον ελεύθερο χρόνο θα τον οδηγούν στη δημιουργικότητα. Αν από την άλλη δεν αντιληφθεί αυτή την πλευρά

της φύσης του και γίνεται περισσότερο παθητικός και άνθρωπος που απλώς επιβιώνει, τότε οι επιλογές του στον ελεύθερο χρόνο, είναι επιλογές άλλων (Κάραλη,2009).

Ο Agricola (1990), υποστηρίζει ότι είναι χρήσιμο στον προσδιορισμό του ελεύθερου χρόνου, εκτός των άλλων, να λαμβάνεται υπόψη και η συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου, καθώς θα πρέπει να αισθάνεται ελεύθερος να επιλέξει οτιδήποτε τον ευχαριστεί, χωρίς την πίεση καμίας δύναμης. Ακόμα, ο Agricola, δίνει και μία ψυχοσωματική και πνευματική διάσταση στον ορισμό του ελεύθερου χρόνου, καθώς θεωρεί πως πρόκειται για μια διαδικασία ανακάλυψης της προσωπικότητας.

Από την άλλη, ο Opaschowski (1996), υποστηρίζει ότι υπάρχουν οκτώ κύριες ανάγκες ύπαρξης του ελεύθερου χρόνου, οι οποίες αλληλοεξαρτώνται, αλληλεπικαλύπτονται και επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά του ατόμου. Οι ανάγκες αυτές είναι:

- 1) Αναψυχή, ανάγκη για ξεκούραση
- 2) Αποφόρτιση, ανάγκη για αποφόρτιση και διασκέδαση
- 3) Εκπαίδευση, ανάγκη για γνώση, κατάρτιση
- 4) Αυτογνωσία, ανάγκη γνωριμίας με τον εαυτό του
- 5) Επικοινωνία, ανάγκη για κοινωνικές επαφές
- 6) Ενσωμάτωση, ανάγκη για ένταξη σε κάποια ομάδα
- 7) Συμμετοχή, ανάγκη για ενασχόληση με άλλους
- 8) Εκπολιτισμός, ανάγκη για πολιτιστικές δραστηριότητες

Είναι γεγονός πως αυξάνονται θετικά οι συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων και παράλληλα αυξάνεται και το προσδόκιμο όριο ζωής των ανθρώπων. Έτσι, φτάνουμε στην εμφάνιση της τρίτης ηλικίας, μιας ηλικίας απελευθερωμένης από την εργασία, με δυνητικά περισσότερο χρόνο.

Το σύνολο των εκτεταμένων οικονομικών και κοινωνικών μετασχηματισμών καθιερώνει τέσσερις μεγάλες περιόδους ελεύθερου χρόνου:

- Τα βράδια, που αφιερώνονται στην παρακολούθηση τηλεόρασης και στις οικογενειακές ή φιλικές συναντήσεις
- Τα Σαββατοκύριακα, με τη μαζική έξοδο
- Τις διακοπές
- Τη σύνταξη, που προσφέρει κατά μέσο όρο 10 χρόνια ζωής χωρίς εργασία. (Κορωναίου, 1996, σ. 37).

Ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων ανθρώπων έχει γίνει αντικείμενο έρευνας πολλών επιστημόνων. Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που ασκούν μια δημιουργική απασχόληση που τους δίνει ικανοποίηση σε προσωπικό επίπεδο, αξιοποιούν πιο εποικοδομητικά τον ελεύθερο χρόνο τους κατά τη συνταξιοδότησή τους. Κάποιοι ηλικιωμένοι αισθάνονται ότι δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν τον ελεύθερο χρόνο που έχουν, ενώ άλλοι, κυρίως συνταξιούχοι, αισθάνονται ότι είναι μια ευκαιρία να εκμεταλλευτούν αυτόν το χρόνο, ώστε να κάνουν όσα δε μπορούσαν να κάνουν ενώσω εργάζονταν (Τεπέρογλου, 1980, Γεωργιάδη και συν 1988, Τεπέρογλου, 1990).

Έρευνες που έχουν τελεσθεί, μαρτυρούν ότι οι συνταξιούχοι ηλικιωμένοι αφιερώνουν συνήθως τον ελεύθερό τους χρόνο σε πράγματα που κάνουν μέσα στο σπίτι τους, όπως η τηλεόραση (Dragana & Miroslava ,2003). Οι δραστηριότητες εκτός σπιτιού, εξαρτώνται πάντα από την κινητικότητα και την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων. Φαίνεται να υπάρχουν διαφορές αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου ανάμεσα στα δύο φύλα, αλλά και ανάμεσα σε ανθρώπους που ζουν σε αστικές και επαρχιακές πόλεις. Οι άντρες ασχολούνται περισσότερο με τα χόμπυ, ενώ οι γυναίκες κυρίως με δραστηριότητες μέσα στο σπίτι.

Σημαντικός παράγοντας για τη συμμετοχή των ηλικιωμένων σε διάφορες δραστηριότητες είναι και το εισόδημα. Έτσι, κάποιοι ηλικιωμένοι προτιμούν να μαθαίνουν και να παίζουν γκολφ, ενώ κάποιοι άλλοι περνούν το χρόνο τους παίζοντας τάβλι στο καφενείο της γειτονιάς τους.

Η Ελλάδα, έχει αποδείξει ότι το επίπεδο συμμετοχής είναι χαμηλό. Οι γυναίκες αφιερώνονται, σχεδόν εξολοκλήρου, στις δουλειές του σπιτιού και στο νοικοκυριό, ενώ οι άντρες αναζητούν παρέα στα Κ.Α.Π.Η.. Εναλλακτικά προτιμούν να περνούν το ελεύθερό τους χρόνο σε καφενεία και σε εκδρομές. Πολλοί ηλικιωμένοι επιθυμούν να πάνε ταξίδια, όμως δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα. Οι υγιείς και αυτοεξυπηρετούμενοι ηλικιωμένοι, είναι άτομα αυτόρρη, ανεξάρτητα και έχουν τη δική τους ζωή ενώ για όσους έχουν φροντιστές ή ζουν σε ιδρύματα, ο ελεύθερος χρόνος εξαρτάται από το πρόγραμμα της ομάδας τους ή των φροντιστών τους. (Τεπέρογλου, 1990,).

Οι ηλικιωμένοι αφιερώνουν αρκετό από τον ελεύθερό τους χρόνο στην οικογένεια τους. Αν δε γίνει σωστή αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου με δραστηριότητες που εκφράζουν πιο προσωπικά τον ηλικιωμένο, ο ηλικιωμένος κουράζεται και γρήγορα απογοητεύεται (Γεωργιάδη,1987,).

3.4. Σεξουαλικότητα ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι σαφώς έχουν τόσο το δικαίωμα όσο τη δυνατότητα και την επιθυμία να κάνουν έρωτα. Ωστόσο, η σεξουαλική τους ικανότητα παρεμποδίζεται από διάφορους παράγοντες.

Είναι γεγονός ότι στους ηλικιωμένους υπάρχει πιο αργή σεξουαλική ανταπόκριση, στύση και εκσπερμάτωση αυξάνοντας τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης (ώριμο σεξ). Παράλληλα υπάρχει μείωση της συχνότητας οργασμού και της ύγρانشης του κόλπου με αποτέλεσμα συχνά να είναι επώδυνο το σεξ, κυρίως για τις ηλικιωμένες γυναίκες.

Η σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων επηρεάζεται επίσης από την κατάσταση της υγείας τους, καθώς πολλές ασθένειες που σχετίζονται με την τρίτη και τέταρτη ηλικία επηρεάζουν δυσμενώς τη σεξουαλική τους ικανότητα. Ενδεικτικά αναφέρονται: προστατίτιδα, νόσος του Πάρκινσον, καρδιαγγειακές νόσοι και νόσοι της σπονδυλικής στήλης, σακχαρώδης διαβήτης, πρόπτωση μήτρας, μείωση του επιπέδου των οιστρογόνων κ.α. Συνάφεια με τις παραπάνω ασθένειες έχουν και τα ανάλογα φάρμακα, που έχουν επιπλέον παρενέργειες σεξουαλικής δυσλειτουργίας υποβαθμίζοντας τη λίμπιντο στους ηλικιωμένους (Liu & Christensen 2002).

Ο πίνακας που ακολουθεί απεικονίζει συνοπτικά την σεξουαλική λειτουργία των ηλικιωμένων.

Ηλικία σε έτη	Ανικανότητα	Ατελής συνουσία	Ικανοποιητική συνουσία
65-69	16%	11%	73%
70-74	30%	11%	59%
75 και άνω	43%	9%	48%

Πηγή: Ζαχόπουλος (στο Μωϋσιδάης χχ)

Αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι ότι, σύμφωνα με τις παραπάνω μετρήσεις στην ηλικία άνω των 75 ετών, σχεδόν οι μισοί ηλικιωμένοι φαίνεται να έχουν ικανοποιητική συνουσία. Η ανάλυση αυτή περιλαμβάνει τόσο υγιείς όσο και μη υγιείς ηλικιωμένους σε τυχαίο δείγμα του πληθυσμού. Έτσι Το ποσοστό αυτό κρίνεται ιδιαίτερα υψηλό, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι περιορίζεται κυρίως από τους ηλικιωμένους του δείγματος, που έχουν προβλήματα υγείας, σχετιζόμενα με

καταστολή της σεξουαλικής δραστηριότητας. Δηλαδή αν επρόκειτο μόνο για ηλικιωμένους με καλή κατάσταση υγείας (απουσία νόσων, ανασταλτικών για τη σεξουαλική δραστηριότητα), θα ήταν αναμενόμενα υψηλότερα ποσοστά ικανοποιητικής συνουσίας στην ηλικία των 75 ετών. Έτσι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι έχουν την δυνατότητα να παραμείνουν σεξουαλικά ενεργοί ακόμα και μετά το 75^ο έτος της ζωής τους και να έχουν μια φυσιολογική σεξουαλική εξέλιξη, όπως περιγράφηκε παραπάνω. Το ώριμο σεξ είναι απαλλαγμένο από το άγχος μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, και καθώς υπάρχει μεγαλύτερη σταθερότητα συντρόφου, συχνά οι σεξουαλικά ενεργοί ηλικιωμένοι νιώθουν περισσότερη ασφάλεια και απελευθέρωση.

Ωστόσο, ο κυριότερος ίσως ανασταλτικός παράγοντας στην εκδήλωση της σεξουαλικότητας των ηλικιωμένων είναι η στάση της κοινωνίας και δη, της Ελληνικής κοινωνίας, στο θέμα αυτό. Το ζήτημα έχει τις ρίζες του σε παλαιότερες εποχές, που τα μικρά παιδιά μεγάλωναν με την ιδέα ότι οι γονείς τους είχαν σεξουαλικές σχέσεις μόνο και μόνο για να μπορέσουν να τα γεννήσουν. Οπότε διατηρείται σε λανθάνουσα κατάσταση και η σκέψη ότι οι γονείς τους δεν χρειάζονται πια το σεξ όταν έχουν παιδιά. Η σκέψη αυτή ενισχύεται από τη στάση των γονέων που τηρούν απόλυτη μυστικότητα για τη σεξουαλική τους ζωή και αντιμετωπίζουν με πολύ ντροπή το ενδεχόμενο να το υποψιαστούν τα παιδιά τους. Συνδεδεμένο το σεξ με τα παραπάνω, στη σκέψη των παιδιών καθώς εκείνα ενηλικιώνονται και οι γονείς τους γερνούν, καταλήγει να είναι αδιανόητο πια, ως και απαγορευτικό για τους ηλικιωμένους γονείς τους. Επακόλουθο είναι να μην έχουν οι ηλικιωμένοι καν την ευχέρεια να διεκδικήσουν χρόνο για προσωπικές στιγμές. Παιδιά, εγγόνια και συγγενείς δεν υποψιάζονται ότι μπορεί να το έχουν ανάγκη. Αν όμως το αντιληφθούν, τότε περιμένει τους ηλικιωμένους η ταμπέλα του «ξεμωραμένου γεροντοέρωτα». Αυτή είναι μια πτυχή των διακρίσεων λόγω ηλικίας, που υφίστανται οι ηλικιωμένοι (Palmore 1981). Η σεξουαλική αγωγή των παιδιών στα σχολεία, έχει βοηθήσει στην κατανόηση της σεξουαλικότητας των εφήβων, των νέων, των γονέων τους, όχι όμως και των παππούδων τους.

Ακόμα ένας ανασταλτικός παράγοντας για τη σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων, που επίσης σχετίζεται με προκαταλήψεις της κοινωνίας μας, είναι η σύνδεση της ερωτικής επιθυμίας με τα πρότυπα της εξωτερικής εμφάνισης και η ταύτιση της ομορφιάς με την νεανική ηλικία. Στις ασιατικές κοινωνίες τέτοιου είδους

προκαταλήψεις είναι λιγότερο έντονες. Εν τούτοις η σύγχρονη δυτική κοινωνία έχει υποβαθμίσει το ρόλο των συναισθημάτων αγάπης, στοργής, πίστης στον ερωτικό σύντροφο ως προϋποθέσεις έγερσης της ερωτικής επιθυμίας. Επιπλέον στην Ευρωπαϊκή κουλτούρα, τα πρότυπα ομορφιάς, αφορούν πάντα νέους ανθρώπους και θεωρούνται κατά κανόνα, το κυρίαρχο κριτήριο έναρξης της σεξουαλικής επιθυμίας (Palmore 1981). Έτσι οι ηλικιωμένοι και κυρίως οι γυναίκες, με δεδομένες τις αλλαγές στην εμφάνιση τους, βλέποντας τις ρυτίδες, τα άσπρα μαλλιά, τα «γεροντόπαχα» κ.α. και γνωρίζοντας τις κυρίαρχες απόψεις της κοινωνίας μας, αποθαρρύνονται και παραιτούνται από τη διεκδίκηση του δικαιώματος τους στον έρωτα. Σύμφωνα με τον Ζαχόπουλο (στο Μωϋσιδάης χχ), η χαμηλή αυτοπεποίθηση που σχηματίζεται με αυτό τον τρόπο έχει άμεση συνέπεια τη δυσλειτουργία στην σεξουαλική ανταπόκριση με αναστολή της στύσης στους άντρες και της ύγγρασης του κόλπου στις γυναίκες. Το τελευταίο δηλαδή ερμηνεύεται ως ψυχοκοινωνική συνέπεια της απαξίωσης της τέρψης που η κοινωνία μας αποδίδει στο σώμα των ηλικιωμένων γυναικών. Για τους ηλικιωμένους άντρες αυτό είναι λιγότερο έντονο, καθώς σημάδια γήρατος, όπως τα γκριζα μαλλιά, θεωρούνται γοητεία σε μια ανδροκρατούμενη κοινωνία. Έτσι πυροδοτείται ένας φαύλος κύκλος, που δεν έχει τόσο τη βάση του στη φυσιολογία των υγιών ηλικιωμένων, όσο κυρίως στην τοποθέτηση της κοινωνίας, απέναντι σε αυτό το ζήτημα.

Δεν είναι τυχαίο που οι πρώτες ενδείξεις της αποχής από τη σεξουαλική δραστηριότητα αφορούν την εμφάνιση των ηλικιωμένων. Καθώς έχουν συμβιβαστεί με την ιδέα ότι οι αλλαγές στην εμφάνιση τους είναι ασυμβίβαστες με τη σεξουαλική έλξη, παραιτούνται και από την προσπάθεια να καλλωπίζονται. Οι γυναίκες εγκαταλείπουν το μακιγιάζ και τις βαφές μαλλιών, οι άντρες αδιαφορούν για την επιμέλεια στο ξύρισμα και για το γούστο στο ντύσιμο το δικό τους ή της συντρόφου τους. Οι ηλικιωμένοι που τείνουν να παραιτηθούν από την σεξουαλική δραστηριότητα συνήθως αρχίζουν να ντύνονται άκομψα, περιφρονούν τα αρώματα, την περιποίηση των μαλλιών και των νυχιών. Τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζονται αργότερα σε ηλικιωμένους που μένουν μαζί με τον σύντροφο τους, και συντομότερα σε όσους είναι σε κατάσταση χηρείας και επίσης στους ηλικιωμένους που διαβιούν σε ιδρύματα.

Πιο συγκεκριμένα, όσοι ηλικιωμένοι είναι σε κατάσταση χηρείας, αντιμετωπίζουν πρόβλημα σεξουαλικής έκφρασης, λόγω του φόβου της κοινωνικής κατακραυγής όπως περιγράφηκε παραπάνω. Είναι επίσης γεγονός, ότι μετά τα 85

αντιστοιχεί ένας άντρας κάθε πέντε γυναίκες, και ότι οι ηλικιωμένοι άντρες έχουν κάπως μεγαλύτερη κοινωνική αποδοχή για επισύναψη γάμου ή εξωγαμιαίων σχέσεων. Έτσι συμπερασματικά προκύπτουν λιγότερες πιθανότητες σεξουαλικής επαφής για τις γυναίκες μετά την είσοδο τους σε κατάσταση χηρείας η οποία ουσιαστικά σηματοδοτεί και το τέλος των σεξουαλικών τους επαφών (Μωϋσιδάης χχ).

Επίσης, στα περισσότερα ιδρύματα απαγορεύονται οι ερωτικές σχέσεις και η σεξουαλικά προκλητική συμπεριφορά, μεταξύ ηλικιωμένων, λόγω άγραφων αλλά και γραπτών κανόνων της κοινοβιακής ιδρυματικής ζωής. Ακόμα και έγγαμα ζευγάρια μέσα σε κοινό ίδρυμα μένουν σε ξεχωριστούς θαλάμους, καθώς σε κάθε δωμάτιο μένουν μαζί πολλοί τρόφιμοι και άρα για λόγους λειτουργικούς είναι κατ' ανάγκη του ίδιου φύλου. Στα γηροκομεία η σωματική περιποίηση και ο καλλωπισμός γίνεται από το προσωπικό του ιδρύματος την ίδια μέρα για όλους ή για μεγάλες ομάδες ηλικιωμένων. Έτσι, γίνονται συγκεκριμένη μέρα το μπάνιο, το κούρεμα, το ξύρισμα κ.α. Οι συνθήκες αυτές στερούν στους ηλικιωμένους την έκφραση της διαφορετικότητας τους και κατ' επέκταση της ιδιαιτερότητας στην ερωτική πρόκληση, καθιστώντας την τελευταία σχεδόν απαγορευμένη (Μαρκοπούλου 1995).

Εν κατακλείδι, είναι αναμφισβήτητο ότι όλοι οι άνθρωποι εξίσου σε κάθε ηλικία έχουν την ανάγκη να δίνουν και να παίρνουν αγάπη, και νιώθουν ικανοποίηση όταν αισθάνονται ερωτικά επιθυμητοί. (Μπουσκάλια 1989). Αξιοσημείωτο είναι ότι η συναισθηματική αντίδραση των ηλικιωμένων στα ερωτικά σκιρτήματα, όταν είναι πραγματικά ερωτευμένοι, δεν διαφοροποιείται από τη νεανική ηλικία. Αν τύχει να έχουν το πρώτο ραντεβού με μια καινούργια γνωριμία που τους ενδιαφέρει περνούν το ίδιο στρες, έχουν αγωνία σε περίπτωση αναμονής μιας ερωτικής ανταπόκρισης και την ίδια θλίψη σε περίπτωση απόρριψης όπως και οι νέοι. Οι ηλικιωμένοι επίσης ευαρεστούνται στα κομπλιμέντα εξίσου με τους νέους και μάλιστα αν προέρχονται από κάποιον που τους συγκινεί ερωτικά, ενισχύεται η αυτοπεποίθησή τους. Είναι γεγονός ότι όσο καλύτερη ήταν η σχέση των ηλικιωμένων στα νιάτα τους, τόσο καλύτερα διατηρείται η σεξουαλική τους ζωή στα γεράματα. Ακόμα και μετά από πολλά χρόνια συμβίωσης με το σύζυγο τους, νιώθουν την ίδια ανάγκη να ξέρουν πώς νιώθει ερωτικά και εκείνος και επιθυμούν τη συνεχή επιβεβαίωση των συναισθημάτων του. (Μπουσκάλια 1988).

3.5. Ηλικιωμένοι και οικογενειακές σχέσεις

Οι ηλικιωμένοι υπήρξαν στο παρελθόν παιδιά, ενηλικιώθηκαν, παντρεύτηκαν και πιθανόν έκαναν καινούργιες οικογένειες, έγιναν γονείς και στη συνέχεια απέκτησαν εγγόνια και έγιναν παππούδες. Σε όλη αυτή την πορεία, πέρασαν από πολλούς οικογενειακούς ρόλους, έζησαν πολλές και καθοριστικές εμπειρίες για τη μετέπειτα ζωή τους. Άλλοι έφτασαν στην τέταρτη ηλικία χωρίς παιδιά ή χωρίς ποτέ να έχουν παντρευτεί και ζουν μόνοι, άλλοι έχουν παιδιά αλλά ζουν ανεξάρτητοι από τα παιδιά τους και άλλοι ζουν ακόμα μαζί με τα παιδιά και τα εγγόνια τους σε εκτεταμένης μορφής οικογένειες. Στη μεταβιομηχανική εποχή υπήρχε η τάση να σχηματίζονται πυρηνικές οικογένειες στις πόλεις και να μένουν οι ηλικιωμένοι γονείς στην επαρχία (Σταθόπουλος, 1982). Εντούτοις, στη σημερινή εποχή στην Ελλάδα αναβιώνει και πάλι η τάση τα παιδιά να κρατούν τους ηλικιωμένους γονείς τους μαζί τους. Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης, για να συμβάλλουν και οι ηλικιωμένοι με την σύνταξη τους, στα οικονομικά του σπιτιού, αλλά και για να προσφέρουν προσωπική εργασία στις δουλειές του σπιτιού π.χ. φύλαξη των εγγονιών, μαγείρεμα κ.α..

Οι ηλικιωμένοι αισθάνονται καταξίωση, όταν μπορούν να συμμετέχουν στη ζωή των παιδιών και των εγγονών τους και να τα συμβουλεύουν, περνώντας έτσι τις εμπειρίες και τον πολιτισμό τους από γενιά σε γενιά. Καθώς λέει η παροιμία «του παιδιού μου το παιδί είναι δυό φορές παιδί μου». Ωστόσο, η φύλαξη των εγγονιών, πολλές φορές είναι ιδιαίτερα επίπονη ενασχόληση για τους ηλικιωμένους. Πολλές φορές δε, αυτό επιβάλλεται από άγραφους κοινωνικούς κανόνες και έτσι οι ηλικιωμένοι αναλαμβάνουν ευθύνες, στις οποίες συχνά δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν. Καθώς οι καιροί αλλάζουν, τα παιδιά υιοθετούν νέες αξίες και ασχολούνται με δραστηριότητες όπως το internet κ.α. με τις οποίες δεν είναι εξοικειωμένοι οι ηλικιωμένοι. Ενδέχεται λοιπόν, οι τελευταίοι να αγνοούν κάποιους κινδύνους ακόμα και να εκτεθούν σε ποινικές ευθύνες, που μπορεί να φέρουν όταν αναλαμβάνουν την φύλαξη των εγγονιών τους. Είναι γεγονός ότι η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας διευρύνει το χάσμα των γενεών. Μεγάλο μερίδιο ευθύνης φέρει η πολιτεία η οποία οφείλει να ενθαρρύνει τη συμμετοχή των ηλικιωμένων και την παρακολούθηση των εξελίξεων, παρέχοντας τις ανάλογες ευκαιρίες και την πληροφόρηση (Μπαλούρδος και συν. 1996).

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό στα ηλικιωμένα ζευγάρια, που εξακολουθούν να έχουν καλή συζυγική σχέση, είναι ότι η αγάπη και στοργή που νοιώθουν μεταξύ τους

είναι ιδιαίτερα βαθιά καθώς συνήθως έχει βάση πολλών ετών. Ίσως σε αυτή τη μακρά πορεία συμβίωσης, οφείλεται και η αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας, που επίσης χαρακτηρίζει τη σχέση των ηλικιωμένων ζευγαριών (Μωϋσιδάης, χχ). Μέσα στις διάφορες οικογενειακές αλλαγές της τέταρτης ηλικίας, περιλαμβάνεται και η πιθανή απώλεια του/της συζύγου, γεγονός που αλλάζει άρδην τη ζωή των ηλικιωμένων. Η απώλεια αυτή μπορεί να τους συγκλονίσει και να τους αποδιοργανώσει ψυχολογικά καθώς είναι δύσκολο να προσαρμοστούν στη ζωή χωρίς σύζυγο ύστερα από πολλές δεκαετίες συμβίωσης. Μάλιστα, αυτό μπορεί να σημαίνει και περιορισμό του κοινωνικού τους περίγυρου, καθώς οι συγγενείς του αποθανόντος συζύγου συχνά αποσύρονται αποφεύγοντας τις ευθύνες φροντίδας του ηλικιωμένου εξ αγχιστείας συγγενή τους. Παράλληλα, η απώλεια του συζύγου συνεπάγεται και το τέλος της συντροφικότητας ή της όποιας σεξουαλικής ενέργειας ιδίως για τις γυναίκες που με πολύ χαμηλότερη συχνότητα ξαναπαντρεύονται σε αυτή την ηλικία. Όταν ο ηλικιωμένος ζει μακριά από τα παιδιά του, τότε είναι ακόμα πιο δύσκολο να ανταποκριθεί στην αλλαγή του τρόπου ζωής, μετά την απώλεια του συζύγου του. (Michel 1981)

Τα παιδιά ηλικιωμένων ατόμων συχνά εμφανίζονται να έχουν ισχυρό παρεμβατικό ρόλο στην καθοδήγηση της ζωής των γονέων τους. Είναι πιθανό να γίνουν «υπερπροστατευτικά», υποτιμώντας τις νοητικές δυνατότητες των ηλικιωμένων και υποβαθμίζοντας τις δικαιπρακτικές τους ικανότητες. Ωστόσο, νομικά οι ηλικιωμένοι διατηρούν το δικαίωμα αυτοδιάθεσης και το δικαίωμα να πράττουν αυτοβούλως. Έτσι, συχνά αδίκως και χωρίς να συντρέχουν ιδιαίτεροι λόγοι υγείας, σταδιακά τα παιδιά, απομακρύνουν τους ηλικιωμένους γονείς τους από την ευθύνη να διαχειρίζονται χρήματα, να παίρνουν αποφάσεις που αφορούν τη ζωή τους, να οδηγούν, κ.α. για λόγους «προληπτικούς». Τέτοιου είδους περιορισμοί συχνά μειώνουν την αυτοεκτίμηση του ηλικιωμένου. Σαφώς η αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών αποτελεί πρόληψη, όμως είναι απαραίτητη η εκτίμηση από ειδικούς και αν πράγματι συντρέχουν αντικειμενικοί λόγοι, τότε απαιτείται θεραπευτική ενίσχυση των αντίστοιχων ικανοτήτων του ηλικιωμένου. (Palmore, 1981).

Η φροντίδα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα αποτελεί οικογενειακή κυρίως υπόθεση, καθώς το κράτος λειτουργεί υπολειμματικά σε αυτόν τον τομέα. Η συμπαράσταση και η συχνή επαφή του ηλικιωμένου με τα παιδιά του έχει ανεκτίμητη αξία για τον ίδιο. Ας σημειωθεί ότι στην Ελλάδα δεν είναι κοινωνικά αποδεκτό, να

αφήνονται οι ηλικιωμένοι γονείς σε ίδρυμα (μόνο το 4% περίπου των ηλικιωμένων ζουν σε ίδρυμα). Έτσι τα νεότερα μέλη της οικογένειας, όταν βρίσκονται κοντά στον ηλικιωμένο αναλαμβάνουν ως άτυπο δίκτυο φροντίδας, ευθύνες, όπως:

- Την καθαριότητα και συντήρηση του σπιτιού του ηλικιωμένου
- Τη διαχείριση των οικονομικών του, συμπεριλαμβανομένων των αγορών, την πληρωμή λογαριασμών, κ.α.
- Τη μεταφορά του, για κοινωνικές επαφές και συνοδεία σε επισκέψεις στους γιατρούς, κ.α.
- Την παροχή άτυπης ψυχολογικής υποστήριξης, με συναισθηματική ανταπόκριση, καθησύχαση των ανησυχιών του, συμβουλές και επεξηγήσεις
- Την εκπροσώπηση του ηλικιωμένου σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις όπως π.χ. σε γάμους κλπ.

Συχνά τα παιδιά των ηλικιωμένων παρακολουθούν και υποστηρίζουν την καθημερινότητα των γονιών τους π.χ. αναλαμβάνουν τη χορήγηση των φαρμάκων του, ετοιμάζουν το φαγητό του, συμβάλλουν στην διατήρηση της προσωπικής τους υγιεινής, με βοήθεια στο ξύρισμα, το κόψιμο των νυχιών κ.α. (Μωϋσιάδης χχ)

Ωστόσο, σε περίπτωση που οι ηλικιωμένοι είναι ασθενείς και τους περιθάλπουν τα παιδιά τους, τότε οι συνθήκες φροντίδας γίνονται δύσκολες. Τα παιδιά των ηλικιωμένων δεν έχουν απαραίτητα και γνώσεις ειδικού, οπότε η παροχή φροντίδας έχει χαμηλή ποιότητα. Επακόλουθο αυτού, είναι και οι περιθάλποντες να αντιμετωπίζουν συναισθήματα ανεπάρκειας, ενοχές, τύψεις κ.α. όταν δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερες απαιτήσεις νόσων, όπως π.χ. το Alzheimer. (Βαρσαμοπούλου, 2005). Το γεγονός αυτό είναι καθοριστικής σημασίας για τους φροντιστές, καθώς και οι ίδιοι έχουν ιδιαίτερες ανάγκες υποστήριξης, τις οποίες παραβλέπει ένα ιατροκεντρικό μοντέλο φροντίδας που εστιάζει στον ασθενή. Επομένως, για να αντιμετωπίσουν καλύτερα οι περιθάλποντες τις εχθρικές συμπεριφορές των ασθενών ηλικιωμένων και τα αρνητικά συναισθήματα που συχνά συνεπάγεται ο ρόλος του περιθάλποντα, απαραίτητη είναι και η υποστήριξη από μία κοινωνική υπηρεσία. Έτσι οι περιθάλποντες διδάσκονται από τον ειδικό, πώς να χειριστούν αυτές τις στρεσογόνες καταστάσεις, ώστε να μην κλιμακώνονται (Κουντή, 2005, Μάνος 1987).

Εν κατακλείδι, η σχέση γονέα - παιδιού διατηρεί ακέραιη την αλληλόδραση και τη συναισθηματική φόρτιση σε οποιαδήποτε ηλικία, ακόμα και αν αλλάζουν οι ρόλοι μεταξύ τους. Με άλλα λόγια μπορεί ο ηλικιωμένος να ήταν πάντα ο αρχηγός της οικογενείας, συμβαίνει όμως διακριτικά να αναγνωρίζει πλέον αυτό το ρόλο στο παιδί του, το οποίο με τη σειρά του παραχωρεί τιμές αρχηγού οικογενείας στον ηλικιωμένο γονέα. Έτσι, οι οικογενειακοί ρόλοι αλλάζουν, η σχέση όμως παραμένει ξεχωριστή.

Κεφάλαιο 4

Κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους.

Το τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρεται στη κοινωνική πολιτική του Ελληνικού κράτους με γνώμονα πώς αυτό μεριμνά για τους ηλικιωμένους. Επομένως, στο πρώτο υποκεφάλαιο αναφέρονται το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης, που έχει έντονη επίδραση αυτή την περίοδο, στην οικονομική κατάσταση της Ελλάδας. Στο επόμενο υποκεφάλαιο, γίνεται λόγος για τα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων που στοχεύουν τόσο στην καλή υγεία των ηλικιωμένων, όσο και στην υποστήριξη της αυτονομίας τους. Για το λόγο αυτό δε γίνεται αναφορά σε ιδρυματικές δομές που περιορίζουν και ελέγχουν την αυτονομία των ηλικιωμένων. Τέλος, αναλύονται οι δαπάνες του κράτους για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, όπως αυτές ισχύουν μέχρι πρότείνως και οι οποίες τείνουν ν' αλλάζουν ενόψει της οικονομικής κρίσης.

4.1. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης

Η δημογραφική γήρανση απασχολεί διαρκώς τις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες. Η κοινωνία μας αντιμετωπίζει το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης και η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι βιομηχανικές χώρες και ιδιαίτερα αυτές της ηπείρου μας "γηράσκουν" και θα συνεχίζουν να "γηράσκουν" με μεγαλύτερη ανάπτυξη από αυτή που εμφανίζουν διάφορες δημογραφικές προβολές (Nations Unies, 1999).

Για να αποσαφηνίσουμε τον όρο της δημογραφικής γήρανσης είναι χρήσιμο να αναφερθεί, ότι πρόκειται για τη συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στο συνολικό πληθυσμό. Είναι προφανές ότι η συνεχής αυτή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων, δε συμβαδίζει με την αναλογία των παιδιών (0-14 ετών) και ίσως με αυτή των ενδιάμεσων ηλικιών. Έτσι, η δημογραφική ή πληθυσμιακή γήρανση συνίσταται στις δομικές μεταβολές των πληθυσμών μας και δεν ορίζεται απλά και μόνο με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων (Clark & Spengler, 1980).

Πρόκειται για ένα φαινόμενο το οποίο κάνει την εμφάνιση του από προηγούμενους κιόλας αιώνες. Παρ' όλα αυτά, μόλις τα τελευταία 25 χρόνια βρίσκεται το θέμα στο επίκεντρο των συζητήσεων και προβληματισμών, καθώς οι κοινωνίες μας συνειδητοποιούν αργά και προοδευτικά την τομή που συνιστά το πέρασμα από τη βιολογική γήρανση στη δημογραφική. Οι δημογράφοι απέδειξαν ότι η δημογραφική κατάσταση της Ευρώπης, βρίσκεται σε μια μεταβατική φάση. Πιο συγκεκριμένα, ενώ παλιότερα υπήρχε υψηλή θνησιμότητα και επίσης υψηλή γονιμότητα, σήμερα μεταβαίνουμε σε ιδιαίτερα χαμηλή θνησιμότητα και συρρικνωμένη γονιμότητα, σήμερα (Bourgeois - Pichat, 1951., Sauvy, 1963)

Τα στατιστικά της εξέλιξης της δημογραφικής γήρανσης σε κράτη- μέλη της Ε.Ε. φανερώνουν ένα ποσοστό 18% (μέγιστο- Ιταλία) έως 11% (Ιρλανδία) ατόμων άνω των 65 ετών, γύρω στο 2000. Η Ελλάδα κατέχει μια υψηλή θέση σ' αυτή την κλίμα με 17% πληθυσμό, άνω των 65 ετών. Αν εξετάσουμε και τις περιπτώσεις των «υπερηλικών» ατόμων (>80 ετών), η Ελλάδα έχει σχετικά μεγάλα ποσοστά με 3,5%, έναντι 3,9-4,9% (Δανία, Ιταλία, Ηνωμ. Βασίλειο, Σουηδία) και 2,6% (Ιρλανδία).

Θα μπορούσε, λοιπόν, να στηριχθεί η άποψη ότι η χώρα μας χαρακτηρίζεται από «υψηλή» σχετικά γήρανση. Οι προβλέψεις της δημογραφικής κατάστασης για το μέλλον, παρουσιάζουν αβεβαιότητα για ποικίλους λόγους (λόγω της θνησιμότητας, της μετανάστευσης κτλ). Ενδεικτικά, η Eurostat (1999) υπολογίζει το ποσοστό των >65 ετών γύρω στο 2020 θα κυμανθεί στην Ελλάδα γύρω στο 20,6%.

Το 1951 το ποσοστό των ηλικιωμένων αντρών (<65 ετών) ήταν 6,6% και λίγα χρόνια αργότερα, το 1998 ανήλθε σε 15,1%. Την ίδια εποχή το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών από 7,3%, ανήλθε σε 14,9%. Εκτιμήσεις φανέρωναν το 1998, 190.000 περισσότερες γυναίκες από άνδρες, ηλικίας 65 και άνω. Έτσι, εκείνο το έτος αναλογούσαν στην ομάδα 65+, 125 γυναίκες σε 100 άνδρες.

Θετικό χαρακτηρίζεται το γεγονός πως στην Ελλάδα, υπάρχει ιδιαίτερα έντονη γαμηλιότητα, μιας και το 95% των ανδρών και των γυναικών που γεννήθηκαν πριν το 1960, συνάπτουν σε κάποια στιγμή της ζωής τους γάμο. Παράλληλα, η διάλυση των έγγαμων συμβιώσεων είναι αρκετά μικρή σε σχέση με άλλες χώρες της Ε.Ε. (Κοτζαμάνης, Β., 1997). Ωστόσο, καθίσταται προφανές ότι η διαφορεική θνησιμότητα των δύο φύλων, έχει άμεσες επιπτώσεις, με αποτέλεσμα ένα σημαντικό αριθμό χήρων γυναικών. Μετά τις σημαντικές αλλαγές που επήλθαν στην ελληνική οικογένεια, την τελευταία εικοσαετία, όπως π.χ. το γεγονός ότι οι οικογένειες είναι

δεν είναι πια εκτεταμένες, αλλά πυρηνικές, ο αριθμός μονομελών νοικοκυριών που αποτελούνται από ένα ηλικιωμένο άτομο, τείνει να αυξάνεται. Επομένως, οι κοινωνικού χαρακτήρα υπηρεσίες που αναπτύσσονται, οφείλουν να λάβουν σοβαρά υπόψη την παράμετρο αυτή, που θα παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο, στο βαθμό που διαπιστώνεται ήδη μια τάση μείωσης της γαμηλιότητας και αύξησης των διαζυγίων.

Οι επιπτώσεις που επιφέρει η δημογραφική γήρανση είναι αρκετές και πολυποίκιλες. Οι οικονομικές είναι αυτές που αντιμετωπίζει σε μεγάλο βαθμό, ένα κράτος, αφού εξαιτίας της αυξανόμενης δυσαναλογίας συνταξιούχων προς εργαζόμενους προκαλούνται δυσχέρειες στη χρηματοδότηση των συντάξεων ή και στη βελτίωση των ιδιαίτερα χαμηλών συντάξεων. Ταυτόχρονα, παρατηρείται μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία, για διάφορους παράγοντες οι οποίοι αναλύονται στη συνέχεια. (Τζιαφέτας, 1988)

Σημαντικές επιπτώσεις παρατηρούνται και στο πολιτικό κομμάτι. Καθώς οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα και καθώς θεωρείται ότι είναι περισσότερο συντηρητικοί, πιστεύεται ότι δυσχεραίνονται οι κοινωνικές αλλαγές. Συχνά οι ηλικιωμένοι ακολουθούν πιστά τις παραδόσεις τους και δεν δείχνουν ιδιαίτερη διάθεση για κάθε αλλαγή.

Ακόμα, αναφέρονται και εθνικές επιπτώσεις που σχετίζονται κυρίως με την άμυνα. Υπάρχει μείωση του στρατεύσιμου πληθυσμού, επομένως αύξηση της στρατιωτικής θητείας κτλ.

Επιπρόσθετα, αναφέρονται σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις. Οι συγκρούσεις των γενεών και η διεύρυνση του χάσματος των γενεών, είναι δυο πολύ χαρακτηριστικά παραδείγματα. (Σιάμπος, 1989).

4.2. Προγράμματα κοινωνικής φροντίδας, και υποστήριξης της υγείας και της αυτονομίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Η κοινωνική φροντίδα υγείας στην Ελλάδα έχει τρία επίπεδα πρόληψης. Το 1^ο επίπεδο είναι η πρωτογενής πρόληψη που στοχεύει στο να προλαμβάνει την ασθένεια και τις δυσμενείς καταστάσεις υγείας, με προαγωγή της υγείας, πρόληψη νοσηρότητας και προστατευτικά μέτρα. Στο 2^ο επίπεδο είναι η δευτερογενείς πρόληψη, η οποία ουσιαστικά είναι πρόληψη της εκδήλωσης μιας ήδη υπάρχουσας

(σε λανθάνουσα κατάσταση) νόσου. Αφορά κυρίως τους φορείς ασθενειών και στοχεύει στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Στο 3^ο επίπεδο είναι η τριτογενείς πρόληψη η οποία στοχεύει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ήδη νοσούντων, δηλαδή την πρόληψη των μακροπρόθεσμων συνεπειών της ασθένειας.

Παλαιότερα τα πρώτα προγράμματα φροντίδας για τους ηλικιωμένους, αφορούσαν κυρίως την τριτοβάθμια πρόληψη, δηλαδή παρείχαν κοινωνική υποστήριξη και υποστήριξη της υγείας των ηλικιωμένων, αφού οι τελευταίοι είχαν εκδηλώσει αντίστοιχες δυσλειτουργίες. Αυτό αποσκοπούσε κυρίως στην αποκατάσταση προβλημάτων και την πρόληψη των επιλοκών ή της υποτροπής τους. Οι μέθοδοι που αντιστοιχούν σε τέτοιες παρεμβάσεις περιορίζουν και ελέγχουν κατά μεγάλο βαθμό τη ζωή των ηλικιωμένων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα κλειστά ιδρύματα για χρονίως πάσχοντες ηλικιωμένους. Σήμερα υπάρχουν διάφορα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που σκοπό έχουν να υποστηρίξουν την αυτονομία και την υγεία των ηλικιωμένων ώστε να αποφευχθούν (όσο αυτό είναι εφικτό), οι παραπάνω παρεμβάσεις οι οποίες άλλωστε είναι και οι πιο δαπανηρές.

Στην Ελλάδα η αλλαγή της πολιτικής για τους ηλικιωμένους, ξεκίνησε τη δεκαετία του 1970, όταν αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά από την πολιτική ηγεσία, η ανάγκη παροχής προληπτικής ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας στους ηλικιωμένους. Το 1979, η διεύθυνση προστασίας Ηλικιωμένων του τότε υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σε συνεργασία με τον Όμιλο Εθελοντών, ίδρυσαν το πρώτο Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) στην Ελλάδα με την ονομασία «Πρότυπο ΚΑΠΗ Ν. Κόσμου». Ήταν η εξέλιξη του Προγράμματος «Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς» που λειτουργούσε ως τότε με εθελοντές. Νομοθετικά η λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. βασίστηκε στο Π.Δ. 631/74 και στον Ν.Δ. 162/1973 ΦΕΚ 227/73 Α' «περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων». Έτσι ξεκίνησε η δυνατότητα ίδρυσης κέντρων προστασίας Γήρατος, υπό τη μορφή εξωιδρυματικής φροντίδας και απασχόλησης των ηλικιωμένων, και υπό την ευθύνη κυρίως εθελοντικών ομάδων, και οργανώσεων όπως ο Ερυθρός Σταυρός, και το Κέντρο Μέρμινας Οικογένειας Παιδιού. Αργότερα, με το νόμο 1416/84 η ανάπτυξη του θεσμού μεταβιβάστηκε στην τοπική αυτοδιοίκηση (Σηφάκη 2007). Έκτοτε, η ανάπτυξη του θεσμού ήταν ραγδαία. Βασικές λειτουργίες των Κ.Α.Π.Η. είναι α) η οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση των ηλικιωμένων, β) η ιατροφαρμακευτική καθοδήγηση, γ) η προσφορά κοινωνικής εργασίας στους ηλικιωμένους και το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον τους, δ) η προσφορά φυσικοθεραπείας, ε) βοήθεια στο σπίτι

σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, στ) συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις, ζ) εντευκτήριο (Γεωργούση και συν 2001). Πρόσφατα ορισμένα Κ.Α.Π.Η. έχουν διευρύνει τις αρμοδιότητες τους στην εξυπηρέτηση περισσότερων πληθυσμιακών ομάδων όπως είναι π.χ. οι νέοι. Έτσι υπάρχουν Κ.Α.Π.Η. που λειτουργούν κοινά προγράμματα για νέους και ηλικιωμένους. Τέτοιο παράδειγμα είναι το πρόγραμμα αναβίωσης παλιών τεχνών όπως είναι π.χ. ο αργαλειός. Πρόκειται για παλιές τέχνες, τις οποίες διδάσκουν οι ηλικιωμένοι των Κ.Α.Π.Η. στους νέους, με σκοπό την επιχειρησιακή ανάπτυξη παλιών τεχνών τουριστικού κυρίως ενδιαφέροντος. Ως το τέλος του 1988, οι δαπάνες των Κ.Α.Π.Η. καλύπτονταν από το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, ενώ από το 1989 οι δαπάνες αυτές ήταν ευθύνη των Ο.Τ.Α. (Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης) με συγχρηματοδότηση του Υπουργείου για εξοπλισμό και κτιριακές εγκαταστάσεις (Τεπέρογλου, 1990). Κύριοι στόχοι των Κ.Α.Π.Η. είναι η πρόληψη βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων και η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν ενεργά και ισότιμα μέλη του κοινωνικού συνόλου (Αμυρά, & Τεπέρογλου 1986).

Ακόμα μία υπηρεσία για τους ηλικιωμένους, που λειτουργεί στα πλαίσια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, είναι τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.). Στα κέντρα αυτά προσφέρεται στους ηλικιωμένους ημερήσια, ολιγόωρη παραμονή, με παράλληλη δημιουργική απασχόληση, ικανοποίηση πρακτικών αναγκών και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Τα Κ.Η.Φ.Η. απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν επαρκώς και το περιβάλλον τους δεν μπορεί να τους υποστηρίξει (Αθανασάκης, 2009). Κύριοι στόχοι των Κ.Η.Φ.Η. είναι η αποφυγή της ιδρυματοποίησης, του κοινωνικού αποκλεισμού, η παραμονή των ηλικιωμένων στο γνώριμο περιβάλλον τους, και η προάσπιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Τα Κ.Α.Π.Η. και τα Κ.Η.Φ.Η. βρίσκονται σε στενή συνεργασία τόσο μεταξύ τους, όσο και με φορείς κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας (Δανιαλήδης 2010).

Στην αρμοδιότητα των Ο.Τ.Α. ανήκουν και τα προγράμματα υποστήριξης της παραμονής των ηλικιωμένων στο σπίτι τους, με παροχή συμπληρωματικών βοηθητικών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και υγείας. Το 1997 ξεκίνησε ως πιλοτική εφαρμογή ένα τέτοιο πρόγραμμα με τη συνεργασία των Δήμων, της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. (Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος) και των Υπουργείων Υγείας και Εσωτερικών. Το 2000 εξελίχτηκε στις πρώτες μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας και το 2002 λειτούργησε το προγράμματα «Βοήθεια στο

Σπίτι». Το τελευταίο συγχρηματοδοτήθηκε από το Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης και το Υπουργείο Εργασίας αλλά η βιωσιμότητα του είναι αμφισβητούμενη. Η υπηρεσία νομοθετικά βασίστηκε στο Ν.Δ. 162/73 και συγκεκριμένα στο άρθρο 2 που αναφέρει ότι η βοήθεια προς τους ηλικιωμένους «δύναται να εκδηλούται ως κοινωνική αρωγή κατ' οίκον». Ο νόμος δηλαδή, εισάγει την πρωτοποριακή αυτή ιδέα 30 χρόνια πριν από την εφαρμογή της. Μάλιστα ο νόμος αυτός, διορατικά προσδιορίζει και τις λειτουργίες του προγράμματος, αναφέροντας ότι οι υπηρεσίες μπορεί να παρέχονται στους ηλικιωμένους «υπό μορφή, ηθικής συμπαράστασης, οικονομικής ενισχύσεως, ή ετέρας φύσεως υλικής βοήθειας, σκοπούσης εις την εξασφάλισιν των μέσων διαβίωσης και περιθάλψεως αυτών». Το πρόγραμμα σήμερα εφαρμόζεται στο 80% των Ελληνικών Δήμων με προτεραιότητα στις απομακρυσμένες νησιωτικές και ορεινές περιοχές. Κύριος στόχος του προγράμματος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η παροχή βοήθειας για αυτονομία και αξιοπρεπή διαβίωση σε Α.Μ.Ε.Α. (Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες) και ηλικιωμένα άτομα. Επίσης προβλέπεται υποστήριξη του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. 2002).

Τέλος, με πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων λειτούργησαν οι λέσχες φιλίας σε επίπεδο γειτονιάς ή συνοικίας. Οι λέσχες αυτές λειτουργούν 7π.μ.εώς 7μ.μ. και αποσκοπούν στην εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της ηλικίας τους αλλά και την παροχή υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Καινοτομία είναι ο συνδυασμός νεότερων και ηλικιωμένων μελών και η συναναστροφή τους, κατά τρόπο που καταργούνται τα στεγανά μεταξύ υπηρεσιών για νέους και υπηρεσιών για ηλικιωμένους. Στις λέσχες είναι εγγεγραμμένοι περίπου 5.000 ηλικιωμένοι, πληρώνοντας χαμηλή συμμετοχή (Αθανασάκης και συν 2009).

4.3. Δαπάνες για την φροντίδα των ηλικιωμένων

Στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστες μελέτες της αποδοτικότητας και του κόστους για τις παρεμβάσεις φροντίδας στους ηλικιωμένους. Άλλωστε μεγάλο μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας των ηλικιωμένων είναι άτυπης μορφής και παρέχεται από την οικογένεια. Έτσι, οποιαδήποτε προσπάθεια αποτίμησης του κόστους αυτού, δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Πρόσφατα, η Ελληνική πολιτεία, έλαβε υπόψη της στο σχεδιασμό προγραμμάτων δημόσιας υγείας και κοινωνικής φροντίδας, τη διαφορετικότητα των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνθηκών που αφορούν τους ηλικιωμένους. Τα τελευταία λοιπόν χρόνια τα προγράμματα δημόσιας

υγείας που απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα, είναι καλύτερα στοχοθετημένα στις ανάγκες των ηλικιωμένων, κάτι που συνεπάγεται μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με χαμηλότερα κόστη. Ωστόσο, τα προγράμματα φροντίδας δεν διαφοροποιούνται ανάμεσα στην τρίτη και τέταρτη ηλικία, παρότι τα χαρακτηριστικά των αντίστοιχων ηλικιών δεν είναι ακριβώς ίδια. Αξιοσημείωτο επίσης, είναι ότι ορισμένες μεταβλητές ανάλυσης αποδοτικότητας-κόστους ενόψει των δαπανών για την υγεία, ουσιαστικά αδικούν τους ηλικιωμένους. Έτσι κατατάσσουν ηλικιωμένα άτομα που έχουν τη θέληση και την ικανότητα να εργαστούν, στο καθεστώς των μη εργαζόμενων συνταξιούχων, με μοναδικό κριτήριο αξιολόγησης, την ηλικία (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, 2008-2013).

Οι συνολικές δαπάνες υγείας στη χώρα μας για το έτος 2001 ανέρχονταν στο 9,1% επί του Α.Ε.Π. (Ακάριστου Εγχώριου Προϊόντος), ενώ περίπου το 60% των δαπανών αυτών, είναι δημόσιες δαπάνες και προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) και την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, συνταξιούχων και εργοδοτών). Την τελευταία δεκαετία οι τάσεις είναι αυξητικές, τόσο για τις συνολικές δαπάνες, όσο και για τις επιμέρους δημόσιες και ιδιωτικές. Ωστόσο το βήμα αύξησης των ιδιωτικών δαπανών είναι μεγαλύτερο από εκείνο για τις δημόσιες. Δεν υπάρχουν επαρκή και αξιόπιστα στοιχεία εκτίμησης του ποσοστού των δαπανών που αφορούν αμιγώς την υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Από τη μία γνωρίζουμε όμως ότι στην Ελλάδα υπάρχουν παράγοντες που οδηγούν σε συνεχή αύξηση του ποσοστού ηλικιωμένων επί του συνόλου του πληθυσμού (π.χ. στην Ελλάδα, το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, είναι ένα από τα υψηλότερα της Ευρώπης και ο δείκτης γονιμότητας από τους χαμηλότερους) (Κοτζαμάνης 2000). Από την άλλη οι ανάγκες υγείας, συνεπώς και το κόστος περίθαλψης των ηλικιωμένων, είναι πολλαπλάσιο από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Συμπερασματικά λοιπόν, προκύπτει ότι ένα πολύ μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας στην Ελλάδα αφορούν τους ηλικιωμένους (Μηνακούλη, και Τσιακάτουρα, 2005).

Αντίστοιχα, είναι πολύ δύσκολη και η αξιολόγηση της χρηματοδότησης του συστήματος παροχής φροντίδας στους ηλικιωμένους. Το ζήτημα αυτό είναι προφανές, καθώς πρόκειται για ένα μωσαϊκό τιμολογήσεων, χρηματικών ροών και πληρωμών, στο οποίο εμπλέκονται, ο κρατικός προϋπολογισμός, δημόσια νοσοκομεία, ασφαλιστικά ταμεία, πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών και ιδιωτικοί φορείς. Το ποσοστό άλλωστε της χρηματοδοτικής κάλυψης από τις

παραπάνω πηγές, διαφέρει ανάλογα με το εάν πρόκειται για ανοικτή ή κλειστή φροντίδα και ανάλογα με το νομικό καθεστώς που ισχύει για τον κάθε φορέα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους ηλικιωμένους (δημοσίου δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού χαρακτήρα κ.λ.π.).

Η μελλοντική εξέλιξη δαπανών, του ελληνικού συστήματος φροντίδας των ηλικιωμένων, βρίσκεται σε μια συνεχή αυξητική πορεία. Ενδεικτικά αναφέρεται, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για τη νοσοκομειακή περίθαλψη ηλικιωμένων, ότι αναμένεται αύξηση δαπανών κατά 1,1% ανά έτος τόσο για την ηλικιακή ομάδα 65 -79 ετών, όσο και για αυτή των 80 και άνω. Προς την κατεύθυνση αυτή, συμβάλουν παράγοντες όπως η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, οι ανάγκες τεχνικού και διοικητικού εκσυγχρονισμού, η συνήθεια για υπερβολική χρήση φαρμάκων (πολυφαρμακία) στους ηλικιωμένους και η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων την οποία υποθάλλει ο πληθωρισμός γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών στην Ελλάδα (Μηνακούλη, και, Τσιακάτουρα, 2005).

Στην Ελλάδα, για την εξοικονόμηση χρημάτων, δοκιμάστηκαν στο παρελθόν διάφοροι τρόποι περιορισμού του κόστους παροχής φροντίδας στους ηλικιωμένους, οι οποίοι μεταξύ άλλων περιλάμβαναν και τη μείωση της ζήτησης των αντίστοιχων υπηρεσιών. Στην Ελλάδα μέχρι πρόσφατα αυτό σήμαινε την ανάπτυξη αποτρεπτικών παραγόντων για την κατανάλωση των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Τέτοιες τακτικές είναι είτε η αύξηση των κοινωνικών ή φορολογικών εισφορών για θέματα φροντίδας ηλικιωμένων, είτε η αύξηση της συμμετοχής των ηλικιωμένων στην κάλυψη των ανάλογων δαπανών. Είναι προφανές ότι με τους παραπάνω τρόπους, τίθεται σε κίνδυνο η ποιότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών φροντίδας των ηλικιωμένων (Γεωργούση, 1993)

Σήμερα η Ελλάδα προχωράει στην εξυγίανση του Εθνικού συστήματος υγείας και παροχής φροντίδας γενικά και στους ηλικιωμένους ειδικότερα. Κύρια μέτρα είναι ο εξορθολογισμός στην κατανάλωση φαρμάκων έναντι της πολυφαρμακίας των ηλικιωμένων και η συνταγογράφηση τους σε περιβάλλον ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, η διαφάνεια στις προμήθειες και βέβαια ο περιορισμός της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών. Τα τελευταία είναι φαινόμενα που αναπτύσσονται εκεί όπου η μέθοδος αμοιβής του γιατρού ή του φορέα παροχής φροντίδας γενικότερα, είναι κατά πράξη και όχι επί του συνόλου παροχής υπηρεσιών. Η αναγνώριση των ιδιαίτερων αναγκών των ηλικιωμένων κατά κοινότητα, η

αξιολόγηση των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων και η συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους είναι ένα ακόμα αποτελεσματικό μέτρο (Μηνακούλη, και, Τσιακάτουρα, 2005).

Παράλληλα, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) επιχειρεί σύνδεση του εθνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης μέσω της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων. Έτσι, αξιοποιούνται πληροφορίες κοινού ενδιαφέροντος μεταξύ των παραπάνω συστημάτων, περιορίζονται οι ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ελέγχονται αποτελεσματικότερα οι δαπάνες. Επιπλέον, η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικότερου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τους ηλικιωμένους αναμένεται να μειώσει τα κόστη της δευτεροβάθμιας φροντίδας τους.

Ένα επίσης αξιοπρόσεκτο ζήτημα αξιολόγησης των δαπανών για την περίθαλψη και τη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων, είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένα ενιαίο κόστος νοσηλευτικής πράξης ή κλειστό συμβατικό νοσήλιο για το δημόσιο ή για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Σήμερα καταβάλλονται από την πολιτεία προσπάθειες συναίνεσης, για να υπάρξει κοινό ύψος νοσηλίου, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης, στα οποία επιχειρήθηκε να καθορισθεί ένα ενιαίο νοσήλιο (Μηνακούλη, και, Τσιακάτουρα, 2005).

Εν κατακλείδι, είναι προφανές ότι η δημογραφική γήρανση μπορεί να έχει θετικό αλλά και αρνητικό αντίκτυπο στις δημόσιες δαπάνες. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του συνολικού αριθμού των ηλικιωμένων, οπωσδήποτε, επιφέρει αύξηση των δαπανών φροντίδας. Η αύξηση όμως του αριθμού των ηλικιωμένων που ζουν αυτόνομοι και ανεξάρτητοι χωρίς προβλήματα, επιφέρει μείωση των υφιστάμενων δαπανών φροντίδας. Η αξιολόγηση της κατάστασης των ηλικιωμένων μέσα από την παράμετρο του τρόπου ζωής τους και ο προσδιορισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στην καλή υγεία και αυτονομία των ηλικιωμένων, οδηγούν στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης με καλή υγεία και αυτονομία, χωρίς ανάγκη φροντίδας. Οι παραπάνω παράγοντες είναι καθοριστικοί στη διαμόρφωση του κόστους για τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Προς αυτή την κατεύθυνση επιχειρεί επίσης να συμβάλει η παρούσα έρευνα, αναδεικνύοντας την ποιοτική υφή των παραπάνω συσχετίσεων.

Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο 5

Μεθοδολογία και σχεδιασμός της έρευνας .

Το κεφάλαιο αυτό εισάγει τον αναγνώστη στο δεύτερο μέρος της παρούσας μελέτης, δηλαδή στο ερευνητικό πλαίσιο της εργασίας.

Η μεθοδολογία και ο σχεδιασμός της έρευνας που αναπτύσσεται σε αυτό το κεφάλαιο, παρουσιάζεται μέσα σε επτά υποκεφάλαια. Πρώτα αναφέρονται ο σκοπός, οι στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα που οδήγησαν τους σπουδαστές στην συγκεκριμένη έρευνα. Στη συνέχεια, περιγράφεται το πεδίο έρευνας και τα κύρια χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού. Σε ξεχωριστό υποκεφάλαιο παρουσιάζεται η επιχειρηματολογία για τη χρήση της ποιοτικής μεθόδου έρευνας και έπονται τα κριτήρια επιλογής του δείγματος. Ακολουθεί η περιγραφή των ερευνητικών εργαλείων συλλογής και ανάλυσης δεδομένων, ενώ παράλληλα στο ίδιο υποκεφάλαιο παρουσιάζεται ο οδηγός (πλάνο), της ημιδομημένης συνέντευξης που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα. Στο τελευταίο υποκεφάλαιο παρουσιάζεται ο τρόπος διεξαγωγής της έρευνας με τους περιορισμούς, τις δυσκολίες και τις εναλλακτικές λύσεις με τις οποίες ανταποκρίθηκαν οι σπουδαστές. Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζεται η ανάλυση των δεδομένων και τα αποτελέσματα της έρευνας η οποία κλείνει με την παράθεση των συμπερασμάτων.

5.1. Σκοπός, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα.

Μετά από ενδελεχή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σε σχέση με έρευνες που αφορούν τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων σε διάφορες περιοχές του κόσμου, διαπιστώθηκε ότι υφίστανται ποικίλοι παράγοντες, που επηρεάζουν την υγεία την αυτονομία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Όπως παρουσιάστηκε στο θεωρητικό μέρος αυτής της έρευνας, προσδιοριστές της αυτονομίας, της ποιότητας ζωής και της υγείας των ηλικιωμένων, όπως είναι η διατροφή, το άγχος, η πνευματικότητα, η συντροφικότητα και η άσκηση αποτελούν αναμφισβήτητα ευρήματα.

Με βάση λοιπόν τα δεδομένα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, σχεδιάστηκε η διεξαγωγή αυτής της μελέτης, με σκοπό να περιγραφούν και να διερευνηθούν εις

βάθος, οι καθημερινές συνήθειες ηλικιωμένων της Κρήτης, οι οποίες προσδιορίζουν και διαμορφώνουν την αυτονομία, την ποιότητα ζωής τους και την σχετικά καλή υγεία τους. Συμπληρωματικά, επιχειρείται η διερεύνηση των διαφοροποιήσεων του τρόπου της ζωής τους, σε σχέση με το φύλο και τον ιδιαίτερο τόπο διαμονής τους. Έτσι, τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής αφορούν το συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού που επιλέχθηκε και δεν έχουν στόχο τη γενίκευση στο σύνολο του πληθυσμού των ηλικιωμένων.

Οι επιμέρους στόχοι αυτής της έρευνας, απορρέουν από τον σκοπό της. Οποσδήποτε οι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή των ηλικιωμένων δεν είναι μόνο ποσοτικά ή πειραματικά μετρήσιμοι. Άλλωστε οι ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας, της αυτονομίας και της ποιότητας ζωής υπόκεινται στην υποκειμενικότητα της αντίληψης των μετεχόντων. Έτσι στη μελέτη αυτή επιχειρείται να διερευνηθούν αυτές ακριβώς οι υποκειμενικές αντιλήψεις και απόψεις των ηλικιωμένων της Κρήτης, σχετικά με τον προσδιορισμό των παραπάνω παραγόντων που επηρεάζουν τη ζωή τους.

Κατ' επέκταση, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, σε συνδυασμό με αντίστοιχα ευρήματα συναφών ερευνών, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας ολιστικής θεώρησης του τρόπου ζωής, που οδηγεί τα ηλικιωμένα άτομα σε υγιή, αυτόνομη και ποιοτική ζωή.

Παράλληλα η σύγκριση, η επιβεβαίωση, ή ακόμα και η αντιπαράθεση των παραπάνω παραγόντων με τα βιβλιογραφικά και ερευνητικά δεδομένα αντίστοιχων πληθυσμών από άλλες περιοχές, είναι μέσα στα πλαίσια των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης. Επομένως, η συμβολή της μελέτης στον εμπλουτισμό της υπάρχουσας βιβλιογραφίας θεωρείται ένας ακόμα στόχος.

Εν κατακλείδι λοιπόν, τα ερευνητικά ερωτήματα που απορρέουν από τους παραπάνω στόχους είναι τα εξής:

- Με ποιο τρόπο τα ηλικιωμένα άτομα επιχειρούν να είναι ενεργά, αυτόνομα και λειτουργικά στο περιβάλλον τους;
- Ποιοί κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τα ηλικιωμένα άτομα ώστε να διατηρούν ένα σχετικά καλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας;
- Με ποιο τρόπο οι ηλικιωμένοι συμμετέχουν σε δραστηριότητες του οικογενειακού και κατ' επέκταση του κοινωνικού τους περιβάλλοντος;

- Σχετίζεται το φύλο και ο τόπος κατοικίας των ηλικιωμένων με τη λειτουργικότητα και το επίπεδο υγείας τους;
- Ποιες είναι οι υποκειμενικές αντιλήψεις των ηλικιωμένων για τα παραπάνω ζητήματα;

5.2. Πεδίο μελέτης.

Το πεδίο μελέτης είναι οι υγιείς και αυτόνομοι ηλικιωμένοι της Κρήτης, που έχουν μια καλή ποιότητα ζωής και είναι άνω των 75 ετών. Η επιλογή της περιοχής της Κρήτης δεν ήταν τυχαία, καθώς πολλές έρευνες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο τρόπος ζωής στην Κρήτη περιλαμβάνει παράγοντες που οδηγούν σε καλή υγεία, μακροζωία καλή ποιότητα ζωής και αυτονομία σε υπερήλικα άτομα. (Trichoroulou 2004, Menotti et al.2004,). Τα σημαντικότερα ευρήματα των παραπάνω ερευνητών παρατίθενται στο θεωρητικό κεφάλαιο που αναφέρεται στον τρόπο ζωής στην παρούσα εργασία. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η Κρήτη αναδεικνύεται ως ιδανική περιοχή μελέτης για το συγκεκριμένο ερευνητικό αντικείμενο.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, πέραν των παραγόντων που αναφέρονται παραπάνω, είναι:

- Ότι οι ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες των κρητικών περιλαμβάνουν τη μεγαλύτερη κατανάλωση ελαιολάδου, φρούτων και οσπρίων από όλες τις περιοχές της Ευρώπης.
- Ότι η παρελθούσα ενασχόληση του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού των σημερινών ηλικιωμένων της Κρήτης ήταν η γεωργία. Μάλιστα το μεγαλύτερο μέρος της διατροφής τους προερχόταν (και σε πολλές περιπτώσεις ακόμα προέρχεται) από τις δικές τους πρωτογενείς καλλιέργειες και τα οικόσιτα ζώα τους.
- Ότι οι δείκτες του άγχους είναι ιδιαίτερα χαμηλοί στις ορεινές κυρίως περιοχές της Κρήτης.
- Ότι υπάρχει διατήρηση των παραδόσεων και αυστηρών σχετικά ηθικών αρχών επίσης στις ορεινές κυρίως περιοχές.
- Και τέλος ότι το περιβάλλον που ζουν οι ηλικιωμένοι κυρίως στην επαρχία της Κρήτης, είναι υγιεινό, χωρίς ιδιαίτερη ρύπανση παρά την εντατική χρήση φυτοφαρμάκων τα τελευταία χρόνια.

5.3. Επιχειρηματολογία χρήσης Ποιοτικής Μεθόδου έρευνας.

Με δεδομένο ότι ο τρόπος ζωής των Κρητικών έχει διερευνηθεί κυρίως με πειραματικές και ποσοτικές μεθόδους και έχει αποδοθεί με μετρήσιμους δείκτες, υπάρχει πληθώρα ευρημάτων που αντανακλούν συγκεκριμένες πτυχές της ζωής στην Κρήτη. Είναι όμως αδύνατον τα ερευνητικά εργαλεία ποσοτικών μεθόδων, (π.χ. τα δομημένα ερωτηματολόγια), να συμπεριλάβουν εκ των προτέρων όλες τις πτυχές της ζωής και να προσδιορίσουν όλους τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Οι αντικειμενικές μετρήσεις των παραγόντων του τρόπου ζωής απαντούν στο «πόσο» και στο «τι», κατακερματίζουν όμως την εικόνα που αντανακλά την πραγματικότητα. Σε αντίθεση με αυτό, η ποιοτική έρευνα δεν χρησιμοποιεί καθόλου αριθμούς ή μαθηματική λογική αλλά απαντά στο «πώς» και στο «γιατί». Καταγράφοντας ακριβώς τα λόγια των ερωτώμενων, ερμηνεύει σκέψεις, αντιλήψεις, κίνητρα και πεποιθήσεις και δίνει τη δυνατότητα εις βάθος διερεύνησης πολύπτυχων φαινομένων (Καλλινικάκη, 2010), όπως είναι ο τρόπος ζωής ενός πληθυσμού. Ταυτόχρονα, δίνει τη δυνατότητα στους μετέχοντες ερωτώμενους, να χρωματίσουν με την υποκειμενική κρίση τους, και την βιωματική τους εμπειρία, τους πιο σημαντικούς άδηλους και πρόδηλους συντελεστές των εμπειριών τους. Έτσι αποκαλύπτονται νέοι παράγοντες του τρόπου ζωής που δεν ήταν εκ των προτέρων προσδιορισμένοι από τους ερευνητές (Mason, 2003). Βέβαια είναι γεγονός ότι καθώς πρόκειται για ποιοτική έρευνα σε μικρό δείγμα πληθυσμού, είναι πολύ περιορισμένες οι δυνατότητες γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, όμως δεν υπολείπεται σημαντικότητας για τον υπό μελέτη πληθυσμό. Όπως αναφέρει ο Στέφανος Μπουτσιούκας (2007), μέσα από την υποκειμενικότητα των αντιλήψεων προκύπτει μια αρτιότερη και βαθύτερη γνώση και μια ολιστική θεώρηση των υπό μελέτη φαινομένων. Άλλωστε μπορεί να αποτελέσει πιλοτική βάση, για μελλοντικές ποσοτικές έρευνες, που θα μελετούν τη δυνατότητα γενίκευσης των νέων υποκειμενικών δεδομένων που θα αποκαλυφτούν από τη συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη. Επομένως, για τους προαναφερθέντες λόγους, κρίνεται σκόπιμη η εφαρμογή ποιοτικής μεθοδολογίας στη διερεύνηση ενός τόσο πολύπτυχου φαινομένου όπως είναι ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων της Κρήτης.

5.4. Κριτήρια επιλογής του δείγματος.

Από το ίδιο το θέμα της παρούσας έρευνας προκύπτουν ως κύρια κριτήρια επιλογής του δείγματος οι παράμετροι της καλής υγείας της ποιότητας ζωής και της αυτονομίας των ηλικιωμένων που μετέχουν στην έρευνα. Επιπλέον, τίθεται το όριο της ηλικίας των 75 ετών και άνω, για τον υπό μελέτη πληθυσμό και η εντοπιότητα των κατοίκων της Κρήτης.

Παρ' όλα αυτά, ο τρόπος επιλογής των συγκεκριμένων 20 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, μέσα από το σύνολο του πληθυσμού των ηλικιωμένων που πληρούν τα παραπάνω κριτήρια, έγινε με τη μέθοδο του κορεσμού. Πιο συγκεκριμένα δηλαδή, έγινε προσπάθεια να επιλεγούν άτομα με όσο το δυνατόν διαφορετικά πληροφοριακά δεδομένα, από το σημείο και πέρα που οι πληροφορίες άρχισαν να επαναλαμβάνονται. Έτσι στο δείγμα περιλαμβάνονται άτομα που ζουν μοναχικά, αλλά και άτομα που ζουν σε συμβίωση, που έχουν παιδιά ή που δεν έχουν, στην επαρχία ή σε αστικές περιοχές, ορεινές ή παραθαλάσσιες, σε επαφή με κοινωνικές υπηρεσίες ή όχι, κ.ο.κ. Σκοπός της επιλογής αυτής είναι, να προκύψουν αποτελέσματα όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά, καθώς η έρευνα εστιάζει στα στοιχεία εκείνα που επαναλαμβάνονται μέσα από τις διάφορες εκδοχές, οπότε αντιπροσωπεύουν πραγματικά το δείγμα. Αξιοπρόσεκτα όμως είναι και τα στοιχεία εκείνα τα οποία αποτελούν μεμονωμένες απόψεις, που ερμηνεύονται, αναλύονται και αξιολογούνται ανάλογα.

5.5.1. Ερευνητικά εργαλεία συλλογής και ανάλυση δεδομένων.

Η ημιδομημένη συνέντευξη αναπτύσσεται με βάση ένα πλάνο καθορισμένων θεματικών ενοτήτων, που περιλαμβάνουν σχετικά καθορισμένες ερωτήσεις (Robson 2010). Άρα υπάρχει μεγάλη δυνατότητα ευελιξίας, ως προς τον τρόπο διατύπωσης των ερωτήσεων, τη σειρά ακολουθίας τους και το ακριβές περιεχόμενό τους. Δίνεται επίσης η δυνατότητα πρόσθεσης ή αφαίρεσης ερωτήσεων και προσαρμογής του περιεχομένου τους, ανάλογα με την ανταπόκριση του ερωτώμενου αλλά και τις ανάγκες της έρευνας (Ιωσηφίδης, 2003). Επιπλέον, το γεγονός ότι υπάρχουν συγκεκριμένοι δομικοί άξονες, βάσει θεματικών ενοτήτων, επιτρέπει την ταξινόμηση των δεδομένων με μεγαλύτερη ευκολία και κατ' επέκταση γίνεται με μεγαλύτερη

ακρίβεια η σύγκριση και συσχέτιση τους (Ιωσηφίδης, και Σπυριδάκης 2006). Το κύριο όμως χαρακτηριστικό των ημιδομημένων συνεντεύξεων, είναι ότι υπάρχει το περιθώριο να εκφράσουν ελεύθερα τις απόψεις τους οι ερωτώμενοι και μέσα από αυτή την διαδικασία προκύπτουν νέες υποκειμενικές θεωρήσεις των φαινομένων (Κυριαζή 1999). Αυτή η πτυχή του συγκεκριμένου τύπου συνέντευξης, χαρακτηρίζει την εις βάθος διερεύνηση και αποτελεί τον κύριο λόγο που επιλέγεται η ημιδομημένη συνέντευξη ως εργαλείο συλλογής και ανάλυσης δεδομένων στη συγκεκριμένη έρευνα. Καθώς είναι αδιαμφισβήτητο ότι ο τρόπος ζωής ως θέμα διερεύνησης είναι πολυδιάστατο, προκύπτει λογικά, ότι είναι πρακτικά αδύνατο να προσδιοριστεί μέσα από ένα απόλυτα δομημένο ερωτηματολόγιο με προκαθορισμένα επιμέρους ζητήματα διερεύνησης. Ως εκ του αποτελέσματος, η ημιδομημένη συνέντευξη κρίνεται εποικοδομητική και ιδανική επιλογή για τη συγκεκριμένη έρευνα.

Η διαδικασία ανάλυσης στοιχείων που θα ακολουθηθεί, βασίζεται στην μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου των ημιδομημένων συνεντεύξεων (Ιωσηφίδης 2003). Μετά την απομαγνητοφώνηση του περιεχομένου τους, η ανάλυση θα γίνει βάσει τριγωνοποίησης, μεταξύ των απόψεων που εκφράζει το υποκείμενο και οι δύο ερευνητές καθώς παρουσιάζει ενδιαφέρον, το περιεχόμενο της αλληλεπίδρασης των συμμετεχόντων στην ερευνητική διαδικασία ποιοτικών μεθόδων (Καλλινικάκη 2010). Παράλληλα, για τη διευκόλυνση της ταξινόμησης, οι πληροφορίες θα ταξινομηθούν σε βάση δεδομένων του excel μόνο για λόγους σύγκρισης και αρχειοθέτησης και όχι για στατιστική ερμηνεία (Robson, 2010).

5.5.2. Οδηγός ημιδομημένης συνέντευξης.

Ο οδηγός συνέντευξης που ακολουθεί, παρουσιάζει κατά θεματικές ενότητες τα ζητήματα που διερευνώνται. Η παράθεση των θεμάτων γίνεται μόνο επιγραμματικά, ώστε να μπορεί ο συνεντευκτής πολύ γρήγορα να εστιάσει το θέμα. Η διατύπωση των ερωτήσεων δεν παρατίθεται πλήρης, καθώς όπως ήδη έχει περιγραφεί στο υποκεφάλαιο της ημιδομημένης συνέντευξης, υπάρχει ευελιξία στον τρόπο διατύπωσης των ερωτήσεων. Ωστόσο καθώς οι συνεντευκτές είναι τελειόφοιτοι της Κοινωνικής Εργασίας, έχουν πλήρη γνώση των τεχνικών συνέντευξης, τις οποίες εφαρμόζουν, προκειμένου να αναδυθούν τα συναισθήματα, οι αντιλήψεις, οι στάσεις ζωής και οι πεποιθήσεις των ηλικιωμένων. Αξιοσημείωτο είναι ότι πρόκειται κατά κύριο λόγο για ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, ώστε να επιλέγει ο ίδιος ο ηλικιωμένος τα

θέματα που παρουσιάζει, ως πιο αντιπροσωπευτικά, ή σημαντικά για τον ίδιο. Χαρακτηριστικές ερωτήσεις π.χ. είναι οι εξής: «Θα μπορούσατε να μας περιγράψετε πώς περνάτε μια συνηθισμένη μέρα;» ή «Πείτε μας με δικά σας λόγια πώς αντιλαμβάνεστε το νόημα της ζωής στην ηλικία που βρίσκεστε τώρα...» Έτσι αποφεύγεται η καθοδήγηση σε συμπεράσματα που θα μπορούσαν να αντανακλούν τις υποθέσεις των συνεντευκτών.

Αρχικά λοιπόν, γίνεται μια μικρή εισαγωγή, προσεγγίζοντας και ενημερώνοντας τους ηλικιωμένους για το σκοπό της έρευνας και το απόρρητο των προσωπικών τους δεδομένων. Έπειτα, εξασφαλίζεται η συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους στην έρευνα και για την μαγνητοφώνηση των δεδομένων. Περίπου 30-45 λεπτά ηχογραφημένου υλικού ανά συνέντευξη κρίνονται επαρκή για τη συλλογή των πληροφοριών. Η μαγνητοφώνηση ξεκινάει με τις συστάσεις και την καταγραφή των μικρών ονομάτων των συμμετεχόντων.

ΟΔΗΓΟΣ-ΠΛΑΝΟ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Το Κοινωνικοδημογραφικό προφίλ του ηλικιωμένου

- το όνομά τού ανθρώπου που δίνει τις πληροφορίες
- το έτος γέννησής του/της,
- το φύλο
- τόπος γέννησης
- τόπος κατοικίας
- εκπαίδευση
- επαγγελματική δραστηριότητα πριν τη συνταξιοδότηση
- οικονομική κατάσταση
- οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένος/η, χωρισμένος/η, άγαμος/η, χήρος/α),
- γονεϊκή κατάσταση

1^η θεματική ενότητα: Παιδική ηλικία (σύντομη αναφορά):

- τόπος γέννησης

- επάγγελμα γονέων
- κατοχή
- οικογενειακή κατάσταση πατρικής οικογένειας (π.χ. ορφανό)
- οικογενειακές σχέσεις και ρόλοι μελών
- εκπαίδευση
- οικονομική κατάσταση
- τρόπος ζωής τότε
- διατροφή κ.α.
- πιθανά προβλήματα – πώς ανταποκρίνεται

2^η θεματική ενότητα: Ενήλικη ζωή

- τόπος διαμονής
- οικογενειακή κατάσταση συζυγικής οικογένειας
- οικογενειακές σχέσεις και ρόλοι μελών π.χ. γονεϊκή ιδιότητα
- επαγγελματική σταδιοδρομία-ικανοποίηση από τη δουλειά
- οικονομική κατάσταση
- πιθανά προβλήματα - πώς ανταποκρίνεται
- τρόπος ζωής τότε, ακροθιγώς (διατροφή κ.α.)

3^η θεματική ενότητα: Σήμερα στα γηρατειά - καθημερινές δραστηριότητες

A) Κατάσταση υγείας αυτονομίας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων

- αλλαγές και προβλήματα στη ζωή των ηλικιωμένων
- το νόημα της τέταρτης ηλικίας
- στάση ζωής που υιοθετούν απέναντι στο φαινόμενο του θανάτου
- ικανοποίηση από την πορεία ζωής του
- πιθανά προβλήματα - πώς ανταποκρίνεται
- δικαιώματα ηλικιωμένων
- τόπος διαμονής
- περιγραφή οικογενειακής κατάστασης σήμερα (έγγαμος, χήρος, διαζευγμένος, και μικρή αναφορά στα παιδιά, τα εγγόνια και τα δισέγγονα του αν υπάρχουν)
- οικογενειακές σχέσεις και ρόλοι μελών
- επαγγελματική ενασχόληση- εργασία

- οικονομική κατάσταση
- υγεία
- ποιότητας ζωής
- αυτονομία

B) Ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων-
- περιγραφή μιας τυπικής μέρας

- Διατροφή
- Κάπνισμα
- Κατανάλωση αλκοόλ
- Οδήγηση- χρήση συγκοινωνίας
- Κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα από το περιβάλλον του
- Χρήση προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας Κ.Α.Π.Η. κλπ. (κριτική θεώρηση)
- Σεξουαλικότητα
- Εικονωνία, τηλ. κλπ.
- Ενημέρωση ειδήσεις εφημερίδα
- Χρήση τεχνολογίας π.χ. κινητό τηλ.
- Καθημερινές δραστηριότητες ρουτίνας (κατ' ανάγκη)
 - φύλαξη εγγονιών
 - μαγειρεύω
 - δουλειές σπιτιού
- Εργασία -βοηθάω στις επιχειρήσεις των παιδιών μου,
 - αγροτικές εργασίες (να προσδιορίσει)
 - αμειβόμενος
- Ελεύθερος χρόνος
 - Π.χ. πηγαίνω στο καφενείο, παίζω χαρτιά/τάβλι,
 - διαβάζω βιβλία κ.α.
 - επισκέπτομαι φίλους, τα παιδιά μου κ.α. (πόσο συχνά),
 - πηγαίνω στην εκκλησία
 - βλέπω τηλεόραση, ακούω μουσική,
 - πηγαίνω στα γλέντια, χορεύω,
 - ταξιδεύω

➤ Άλλες καθημερινές δραστηριότητες....

5.6. Παρουσίαση του τρόπου Διεξαγωγής της έρευνας.

Αφού έγινε ο σχεδιασμός της έρευνας και η έγκριση του πρωτοκόλλου ξεκίνησε η διεξαγωγή της το Σεπτέμβρη του 2011. Η προσέγγιση των ατόμων έγινε με δύο τρόπους. Πρώτον, με τη διαμεσολάβηση των κοινωνικών λειτουργών των Κ.Α.Π.Η οι οποίοι γνώριζαν άτομα που ήταν χρήστες των υπηρεσιών τους και πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα, οπότε η μέθοδος ήταν η σκόπιμη δειγματοληψία. Δεύτερον, και με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας, από ηλικιωμένο σε ηλικιωμένο μέσω της γνωστοποίησης του σκοπού και των προϋποθέσεων της έρευνας και χρησιμοποιώντας το κοινωνικό δίκτυο των ηλικιωμένων, έτσι ώστε να προσεγγιστούν και άτομα που δεν συμμετέχουν σε Κ.Α.Π.Η ή άλλες υποστηρικτικές κοινωνικές υπηρεσίες. Αφού έγινε η συνάντηση συνεντευκτών και ηλικιωμένων με ραντεβού, ενημερώθηκαν εκτενέστερα πλέον οι ηλικιωμένοι για το σκοπό, τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας και τη διασφάλιση του απόρρητου των προσωπικών τους δεδομένων. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση τους για τη μαγνητοσκόπηση των πληροφοριών. Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στο σπίτι των ηλικιωμένων ή κάποια αίθουσα των Κ.Α.Π.Η., ώστε το περιβάλλον να είναι οικείο για τους ηλικιωμένους. Παρόντες ήταν μόνο τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, και με τον τρόπο αυτό, έγινε ευκολότερη η ανάπτυξη εμπιστοσύνης και η αποκάλυψη των προσωπικών δεδομένων των ηλικιωμένων. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, ήταν παρόντες ο ερωτώμενος ηλικιωμένος και οι δύο ερευνητές. Ουσιαστικά ο ένας ερευνητής είχε το ρόλο του συνεντευκτή και ο άλλος του παρατηρητή, επεμβαίνοντας μόνο επικουρικά στην περίπτωση που είχε παραβλεφτεί η διερεύνηση σημαντικών ζητημάτων. Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν υπήρχαν αντιστάσεις από τους ηλικιωμένους, αλλά αντιθέτως με χαρά υπέδειξαν στους συνεντευκτές, τον τρόπο ζωής που τους επέτρεψε να ξεχωρίσουν ανάμεσα σε άλλους ηλικιωμένους για το καλό επίπεδο υγείας, αυτονομίας, και ποιότητας της ζωής τους.

Κεφάλαιο 6

Ανάλυση δεδομένων και παρουσίαση αποτελεσμάτων

Αρχείο κοινωνικού και δημογραφικού προφίλ μετεχόντων

Στην παρούσα εργασία συμμετείχαν συνολικά είκοσι άτομα που βρίσκονται σε ηλικία μεγαλύτερη των εβδομήντα πέντε ετών. Στις παρακάτω παραγράφους παρουσιάζεται το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ των ηλικιωμένων. Αρχικά, παρατίθενται δύο πίνακες που διευκολύνουν τη σύγκριση και την ομαδοποίηση των δεδομένων. Ο πρώτος πίνακας παρουσιάζει τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και ο δεύτερος τα κοινωνικά. Στη συνέχεια, σκιαγραφείται συνοπτικά, το προφίλ του κάθε συμμετέχοντα που δυνητικά μπορεί να σχετίζεται με τον τρόπο ζωής του και να επηρεάζει την υγεία, την ποιότητα ζωής και την αυτονομία τους.

Ανάλυση κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων συμμετεχόντων

Πίνακας δημογραφικών στοιχείων συμμετεχόντων

α/α ερωτώμενου/ Όνομα	έτος γέννησής	τόπος γέννησης	τόπος κατοικία
1 Γιώργος	1925	Ζωοφόροι	Ζωοφόροι
2 Άγγελος	1928	Ολνέ Αγίου Βασιλείου	Ρέθυμνο
3 Περικλής	1929	Αβδού	Αβδού
4 Μανώλης	1925	Άγιος Νικόλαος	Άγιος Νικόλαος
5 Γιώργος	1922	Άγιος Σίλας	Άγιος Σίλας
6 Αναστασία	1932	Λέρος	Αλικαρνασσός
7 Μανώλης	1928	Χορδάκι	Χανιά
8 Αντιόπη	1937	Κρύα Βρύση Αγίου Βασιλείου	Ρέθυμνο
9 Άννα	1923	Καλύβες Αποκορώνου	Χανιά
10 Ζαχαρίας	1924	Κάτω Μετόχι	Ψυχρό
11 Μαρία	1926	Ζαρός	Ζαρός
12 Γιώργος	1925	Οροπέδιο Λασιθίου	Άγιος Νικόλαος
13 Βασίλης	1935	Αχλαδές	Χανιά

14 Θανάσης	1937	Πέραμα Μυλοποτάμου(Ρέθυμνο)	Πέραμα Μυλοποτάμου (Ρέθυμνο)
15 Κώστας	1936	Μέση	Πέραμα Μυλοποτάμου (Ρέθυμνο)
16 Μανώλης	1922	Τυμπάκι	Ηράκλειο
17 Ευαγγελία	1931	Κρύα Βρύση	Ηράκλειο
18 Ερωφίλη	1922	Μαυρικιανό Α. Νικολ. Ελούντα	Μαυρικιανό Α. Νικολ. Ελούν.
19 Άννα	1929	Ελούντα	Ελούντα
20 Ελισάβετ	1923	Ανατολή Ιεράπ.	Κριτσά Αγ. Νικο

Όπως είναι φανερό οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είναι άντρες και οι λιγότεροι είναι γυναίκες. Ως προς το έτος γέννησης, φαίνεται οι περισσότεροι ηλικιωμένοι να ανήκουν σε ηλικίες μεταξύ 86- 90 ετών, πιο λίγοι σε ηλικίες μεταξύ 81-85 ετών, ακόμα πιο λίγοι στις ηλικίες 75-80 και οι λιγότεροι από τους συμμετέχοντες βρίσκονται σε ηλικίες 91-95 ετών. Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους, αναφέρουν ότι έχουν γεννηθεί σε κάποιο επαρχιακό μέρος της Κρήτης. Μόνο ο 4^{ος} συμμετέχοντας δηλώνει ότι γεννήθηκε σε αστική πόλη και η 6^η συμμετέχουσα αναφέρει ότι γεννήθηκε σε κάποιο άλλο νησί, εκτός Κρήτης. Όσον αφορά τον τόπο κατοικίας σήμερα, φαίνεται ίδιος αριθμός ερωτώμενων να μένουν στην επαρχία και στην πόλη.

Πίνακας κοινωνικών στοιχείων συμμετεχόντων

α/α ερωτώμενου/ Όνομα	Εκπαίδευση	επάγγελμα	Οικ. κατάσταση	Οικογεν. Κατάσταση	Παιδιά
1 Γιώργος	όλο το δημοτικό	γεωργός	Καλή	Π	3
2 Άγγελος	Γ/θμια	δημ. υπάλληλος- γεωργός	καλή	Π	2
3 Περικλής	όλο το δημοτικό	γεωργός	μέτρια	X	2
4 Μανώλης	μισές τάξεις	ιδ. υπάλληλος	καλή	X	2

	δημοτικού				
5 Γιώργος	όλο το δημοτικό	γεωργός		X	5
6 Αναστασία	καθόλου	ελ. επαγγελματίας		X	2
7 Μανώλης	B (νυχτερινό σχ.)	ιδ. υπάλληλος		X	3
8 Αντιόπη	καθόλου	οικιακά		X	0
9 Άννα	B/θμια	ελ. επαγγελματίας		X	3
10 Ζαχαρίας	B/θμια	γεωργός + νταμάρι		Π	5
11 Μαρία	μισές τάξεις δημοτικού	γεωργός + ελ. επαγγελματίας		Π	2
12 Γιώργος	όλο το δημοτικό	δημ. υπάλληλος		Π	1
13 Βασίλης	Γ /θμια	δημ. υπάλληλος	καλή	Π	2
14 Θανάσης	μισές τάξεις δημοτικού	ιδ. υπάλληλος		Π	2
15 Κώστας	όλο το δημοτικό	ελ. επαγγελματίας		Π	3
16 Μανώλης	Γ /θμια	δημ. υπάλληλος		Π	2
17 Ευαγγελία	μισές τάξεις δημοτικού	ελ. επαγγελματίας		X	3
18 Ερωφίλη	μισές τάξεις δημοτικού	ελ. επαγγελματίας	μέτρια	X	2
19 Άννα	μισές τάξεις δημοτικού	οικιακά		X	1
20 Ελισάβετ	όλο το δημοτικό	γεωργός		X	2

Οικογενειακή κατάσταση: χ= χήρος, π= παντρεμένος

Ο παραπάνω πίνακας καταγράφει τα κοινωνικά στοιχεία των ερωτώμενων. Όπως μαρτυρούν τα δεδομένα, φαίνεται να είναι ίσος ο αριθμός των ηλικιωμένων που τελείωσαν όλες τις τάξεις του δημοτικού σχολείου, με αυτόν των ηλικιωμένων που εγκατέλειψαν το σχολείο σε κάποια τάξη του δημοτικού. Ακόμα, ίσος είναι ο αριθμός των ηλικιωμένων που προχώρησαν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, με αυτόν

που προχώρησαν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Μεμονωμένη καταγραφή, αποτελεί η περίπτωση του 7^{ου} συμμετέχοντα, ο οποίος τελείωσε νυχτερινό σχολείο, όπως μαρτυρεί και ο ίδιος: «Έχω δίπλωμα, το δίπλωμα χειριστού.. Νυχτερινό σχολείο...». Ακόμα, μικρότερος είναι ο αριθμός των ηλικιωμένων που δεν φοίτησαν ποτέ τους στο σχολείο. Από τον πίνακα, εύκολα κανείς μπορεί να αντιληφθεί ότι οι άντρες του δείγματος τελείωναν το δημοτικό σχολείο, σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα. Κάτι ακόμα που διαφαίνεται από τον παραπάνω πίνακα είναι ότι όλοι οι ηλικιωμένοι που έλαβαν μέρος στην έρευνα έχουν παντρευτεί κάποια στιγμή στη ζωή τους. Το μεγαλύτερο ποσοστών των συμμετεχόντων βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας, ενώ το μικρότερο συζούν ακόμα με το σύζυγό τους. Από το δείγμα των συμμετεχόντων, προκύπτει ότι οι γυναίκες είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό χήρες, παρά από τους άντρες. Αξίζει να παρατηρηθεί, ότι κανείς από τους ηλικιωμένους δεν έχει ξαναπαντρευτεί, μετά το θάνατο του/της συζύγου της/του. Επιπρόσθετα, άξιο σχολιασμού είναι το ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες έχουν αποκτήσει δικά τους παιδιά. Μεμονωμένη είναι η περίπτωση της 8^{ης} συμμετέχουσας, η οποία δεν απέκτησε παιδιά, όπως αναφέρει: «...Παιδιά δεν έχω. Δεν είχα την τύχη να κάνω...»

1^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ. Γιώργος γεννήθηκε το 1925 στους Ζωφόρους Ηρακλείου. Στο σχολείο, παρακολούθησε μέχρι την έκτη τάξη του δημοτικού. Αναφέρει ότι έζησε πολύ φτωχικά στην κατοχή και ενώ ήταν στην εφηβεία, έφαγε ξύλο από τους Γερμανούς. Αργότερα, ακολούθησε τη δουλειά των γονέων του ως ελαιοπαραγωγός. Σήμερα είναι 87 ετών και μένει μαζί με τη σύζυγο του στο χωριό όπου γεννήθηκε.. Η οικονομική του κατάσταση υπήρξε στο παρελθόν ικανοποιητική, σήμερα όμως αντιμετωπίζει δυσκολίες.

2^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ. Άγγελος είναι 84 ετών, γεννήθηκε δηλαδή το 1928, στην Ολνέ Αγίου Βασιλείου κοντά στο Ρέθυμνο. Την περίοδο της κατοχής, ενώ πεινούσε, μπόρεσε να σπουδάσει. Ο πατέρας του ήταν εργάτης, αλλά κατάφερε να σπουδάσει τους 3 γιούς του και να «καλοπαντρέψει» τις 2 κόρες του. Ο κ. Άγγελος ζει σήμερα στο Ρέθυμνο

μαζί με τη σύζυγο του, έχει 2 παιδιά με τα οποία έχει καλές σχέσεις, και πηγαίνει τακτικά στο ΚΑΠΗ όπου έχει πολλούς φίλους. Υπήρξε δάσκαλος, τόσο εκείνος όσο και η σύζυγος του. Από αυτό το επάγγελμα πήραν σύνταξη και δεν αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα..

3^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ. Περικλής είναι 83 ετών. Γεννήθηκε το 1929 στο χωριό Αβδού του νομού Ηρακλείου και ζει ακόμα στο ίδιο χωριό, μόνος του, καθώς είναι χήρος. Τη γυναίκα του την «έκλεψε» μικρός, για να βρει οικονομική υποστήριξη καθώς τα χρόνια της κατοχής πέρασε πολύ δύσκολα. Ήταν πάντα γεωργός (ελαιοπαραγωγός). Έχει δύο παιδιά τα οποία επισκέπτεται στο Ηράκλειο και συμβάλει στην επιχείρηση του γιού του, με την παραγωγή κηπευτικών από δικό του κήπο.

4^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ. Μανώλης είναι 87 ετών, γεννήθηκε δηλαδή το 1925, στον Άγιο Νικόλαο στην ίδια γειτονιά όπου μένει ακόμα. Στην πατρική του οικογένεια αντιμετώπιζαν οικονομικά προβλήματα, καθώς ο πατέρας του ήταν φύλακας σε πυρινάδικο και δεν είχε αγροτική περιουσία. Έτσι, ο κ. Μανώλης εργαζόταν από παιδί στο σωματείο φορτοεκφορτωτών και πήγε μόνο μέχρι την τετάρτη τάξη δημοτικού. Στην κατοχή ταλαιπωρήθηκε πολύ, αλλά χειρότερα πέρασε στον εμφύλιο. Σήμερα είναι χήρος και ζει μόνος. Έχει δύο παιδιά με τα οποία διατηρεί καλές σχέσεις, έχει αρκετούς φίλους και συμμετέχει σε Κ.Α.Π.Η.

5ος ηλικιωμένος

Ο κ. Γιώργος 90 ετών σήμερα, γεννήθηκε και κατοικεί στο χωριό Άγιος Σίλας του νομού Ηρακλείου. Στην κατοχή έζησε πολύ φτωχά. Αν και πολέμησε στην κατοχή, πήγε ύστερα και στο στρατό και στον εμφύλιο. Έτσι παντρεύτηκε μεγάλος και απέκτησε 5 παιδιά, πολλά εγγόνια και δισέγγονα και έχει καλές σχέσεις με όλους. Ο κ Γιώργος ήταν γεωργός όπως και οι γονείς του, και παλαιότερα διατηρούσε οικόσιτα ζώα.

6^{ος} ηλικιωμένος

Η κ. Αναστασία γεννήθηκε το 1932 στη Λέρο. Σήμερα είναι 80 ετών και ζει στην Αλικαρνασσό Ηρακλείου Κρήτης όπου ήρθε με την πατρική της οικογένεια 12

ετών, στην κατοχή. Τότε είχαν οικονομική άνεση διότι ο πατέρας της ήταν ψαράς, οργανοπαίκτης, και είχαν επίσης περιβόλια από όπου σιτίζονταν. Η κ. Αναστασία εργάστηκε στις οικοδομές μόλις ήρθαν στην Κρήτη. Οικοδόμος ήταν και ο σύζυγος της.

7^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ. Μανώλης είναι 84 ετών και γεννήθηκε το 1928 στο Χορδάκι Χανίων. Οι γονείς του ήταν αγρότες σε άγονα μέρη. Έτσι, όλη η οικογένεια με τα έξι παιδιά, ζούσαν κυρίως με δασικά προϊόντα πωλώντας ξυλεία χοχλιούς (σαλιγκάρια), και χαρούπια. Ο κ. Μανώλης, όταν ήταν έφηβος παραβρέθηκε στη μάχη των Κεραμείων. Αργότερα, τελείωσε το δημοτικό σε νυχτερινό σχολείο σε ηλικία 40 ετών για να βγάλει δίπλωμα χειριστού μηχανημάτων με το οποίο εργαζόταν. Σήμερα, ζει μόνος στα Χανιά, μιας και θεωρεί ότι ο γάμος του ήταν αποτυχημένος.

8^{ος} ηλικιωμένος

Η κ. Αντιόπη είναι 75 ετών και γεννήθηκε το 1937 στην Κρύα Βρύση Αγίου βασιλείου, στο νομό Ρεθύμνου. Οι γονείς της ήταν γεωργοί και είχε 3 αδερφούς. Την κατοχή οι Γερμανοί τους έκαψαν το σπίτι και περιπλανήθηκαν από χωριό σε χωριό άστεγοι πολλά χρόνια. Παντρεύτηκε στο Ρέθυμνο ένα φούρναρη, δεν απέκτησαν παιδιά αλλά πέρασαν καλά μαζί μέχρι που εκείνος πέθανε

9^{ος} ηλικιωμένος

Η κ. Άννα γεννήθηκε το 1923, ζει στα Χανιά και είναι πάνω από 89 ετών. Η κ. Άννα γεννήθηκε στις Καλύβες Αποκορώνου του νομού Χανίων. Η μητέρα της εργάστηκε ως μοδίστρα και μια θεία από την Αμερική τους έστελνε χρήματα. Ο αδερφός της σπούδασε, η ίδια τελείωσε το δημοτικό και επίσης το τετρατάξιο παρθενγωγείο. Εκείνη παντρεύτηκε και το ένα της παιδί σκοτώθηκε. Σήμερα ζει μόνη, κοντά στα παιδιά της

10^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ. Ζαχαρίας είναι 88 ετών, γεννήθηκε το 1924 στο χωριό Κάτω μετόχι στο Οροπέδιο Λασιθίου. Παρακολούθησε μέχρι την Τετάρτη τάξη δημοτικού. Ήταν οικοδόμος Σήμερα έχει 5 παιδιά και ζει με τη σύζυγο του στο Ψυχρό, ένα διπλανό χωριό του οροπεδίου όπου διατηρούν ταβέρνα.

11^{ος} ηλικιωμένος

Η κ. Μαρία γεννήθηκε το 1926 στο Ζαρό Ηρακλείου Κρήτης και είναι 86 ετών. Αναφέρει ότι τα παιδικά της χρόνια ήταν κουραστικά, καθώς δεν υπήρχαν μέσα. Η οικογένεια της ήταν πολυμελής, 8 ατόμων, οι γονείς της είχαν φούρνο και παράλληλα ήταν γεωργοί. Η ίδια πήγε μέχρι την Πέμπτη δημοτικού, γιατί έπρεπε να βοηθήσει στις αγροτικές δουλειές την οικογένεια της. Περιγράφει την περίοδο της κατοχής ως στερημένα χρόνια. Στην έγγαμη ζωή της συνέχισε την επιχείρηση των γονέων της. Σήμερα είναι χήρα με δύο παντρεμένα παιδιά.

12^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ Γιώργος είναι 87 ετών, γεννήθηκε στο Οροπέδιο Λασιθίου και κατοικεί στον Άγιο Νικόλαο. Αναφέρει ότι στην κατοχή δεν πείνασαν οι άνθρωποι που ζούσαν στο Οροπέδιο. Δεν προέρχεται από πλούσια οικογένεια, οι γονείς του ήταν γεωργοί, όμως δηλώνει ότι περνούσαν «ωραία». Η πατρική του οικογένεια ήταν μεγάλη, αφού είχε εφτά ακόμα αδέρφια. Τελείωσε το δημοτικό και επειδή συμμετείχε στον ανταρτοπόλεμο διορίστηκε στη Νομαρχία. Το πρώτο του παιδί πέθανε, σήμερα έχει μια κόρη και ο ίδιος κατοικεί με τη γυναίκα του.

13^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ. Βασίλης γεννημένος το 1935 στις Αχλαδές, σήμερα είναι 77 ετών και κατοικεί στα Χανιά. Μας περιγράφει ότι ήταν μικρός στην περίοδο του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου και η ζωή του ουσιαστικά ξεκινά με το τέλος αυτού. Πάρα ταύτα, κατάφερε να μορφωθεί και να εργαστεί στο στρατό ως ανθυπολοχαγός. Ο κ. Βασίλης, είναι συνταξιούχος και ζει με τη γυναίκα του. Έχει αποκτήσει δυο παιδιά, από τα οποία το ένα είναι παντρεμένο

14^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ. Θανάσης, είναι 75 ετών γεννημένος στο Πέραμα Μυλοποτάμου, όπου και κατοικεί σήμερα. Ο πατέρας του ήταν οικονομικός αξιωματικός του στρατού και έπειτα αρχηγός του Σ.Ο.Υ.. Ο κ. Θανάσης δεν είχε άλλα αδέρφια. Δεν ήταν καλός μαθητής, αλλά επειδή ήξερα την αγγλική γλώσσα έφυγε στο εξωτερικό. Έζησε κάποια χρόνια στην Αφρική και έπειτα στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου εργάστηκε ως

τεχνικός υφαντουργία, και παντρεύτηκε. Σήμερα ζει στην Ελλάδα μαζί με τη σύζυγό του.

15^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ. Κώστας γεννήθηκε το 1936 στο χωριό Μέση και σήμερα ζει με τη σύζυγο του, στο Πέραμα Μυλοποτάμου που είναι ημιαστική περιοχή. Την κατοχή οι Γερμανοί σκότωσαν τον πατέρα του αλλά είχαν λίγα αγροτικά αποθέματα και με αυτά έζησαν. Εκείνος τελείωσε το δημοτικό έγινε ράφτης, παντρεύτηκε, έζησε 36 χρόνια στην Αθήνα, άνοιξε μαγαζί και δούλεψε και σε μεταφορική εταιρεία. Τώρα τα 3 παιδιά του μένουν εκεί και του λείπουν πολύ.

16^{ος} ηλικιωμένος

Ο κ Μανώλης γεννήθηκε το 1922 στο Τυμπάκι του νότιου νομού Ηρακλείου. Η κατοχή τον βρήκε στο στρατό. Έγινε δάσκαλος, παντρεύτηκε 35 ετών, ζει ακόμα με τη γυναίκα του και έκανε 2 παιδιά. Του αρέσει πολύ να διαβάζει και εκτός από το να είναι δάσκαλος, υπήρξε και συγγραφέας. Ακόμα, ήταν ιδρυτικό μέλος στα Κ.Α.Π.Η.

17^{ος} ηλικιωμένος

Η κ. Ευαγγελία γεννήθηκε το 1931 στο χωριό Κρύα Βρύση. Πήγε σχολείο μέχρι τη δευτέρα δημοτικού αλλά αργότερα που παντρεύτηκε και άνοιξαν παντοπωλείο, έμαθε αριθμητική και να γράφει στη δουλειά. Την κατοχή τους έδιωξαν από το χωριό οι Γερμανοί, ήταν 5 αδέρφια, όμως δεν πείνασαν, καθώς ο πατέρας της ασχολήθηκε με το «μαύρο χρήμα» όπως είπε, εννοώντας την παράνομη διακίνηση εμπορίου την κατοχή. Με το σύζυγο της δεν είχαν αγροτική περιουσία και ασχολήθηκαν με το παντοπωλείο το οποίο τώρα έχει η κόρη της. Σήμερα είναι χήρα ζεί στο Ηράκλειο έχει 3 παιδιά 8 εγγόνια και 3 δισέγγονα και έχει καλές σχέσεις με όλους.

18^{ος} ηλικιωμένος

Η κ. Ερωφίλη γεννήθηκε το 1922 στο Μαυρικιανό Αγίου Νικολάου στην Ελούντα και πήγε σχολείο μέχρι την τρίτη δημοτικού. Οι γονείς της ήταν αγρότες και εκείνη μαζί με τον αδερφό της βοήθαγε στις αγροτικές δουλειές. Παντρεύτηκε 15 ετών, έκανε 2 παιδιά και την κατοχή που ο σύζυγος της έφυγε στρατιώτης, τη βοήθαγαν οι γονείς της. Αργότερα, είχαν καφενείο και ο σύζυγος ήταν παράλληλα

και μαραγκός, ενώ και οι δύο ασχολούνταν και με την αγροτική περιουσία τους. Σήμερα είναι 90 ετών, ζει στο ίδιο χωριό στο οποίο γεννήθηκε και είναι χήρα

19^{ος} ηλικιωμένος

Η κ. Άννα γεννήθηκε στην Ελούντα Αγίου Νικολάου. Πήγε στο δημοτικό αλλά δεν το τελείωσε. Η κατοχή τη βρήκε σε ηλικία, περίπου 12 ετών. Ήταν δύσκολη εποχή και η ίδια φρόντιζε να πλέξει για να ντύσει όλη την οικογένεια της. Στα 25 της χρόνια, παντρεύτηκε έναν τσαγκάρη και άνοιξαν επίσης ένα καφενείο. Δεν ασχολήθηκαν με αγροτικά και είχαν οικονομική άνεση. Σήμερα η κ. Άννα είναι χήρα και ζει μόνη της στο χωριό που γεννήθηκε.

20^{ος} ηλικιωμένος

Η κ. Ελισάβετ γεννήθηκε το 1923 στην Κριτσά Αγίου Νικολάου. Πήγε μέχρι το δημοτικό, είχε άλλα 4 αδέρφια και οι γονείς της ήταν γεωργοί. Την κατοχή λεηλατήθηκαν από Ιταλούς και Γερμανούς. Βοήθαγε τους γονείς της στα χωράφια: Η κ Ελισάβετ ανέθρεψε στα χωράφια δύο παιδιά, καθώς και ο άντρας της ήταν γεωργός. Σήμερα είναι χήρα και ζει μόνη της στο ίδιο χωριό που γεννήθηκε.

6.2. Ο τρόπος ταξινόμησης των δεδομένων

Μετά την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων προέκυψαν 20 έγγραφα αρχεία των οποίων τα δεδομένα ήταν πραγματικά πλούσια. Από τη μια, οι ηλικιωμένοι είχαν πολλά να αναφέρουν για τη διαχρονική πορεία τους, ως τα βαθιά γεράματα και την κατάκτηση μιας ποιοτικής ζωής και από την άλλη, ο τρόπος ζωής είναι ούτως ή άλλως ένα πολύπτυχο φαινόμενο. Επομένως, ο τρόπος της ταξινόμησης των δεδομένων είχε μεγάλη σημασία, ώστε να διευκολύνεται η σύγκριση των δεδομένων χωρίς να περικοπούν πληροφορίες. Στόχος ήταν να επιλεγούν τα τμήματα εκείνα των συνεντεύξεων, που απαντούσαν στα ερευνητικά μας ερωτήματα, ταξινομημένα κατά θεματική ενότητα, αλλά και κατά την υπό διερεύνηση πληροφορία, σύμφωνα με τον οδηγό συνέντευξης και με τρόπο που θα διευκολύνεται η σύγκριση τους, με απ' ευθείας προβολές στα ίδια τα λόγια των συμμετεχόντων. Το ζήτημα ουσιαστικά ήταν περίπλοκο και τεχνοκρατικό. Υπάρχουν παραδείγματα αρχείων κειμένου κατά θεματικές ενότητες, με επικόλληση τμημάτων όλων των συνεντεύξεων που αντιστοιχούν στη συγκεκριμένη θεματική ενότητα. Έτσι, δεν

αλλοιώνονται τα λόγια των συμμετεχόντων, αλλά τα αρχεία που προκύπτουν έχουν τεράστια έκταση που δεν διευκολύνει τη σύγκριση των πληροφοριών. Αντίστροφα, η κατάταξη των δεδομένων σε θεματικούς πίνακες (word ή excel) χρησιμοποιείται ευρέως στην ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεων, (Robson,2010). Είναι ένας τρόπος που διευκολύνει τον περιορισμό του μεγέθους των αρχείων, τη συσχέτιση και τη σύγκριση των δεδομένων, όμως υπολείπεται του πρωτότυπου λόγου των συνεντεύξεων, καθώς σε πίνακες αποτυπώνεται ενδεικτικά και εντελώς περιληπτικά, το νόημα μόνο των όσων ειπώθηκαν. Το πρόβλημα λύθηκε με τη χρήση αρχείων excel και την επικόλληση των πρωτότυπων λόγων των συμμετεχόντων σε μορφή «σχολίων» στα αντίστοιχα κελιά. Κατ' αυτόν τον τρόπο, δημιουργήθηκε ένα αρχείο με 4 φύλλα. Το πρώτο αντιστοιχεί στην παιδική ηλικία των μετεχόντων, το δεύτερο στην ενήλικη ζωή τους, το τρίτο στα γεράματα, ενώ στο τέταρτο αποτυπώθηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά τους δεδομένα. Σε κάθε οριζόντια γραμμή, τοποθετήθηκαν τα δεδομένα ενός μόνο συμμετέχοντα. Σε κάθετες στήλες ορίστηκαν οι θεματικές υποενότητες της διερεύνησης. Στην πρώτη στήλη αντιστοιχούν τα μικρά μόνο ονόματα των μετεχόντων κατά αύξοντα αριθμό συνέντευξης και ακολουθούν τα υπό διερεύνηση ζητήματα, όπως δόθηκαν στον οδηγό της ημιδομημένης συνέντευξης. Έτσι, τα σχόλια με την πλήρη ανάπτυξη του λόγου ενός ηλικιωμένου, για παράδειγμα, εμφανίζονται μόνο όταν μελετάται το συγκεκριμένο άτομο κατά οριζόντια γραμμή και μόνο για το κελί της κάθετης στήλης που αντιστοιχεί στην υπό διερεύνηση πληροφορία. Ήταν ένας τρόπος, οποίος δεν υποβάθμισε τις πληροφορίες σε μορφή περιλήψεων, συμπεριλήφθησαν όλες στο σύνολο τους και διευκολύνθηκε η σύγκριση τους καθώς ήταν απόλυτα ταξινομημένες σύμφωνα με τον οδηγό συνέντευξης και σε αρχείο ελεγχόμενης έκτασης. Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι πρόκειται μόνο για ταξινομική αποτύπωση των πληροφοριών και δεν χρησιμοποιήθηκε κανένας μαθηματικός λογισμός για στατιστική συσχέτιση τους. Παρακάτω δίνεται ένα ενδεικτικό παράδειγμα της ταξινόμησης και επεξεργασίας των πληροφοριών των συνεντεύξεων.

	Α	Β	Γ	Δ	Ε
	πληροφορία	πρί θανάτου	το νόημα της τέταρτης ηλικίας	ικανοποίηση από την πορεία ζωής του	πιθανά προβλήματα - πως ανταποκρίνεται
3	ονομα α/α ερωτώμενου				
4	1 Γιώργος				
5	2 Άγγελος				
6	3 Περικλής				
7	4 Μανώλης				
8	5 Γιώργος				
9	6 Αναστασία				
10	7 Μανώλης				
11	8 Αντιόπη				
12	9 Άννα				
13	10 Ζαχαρίας				
14	11 Μαρία				
15	12 Γιώργος				
16	13 Βασίλης				
17	14 Θανάσης				
18	15 Κώστας				

ΑΡΕΤΙ:
 Μανώλης: Τώρα. Ζω ευτυχισμένος γιατί έχω κάνει καλές οικογένειες. Έχω διαεγγονα που είναι επιστήμονες... Μανώλης: Είμαι πανευτυχής τώρα. Μανώλης: Εζησαμε μαζί 54 χρόνια μαζί με τη σύζυγο μου, εφτάσαμε τα παιδιά μας, τα παντρέσαμε δεν τα αφήσαμε να πουληθούνε, εχτίσαμε σπιτάκια.
 ...-Μανώλης: Κοίταξε να δεις. Αν ξαναγινότανε ζωή και να μου πούνε, που δες να πιάς; Θα διάλεγα τα ίδια ζάλα....-Μανώλης: Για να καταλήξω στο ίδιο σημείο.

6.3. Τάσεις και απόψεις των ηλικιωμένων του δείγματος

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται προσπάθεια ανάδειξης των αποτελεσμάτων της έρευνας. Παρατίθενται λοιπόν τα πληροφοριακά δεδομένα των μετεχόντων στην έρευνα, ομαδοποιημένα, σύμφωνα με τα κοινά χαρακτηριστικά τους. Με αυτό τον τρόπο αναδεικνύονται οι κοινές τάσεις που αντιπροσωπεύουν υποομάδες του δείγματος της έρευνας. Ωστόσο, οι μεμονωμένες απόψεις που προκύπτουν αντανακλούν τις υποκειμενικές αντιλήψεις των μετεχόντων στην έρευνα και ως τέτοιες αξιολογούνται. Διευκρινίζεται, ότι κάποια δεδομένα σχολιάζονται μόνο σε μία θεματική ενότητα, καθώς πρόκειται για ιδιότητες που δεν τροποποιήθηκαν διαχρονικά όπως π.χ. ο τόπος γέννησης. Παράλληλα, ορισμένα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής τους υπήρξαν διαχρονικά εξελισσόμενα. Έτσι, γίνεται η σχετική αναφορά σε αυτά στις ανάλογες ενότητες και με τον τρόπο αυτό προκύπτει η πορεία της εξέλιξης τους. Παράδειγμα τέτοιων δεδομένων είναι η διατροφή στην παιδική ηλικία, την ενηλικίωση και τα γηρατειά.

Όπως φαίνεται από την ανάλυση των δεδομένων του δείγματος, τα χαρακτηριστικά της οικογενειακής κατάστασης που είχαν οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, κατά την παιδική τους ηλικία, είναι ότι κατάγονται από πολυμελείς οικογένειες (οι περισσότερες με 5 τουλάχιστον παιδιά). Αρκετοί ηλικιωμένοι μας ανέφεραν ότι βρίσκονται εν ζωή και σε καλή κατάσταση υγείας μεγαλύτερα αδέρφια

τους. Οι γονείς όλων των συμμετεχόντων ζούσαν σε έγγαμο βίο. Όμως αρκετοί από τους ερωτώμενους μεγάλωσαν μόνο με τον ένα γονέα, καθώς πολλοί από τους γονείς τους υπήρξαν θύματα της κατοχής. Επίσης, πολλοί από τους ηλικιωμένους δήλωσαν ότι οι γονείς τους ασχολούνταν με αγροτικές δουλειές και οι οικογένειες τους ήταν χαμηλής οικονομικής κατάστασης. Ιδιαίτερα, χαμηλή οικονομική στάθμη είχαν όλες οι μονογονεϊκές πατρικές οικογένειες των ηλικιωμένων του δείγματος.

Εμφανίζεται η τάση να έχουν μέτρια οικονομική κατάσταση, οι αγροτικές οικογένειες που είχαν μεγάλη περιουσία, ή εκείνες οι οικογένειες στις οποίες οι γονείς τους ήταν υπάλληλοι. Οικονομική άνεση είχαν λιγότερες οικογένειες, με κύριο χαρακτηριστικό τους ότι άλλαζαν διάφορα επαγγέλματα, κυρίως εμπορικής φύσης, προσαρμοζόμενοι στη ζήτηση της αγοράς. Από τις περιγραφές που κάνουν οι ηλικιωμένοι για την εκπαίδευση των ίδιων αλλά και των αδερφών τους, προκύπτει η έμφυλη διαφορά και τάση για ανώτερη εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση των αγοριών σε σύγκριση με τα κορίτσια. Μια ακόμα διαφοροποίηση, αποτελεί η τάση της διακοπής του σχολείου, ενός τουλάχιστον αγοριού της οικογένειας, προκειμένου αυτό να αναλάβει την περιουσία των γονιών και τις σπουδές των αδερφών του. Έμφυλες διαφορές παρουσιάζονται και μεταξύ των δραστηριοτήτων που μοιράζονταν τα παιδιά μέσα στις οικογένειες τους. Οι καθημερινές δραστηριότητες σχετίζονταν κυρίως με τις εργασίες που πρόσφεραν τα παιδιά στις αγροτικές δουλειές των γονιών τους. Ωστόσο, στις ελάχιστες μόνο οικογένειες που δεν είχαν αγροτική ενασχόληση τα παιδιά, εκείνα βοήθησαν στις δουλειές του σπιτιού. Σε ελάχιστες περιπτώσεις κάποια παιδιά ασκούσαν ανεξάρτητο επάγγελμα από τους γονείς τους, από πολύ μικρή ηλικία. Πολύ πιο σπάνια φαίνεται η περίπτωση της 6^{ης} ηλικιωμένης που στην ηλικία των 12 ετών, δηλώνει ότι παρακάμπτοντας τις έμφυλες εργασιακές διαφορές, εργάστηκε 3 χρόνια στην οικοδομή. Αρκετοί ηλικιωμένοι παρατηρούν σημαντική αλλαγή στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών σήμερα, σε σχέση με την δική τους παιδική ηλικία.

Μιλώντας για αλλαγές σε πτυχές του τρόπου ζωής, αξιοσημείωτη είναι η αλλαγή στον τρόπο διατροφής. Μια γενική παρατήρηση, είναι ότι δεν διαφοροποιείται από κανέναν κοινωνικοοικονομικό παράγοντα η διατροφή της παιδικής ηλικίας, η οποία περιγράφεται με τον ίδιο τρόπο από όλους τους ηλικιωμένους.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων του δείγματος από την παιδική τους ηλικία, είναι η ανθεκτικότητα της υγείας τους σε εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες.

Ένα ακόμα κοινό στοιχείο στην παιδική ηλικία όλων των μετεχόντων στην έρευνα, είναι η εμπειρία της κατοχής. Αρκετοί από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι έζησαν σε περιβάλλον εξαθλίωσης. Το εύρημα δείχνει να μην έχει σχέση με τον τόπο γέννησης τους, καθώς έχει παρόμοια εμφάνιση σε ολόκληρο το νησί. Ακόμα, δε μεταβάλλεται ποιοτικά η περιγραφή αυτής της φτώχειας, ανάλογα με το αν ζούσαν σε αστική ή αγροτική περιοχή. Ωστόσο, σημαντική εξαίρεση αποτελούν όσα άτομα του δείγματος, ήταν κάτοικοι του Οροπεδίου Λασιθίου. Οι ηλικιωμένοι επίσης του δείγματος που κατάγονται από τον ευρύτερο νομό Λασιθίου, εστιάζουν περισσότερο στην τρομοκρατία, στο φόβο και στην απειλή που αισθάνθηκαν στην κατοχή, παρά στην πείνα. Μάλιστα στο Λασιθί φαίνεται να πεινούν περισσότερο οι Ιταλοί από τους ντόπιους. Ωστόσο, ενώ αρκετοί ηλικιωμένοι περιγράφουν την αφθονία τροφίμων, είχαν όμως στερηθεί κυρίως αναλώσιμα είδη και ρουχισμό. Αξιοσημείωτο είναι ότι όσοι άντρες ήταν έφηβοι την εποχή της κατοχής, πήγαν στον ανταρτοπόλεμο με τους Γερμανούς, έπειτα από την κατοχή κατατάχτηκαν στρατιώτες και μετά πολέμησαν ξανά στον εμφύλιο. Συνολικά περιγράφουν έως και 10 χρόνια στρατιωτικής ζωής. Επιπλέον όσοι γεννήθηκαν το 1922 έχουν και την εμπειρία των συνεπειών του Μικρασιατικού πολέμου (ιδιαίτερα όσοι ήρθαν στην Κρήτη ως πρόσφυγες). Αρκετοί από τους ερωτώμενους εκδιώχθηκαν από τον τόπο καταγωγής τους. Αρκετοί λένε ότι καταστράφηκαν οι περιουσίες τους και είχαν θύματα στην οικογένεια τους από τους Γερμανούς, με αποτέλεσμα τη μετανάστευση και την προσφυγιά τους. Εκείνη την εποχή, οι περισσότεροι σε αυτές τις περιπτώσεις μετανάστευσαν από αστικές σε αγροτικές περιοχές. Αξιοπρόσεκτο είναι, ότι, όλοι οι ηλικιωμένοι του δείγματος που θρήνησαν θύματα πολέμου στην πατρική τους οικογένεια, είχαν την τάση να αλλάξουν πορεία ζωής. Κάποιοι μάλιστα με βάση αυτή την εμπειρία της παιδικής ηλικίας, είχαν την τάση να τροποποιούν τους στόχους της ζωής τους, ακόμα και ως ενήλικες, λόγω του βιώματος πένθους στην οικογένεια των θυμάτων του πολέμου. Επιπλέον, ηλικιωμένοι που εκτέλεσαν οι ίδιοι Γερμανούς όντας πολύ νέοι, σήμερα, στα γηρατειά έχουν ακόμα την τάση να αισθάνονται ενοχές και θυμούνται τους παραστάσεις του πολέμου. Ένα τελευταίο αξιομνημόνευτο ζήτημα, το οποίο αποτελεί μεμονωμένη υποκειμενική αντίληψη και στάση ζωής περιγράφει η 17^η ηλικιωμένη

του δείγματος, που πιστεύει ότι είναι θεμιτή η χρήση άνομων μέσων αν πρόκειται για την εξασφάλιση της επιβίωσης

Αναλύοντας τη δεύτερη θεματική ενότητα προκύπτει ότι όλοι οι άντρες που συμμετείχαν στην έρευνα δούλευαν, κατά την ενήλικη ζωή τους. Υπάρχει η τάση οι περισσότεροι άντρες να εργάζονται ως υπάλληλοι και μάλιστα, σε ίδιο ποσοστό σε δημόσιο και σε ιδιωτικό τομέα,. Μεμονωμένη είναι η περίπτωση του 15^{ου} συμμετέχοντα, ο οποίος εργάστηκε ως ελεύθερος επαγγελματίας, Όσον αφορά τις γυναίκες, υπάρχει η τάση, να εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες, έχοντας τις περισσότερες φορές δικό τους κατάστημα. Σε μικρότερο βαθμό, οι γυναίκες ασχολούνταν μόνο με τις δουλειές του σπιτιού. Μεμονωμένη είναι η περίπτωση της 20^{ης} συμμετέχουσας, η οποία εργάζονταν ως γεωργός, ενώ ταυτόχρονα η 11^η, εκτός από γεωργός ήταν και ελεύθερη επαγγελματίας.

Αρκετοί ηλικιωμένοι, μας ανέφεραν ότι πρόκειται για δύσκολα και στερημένα χρόνια στην ενήλικη ζωή τους, ενώ επίσης, αρκετοί χαρακτήριζαν θετική την οικονομική κατάσταση την οποία είχαν στην ηλικία εκείνη. Ωστόσο, λιγότεροι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι η οικονομική τους κατάσταση ήταν μέτρια.

Υπάρχει μία τάση οι περισσότεροι ηλικιωμένοι να δηλώνουν ευχαριστημένοι από την εργασιακή τους ενασχόληση.

Όσον αφορά την καθημερινότητα των συμμετεχόντων, αυτή φαίνεται να διαφέρει αρκετά στη σημερινή σε σχέση στην ενήλικη ζωής τους. Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους περιέγραψαν την καθημερινότητα τους, ως άτομα που επικεντρώνονταν στη φροντίδα του σπιτιού τους και στην ανατροφή των παιδιών τους. Επίσης, κοινή τάση μπορεί να χαρακτηριστεί και το γεγονός ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι φρόντισαν να πηγαίνουν εκδρομές, ταξίδια και να ψυχαγωγούνται τον ελεύθερο χρόνο τους. Μεμονωμένη περίπτωση αποτελεί η συμπεριφορά του 12^{ου} συμμετέχοντα, ο οποίος αναφέρει πως μέλημα του ήταν να αποκαταστήσει τις αδελφές του, όπως συνήθιζαν να κάνουν εκείνα τα χρόνια τα αγόρια που είχαν αδελφές,

Βασικό στοιχείο της ενήλικης ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων, που συμμετείχαν στην έρευνα, αποτελεί και η διατροφή τους. Εύκολα κανείς αντιλαμβάνεται ότι πρόκειται ουσιαστικά για δυο κυρίαρχες τάσεις, τους ανθρώπους που παρήγαγαν και κατανάλωναν δικά τους προϊόντα, και εκείνους που δεν παρήγαγαν, αλλά μόνο αγόραζαν προϊόντα. Ωστόσο, προκύπτει ότι οι περισσότεροι παρήγαγαν τα δικά τους προϊόντα και λιγότεροι ήταν αυτοί που τα αγόραζαν.

Παράλληλα, υπάρχουν και κάποιες άλλες μεμονωμένες διατροφικές συνήθειες, όπως αυτή του 14^{ου} ηλικιωμένου, ο οποίος αναφέρει πως στην ενήλικη ζωή του έτρωγε πολύ περισσότερο κρέας. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι υπόλοιποι ουδέποτε κατανάλωναν πολύ κρέας

Η ενότητα της γήρανσης, που αντανακλά τη σημερινή κατάσταση των ηλικιωμένων του δείγματος, είναι και η ενότητα που αναλύεται εκτενέστερα, καθώς η παρούσα έρευνα εστιάζει σε αυτήν ακριβώς την ηλικία. Έτσι για λόγους λειτουργικότητας, η ανάλυση της ενότητας αυτής γίνεται σε δύο επιμέρους θεματικά τμήματα, κατ' αντιστοιχία με τον οδηγό της ημιδομημένης συνέντευξης. Α) Κατάσταση υγείας αυτονομίας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και Β) Ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων.

Α) Κατάσταση υγείας αυτονομίας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων

Μιλώντας για την υγεία, η κύρια τάση των ηλικιωμένων είναι να θεωρούν ότι είναι υγιείς και να αισθάνονται ικανοποιημένοι από άποψη υγείας, έως του σημείου που τα προβλήματα της υγείας τους, δεν θα επιβαρύνουν την αυτονομία, την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα τους. Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν ήταν ποτέ καπνιστές και θεωρούν ότι το γεγονός αυτό βοήθησε στην καλή κατάσταση υγείας τους. Ωστόσο, οι λιγότεροι που υπήρξαν παλαιότερα καπνιστές θεωρούν ότι ωφέλησε την υγεία τους η διακοπή του καπνίσματος. Επιπρόσθετα, κάποιοι ηλικιωμένοι δηλώνουν ότι χορεύουν ή γυμνάζονται και πιστεύουν ότι αυτό συμβάλει στην καλή κατάσταση της υγείας τους, παρά τις οδηγίες των γιατρών που συνιστούν προσοχή.

Η αυτονομία των ηλικιωμένων του δείγματος είναι ένα ακόμα ζήτημα που διερευνήθηκε, καθώς αποτελούσε προϋπόθεση συμμετοχής στην έρευνα και κριτήριο επιλογής του δείγματος. Έτσι, όλοι οι συμμετέχοντες είναι αυτόνομοι. Η κύρια τάση που αντιπροσωπεύει όλους τους ηλικιωμένους στον τρόπο που αντιλαμβάνονται την αυτονομία τους, εκφράζεται από την άποψη ότι δεν πιστεύουν ότι πρέπει να δεχτούν περιορισμούς ούτε από τα παιδιά τους και αισθάνονται ευχαριστημένοι που μπορούν και κάνουν όλες τις δουλειές μόνοι τους χωρίς να υποχρεώνονται σε κανέναν.

Όπως όλοι οι άνθρωποι έτσι και οι ηλικιωμένοι του δείγματος, αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις που τους στεναχωρούν και επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους. Η συχνότερη αιτία είναι το πένθος για μέλη της οικογένειας τους, κυρίως όμως για το σύντροφο τους. Ο τρόπος που ανταποκρίνονται οι

περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι να θεωρούν το πένθος μια δοκιμασία και να πιστεύουν ότι χρειάζεται θάρρος. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων όπως εκπροσωπούνται από την πολιτεία, χαρακτηρίζονται από τους ίδιους ικανοποιητικά, ακόμα και σε σύγκριση με άλλες προηγμένες χώρες. Οι περισσότεροι λοιπόν πιστεύουν ότι κάποιοι περιορισμοί των δικαιωμάτων τους, έρχονται από τα παιδιά τους τα οποία επιβαρύνουν τους ηλικιωμένους με τις ευθύνες των εγγονιών η στηρίζονται οικονομικά στα εισοδήματα των ηλικιωμένων. Επίσης πιστεύουν ότι η φυσιολογική φθορά των ικανοτήτων τους συνεπάγεται σταδιακή παραίτηση από δραστηριότητες όπως η οδήγηση. Μάλιστα αναφέρεται ότι αν δεν οδηγεί κανείς στην επαρχία, αυτό συνεπάγεται κοινωνικό αποκλεισμό. Ταυτόχρονα, τους προβληματίζει και το γεγονός ότι δεν έχουν χρήματα να συντηρήσουν το αυτοκίνητό τους.

Οι οικονομικές δυνατότητες των ηλικιωμένων, επηρεάζουν παράλληλα και την ποιότητα ζωής τους και υπάρχει η τάση να χαρακτηρίζονται ανεπαρκείς για τις ανάγκες τους από τους περισσότερους ηλικιωμένους του δείγματος. Ο τρόπος που αντιδρούν έχει δύο μορφές. Οι μισοί έχουν την τάση να συμβιβάζονται με την ανέχεια, ενώ οι υπόλοιποι εργάζονται ακόμα. Από τους εργαζόμενους ηλικιωμένους οι περισσότεροι βοηθάνε στις επιχειρήσεις των παιδιών τους.

Προσεγγίζοντας ηλικιωμένους άνω των 75 ετών, που είναι κοντά στο προσδόκιμο όριο επιβίωσης στην Ελλάδα, ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση της στάσης ζωής, που έχουν υιοθετήσει απέναντι στο φαινόμενο του θανάτου. Γενική τάση είναι ότι δείχνουν απόλυτα συνειδητοποιημένοι, για το γεγονός ότι διανύουν την τελευταία φάση της ζωής τους. Κάνουν μόνο βραχυπρόθεσμα σχέδια για το μέλλον τους, τα οποία σχετίζονται συχνά με το θάνατο τους. Επίσης, οι περισσότεροι το αντιμετωπίζουν με αισιοδοξία, χιούμορ, ετοιμότητα και ήσυχη συνείδηση.

Μια ακόμα κοινή τάση των ηλικιωμένων του δείγματος, είναι το γεγονός ότι έχει βρει ο καθένας ένα ιδιαίτερο νόημα στη ζωή του μετά τα 75 και αφοσιώνεται σε αυτό. Μερικοί θεωρούν ότι πρόκειται για μια διαχρονική συνέχεια μιας στάσης ζωής, ενώ άλλοι θεωρούν ότι είναι κάτι νέο που αλλάζει τη στάση ζωής τους. Για παράδειγμα, ο 15^{ος} κύριος αναφέρει ότι του αρέσει ο χορός και θεωρεί ότι αυτό του δίνει ζωή. Ο 2^{ος} ηλικιωμένος λέει ότι η γη δίνει ζωή στον άνθρωπο, ενώ για τον 3^ο ηλικιωμένο το νόημα της ζωής στα γηρατεία είναι να διαθέτει ο άνθρωπος τρέλα. Ο 3^{ος} κύριος πιστεύει ότι το σπουδαίο είναι να μην έχει κανείς άγχος. Η 8^η κυρία είπε ότι το να είναι κανείς πάνω από 75 ετών αποτελεί μεγάλο κατόρθωμα. Η 9^η κυρία αισθάνεται ότι πρέπει κανείς να έρχεται σε επαφή με ανθρώπους και να μην κάθεται

μέσα στο σπίτι του να μοιρολατρεί. Ο 11^{ος} ηλικιωμένος πιστεύει ότι οι φίλοι δίνουν νόημα στη ζωή του και άρα είναι απαραίτητοι.

Εν κατακλείδι, μια πολύ ενδιαφέρουσα κοινή τάση των ερωτώμενων, είναι ότι όλοι αισθάνονται ευχαριστημένοι από την πορεία ζωής τους.

B) Ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων.

Ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων σήμερα, προκύπτουν από περιγραφή της καθημερινής ρουτίνας τους και αναφορά στις ασχολίες μιας τυπικής μέρας.

Ξεκινώντας από τη διατροφή των ηλικιωμένων του δείγματος, όλοι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν την τάση να στηρίζουν τη βάση της διατροφής τους σε όσπρια, φρούτα και λαχανικά, λιγότερα δημητριακά, ψάρι και πολύ λίγο κρέας. Δεν αναφέρονται σχεδόν καθόλου γλυκά στη διατροφή των ηλικιωμένων, ενώ το αγνό παρθένο ελαιόλαδο, έχει ευρεία κατανάλωση. Αν και η περιγραφή του παραπάνω τύπου διατροφής είναι χαρακτηριστική για όλους τους ηλικιωμένους του δείγματος, ωστόσο περίπου οι μισοί περιγράφουν ότι τα περισσότερα από τα προϊόντα που καταναλώνουν, εξακολουθούν να είναι δικής τους παραγωγής ακόμη και σήμερα. Μάλιστα μερικοί έχουν και δική τους παραγωγή κτηνοτροφικών προϊόντων. Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί ο 7^{ος} ηλικιωμένος ως προς την πρωινή διατροφή του, που είναι ένα πλήρες γεύμα. Μερικοί καταναλώνουν ακόμα χαρούπια. Και σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι πίνουν λίγο καφέ κάθε μέρα και νηστεύουν περιστασιακά. Χαρακτηριστικά κοινή τάση είναι η περιστασιακή κατανάλωση λίγης ρακής και η καθημερινή κατανάλωση κρασιού, πάντα σαν συνοδεία στο γεύμα, κυρίως για τους άντρες. Ωστόσο και οι γυναίκες πίνουν κρασί μαζί με το φαγητό τους, αλλά λιγότερη ρακή, στα πλαίσια της πρακτικής προληπτικής ιατρικής. Αξιοσημείωτο είναι ότι κανένας ηλικιωμένος του δείγματος δεν είναι υπέρβαροι και οι περισσότεροι προσέχουν συνειδητά την διατροφή τους.

Μια ακόμα αξιομνημόνευτη και σημαντική πτυχή της ζωής των ηλικιωμένων, είναι η σεξουαλική τους δραστηριότητα και θεωρούν ότι εξακολουθεί να είναι σημαντικό κομμάτι της ζωής τους. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες στο δείγμα της έρευνας, έκαναν σχόλια για αυτό το θέμα αυτό και όπως προκύπτει οι άντρες δείχνουν να είναι ικανοί σεξουαλικά μέχρι περίπου τα 80 – 81 έτη. Αναφέρεται ότι θεωρούν πιο ικανοποιητικό το ώριμο σεξ μετά τα 40 παρά στη νεαρή ηλικία. Υπάρχουν αναφορές ότι οι γυναίκες μετά την κλιμακτήριο χάνουν σταδιακά το

ενδιαφέρον τους για τη σεξουαλική ζωή. Ωστόσο, έντονη ήταν η τάση ανησυχίας των ηλικιωμένων για τα κοινωνικά σχόλια επί του θέματος. Πιστεύουν ότι καμία γυναίκα δεν μπορεί να πλησιάσει εύκολα π.χ. ένα χήρο. Αναφέρονται ότι ντρέπονται και ντρέπονται για τη γνώμη που έχουν τα παιδιά τους. Τέλος, μια έμφυλη διαφορά στην έκφραση της σεξουαλικής επιθυμίας των ηλικιωμένων, είναι ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες κάνουν πιο διακριτικά σχόλια με περισσότερη συστολή και υπονοούμενα.

Ένα ακόμα ζήτημα, που χρήζει ανάλυσης, είναι η αποσαφήνιση των κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων των ηλικιωμένων. Στο δείγμα της έρευνας, λιγότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους, ζουν σε έγγαμο βίο ακόμα με τις συζύγους τους. Έτσι, υποστηρίζουν ο ένας τη ζωή του άλλου, μοιράζονται τις καθημερινές ευθύνες και καλύπτουν τις ανάγκες συντροφικότητας και ανθρώπινης αλληλόδρασης. Από τους έγγαμους ηλικιωμένους περίπου οι μισοί έρχονται σε επαφή με την υπηρεσία των Κ.Α.Π.Η. Σε γενικές γραμμές, στην επαρχία υπάρχει η γενική τάση μικρότερης συμμετοχής των ηλικιωμένων, (έγγαμων ή μη), στις υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. Σε ό,τι αφορά τους χήρους ηλικιωμένους, παρατηρείται επιπλέον και μια έμφυλη διαφοροποίηση. Πιο συγκεκριμένα οι χήρες ηλικιωμένες του δείγματος είχαν σαφώς χαμηλότερη συμμετοχή στα Κ.Α.Π.Η. και παρατηρείται μια μεγαλύτερη τάση να παραμένουν σε στενό κοινωνικό περιβάλλον, σε επαφή μόνο με συγγενείς και γείτονες. Πάντως μιλώντας για τα υποστηρικτικά δίκτυα των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα, αξιοσημείωτο είναι ότι όλοι διατηρούν την τάση να είναι σε στενή επαφή με τα παιδιά τους και να μένουν, όχι μαζί τους, αλλά πολύ κοντά τουλάχιστον σε ένα από αυτά. Η 8^η ηλικιωμένη είναι η μόνη κυρία που ήταν άτεκνη και χήρα παράλληλα και έχει στενή επαφή με την υπηρεσία του Κ.Α.Π.Η. Όπως πολλοί ηλικιωμένοι μαρτυρούν, υποστηρίζουν οικονομικά αλλά και με προσωπική εργασία και την οικογένεια των παιδιών τους.

Κατ' αναλογία με τα κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα των ηλικιωμένων, έπεται και η επικοινωνία τους με τα αντίστοιχα άτομα. Καθώς μένουν κοντά στα παιδιά τους και έχουν φίλους στη γειτονιά τους, δεν χρησιμοποιούν πολύ το τηλέφωνο αλλά βρίσκονται μαζί από σπίτι σε σπίτι, στο Κ.Α.Π.Η., στα καφενεία οι άντρες και στην εκκλησία οι γυναίκες. Ο 10ος ηλικιωμένος είναι ο μόνος που έχει επικοινωνία ακόμα και ταχυδρομική και εκτός Ελλάδος με φίλους του.

Οι περισσότεροι άντρες του δείγματος οδηγούν ως σήμερα, ενώ καμία γυναίκα δεν οδηγούσε ποτέ. Από τους άντρες που οδηγούν, σχεδόν όλοι έχουν την τάση να οδηγούν με χαμηλότερη ταχύτητα, από ότι όταν ήταν νέοι. Ομολογούν,

επίσης, πως είναι πλέον πιο προσεκτικοί με την οδηγική συμπεριφορά τους. Οι ηλικιωμένοι, κυρίως στην επαρχία όπου δεν θεωρούν επαρκείς τις συγκοινωνίες, ανησυχούν για τη δυνατότητα της μετακίνησης τους στο παρόν και στο μέλλον.

Μια ακόμα χαρακτηριστική τάση των ηλικιωμένων του δείγματος, είναι ότι όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες, ενημερώνονται για την επικαιρότητα και γνωρίζουν τα ζητήματα κοινού ενδιαφέροντος της κοινωνίας στην οποία ζουν. Σχεδόν όλοι λοιπόν παρακολουθούν ειδήσεις, αλλά ο καθένας από διαφορετικό μέσο μαζικής ενημέρωσης, προσαρμοζόμενος στους περιορισμούς της δικής του φυσικής κατάστασης. Άλλοι πάλι, όπως ο 4^{ος} κύριος που, ούτε βλέπει πολύ καλά, ούτε ακούει εύκολα, επίσης προσπαθούν όσο μπορούν να ενημερώνονται από την εφημερίδα: Παράλληλα διακρίνεται η τάση, οι μισοί ηλικιωμένοι να μην κατανοούν ή να μην μπορούν να δουν κριτικά, την επικαιρότητα. Ενδιαφέρουσα άποψη έχει η 19^η ηλικιωμένη επί αυτού του προβλήματος. Θεωρεί ότι δεν προλαβαίνει να επεξεργαστεί κριτικά τις ειδήσεις που ακούει από το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, αλλά με την εφημερίδα έχει όσο χρόνο θέλει για να κατανοήσει ό,τι διαβάζει.

Από την περιγραφή των καθημερινών δραστηριοτήτων μιας τυπικής μέρας, προκύπτουν πολλές και ποικίλες ασχολίες. Το φύλο επηρεάζει τη δραστηριότητα των ηλικιωμένων μόνο σε θέματα που αφορούν τις οικιακές δουλειές. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο εξοικειωμένες, με τις δουλειές του σπιτιού ενώ στις δραστηριότητες εκτός σπιτιού εξίσου λειτουργικά είναι και τα δύο φύλα. Ως αυτόνομοι που είναι οι συμμετέχοντες στην έρευνα, πληρώνουν μόνοι τους λογαριασμούς τους, κάνουν τα ψώνια τους, μαγειρεύουν, συγυρίζουν το σπίτι τους και οι περισσότεροι ασχολούνται παράλληλα με την κηπουρική, ενώ μερικοί διατηρούν και οικόσιτα ζώα. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι του δείγματος, έχουν την τάση να μην έχουν άγχος. Παράλληλα ασχολούνται τον ελεύθερο χρόνο που έχουν με την ψυχαγωγία τους. Για παράδειγμα άλλοι γράφουν μαντινάδες, άλλοι πάνε εκδρομές ή για μπάνιο, άλλοι απολαμβάνουν την κηπουρική, άλλοι χορεύουν, ασχολούνται με θεατρικά κ.α.

Από άποψη πνευματικότητας οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ανεξαρτήτως φύλου, ακολουθούν πιστά τους κανόνες της εκκλησίας. Ελάχιστοι ηλικιωμένοι δηλώνουν ότι δεν ακολουθούν με θερμή πίστη όσα λέει ο Χριστιανισμός, αλλά ακόμα και εκείνοι έχουν ισχυρή πνευματικότητα ανεξαρτήτως θρησκείας.

6.4. Συζήτηση - ερμηνεία αποτελεσμάτων ανάλυσης και συσχέτιση τους με τη θεωρία

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων της ανάλυσης κατά θεματική ενότητα. Έτσι, παρατίθενται οι απόψεις των ηλικιωμένων με προβολές στα δικά τους λόγια, κατά λέξη. Επίσης, γίνεται μια προσπάθεια ερμηνείας των συμπεριφορών που περιγράφονται, μέσα από βιβλιογραφικά δεδομένα και ταυτόχρονη σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων σχετικών ερευνών. Τέλος παρουσιάζονται και οι απόψεις των σπουδαστών, με μία κριτική θεώρηση και ολιστική συσχέτιση όλων των δεδομένων της παρούσας μελέτης.

6.4.1. Συζήτηση- ερμηνεία αποτελεσμάτων ανάλυσης της παιδικής ζωής και συσχέτισης με τη θεωρία

Είναι γεγονός ότι οι πατρικές οικογένειες των μετεχόντων στην έρευνα, υπήρξαν πολυμελείς. Η δομή τους ήταν σχετικά σταθερή, υπό την έννοια του ότι δεν υπήρχαν διαζύγια ανάμεσα στους γονείς, εντούτοις υπήρξαν εκτελέσεις των γονέων τους από τους Γερμανούς και δημιουργήθηκαν αρκετές μονογονεϊκές οικογένειες. Η οικονομική τους κατάσταση ήταν χαμηλού εισοδήματος αλλά μεγαλύτερο οικονομικό πρόβλημα αντιμετώπιζαν οι μονογονεϊκές οικογένειες. Η στέρηση έφτανε σε σημείο, που όπως χαρακτηριστικά περιγράφει ο 4^{ος} ερωτώμενος: «...πηγαίναμε ξυπόλυτοι στις παρελάσεις στις εκκλησίες ξυπόλυτοι». Δύο επαγγελματικές ενασχολήσεις ήταν εκείνες που εξασφάλισαν σε κάποιους γονείς των ηλικιωμένων, ένα ικανοποιητικό εισόδημα. Αυτές ήταν η μεγάλη αγροτική περιουσία και η προσαρμογή σε διάφορες εναλλαγές επαγγελματικών δραστηριοτήτων, κυρίως εμπορικής φύσης, αναλόγως των συνθηκών. Το τελευταίο μπορεί να ερμηνευτεί, αν λάβουμε υπ' όψιν την κατάσταση που επικρατούσε κατά τη διάρκεια του παγκόσμιου πολέμου και αμέσως μετά την κατοχή. Η περιγραφή του 7^{ου} ηλικιωμένου αντανακλά αυτή την κατάσταση καθώς λέει: «πήγαμε λάδι ελιάς για να πάρουμε λάδι μηχανής... Ή να πάμε αλεύρι να πάρουμε ρούχα». Είναι γεγονός ότι αρκετοί αγρότες είχαν επάρκεια τροφίμων από δική τους παραγωγή, δεν είχαν όμως κυρίως είδη ρουχισμού και αναλώσιμα είδη. Έτσι, όποιος ασχολήθηκε με το εμπόριο τέτοιων ειδών, αναπτύχθηκε οικονομικά.

Από την ανάλυση των δεδομένων της εκπαίδευσης, προκύπτει η έμφυλη διαφορά και η τάση για ανώτερη εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση των αγοριών, από ότι των κοριτσιών. Αυτό ερμηνεύεται ιστορικά, αφού στην Ελλάδα,

άρχισε να αλλάζει το κατεστημένο της εκπαίδευσης που περιέγραψαν οι ηλικιωμένοι, μόλις μετά το συνέδριο που έγινε στη Θεσσαλονίκη στις 5/5/1985 από τη Γενική Γραμματεία Ισότητας, με θέμα: «ισότητα των δύο φύλων και εκπαίδευση». Η τάση της διακοπής του σχολείου, ενός τουλάχιστον αγοριού της οικογένειας, προκειμένου αυτό να αναλάβει την περιουσία των γονιών, δείχνει πόσο βαθιά ριζωμένη ήταν τα χρόνια εκείνα η πεποίθηση ότι οι αγροτικές δουλειές τους παρείχαν επαγγελματική εξασφάλιση. Το τελευταίο όμως, είχε ήδη αρχίσει να ανατρέπεται με την άνοδο του εμπορίου.

Έμφυλες διαφορές παρουσιάζονται και μεταξύ των δραστηριοτήτων που μοιράζονταν τα παιδιά μέσα στις οικογένειες τους. Χαρακτηριστικά η 19^η ερωτώμενη λέει: «..τα αγόρια και έκαναν τις βαριές δουλειές.. και 'γω ήπλεκα,..», ενώ ο 12^{ος} ερωτώμενος είπε ότι δεν έκανε δουλειές μέσα στο σπίτι: «διότι είχα τις αδελφές μου και ασχολούνταν οι αδελφίδες μου. Εγώ να πιάσω τώρα να μαγειρέψω, δε..». Αν οι παραπάνω περιγραφές αποτελούν έμφυλη διαφοροποίηση πιθανόν για λόγους λειτουργικότητας, η αναφορά όμως του 7^{ου} ηλικιωμένου μαρτυρά σεξιστική διάκριση: «σαν μικρά παιδιά ήμασταν μεγάλη οικογένεια ... 6 αγόρια ... τόσα αγόρια γιατί αν είχαμε τα κορίτσια τα σκοτώναμε τα κακορίζικα..». Την εποχή εκείνη ήταν μάλλον συνηθισμένα τα σεξιστικά φαινόμενα. Η Οικουμενική Διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με τη Σύμβαση για την εξάλειψη των διακρίσεων κατά των γυναικών που υιοθετήθηκε το 1979, προσπάθησε να αντιμετωπίσει ακριβώς την εμφάνιση τέτοιων σεξιστικών φαινομένων παγκοσμίως. Ο συγκεκριμένος ηλικιωμένος του δείγματος, αντιμετώπιζε τις συνέπειες αυτής της επιλογής των γονέων του, σε όλη του τη ζωή. Πιθανόν, η πράξη αυτή των γονέων του, ήταν η αιτία για το ότι ο ίδιος δεν μπόρεσε να αναπτύξει καλή σχέση με την γυναίκα του, την κόρη του και τις εγγονές του, λόγω ακριβώς του ότι ήταν γυναίκες με τις οποίες ποτέ δεν έμαθε να συναναστρέφεται εποικοδομητικά, όπως ασυνείδητα ομολογεί και ο ίδιος: «Συνεντευκτής: Ο δικός σας ο γάμος όμως πως ήταν; -Ηλικιωμένος: Ελεεινός. Επήρα μια γυναίκα που δεν την αγαπούσα λόγω... ένα σπιτάκι που είχε,.. Μένει δίπλα η κόρη μου αλλά κι αν πάω να τη γειτονέψω θα πάω όχι πιο πολύ ώρα.... Γιατί έκανε κορίτσια. Είναι 2 κορίτσια 17 και 18 χρονών..., θέλουνε να κάνουνε το δικό τους, .. και εγώ τι δουλειά έχω εκεί μέσα;». Ουσιαστικά αυτή η σεξιστική αντίληψη αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα ποιότητας ζωής, καθώς παρεμποδίζει το άτυπο υποστηρικτικό δίκτυο (της κόρης και των εγγονιών του) να διευκολύνει τη ζωή του ηλικιωμένου.

Οι καθημερινές δραστηριότητες στην παιδική ηλικία των ερωτώμενων σχετίζονταν κυρίως με τις εργασίες που πρόσφεραν τα παιδιά στις αγροτικές δουλειές των γονιών τους. Βέβαια αυτό είναι και νομικά κατοχυρωμένο. Σύμφωνα με τον ισχύοντα Αστικό Κώδικα (Α.Κ. 1508) κάθε τέκνο είναι υποχρεωμένο ανάλογα με τις δυνατότητες του να παρέχει τις υπηρεσίες του, χωρίς αμοιβή, στη λειτουργία του οίκου αλλά και την άσκηση της επαγγελματικής δραστηριότητας των γονέων του, όταν αυτό είναι ελεύθεροι επαγγελματίες. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει αδιακρίτως ανήλικα και ενήλικα τέκνα. Έτσι πολύ χαρακτηριστικά ο 1^{ος} ερωτώμενος περιγράφει ότι παιδιά και γονείς μαζί είχαν: «να φυτέψουν ελιές, να κάνουνε περβόλια, ποτίζανε με το γεράνι που λέγαμε ξύλο και σέρναν το νερό...Ήταν κοπιαστική δουλειά, είχαμε τα ζώα, εσπέρναμε στάρια, κριθάρι και θερίζαμε με το δρεπάνι για να βγάλουμε ψωμί να φάμε....εθερίζαμε, αλωνεύαμεπήγαινα στα όρη,...Πολύ τυραννισμένη ζωή,...». Ωστόσο, στις ελάχιστες μόνο οικογένειες που δεν είχαν αγροτική ενασχόληση τα παιδιά, εκείνα βοήθησαν στις δουλειές του σπιτιού, όπως περιγράφει ο 2^{ος} ηλικιωμένος: «Ότι μπορούσαμε το κάναμε, στο σπίτι μέσα. Δεν είμαστε ελεύθεροι...». Την ίδια άποψη, ότι δηλαδή ως παιδιά είχαν πολύ περιορισμένη ελευθερία και αυτονομία και συμμετείχαν στις δουλειές των γονέων τους περιγράφουν πολλοί ηλικιωμένοι. Η 19^η ηλικιωμένη είπε: «εδουλεύαμε, δε μας αφήναν οι γονείς μας να κοιμηθούμε,...εμένα με από τα άγρια μεσάνυχτα με ξυπνούσαν, σήκω- σήκω να πάμε να θερίζουμε». Σε ελάχιστες περιπτώσεις κάποια παιδιά ασκούσαν ανεξάρτητο επάγγελμα από τους γονείς τους, από πολύ μικρή ηλικία. Φυσικά η παιδική αμειβόμενη εργασία εκτός οικογένειας καταδικάζεται από τα δικαιώματα του παιδιού. Ωστόσο, ο 4^{ος} ηλικιωμένος λέει: «από 7 χρονών έχω μπει στα βάσανα πούλωνα κουλούρια στραγάλια φιστίκια». Πολύ πιο σπάνια φαίνεται η περίπτωση της 6^{ης} ηλικιωμένης που στην ηλικία των 12 ετών, δηλώνει ότι παρακάμπτοντας τις έμφυλες εργασιακές διαφορές, πήγε και εργάστηκε: «3 χρόνια στην οικοδομή. Εργαζόμουνα. .. και εργαζόμουνα εδώ (δείχνει). Τσιμέντα τούβλα, νερό κουβαλούσα,...». Αυτή η εργασία φαίνεται να σχετίζεται και με προβλήματα υγείας που έχει η ηλικιωμένη στα γεράματα καθώς περιγράφει; «με έχει πιάσει η μέση κι η δυσκοπάθεια είναι ε Γερατειά... Γέρασα τι ...». Η ίδια αποδίδει την εξέλιξη αυτή της υγείας της στα γηρατειά και δε φαίνεται να συνειδητοποιεί ότι η εργασία που είχε κάνει στην οικοδομή, ως παιδί, έχει επίπτωση στην υγεία της σήμερα.

Αρκετοί ηλικιωμένοι παρατηρούν σημαντική αλλαγή στη διαπαιδαγώγηση και γενικότερα στον τρόπο ανατροφής των παιδιών σήμερα, σε σχέση με την δική τους

παιδική ηλικία. Ο 15^{ος} ερωτώμενος παρατηρεί: «τότε δεν ήταν όπως τώρα τα σπίτια, εκεί ήταν τα ζώα, εκεί οι κατσίκες, εκεί τα ζώα εκεί ήμασταν και εμείς. ...». Η 19^η ερωτώμενη λέει: «Τώρα δεκατριών χρονών δεν ξέρει να πλύνει ούτε την κιλότα της μια κοπέλα» ενώ ο 7^{ος} ηλικιωμένος λέει: «Μας εκάθιζε ο πατέρας μου κάθιζε στην ποδιά του ετά, μας ενανάριζε η μάνα μου... ακόμα θυμάμαι τα τραγούδια της μάνας μου το οποίο δεν γίνεται τώρα, αυτό...». Είναι δεδομένες πια οι αλλαγές στους ρόλους μέσα στην οικογένεια και η υποβάθμιση της εκπαιδευτική λειτουργία της οικογένειας, με την πάροδο των χρόνων. Λόγω των σύγχρονων απαιτήσεων, οι κοινωνία μας οδηγήθηκε σε οικογένειες διπλής σταδιοδρομίας, ή μονογονεϊκές λόγω διαζυγίων, οι οποίες έχουν περιορισμένο χρόνο για την εκπαίδευση, την κοινωνικοποίηση και διαπαιδαγώγηση των παιδιών (Τσαούσης,2002).

Αξιοσημείωτη είναι η αλλαγή στον τρόπο διατροφής των ηλικιωμένων. Πολλοί ερωτώμενοι αναφέρθηκαν σε αυτό αλλά πιο χαρακτηριστικά περιέγραψε ο 12ος ηλικιωμένος: «Δεν υπήρχε τότες να το βαστάς την ψεκαστήρα στον ώμο και δώστου ή τα αεροπλάνα να περνάν να ψεκάζει. .. είχαμε περιουσία και δουλεύαμε και μας απέδιδε και τρώγαμε πραγματικά φυσικό φαί, όι σήμερα με τα φάρμακα, διότι ότι και να φας σήμερα είναι φαρμακωμένο. Κατάλαβες;... πατάτες, τι δεν εφντεύαμε ρε παιδί μου, τι.; Όσπρια όσα θέλαμε. ..ο πατέρας μου, είχενε δυο αγελάδες...και οι αγελάδες γεννούσανε, τα μικρά τα αφήναμε κανένα χρόνο, δυο τα σφάζαμε και έτρωγες πραγματικά γνήσιο κρέας... κουνέλια, κοτόπουλα, άλλη, άλλες τροφές τότες, να σήμερα δεν τρως τέτοια πράγματα. Σήμερα είναι όλα άχρηστα για μας» Επίσης, ο 2^{ος} ερωτώμενος λέει: «καλά σε έχω.. σαλιγκάρια επά μανιτάρια. Εδά, εδά δεν τα τρώνε γιατί δηλητηριάζουν...». Η 13^η ηλικιωμένη παρατηρεί: «ξεκινούσαν τότε οι κονσέρβες εκεί γύρω στο δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο». Κάτι ακόμα που σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι περιγράφουν για τη διατροφή της παιδικής ηλικίας είναι με διάφορες μορφές η κατανάλωση χαρουπιών. Αν και στην περίοδο της κατοχής οι αναφορές για κατανάλωση χαρουπιών ήταν συχνότερες, ωστόσο αυτή η διατροφική συνήθεια προϋπήρχε της κατοχής, διατηρήθηκε εώς σήμερα από κάποιους ηλικιωμένους αλλά δεν φαίνεται να μεταδόθηκε στις νεότερες γενιές. Πολύ χαρακτηριστικά, ο 4^{ος} ερωτώμενος λέει: «Χαρούπια και Άγιος ο Θεός,... χαρουπόμελο... Τα βάναμε στο φούρνο... τα βάναμε στην τσάντα και τα τρώγαμε στο σχολείο» Ο 15^{ος} ηλικιωμένος λέει: «Χαρουπόψωμο τρώγανε οι περισσότεροι». Πιθανόν η άνοδος της παραγωγής σιτηρών και ζάχαρης στην Ελλάδα, μετά τον πόλεμο, αντικατέστησε το χαρουπάλευρο και το χαρουπόμελο. Ίσως αποτελεί ένδειξη ότι το συγκεκριμένο

προϊόν έπαιξε κάποιο ρόλο στην καλή υγεία που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι του δείγματος σήμερα, αφού αποτελεί κοινή συνήθεια για πολλούς από αυτούς ακόμα και σήμερα. Για παράδειγμα ο 7^{ος} ηλικιωμένος είναι ανάμεσα σε αυτούς που ακόμα τρώνε τα χαρούπια: «Τα χαρούπια ένα σακί. Και πήρα ένα...» είπε μιλώντας για το σήμερα. Άλλα διαχρονικά χαρακτηριστικά της διατροφής των ηλικιωμένων περιγράφονται αντιπροσωπευτικά από τον 2^ο ερωτώμενο: «εμείς εσωθήκαμε εξαιτίας του λαδιού και των χόρτων που βρίχναμε στις εξοχές...», «σταμναγκάθι» μεταξύ άλλων λέει ο 6^{ος} ηλικιωμένος και άλλοι. Παράλληλα, όπως προκύπτει ήταν ολιγαρκείς καθώς αντιπροσωπευτική είναι η περιγραφή του 2^{ου} ηλικιωμένου: «μπορεί να κοιμήθηκα 50, 40, 80, βράδια με ένα κυπελάκι στραγάλια». Μια γενική παρατήρηση, όπως φαίνεται από την ανάλυση των δεδομένων είναι ότι, δεν διαφοροποιείται από κανέναν κοινωνικοοικονομικό παράγοντα η διατροφή της παιδικής ηλικίας που περιγράφεται με τον ίδιο τρόπο από όλους τους ηλικιωμένους. Αυτό δείχνει να ερμηνεύεται από το ευρύτερο μοτίβο του τρόπου ζωή τους στην παιδική ηλικία καθώς όλοι καλλιεργούσαν και κατανάλωναν ενδημικά προϊόντα δικής τους παραγωγής.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων του δείγματος από την παιδική τους ηλικία, είναι η ανθεκτικότητα της υγείας τους σε εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες. Παραδείγματα τέτοια έχουμε από πολλούς ηλικιωμένους. Ο 7^{ος} ηλικιωμένος λέει: «ξυπόλυτοι μεν και το θυμάμαι τώρα και μουδιάζω. Δε με έπιανε κανένας ξυπόλυτος. Βράχια ήτανε πέτρες ήτανε ξυπόλυτος». Η 8^η ηλικιωμένη που λέει: «ελεεινοί και ξυπόλητοι... να σηκώσουμε τις κουκιές που είχανε θερίσει, να τσι γυρίσουμε απ 'την άλλη μπάντα να ψιχαλίζονται και να 'χουμε μια..φλέγη (παλτό για σκέπασμα) μέναμε 9 νομάτοι κι έτρεχε το νερό, και εμείς είχαμε βεργώματα και κοιμόμασταν πάνω. Ούτε κρυώσαμε.». Επίσης, ο 2^{ος} ηλικιωμένος λέει: «Χριστούγεννα και δεν είχα βάλει σακάκι ξέρεις... Και την έβγαλα με .. το πουκάμισο και τίποτα άλλο...Γιατί μούδε φανέλες δεν φορούσα ούτε πράμα.». Είναι γνωστό ότι από τη μια μεριά η ανάπτυξη των αντιβιοτικών το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων και πολλές φορές ισχυρότερων στελεχών μικροβίων. Από την άλλη η υπερκατανάλωση των αντιβιοτικών τα τελευταία χρόνια έχει επηρεάσει δυσμενώς το ανοσοποιητικό σύστημα των ανθρώπων που κάνουν αλόγιστη χρήση. Είναι, λοιπόν, λογικό επακόλουθο να παρατηρείται αυτή η διαφορά στην ανθεκτικότητα ενάντια στις αρρώστιες, που αντιμετώπιζαν οι ηλικιωμένοι του δείγματος, όταν ήταν παιδιά, σε σχέση με τα παιδιά του σήμερα. Αξιοπρόσεκτο είναι

ότι οι ηλικιωμένοι του δείγματος που μεγάλωσαν στις δύσκολες συνθήκες που περιέγραψαν, ακόμα και σήμερα κάνουν ελάχιστη κατανάλωση φαρμάκων σε αντιπαράθεση με την «πολυφαρμακεία» των ηλικιωμένων γενικότερα όπως περιγράφει ο Μωϋσιάδης (χχ).

Η εμπειρία της κατοχής είναι ένα ακόμα κοινό στοιχείο εμπειρίας στην παιδική ηλικία όλων των μετεχόντων στην έρευνα. Αρκετοί από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι έζησαν φτώχεια. Χαρακτηριστικές εκφράσεις που επαναλαμβάνονται στις περιγραφές των ηλικιωμένων είναι «πεινά», «πέτρινα χρόνια», «στερήσεις». Ωστόσο, δεν μεταβάλλεται ποιοτικά η περιγραφή αυτής της φτώχειας, ανάλογα με το αν ζούσαν σε αστική ή αγροτική περιοχή. Όπως προέκυψε από την ανάλυση, η αντιμετώπιση φτώχειας δείχνει να μην έχει σχέση με τον τόπο γέννησης τους, καθώς έχει παρόμοια εμφάνιση σε ολόκληρο το νησί. Ωστόσο, σημαντική εξαίρεση αποτελούν όσα άτομα του δείγματος μας, ήταν κάτοικοι του Οροπέδιου Λασιθίου. Όπως είπε χαρακτηριστικά ο 12^{ος} ερωτώμενος «Στο οροπέδιο δεν επείνασε κανείς ...το Οροπέδιο Λασιθίου ήζησηε όλη την Κρήτη, όλη την Κρήτη ερχόντουσαν από κει, διότι βγάνει ό,τι θες...». Από τη ανάλυση, επίσης, φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι του δείγματος που κατάγονται από τον ευρύτερο νομό Λασιθίου εστιάζουν περισσότερο στο φόβο και στην απειλή που αιστάνθηκαν την κατοχή, παρά στην πείνα και μάλιστα στο Λασιθί φαίνεται να πεινούν περισσότερο οι Ιταλοί από τους ντόπιους. Πολύ χαρακτηριστικά ήταν όσα είπε η 20^η ερωτώμενη «..ήτανε φόβητρο..τους εφοβούνταν, ήταν δυνατή ομάδα, ... Και ερχότανε πότε, πότε στο χωριό και ζυγώνανε λάδι, ... και ζυγώναν τσι πατάτες ... οι Ιταλοί τσι βγαζαν με την ξιφολόγη... επινούσαν, και λάδι τους εδίναμε,...». Είναι γεγονός ότι καθώς ήταν εύφορες περιοχές και η κύρια ενασχόληση τους ήταν αγροτική, είχαν κρατήσει αποθέματα γεωργικών προϊόντων. Όπως είπε ο 15^{ος} ηλικιωμένος: «Εβρεθήκαμε στην κατοχή με τρία πιθάρια γεμάτο καρπό και μεις μικρά παιδιά, δεν τρώμε πολύ και εκράτησε, ένα χρόνο, ενάμιση». Όμως καθώς στην κατοχή σταμάτησε το εμπόριο, το επακόλουθο ήταν ότι τα αναλώσιμα είδη και ρουχισμού έγιναν δυσεύρετα. Ο 7^{ος} ηλικιωμένος αναφέρει : «Το σαπούνι, τα τσιγάρα,» ενώ η 20^η ηλικιωμένη συνεχίζει: «οι Ιταλοί..., θυμούμαι μια φορά και φέραν τσα πράσινες φανέλες πλεκτές και τα κάναμε φουστάνια». Ο 7^{ος} επισημαίνει: «Ντυθήκανε νιφάδες με πανί από αλεξίπτωτο». Η 19^η κυρία διευκρινίζει: «Στην κατοχή τσι ντυνα εγώ με τα πλεκτά, δώδεκα χρονών, δεκατριών χρονών κορίτσι.». Στην ανάλυση επισημαίνεται ότι, όσοι άντρες ήταν έφηβοι την εποχή της κατοχής, περιγράφουν έως και 10 χρόνια

στρατιωτικής ζωής. Αυτό συνέβη διότι πήγαν στον ανταρτοπόλεμο με τους Γερμανούς, έπειτα από την κατοχή κατατάχτηκαν στρατιώτες και μετά πολέμησαν ξανά στον εμφύλιο. Επιπλέον, όσοι γεννήθηκαν το 1922 έχουν και την εμπειρία των συνεπειών του Μικρασιατικού πολέμου (ιδιαίτερα όσοι ήρθαν στην Κρήτη ως πρόσφυγες). Αρκετούς από τους ερωτώμενους οι Γερμανοί τους εκδίωξαν από τον τόπο που μεγάλωσαν ως παιδιά. Η 17^η ηλικιωμένη λέει: «Είχε σπηλιές και πήγαμε εμείς με τα αδέρφια μου.» Αρκετοί μετανάστευσαν και έγιναν πρόσφυγες την κατοχή καθώς καταστράφηκαν οι περιουσίες τους και είχαν θύματα στην οικογένεια από τους Γερμανούς. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν της 8^{ης} ηλικιωμένης που περιγράφει: «12 αδέρφια, 8 αγόρια και 4 κορίτσια, όταν άρχισε ο πόλεμος σκοτώθηκαν τα 6 αδέρφια..... φύγαμε πρόσφυγες, πήγαμε Λειψούς, πήγαμε, Σάμο, Κάρπαθο και έπειτα γυρίσαμε πάλι Λέρο...Όταν έπιασε ο πόλεμος, μας σπάσανε τη βάρκα, είχαμε ένα καϊκι μεγάλο το σπάσανε, έπεσε βόμβα μας γκρέμισε το σπίτι, 7 δωμάτια... δεν έμεινε τίποτα. Μας αφήκανε στο δρόμο». Οι περισσότεροι σε αυτές τις περιπτώσεις μετανάστευσαν από αστικές σε αγροτικές περιοχές εκείνη την εποχή, καθώς το εμπόριο είχε σταματήσει και μόνο οι αγρότες προσπαθούσαν ακόμα να καλλιεργήσουν τα κτήματα τους. Επομένως, στην επαρχία υπήρχε ακόμα λίγη δουλειά αλλά και τρόφιμα. Αξιοπρόσεκτη είναι, η τάση που είχαν οι ηλικιωμένοι του δείγματος, που θρήνησαν θύματα πολέμου στην πατρική τους οικογένεια, να αλλάξουν πορεία ζωής μετά την κατοχή, και να τροποποιούν τους στόχους της ζωής τους, ακόμα και ως ενήλικες, λόγω του βιώματος πένθους στην οικογένεια των θυμάτων του πολέμου. Χαρακτηριστικά ο 15ος ερωτώμενος λέει: «έκανα χαρτιά να φύγω στο εξωτερικό. Και λέω πήγαινε στη Γερμανία! Θα μας τρελάνεις; Τον πατέρα μου σκοτώσανε οι Γερμανοί και θα πάω εγώ στη Γερμανία; Μπορεί να τανε λάθος μου αλλά, έτσι το σκέφτηκα, έτσι το κανα». Επιπλέον, ηλικιωμένοι που είδαν ανθρώπους να εκτελούνται, ενώσω ήταν παιδιά, στα γηρατειά έχουν ακόμα την τάση να φέρνουν στο μυαλό τους παραστάσεις του πολέμου. Για παράδειγμα ο 7^{ος} περιγράφει σαν να ήταν χθές: «τότε που έγινε μια μάχη, η μάχη των Κεραμειών, τότε πριν λίγο πριν να φύγουν οι Γερμανοί πριν να καταρρεύσουν έτυχε να είμαι εκεί πέρα, εκάψανε μερικά χωριά και όσους βρήκαν ανήμπορους τους πετάξανε μες τους κάψανε ζωντανούς μερικά άλλα γεροντάκια που πιάσανε εξαφανιστήκανε κανείς δεν ξέρει που τα πήγανε...». Ο 5^{ος} ηλικιωμένος που είναι 90 ετών, όταν ήταν σε νεαρή ηλικία, εκτέλεσε ο ίδιος Γερμανούς και αισθάνεται ενοχές ακόμα και σήμερα, γι αυτή του την πράξη. Εξομολογείται: «Ένα πράμα είδα κοπέλα μου και μου χει μένει στη

συνείδηση... ένα Γερμανό... Τον σκότωσα..., Ο θεός να με συγχωρέσει.... Και είχε κορίτσι μου μια φωτογραφία και είχε.., 2 παιδιά σε κάθε γόνατο ένα και η γυναίκα του... Και είχε τη φωτογραφία στα χείλη του. Και ξεψύχησε. Το πιστεύετε παρόλο που ήμουνα νέος... Αυτό θυμούμαι ενώ γίνανε τόσα, ποτέ δεν το ξεχνώ.». Πρόκειται για ένδειξη αγχώδους Διαταραχής Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρές (ΔΜΨΣ). Όπως υποδεικνύει η ψυχιατρική σύμφωνα με το DWM-IV-TR, εκδηλώνεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο βίωσαν οι ίδιοι είτε ήταν μάρτυρες σε αυτό, ή ήρθαν αντιμέτωποι με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικής τους ή των άλλων. Βασικά χαρακτηριστικά είναι η επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος (Kaplan, 1996 και Μάνος 1997). Από την ανάλυση προέκυψε ένα τελευταίο αξιωματικό ζήτημα που έχει τις ρίζες του στην κατοχή και αποτελεί στάση ζωής της 17^{ης} ηλικιωμένης του δείγματος. Η συγκεκριμένη κυρία πιστεύει ότι είναι θεμιτή η χρήση άνομων μέσων αν πρόκειται για την εξασφάλιση της επιβίωσης. Περιγράφει για τους γονείς της χωρίς ενδοιασμούς, ότι «..στο αεροδρόμιο δουλεύανε με τους Γερμανούς , ... δεν είχε στερήσεις εδώ, γιατί ο πατέρας μου έκανε τη μαύρη αγορά. Αρετή: και έτσι δε στερηθήκατε εσείς; Ευαγγελία: όχι καθόλου...». Αυτή η απόκλιση ερμηνεύεται από τη θεωρία του πολιτισμικού σχετικισμού, και του διαφορικού συγκριτισμού, σύμφωνα με τις οποίες η πιθανότητα εμφάνισης μιας παρεκκλίνουσας ή γενικά μη αποδεκτής συμπεριφοράς, αυξάνεται όταν οι ορισμοί που την ευνοούν υπερνικούν εκείνους που την απορρίπτουν και τους οποίους έχει διδαχθεί το άτομο σε άλλα περιβάλλοντα (Sutherland, 1949, Hughes, 2007, Giddens, 2002). Επίσης, ο 7^{ος} ηλικιωμένος εξηγεί με δικά του λόγια το φαινόμενο: «Όταν ήμουν μικρός δεν μου μάθαιναν παρά μόνο να κλέβω. Και έτυχε μια περίπτωση και δυσανεστήθηκα, ήταν κόλπο. Όποιος έφευγε από το χωριό, το σκάσαμε. Το κατάλαβες το περιβάλλον το τότε με το τώρα; Και γι' αυτό δυστυχώς σε χωριά που δεν έχει μπει να τα ανατινάξει να τα αποθεμελιώσει ο πολιτισμός, κάνουνε ακόμα αυτές τις ζωοκλοπές, και τις αυτές τις.... Αν μπορείς να καταλάβεις...». Εδώ γίνεται εμφανείς και η χωρική διαφοροποίηση μεταξύ επαρχίας και πόλης.

6.4.2. Συζήτηση- ερμηνεία αποτελεσμάτων ανάλυσης της ενήλικης ζωής και συσχέτισης με τη θεωρία

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, όλοι οι άντρες που συμμετείχαν στην έρευνα εργάζονταν, κατά την ενήλικη ζωή τους. Υπάρχει η τάση οι άντρες να εργάζονταν ως υπάλληλοι και σύμφωνα με την ανάλυση, σε ίδιο ποσοστό σε δημόσιο και σε ιδιωτικό τομέα, όπως αναφέρει ο 13^{ος} συμμετέχοντας, ως δημόσιος υπάλληλος : «...Στο στρατό στο πεζικό, όλη μου τη ζωή, 35 χρόνια στο στρατό...», ενώ ο 14^{ος} συμμετέχοντας αναφέρει: «...έγινα τεχνικός υφαντουργίας. Εκεί ήμουν το παιδί της εταιρίας...», ως ιδιωτικός υπάλληλος. Είναι φανερό, ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, δεν ασχολήθηκαν με το επάγγελμα, που μέχρι πριν την κατοχή πίστευαν ότι θα τους εξασφαλίσει, δηλαδή τη γεωργία. Προχωρώντας τα χρόνια, η Κρήτη άφηνε πίσω της τα συντρίμια της κατοχής και ξεκίνησε να αναπτύσσει καινούργιους επαγγελματικούς κλάδους. Ακόμα, μεμονωμένη είναι η περίπτωση του 15^{ου} συμμετέχοντα, ο οποίος εργάστηκε ως ελεύθερος επαγγελματίας, όπως αναφέρει: «Εγώ, αναγκαστικά έμεινα στις μετακομίσεις, γιατί κάναν οι άνθρωποι μετακομίσεις, μεταφορές κάναν. Εκεί συνέχισα, αλλά δυστυχώς το πιο σπουδαίο που ήταν, δεν παίρνουνε κανείς που είχενε φορτηγό». Από την άλλη, οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος, φαίνεται να εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες, όπως αναφέρει η 17^η ηλικιωμένη γυναίκα: «...ανοίξαμε μαγαζί. 55 χρόνια το κανα το μαγαζί. Η κόρη μου το χει τώρα...». Σε μικρότερο βαθμό, οι γυναίκες ασχολούνταν μόνο με τις δουλειές του σπιτιού, όπως αναφέρει η 8^η συμμετέχουσα: « ...Ε οικιακά. Ο άντρας μου ήταν φουρνάρης...». Σύμφωνα με τη Στασινοπούλου, (2002), η ελληνική κοινωνία μετά τον πόλεμο αντιμετώπιζε οικονομικά προβλήματα. Επομένως, υπήρξε η ανάγκη να μπουν και οι γυναίκες στην αγορά εργασίας. Για το λόγο αυτό, λίγες είναι οι γυναίκες, που εκείνη την εποχή, ασχολούνται μόνο με τα οικιακά. Μεμονωμένη είναι η περίπτωση της 20^{ης} συμμετέχουσας, η οποία εργαζόταν ως γεωργός, «...στα χωράφια τα ανέθρεψα. Ήταν γεωργός ο άντρας μου, πήγαινα και εγώ κοντά, θερίζαμε...», ενώ ταυτόχρονα η 11^η συμμετέχουσα, εργάζονταν και ως γεωργός αλλά και ως ελεύθερη επαγγελματίας : «πηγαίναμε στα χωράφια, μετά είχαμε φούρνο εδώ πάνω, στο ζαχαροπλαστείο...»

Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων στην ενήλικη ζωή τους, αρκετοί τη χαρακτηρίζουν θετική όπως αναφέρει ο 10^{ος} συμμετέχοντας: «...Μετά τα 50' η ζωή ήταν άνετη. Είχαμε και λεφτά και εισοδήματα καλά...».

Πρόκειται για την περίοδο που είχε ανακάμψει σημαντικά η οικονομία της χώρας και αυτό γινόταν αισθητό από μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Ωστόσο, λιγότεροι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι η οικονομική τους κατάσταση ήταν μέτρια, όπως η 11^η ηλικιωμένη: «εεε δύσκολα τα βολεύαμε».

Εύκολο μπορεί να γίνει αντιληπτό, ότι υπάρχει μία τάση οι περισσότεροι ηλικιωμένοι να είναι ευχαριστημένοι από τη δουλειά τους, όπως η 9^η ηλικιωμένη: «Εργαστήκαμε. Είχαμε το μαγαζί ύστερα δουλέψαμε καλά». Μεμονωμένη περίπτωση αποτελεί η περίπτωση του 15^{ου} συμμετέχοντα, ο οποίος δήλωσε ότι: «Εγώ, δυστυχώς εκεί δεν πήγα καλά. Εγώ ήμουν ράφτης. Τότε ήτανε καλά. Μετά όμως, πήγα στην Αθήνα...».

Όσον αφορά την καθημερινότητα των συμμετεχόντων, στην ενήλικη ζωή τους, φαίνεται να διαφέρει αρκετά από τη σημερινή, αλλά όμως είναι δυνατό να καταγραφούν συγκεκριμένες τάσεις. Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους περιέγραφαν την καθημερινότητα τους, ως άτομα που επικεντρώνονταν στη φροντίδα του σπιτιού τους και στην ανατροφή των παιδιών τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η 9^η ηλικιωμένη: «μεγάλωσα τα δυο μου τα αγοράκια γέννησα το μωρό μου, είχα τη μητέρα μου στάθηκε δίπλα μου η μαμά μου». Επίσης, κοινή τάση μπορεί να χαρακτηριστεί και το γεγονός ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι φρόντισαν να πηγαίνουν εκδρομές, ταξίδια και να ψυχαγωγούνται τον ελεύθερο χρόνο τους, όπως αναφέρει και ο 16^{ος} ηλικιωμένος : «κάθε χρόνο κάναμε ταξίδια. Ήτανε πολύ ωραία...». Ακόμα, μεμονωμένη είναι και η περίπτωση του 2ου συμμετέχοντα, ο οποίος συμμετείχε σε γλέντια, πανηγύρια και του άρεσε να έχει δικά του κηπευτικά: «...Επήγαινα για να είμαστε ειλικρινείς...Βεβαίως φύτευα εκεί που τα 'χα τα μουρέλα τα 'κανα και φύτευα και περβολικά και από κει και απ' όλα...». Αρκετοί ήταν οι ηλικιωμένοι που ανέφεραν ότι προσπάθησαν στην ενήλικη ζωή τους, να φροντίσουν για το μέλλον των παιδιών τους, όπως ο 7^{ος} συμμετέχοντας «...εφτιάξαμε τα παιδιά μας τα παντρέψαμε δεν τα αφήσαμε να πουληθούνε εχτίσαμε σπιτάκια...». Μεμονωμένη περίπτωση αποτελεί η συμπεριφορά του 12^{ου} συμμετέχοντα, ο οποίος αναφέρει πως μέλημα του ήταν να αποκαταστήσει τις αδελφές του, όπως συνήθιζαν να κάνουν εκείνα τα χρόνια τα αγόρια που είχαν αδελφές, «...παντρεύτηκα στην ηλικία 44 χρονών, διότι είχα πρόβλημα με τις αδελφίδες μου...Έπρεπε τότε να σταματήσει ο άντρας, να δει αν παντρεύει τα κορίτσια...».

Βασικό στοιχείο της ενήλικης ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων που συμμετείχαν στην έρευνα, αποτελεί και η διατροφή τους. Εύκολα κανείς

αντιλαμβάνεται ότι πρόκειται ουσιαστικά για δυο κυρίαρχες τάσεις, τους ανθρώπους που παρήγαγαν και κατανάλωναν δικά τους προϊόντα, και εκείνους που δεν παρήγαγαν, αλλά μόνο αγόραζαν προϊόντα. Ωστόσο, προκύπτει ότι οι περισσότεροι παρήγαγαν τα δικά τους προϊόντα, όπως αναφέρει και η 18^η ηλικιωμένη: «δική μας παραγωγή, δική μας παραγωγή...από κρέατα δεν είχαμε πολλά πράγματα, είχαμε μια κατσικά, να κάνει δυο κατσίκακια να τα σφάζουμε, ένα κοτόπουλο, τέτοια. ..είχα και το κρασί και τη ρακί..» και λιγότεροι ήταν αυτοί που τα αγόραζαν, όπως η 17^η ηλικιωμένη, η οποία είχε δικό της παντοπωλείο, και ψώνιζε τα λαχανικά του μαγαζιού και του σπιτιού της, από τη λαχαναγορά. Οι ηλικιωμένοι προέρχονται από παραδοσιακές, γεωργικές οικογένειες, των οποίων κοινή αντίληψη ήταν ότι η γεωργία αποτελούσε ένα ικανό επάγγελμα που εξασφαλίζει τα προς το ζην. Μεγαλωμένος κανείς σε μια τέτοια οικογένεια, δεν είναι δυνατό να μην αναπαράγει τέτοιου είδους συμπεριφορές. Αυτό ερμηνεύεται με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης σύμφωνα με την οποία, το άτομο παρατηρεί και μιμείται την κοινωνικοποιημένη συμπεριφορά των γύρω του, μέσω της αποτροπής και την ενθάρρυνσης των άλλων (Hughes, 2007 & Giddens, 2002). Παράλληλα, προκύπτουν και κάποιες άλλες μεμονωμένες διατροφικές συνήθειες, όπως αυτή του 14^{ου} ηλικιωμένου, ο οποίος αναφέρει πως στην ενήλικη ζωή του ήταν κρεοφάγος, «ήμουν κρεοφάγος...».

6.3.3. Συζήτηση - ερμηνεία της θεματική ενότητας του γήρατος και συσχέτιση με τη βιβλιογραφία.

Η ενότητα της γήρανσης, αναλύθηκε εκτενέστερα, καθώς η παρούσα έρευνα εστιάζει σε αυτή ακριβώς την ηλικία και στο σήμερα. Έτσι αντιστοιχία θα γίνει και η συζήτηση επί των ευρημάτων διεξοδικότερα σε αυτή την ενότητα βάση των υποενοτήτων: Α) Συζήτηση Κατάστασης υγείας αυτονομίας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και στη συνέχεια, Β) Συζήτηση του τρόπος ζωής και των καθημερινών δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων.

Α) Συζήτηση Κατάστασης υγείας αυτονομίας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Όπως φαίνεται από την ανάλυση, αποτελεί κύρια τάση των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα, σε ότι αφορά την υγεία τους, πως είναι υγιείς και αισθάνονται ικανοποιημένοι από άποψη υγείας. Οδηγό σημείο για όλους σχεδόν,

αποτελεί το υποκειμενικό όριο μέχρι το σημείο που τα προβλήματα της υγείας τους, δεν θα επιβαρύνουν την αυτονομία, την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα τους. Υιοθετούν δηλαδή το ίδιο οδηγό σημείο αναφοράς για την υγεία και έχουν όλη έναν παρόμοιο τρόπο ζωής τον οποίοι μελετά η παρούσα έρευνα. Αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί με ένα ακριβώς αντίστοιχο εύρημα στη μελέτη Seneca, (Groot et al 2004) όπου βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση του τρόπου ζωής και της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας.

Ο 2^{ος} ερωτώμενος π.χ.: «Είχα ένα πρόβλημα με τον προστάτη. Πήγαμε το βγάλαμε τάκ, τάκ... Και η ακοή μου θα χαμηλώσει και η όραση μου θα πέσει και τα πάντα μου θα γίνουμε οπωσδήποτε... Συνεντευκτής:.. και δεν θεωρείτε ότι δεν είναι υγιής όποιος δεν ακούει καλά κλπ... σε αυτή την ηλικία; Ηλικιωμένος: Δεν το νομίζω. Εγώ δεν το νομίζω. Πως δεν ακούω δηλαδή... εγώ αισθάνομαι τον εαυτό μου πολύ καλά. Εγώ καβαλικεύω το ποδηλατάκι μου πάω σπίτι μου, γυρίζω πάλι...» Ο 7^{ος} κύριος είπε: «Συνεντευκτής: τί θεωρείτε υγεία τελικά για τους ανθρώπους, τους ηλικιωμένους; Ηλικιωμένος: Η αγάπη...». Επίσης η 8^η ηλικιωμένη έχοντας υποστεί αρκετές επεμβάσεις αισθάνεται υγιής: «Έβγαλα 32 πέτρες από τη χολή μου... έβγαλα το θυρεοειδή μου τόσο ένα μεγάλο όζο... μου βρήκαν εδώ στο πλάι ένα λιπωματάκι..... Του έβαλα μαχαίρι πριν 3 χρόνια...έκαμα 32 ακτινοβολίες. ...Ευχαριστώ το Θεό, αισθάνομαι υγιής...δεν το ρίχνω κάτω...» Η 6^η ηλικιωμένη είναι λειτουργική, αυτόνομη και από άποψη υγείας λέει: «με έχει πιάσει η μέση κι η δισκοπάθεια είναι τα πόδια ε Γερατειά... Γέρασα τι ...». Όμως ήταν η ίδια κυρία που είχε πει ότι εργαζόνταν μικρή σε οικοδομή. Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν ήταν ποτέ καπνιστές και θεωρούν ότι το γεγονός αυτό βοήθησε στην καλή κατάσταση υγείας τους. Ο 3^{ος} ερωτώμενος δηλώνει: «Δεν εκάπνισα ποτέ. Αν πάμε τώρα στην Αγία Φωτεινή δεν λαχανιάζω». Συγκεκριμένα, σήμερα στα γηρατειά, κανείς από τους συμμετέχοντες στην έρευνα δεν καπνίζει, ενώ, οι λιγοστοί που υπήρξαν παλαιότερα καπνιστές, θεωρούν ότι ωφέλησε την υγεία τους η διακοπή καπνίσματος. Έτσι, ο 10^{ος} ηλικιωμένος λέει: «Κάπνιζα πολλά 17 χρόνια. Αλλά το κατάλαβα γρήγορα τα παραίτησα και γλύτωσα. Κατάλαβες; Θα' μούνα ξεβγαλμένος...». Επιπρόσθετα, κάποιοι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι επειδή χορεύουν ή γυμνάζονται γι αυτό βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας. Έτσι π.χ. ο 15^{ος} ηλικιωμένος λέει: «Πάντως εδώ στο χορό είμαι πρώτος....είναι γυμναστική και τώρα ακόμη κάνω... Ο γιατρός μου λέει, εσύ είσαι πατέρας μου και οι εξετάσεις σου είναι πιο καλές από τις δικιές μου, αυτό με ικανοποιεί. ...». Υπάρχει η ένδειξη στο δείγμα

μας ότι οι βιολογικοί – κληρονομικοί συντελεστές της μακροζωίας παίζουν σημαντικό ρόλο, καθώς πολλοί ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι μέλη της οικογένειάς τους ζούν ή έζησαν περισσότερο από 90 χρόνια. Η 8^η ηλικιωμένη λέει: «Ελπίζω πως θα 'χω γεράματα υγιή, γιατί οι γονείς είναι.. και οι δυο επήγανε 92 χρονώ ασχέτως πως πέσανε και οι δυο και από πέσιμο πήγανε.» και ο 1^{ος} περιγράφει: «...3 κόρες και ζουν και οι 3. Η μια είναι 97 χρονών... Και οι άλλες είναι 92 η μια, η άλλη είναι 88 και γω είμαι 86».

Μιλώντας για την αυτονομία των ηλικιωμένων στην ανάλυση των τάσεων των ηλικιωμένων του δείγματος διευκρινίζεται ότι, οι συμμετέχοντες είναι αυτόνομοι καθώς αυτό αποτελούσε προϋπόθεση συμμετοχής στην έρευνα και κριτήριο επιλογής του δείγματος. Η αυτονομία των ηλικιωμένων συμβαδίζει με το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και το δικαίωμα άσκησης της δικαιοπρακτικής ικανότητας ενός ατόμου εφόσον δεν τίθενται νομικοί λόγοι (π.χ. ποινή φυλάκισης) ή λόγοι υγείας (π.χ. νοητική στέρηση) που να το περιορίζουν. Έτσι ο κύριος τρόπος που αντιλαμβάνονται την αυτονομία αυτή οι συμμετέχοντες, αντιπροσωπεύεται από την άποψη του 2^{ου} κυρίου ο οποίος είπε ουσιαστικά ότι αντιλαμβάνεται την αυτονομία των ηλικιωμένων ως αναφαίρετο δικαίωμα: «Να με περιορίσουν να μου πούν πως ... γιάε θα πάς εκεί,... δεν υπάρχει τέτοιο θέμα. Ούτε από κανένα. Μα ποιος θα με περιορίσει; ... Μα με ποιο δικαίωμα...;». Η εκδήλωση αυτής της αυτονομίας περιγράφεται χαρακτηριστικά και από την 8^η ηλικιωμένη: «Αισθάνομαι ευχαριστημένη που μπορώ και κάνω όλες μου τις δουλειές. Και δεν είμαι υπό, σε κανένα.» Αξιοπρόσεκτη είναι η άποψη του 14ου ηλικιωμένου: «Συνεντευκτής: Να σας ρωτήσω για την αυτονομία στην Τρίτη ηλικία... Εσείς πώς το βιώνετε; Κύριος: .. ηλικιωμένοι ..επειδή δεν έζησαν καλά στα παιδικά τους χρόνια και περιμένουν παραπάνω τώρα, .. ενδεχομένως να έχουν προβλήματα.. Συνεντευκτής: Μου λέτε, λοιπόν, ότι η αυτονομία στην ηλικία αυτή.., μπορεί να εξαρτάται από προηγούμενα βιώματα, ίσως και από τα παιδικά χρόνια, έτσι; Κύριος: βεβαίως.». Την άποψη αυτή στηρίζουν βιβλιογραφικά και οι Doyal & Cough στο (Σταθόπουλος, χχ). Οι τελευταίοι προτείνουν 6 παράγοντες που διαμορφώνουν την αντίληψη της αυτονομίας των ατόμων στην ενήλικη ζωή τους. Οι δύο πρώτοι από αυτούς αναφέρονται σε επιρροές από την παιδική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, θεωρούν ότι η ασφάλεια που ένιωσε το παιδί τα πρώτα χρόνια της ζωής του, κυρίως από τη σταθερότητα του δεσμού που είχε με τη μητέρα του και οι σημαντικές πρωταρχικές σχέσεις που ανέπτυξε τότε,

διαμορφώνουν την αίσθηση αυτονομίας που αντιλαμβάνεται και επιδιώκει κανείς ως ενήλικας.

Ο τρόπος που ανταποκρίνονται οι ηλικιωμένοι του δείγματος στις δυσκολίες που συναντούν, επηρεάζει και την ποιότητα της ζωής τους. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι το πένθος για μέλη της οικογένειάς τους, κυρίως όμως για τον σύντροφο τους. Αυτό που χαρακτηρίζει γενικά τους συμμετέχοντες στην έρευνα είναι ότι βλέπουν τα προβλήματα όχι σαν απειλή, τιμωρία από το Θεό, ή μοιρολατρικά, αλλά με θάρρος, πρόκληση για να αναπτύξουν ικανότητες να τα ξεπεράσουν. Όπως αποδεικνύει έρευνα των Paterman, F. & Bode, U. (1986) που έγινε σε οικογένειες παιδιών με καρκίνο, η αντιμετώπιση του θανάτου ως πρόκληση, είναι η μόνη που πραγματικά βοηθάει τα μέλη της οικογένειας που μένουν εν ζωή, να ξεπεράσουν το θάνατο του μέλους που πεθαίνει. Χαρακτηριστικά η 8^η κυρία λέει για την απώλεια του συζύγου της: «Δεν μπορώ να το ξεπεράσω αν και είναι 8 χρόνια τώρα... δυστυχώς». Η ίδια περιγράφει τον τρόπο που ανταποκρίνονται και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι του δείγματος: «Αν το ρίξω κάτω θα με ρίξει κι αυτό. Λοιπόν λέω η ζωή συνεχίζεται... Δόξα σοι τω Θεό. Μια δοκιμασία λέω ήταν κι' αυτή...», και ανταποκρίνεται αναπτύσσοντας νέα υποστηρικτικά δίκτυα μέσα από το Κ.Α.Π.Η. Επίσης, η 9^η ηλικιωμένη περιγράφει αντίστοιχα «Έρχεσαι σε επαφή με ανθρώπους μιλάς και δεν κάθεται μέσα στο σπίτι σου κλειδωμένη να λες: δεν μπορώ, το πόδι μου πονάει, το χέρι μου πονάει, ... Τι θα κάνω; Όχι. Αυτό δεν το έκανα αυτό...» Και όπως είπε ο 13ος ηλικιωμένος «Κοιτάξτε να δείτε, χρειάζεται θάρρος. Θάρρος για την ποιότητα ζωής, δε χρειάζεται να το βάζεις κάτω επ' ουδενί».

Σε ότι αφορά τα δικαιώματα των ηλικιωμένων όπως εκπροσωπούνται από την πολιτεία χαρακτηρίζονται από τους ίδιους ικανοποιητικά. Ο 2^{ος} ηλικιωμένος λέει για την κοινωνική πολιτική που αφορά τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα: «Κοιτάξτε η πολιτεία, ότι μπορεί το κάνει βρέ παιδιά. Όλοι, όλοι, όλοι καταφερόμαστε εναντίον της πατρίδος και δεν κοιτούμε... Και εγώ κακίζω αυτό που κατηγορούν». Ο 14^{ος} συμπληρώνει: «Γύρισα στην Ελλάδα..η βοήθεια που έχει η Τρίτη ηλικία στην Ελλάδα, δεν ξέρω αν υπάρχει στη Σουηδία, αν υπάρχει στη Δανία ενδεχομένως ναι αλλά στην Αμερική δεν υπάρχει... Επιμένω, το κοινωνικό σύστημα στην Ελλάδα, παρ' όλο που τα κάναμε σκατά (συγγνώμη) σε όλα τα' άλλα, το κοινωνικό σύστημα στην Ελλάδα λειτουργεί. Υπάρχει το Κ.Η.Φ.Η. εδώ το οποίο φροντίζει ανθρώπους τρίτης ηλικίας, μερικοί ενδεχομένως να είναι και τετάρτης, δεν ξέρω όπου πάει το αυτοκίνητο τους παίρνει, τρώνε το μεσημέρι εκεί, κάθε μεσημέρι γιατί είτε ο γιος,

είτε η κόρη τους ξεχάσανε κάπου σ' ένα χωριό γιατί έχουν και αυτοί βεβαίως με τα σημερινά δεδομένα, τα δικά τους προβλήματα, ε αυτοί έχουν κάποιο πρόβλημα, αλλά υπάρχει μέριμνα..». Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι πιστεύουν λοιπόν ότι κάποιοι περιορισμοί των δικαιωμάτων τους έρχονται από τα παιδιά τους. Η 9^η ηλικιωμένοι περιγράφει: «Να σου χτυπήσει την πόρτα ότι φεύγω και πάω στη δουλειά και σου αφήνω το μωρό τι θα της πεις; ..Τι να κάνεις θα το κρατήσεις. ..και τα κρατούσα τα παιδιά. Με κουράσανε όμως. Σε κουράζει αλλά θα το κρατήσεις... δεν είσαι υποχρεωμένη όταν δεν μπορείς ... Αλλά όταν μπορείς; μπορείς να μην το κάνεις;». Επίσης, τίγεται το ζήτημα φυσικών περιορισμών από λόγους υγείας. Ο 10^{ος} ερωτώμενος λέει: «Εφόσον η ηλικία δεν το επιτρέπει... και τα παιδιά φωνάζουνε... Ούτε το αυτοκίνητο δεν θέλουνε να οδηγώ τώρα, Κατάλαβες; Αλλά δεν μπορεί. Πάς στο αμπέλι πας στον κάμπο. Πώς θα πηγαίνεις; Με τα ποδάρια; Πώς;». Ο 13^{ος} ηλικιωμένος διευκρινίζει: «Κοιτάζτε, ο περιορισμός πάει στο εξής σημείο. Είμαστε λίγοι οι μεγάλοι και δύσκολη η μετακίνησή μας, δεν έχουν όλοι δηλαδή αυτοκίνητο, αλλά σε λίγο θα αφήσουμε και το αυτοκίνητο. Πρέπει να πάρεις κάποιον, να σε μεταφέρει κάπου, να κάνεις την παρέα σου κτλ. Σε εκείνο πάει η απομόνωση, δηλαδή αν δε βγεις και λίγο στο καφενείο, αν δε βγεις και έξω να δεις δέκα ανθρώπους αυτό είναι απομόνωση, αν είσαι μόνος, είναι απομόνωση». Γίνεται εμφανές ότι οι ηλικιωμένοι συσχετίζουν τη δυνατότητα οδικής μετακίνησης με την επικοινωνία, ή κατά αντιπαράθεση με την απομόνωση. Τα λόγια του τελευταίου κυρίου αντανακλούν ότι, στην επαρχία κυρίως, όπου δεν θεωρούν επαρκείς τις συγκοινωνίες, οι ηλικιωμένοι ανησυχούν για τη δυνατότητα μετακίνησης τους τώρα και στο μέλλον που θα γεράσουν περισσότερο.

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων επηρεάζεται και από τις οικονομικές δυνατότητες που έχουν. Παράλληλα, υπάρχει η τάση να χαρακτηρίζονται ανεπαρκή τα έσοδα τους για την κάλυψη των αναγκών τους, από τους περισσότερους ηλικιωμένους του δείγματος. Σε συνδυασμό με τις τελευταίες παρατηρήσεις της παραπάνω παραγράφου, περί κοινωνικού αποκλεισμού λόγω αδυναμίας χρήσης ιδιωτικού αυτοκινήτου στην επαρχία, αξιοπρόσεκτα είναι και τα λόγια του 15^{ου} ηλικιωμένου για τα χρήματα του: «τα δικά μου τα τρώει τα' αμάξι όλα τα λεφτά. ...» τον οποίο προβληματίζει η προοπτική να μην οδηγεί πια για λόγους οικονομικούς. Ο τρόπος που αντιδρούν οι ηλικιωμένοι, έχει δύο μορφές όπως φάνηκε από την ανάλυση των δεδομένων. Οι μισοί έχουν την τάση να συμβιβάζονται με την ανέχεια και σκέφτονται όπως η 18^η κυρία «εγώ είμαι της κατοχής .. και με τα πολλά ζω και

με τα λίγα ζω», ενώ οι υπόλοιποι εργάζονται ακόμα. Ο 16^{ος} ηλικιωμένος για παράδειγμα είπε: «Το χρόνο που είχα πάρει σύνταξη και έμεινε η γυναίκα, είχα βγάλει τρεις τόνους λάδι και έξι τόνους χαρούπια»... Ο 10 ηλικιωμένος είπε: «Συνεντευκτής: Το μαγαζί (ταβέρνα) το κρατάτε εσείς; Ηλικιωμένος 88 ετών: Ναι, εγώ και η κυρία (η σύζυγος του). Λοιπόν το πρωί 6.30 – 7 η ώρα πρέπει να ξυπνήσω.» Από τους εργαζόμενους ηλικιωμένους οι περισσότεροι βοηθάνε στις επιχειρήσεις των παιδιών τους. Ο 3^{ος} ηλικιωμένος π.χ. είναι 83 ετών και από το κτήμα του προμηθεύει το εστιατόριο του γιού του: «το μαγαζί είναι οικολογικό... με τα διατροφικά.. από τον παππού αυγό κοτόπουλο.. Τα πάντα. Και τα φρούτα και τα λαχανικά».

Από την ανάλυση της στάσης ζωής που έχουν υιοθετήσει οι συμμετέχοντες στην έρευνα απέναντι στο φαινόμενο του θανάτου, λόγω του ότι βρίσκονται κοντά στο προσδόκιμο όριο επιβίωσης, προέκυψαν οι εξής τάσεις: Πρώτον ότι όλοι δείχνουν απόλυτα συνειδητοποιημένοι για το ότι διανύουν την τελευταία φάση της ζωής τους. Έπειτα κάνουν μόνο βραχυπρόθεσμα σχέδια για το μέλλον τους, τα οποία σχετίζονται συχνά με το θάνατο τους. Ο 2^{ος} ερωτώμενος είπε: «..Σχέδια κάνω ...Λέω στο θεό θέε μου (γελάει) αν μπορώ πάρε με τάκα, να μην, μην πομείνω στο κρεβάτι να μην... Να ποθάνω, όμορφα έντιμα όπως επόθανε ο πατέρας μου». Ακόμα, οι περισσότεροι το αντιμετωπίζουν με αισιοδοξία, χιούμορ, ετοιμότητα και ήσυχη συνείδηση. Ο 14^{ος} ηλικιωμένος κάνει ένα σχόλιο αντιπροσωπευτικό για τους ηλικιωμένους του δείγματος: «Είμαι έτοιμος, τελείωσε, και ο θάνατος θα έρθει και αυτός, δεν ξέρω τι θα κάνω τα τελευταία δευτερόλεπτα, τι θα σκεφτώ αυτό δεν το ξέρει κανένας, αλλά είμαι αισιόδοξος και εκεί ακόμα». Η 17^η ηλικιωμένη σχολιάζει χιουμοριστικά «Θα πεθάνω και θα πάω ευχαριστημένη γιατί δούλεψα και έφτιαξα και τα τρία μου παιδιά. ..τώρα περιμένομε τον πανερημιώτη» Επίσης, 1^{ος} ηλικιωμένος με το ίδιο χιουμοριστικό ύφος παρατηρεί: «στην εκκλησία, εφύγαν όλοι οι άνθρωποι και λες τι διάολο έχω σειρά;», για να πάει στην «οδό αναπαύσεως» όπως επίσης γελώντας είπε ο 4^{ος} ηλικιωμένος. Κατ' εξαίρεση ο 7^{ος} ηλικιωμένος μιλάει μελαγχολικά για την ιδέα του θανάτου του και φαίνεται να τον αγχώνει, γι' αυτό αλλάζει απότομα το θέμα συζήτησης: «Τώρα εκείνες οι μέρες φεύγουνε μαζί με τις ελπίδες του παιδιού του γονιού μας...(Χτυπάει εκείνη τη στιγμή το κινητό τηλ. του)..Πέθανε ένας γέρος 90 χρονών. Λοιπόν άλλα.» Αν το δούμε όμως υπό το πρίσμα της ψυχολογίας, ίσως τελικά ο τελευταίος ηλικιωμένος να μην αποτελεί την εξαίρεση αλλά τον κανόνα. Δηλαδή, σύμφωνα με την ψυχολογία οι άνθρωποι τείνουν να

αναπτύσσουν «άμυνες» ή «αντιστάσεις» απέναντι σε ψυχοπιεστικές σκέψεις, που τους προκαλούν άγχος, για να μπορέσουν να τις αντιμετωπίσουν και να μην αποδιοργανωθούν ψυχολογικά. Άρα, η αγχογόνος σκέψη, ενός επικείμενου θανάτου στην προκειμένη περίπτωση, μετατρέπεται σε χιούμορ υπό μορφή άμυνας και σχολιάζεται μόνο η αστεία ή ειρωνική πλευρά της, αποκλιμακώνοντας έτσι το άγχος που προκαλεί «ψυχικό πόνο» (Μάνος,1997). Άλλωστε ο 2^{ος} ηλικιωμένος λέει καθαρά: «...Γιατί το γέλιο διώχνει τον πόνο. Διώχνει τις έννοιες όποιος μπορεί να γελάσει, όποιος δεν μπορεί να γελάσει (σηκώνει τους ώμους)... αν δεν μπορείς να γελάσεις έστω και το σχήμα του γέλιου κάνε στα χείλια σου.». Ο 15^{ος} επίσης εξηγεί ότι για την αντιμετώπιση του άγχους το χιούμορ είναι η άμυνα που έχει σε πρώτη γραμμή: «...(Γέλια για μια πλάκα που έκανε στον αντινομάρχη). Είπα πως θα πέσει ο αντινομάρχης κάτω, έπιανε την κοιλιά του. Γι αυτά τα πράγματα εγώ τρελαίνομαι. Χιούμορ, είναι ωραία πράγματα..εγώ είμαι πολύ ευχαριστημένος στη ζωή μου». Έτσι, αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι του δείγματος, έχουν την τάση γενικά να μην εκδηλώνουν άγχος. Για παράδειγμα, ο 7^{ος} κύριος είπε: «Όλα μόνος μου.. και 9 έχει ο μήνας..», ο 3^{ος} είπε: «αλλά το σπουδαίο ήτανε που δεν είχα άγχος, ..δεν αγχώνομαι.....»,». Στη μελέτη «the Ikaria study» (Chrysohoou, et al 2011) που συζητήθηκε στο κεφάλαιο 3.1. της παρούσας εργασίας, επισημάνθηκε η χαλιναγωγήση του άγχους ως βασικός παράγοντας μακροζωίας και ευζωίας.

Αναλύοντας το νόημα της ζωής στα γεράματα, φαίνεται μια ακόμα κοινή τάση των ηλικιωμένων του δείγματος. Έχει βρει ο καθένας, ένα ιδιαίτερο νόημα στη ζωή του μετά τα 75 έτη και αφοσιώνεται σε αυτό με πάθος. Για μερικούς είναι διαχρονική συνέχεια μιας στάσης ζωής, όπως υποστηρίζει η continuity theory, η οποία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην προσαρμοστικότητα του ανθρώπου, καθώς θεωρεί ότι το γήρας είναι μια διαδικασία μεγάλων αλλαγών που πρέπει κανείς να βρει την ισορροπία του στη συνεχή αλλαγή. (Agahi, Kosma & Parker, 2006), ενώ για άλλους είναι κάτι νέο, όπως υποστηρίζει η activity theory, σύμφωνα με την οποία επιτυχής γήρανση σημαίνει ότι ένα άτομο θα βρει ικανοποιητικούς ρόλους, όσο το περιβάλλον εξακολουθεί να παρέχει ευκαιρίες. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζει ότι όσοι ηλικιωμένοι είναι ενεργοί και δραστήριοι γηράσκουν πιο επιτυχημένα και ευτυχημένα. Έτσι, προϋποθέτει, την ύπαρξη νέων ρόλων, σε αντικατάσταση των παλαιότερων, οι οποίοι παρέχουν έντονο αίσθημα ευημερίας. (Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006). Για παράδειγμα, ο 13^{ος} ηλικιωμένος μαθαίνει καινούρια πράγματα από τα παιδιά του: «Εμείς θέλουμε μόνο την αγάπη σας, γιατί ξέρετε τόσα πράγματα που

δεν τα ξέρουμε εμείς και να μας τα μάθαινε ... Τούτο δω (δείχνοντας έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή) μου το μάθανε τα παιδιά». Επίσης, ο 7^{ος} ηλικιωμένος αλλάζει στάση ζωής: «Όταν ήμουν μικρός δεν μου μάθαιναν παρά μόνο να κλέβω. ..δυστυχώς σε χωριά που δεν έχει μπει να τα ανατινάξει να τα αποθεμελιώσει ο πολιτισμός, κάνουνε ακόμα αυτές τις ζωοκλοπές, και τις αυτές τις...». Αντιθέτως, ο 14^{ος} ηλικιωμένος βλέπει το νόημα της ζωής στα γηρατειά ως μια συνέχεια: «Το νόημα της ζωής δεν αλλάζει ποτέ, απλώς αλλάζουν οι καταστάσεις... κάθε άνθρωπος έχει τρία κομμάτια, τον πρόλογο, τον λόγο και τον επίλογο..., έζησα μια πάρα πολύ ενδιαφέρουσα ζωή. Ζούσα στην κόψη του ξυραφιού, πώς δε σφάχτηκα δεν ξέρω, είχα φύλακα άγγελο.... Την έπιασα τη ζωή από τα κέρατα, τη δοκίμασα, ανέβηκα, κατέβηκα, πλήρωσα το αντίτιμο.. αλλά τα καταφέραμε, το ξυράφι δε μ' έκοψε.» Ο 15^{ος} κύριος λέει: «...ότι σου αρέσει σου δίνει ζωή... μ' αρέσει πολύ και ο χορός η λύρα και το τραγούδι, καλή παρέα... ευτυχία έρχεται μονάχα απ τους ανθρώπους που χουν ευγενικές καρδιές και μορφωμένους τρόπους.. κοίταξε, η τρίτη ηλικία, αν είναι η οικογένεια σου καλή, είσαι και συ καλά». Ο 2^{ος} ηλικιωμένος λέει: «η γη δίνει ζωή στον άνθρωπο, ...πήγα για δύο μέρες (εννοεί στο χωριό στα περιβόλια του) και πήρα ζωή μα μπορώ να πω πολύ ζωή..... Κοίταξε τώρα σε αυτή την ηλικία ο άνθρωπος κατ' αρχήν δεν πρέπει να απογοητευτεί. ..μέχρι που προσφέρεις ζεις. Απαξ και σταματήσεις και προσφέρεις πάπ (δείχνει με το χέρι: τέλος)». Για τον 3^ο ηλικιωμένο το νόημα της ζωής στα γηρατειά είναι: «να διαθέτει ο άνθρωπος κουζουλάδα που λέμε, τρέλα..Να αδιαφορεί για τα πάντα» Μαζί του περίπου συμφωνεί και ο 3^{ος} κύριος: «το σπουδαίο ήτανε που δεν είχα άγχος,». Η 8^η κυρία είπε ότι το να είναι κανείς πάνω απο 75 ετών: «Μεγάλο κατόρθωμα είναι γιατί δεν γερνούνε όλοι οι άνθρωποι». Η 9^η κυρία αισθάνεται ότι: «η ζωή είναι πολύ όμορφη και σ' αρέσει να ζήσεις...Έρχεσαι σε επαφή με ανθρώπους μιλάς και δεν κάθεται μέσα στο σπίτι σου κλειδωμένη να λες: δεν μπορώ, το πόδι μου πονάει, το χέρι μου πονάει, να πιώ τα φάρμακα μου; πόσα φάρμακα θα πιώ.. Τι θα κάνω; Όχι. Αυτό δεν το έκανα αυτό.... εγώ θέλω να πηγαίνω μοναχή μου να σχολούμε να δουλεύει το μυαλό, να μην κάθεται...». Ο 11ος είπε: «έχω φίλους, και εδώ έρχονται... Αυτοί είναι απαραίτητοι...Φωτογραφίες μαζί, διασκεδάζουμε πίνουμε, κάνουμε φτιάχνουμε... αυτό είναι. Μ' αρέσει δηλαδή η ζωή».

Εν κατακλείδι, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η κοινή άποψη όλων των ερωτώμενων, χωρίς καμία εξαίρεση, ότι τελικά είναι ευχαριστημένοι από την πορεία ζωής τους. Τα λόγια του 7^{ου} ηλικιωμένου είναι αντιπροσωπευτικά για όλους τους

συμμετέχοντες στην έρευνα: «Τώρα ζω ευτυχισμένος.. Αν ξαναγινότανε ζωή και να μου πούνε, που θες να πάς; Θα διάλεγα τα ίδια ζάλα (βήματα)... Για να καταλήξω στο ίδιο σημείο.». Η δήλωση αυτή αρκεί για να εγείρει το ενδιαφέρον των ερευνητών για διερεύνηση του τρόπου ζωής που τελικά καταλήγει σε αυτή την ικανοποίηση.

B) Συζήτηση του τρόπος ζωής και των καθημερινών δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων.

Από την ανάλυση της καθημερινής ρουτίνας των ηλικιωμένων και αναφορά στις ασχολίες μιας τυπικής μέρας, προέκυψε ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων σήμερα.

Έτσι σε ότι αφορά τη διατροφή των ηλικιωμένων του δείγματος, φαίνεται ότι όλοι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν την τάση να στηρίζουν τη βάση της διατροφής τους σε όσπρια, φρούτα και λαχανικά, λιγότερα δημητριακά, έπειτα ψάρι και κρέας πολύ λιγότερο. Ελάχιστοι συμπεριλαμβάνουν γλυκά στη διατροφή τους, ενώ το αγνό παρθένο ελαιόλαδο, έχει ευρεία κατανάλωση. Ο 3^{ος} ηλικιωμένος περιγράφει χαρακτηριστικά «...30% οι Ελληνίδες δεν μαγειρεύουν με ελαιόλαδο, ξέρεις τι είναι αυτό;... Και τα παιδιά τώρα δεν ξέρουν τι θα πει φακή, δεν ξέρουν τι θα πει ροβίθια.... Εγώ και τώρα ακόμη η βάση και οι διατροφές μου ... λαχανικά, όσπρια, φασολάδα, φακή ...και λίγο κρέας ... Όταν είναι φασολάδα τρώω το ένα μεσημέρι και το άλλο,Τρώνε όλοι κρέας, σουβλάκια, εγώ δεν ενδιαφέρομαι. Θα πάω να φάω την φάβα μου, την σαλάτα... Και το πρωί ένα σκόρδο καταπίνει ο παππούς και μία κουταλιά λάδι». Η περιγραφή του παραπάνω τύπου διατροφής είναι χαρακτηριστική για όλους τους ηλικιωμένους του δείγματος. Ωστόσο, περίπου οι μισοί περιγράφουν ότι τα παραπάνω προϊόντα που καταναλώνουν είναι ακόμα δικής τους παραγωγής. Ο 10ος ηλικιωμένος περιγράφει; «Πώς... όλα τα καλλιεργούμε τα οποία χωρίς φάρμακα χωρίς τίποτα... Βιολογικά όλα διότι τρώει η οικογένεια». Μάλιστα μερικοί έχουν και δική τους παραγωγή κτηνοτροφικών προϊόντων. Ο 2^{ος} ηλικιωμένος εξηγεί ότι όσα είναι του εμπορίου: «σε 4 εβδομάδες το κρεατόπουλο, το ζυγαδιάζει...ενώ το δικό μου κοτόπουλο, θέλει 8 μήνες. Κατάλαβες;» Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί ο 7^{ος} ηλικιωμένος ως προς την πρωινή διατροφή του: «πρωί θα σηκωθώ, η πρώτη μου δουλειά είναι να φάω. Όχι γαλατάκι, σουπά μου πες. Ένα πιάτο φαί.». Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι σήμερα, τρώνε πολύ ελαφριά το βράδυ. Ο

3^ο ηλικιωμένος συνεχίζει λέγοντας: «το βράδυ όμως δεν τρώω. Ή γάλα, ή ένα γιαούρτι». Μερικοί καταναλώνουν ακόμα χαρούπια. Ο 7^{ος} ηλικιωμένος λέει: «Προχθές.. έτυχε μια μέρα να είμαι στα Χανιά και πέρασα από ένα μαγαζί και είχε στην πόρτα χαρούπια. Ένα σακί. Τα χαρούπια ένα σακί. Και πήρα ένα... αυτό που σας είπαμε με την ελιά και με το χαρούπι ήταν αλήθεια. Δεν ήταν παραμύθι». Επιπρόσθετα, σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι νηστεύουν περιστασιακά και πίνουν λίγο καφέ κάθε μέρα. Η 20^η ηλικιωμένη μάλιστα περιγράφει «Ε στον καφέ και στο τσάι καμιά σταλιά ρακί το χειμώνα...» Ο 4^{ος} λέει: «.. Ε Πότε νηστεύουμε, πότε δε νηστεύουμε έ...». Περιστασιακή είναι και η κατανάλωση λίγης ρακής, όπως και η καθημερινή κατανάλωση κρασιού, κυρίως για τους άντρες, πάντα σαν συνοδεία στο γεύμα. Ο πρώτος ηλικιωμένος λέει: «καμιά φορά μια ρακή αλλά όχι και τόσο γιατί είπαμε η ηλικία..Δεν ήμουν πίοτης εγώ..Το κρασάκι μου πίνω στο τραπέζι απαραίτητο,...» και ο 10^{ος} λέει: «πίνω και το κρασάκι μου, στο φαγητό μου...Τις 11 πρέπει να πιώ λίγο κρασί, το φάρμακο... Και ρακή... Και ρακή. Πριν από 5 χρόνια , εδώ 3 χρόνια ...έπινα 5-6 ρακές την ημέρα. Τώρα...έτσι για μια δυό, άμα τύχει την πίνω». Ωστόσο και οι γυναίκες πίνουν κρασί μαζί με το φαγητό τους, αλλά λιγότερη ρακή στα πλαίσια συνήθως της πρακτικής προληπτικής ιατρικής για το κρυολόγημα. Από την παρατήρηση των σπουδαστών, προκύπτει πως η υποκειμενική αίσθηση της κατανάλωσης αλκοόλ από τους ηλικιωμένους, δε συνάδει με την πραγματικότητα, καθώς οι ίδιοι θεωρούν πως δεν πίνουν καθόλου. Η 20^η ηλικιωμένη λέει: «Ε στον καφέ και στο τσάι καμιά σταλιά ρακή το χειμώνα...». Αξιοσημείωτο είναι ότι στη μελέτη Fine (Van Gelder et al. 2002) αναφέρεται ως συμπέρασμα ότι η κατανάλωση 2-3 φλυτζανιών καφέ καθημερινά βοηθάει τη διατήρηση φυσιολογικής νοητικής λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους. Μια ακόμα παρατήρηση είναι ότι κανένας ηλικιωμένος του δείγματος δεν ήταν υπέρβαρος. Ο 1^{ος} ερωτώμενος λέει για τον εαυτό του και τα αδέρφια του που είναι μεγαλύτερης ηλικίας: «αλλά είναι και αυτοί αδύνατοι σαν και μένα και επειδή είναι αδύνατοι κρατούν όλοι. Και οι 4 είμαστε εν ζωή....». Ο συγκεκριμένος συμμετέχοντας, θεωρεί ότι η διατήρηση ιδεώδους σωματικού βάρους στους ηλικιωμένους σχετίζεται με τη μακροζωία. Ο 2^{ος} ηλικιωμένος λέει: «Εγώ κοίταξε, πάντα ήμουνα κύριος στη διατροφή μου. Την πρόσεχα, την επρόσεχα, και την προσέχω ακόμη.... Εχθές παραδείγματος χάρη πήγαμε εκεί πέρα. Μας εφέρνανε, φέρνανε, φέρνανε, φάε ένα κομματάκι, φάε ένα κομματάκι, φάε ένα κομματάκι. ... Παραβαρώ, πως το λένε... το διαιτολόγιο μου το παραμερίζω και δεν το θέλω... Το βράδυ όμως το είπα δεν θα φας τίποτα. Φάε ένα

γιαουρτάκι, παχύ είναι. Ε... Κι έφαγα ένα γιαουρτάκι...». Οι περιγραφές των ηλικιωμένων για τη διατροφή τους αλλά και την κατανάλωση αλκοόλ, συμφωνούν απόλυτα με τη μελέτη Seven Countries Study (Menotti, 2004, Keys, 1980), αλλά και τη μελέτη «the Ikaria study» (Chrysohoou, et al 2011), που αναδεικνύει το συγκεκριμένο τρόπο διατροφής ως παράγοντα μακροζωίας και ευζωίας. Όλες οι παραπάνω έρευνες που αφορούν τη διατροφή των ηλικιωμένων γενικά και στην Κρήτη ειδικότερα, συζητούνται και στο κεφάλαιο 3.1. της παρούσας μελέτης. Όμως, σε καμία εργασία, δε βρέθηκαν αποτελέσματα για την κατανάλωση χαρουπιών, που στο συγκεκριμένο δείγμα είναι κοινό διαχρονικό χαρακτηριστικό και δεν είναι γνωστό τι επίδραση έχει στην υγεία των ανθρώπων.

Η σεξουαλική δραστηριότητα των ηλικιωμένων, αποτελεί μια ακόμα αξιωματική και σημαντική πτυχή της ζωής τους. Αρχικά, δεν ήταν προγραμματισμένο να διερευνηθεί αυτό το θέμα, καθώς θεωρήθηκε ότι δύσκολα θα συλλέγαμε πληροφορίες. Τελικά, αυτό αποδείχθηκε προκατάληψη, εξ αρχής, όταν ο 2^{ος} ηλικιωμένος είπε: «Όλα μου τα ρωτήσατε, δε με ρωτήσατε όμως κάτι. Το σεξ μωρέ δε με ρωτήσατε. Ανάλεμα σας.», και εν συνεχεία όλοι οι συμμετέχοντες στο δείγμα της έρευνας είχαν να προσθέσουν σχόλια για αυτό το θέμα. Είναι γνωστή η ευελιξία της ποιοτικής έρευνας για προσαρμογή των ερωτήσεων της ημιδομημένης συνέντευξης, στις αναδύμενες ανάγκες της έρευνας. Έτσι, συμπεριλήφθηκε και το ζήτημα αυτό στη διερεύνηση του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων. Ο 2^{ος} ηλικιωμένος εξηγεί ότι είναι επιθυμητό και εφικτό το σεξ και στην 4^η ηλικία: «Ε κοιτάξε τώρα...τώρα φάπα! Αλλά μέχρι τα 80 - 81 κάτι γινότανε. Ε όχι βέβαια...μη νομίζετε ότι, μη νομίζετε ότι σαν τα παιδιά...». Αντίστοιχα ο 15^{ος} ηλικιωμένος είπε: «να λέμε και την αλήθεια....: κοιτάζτε να δείτε, το λογικό να το λέμε και να μην ντρεπόμαστε, όσο ζει ο άνθρωπος, όσο ζει ο άνθρωπος και η γυναίκα και είναι σωστά ... δεν έχουνε προβλήματα στο σεξ και στα ογδόντα». Ο 7^{ος} είπε: «Όταν έχουν χώρο να αγαπηθούν και να αγαπήσουνε τότε ο ηλικιωμένος περνάει όμορφα.... Γι' αυτό να φροντίσετε να βρείτε και να την έχετε πάντα κοντά σας. Ποτέ να μην την αρνηθείτε. Και ο πιο κακός σύντροφος είναι ο καλύτερος από κανένα...» Αξιοσημείωτα είναι όσα είπε ο 14^{ος} ηλικιωμένος που περιέγραψε πολύ διευκρινιστικά: «δεν παύουν να μ' αρέσουν οι γυναίκες, πιστεύω ότι είναι η αρχή της ζωής,, ο σπορέας σπέρνει, αλλά η γη, εκεί που θα μεγαλώσει ο σπόρος είναι η γυναίκα και εκείνο που νομίζω ότι έχουν οι γυναίκες είναι ότι μετά την κλιμακτήριο χάνουν τελείως το ενδιαφέρον τους για τη σεξουαλική ζωή, είναι παρατηρημένο ... υπάρχει επιθυμία, η Μ. δε την έχει , αλλά

κάνει παραχωρήσεις και καμιά φορά όταν είναι καλός ο καιρός ή δεν ξέρω όταν κάτι συμβεί, κάτι γίνεται...Εάν αγαπάνε πράγματι ο ένας τον άλλον, όχι ν' αγαπάνε ο ένας τον άλλον σεξουαλικά, αλλά πραγματικά, πρέπει να κάνει υποχωρήσεις. ..όταν ήμουν νέος, ήμουν κουνέλι, ανέβαινα και κατέβαινα, τώρα είναι διαφορετικά... μέχρι τα σαράντα-τριανταπέντε ήμουν μόνο κοκοράκι.... έβλεπα τη γυναίκα μου και έβλεπα τα οπίσθια και τα στήθη της. Τώρα η επαφή μου με τη Μ. είναι τελείως διαφορετική.... ναι ναι, βγαίνει το συναίσθημα από μέσα, ενδεχομένως να είναι το αποτέλεσμα μιας καλής.. πιο ολοκληρωμένο ναι, αυτό ακριβώς... Η σεξουαλική ζωή η όμορφη, ξεκινάει μετά τα σαράντα. Πιστεύω ότι το σεξ το ευχαριστήθηκα μετά τα σαράντα». Στη μελέτη «the Ikaria study» (Chrysohoou, et al 2011) αποδεικνύεται, ότι η καθημερινή κατανάλωση αγνού παρθένου ελαιόλαδου, έχει ακόμα και στους υπερήλικες ευεργετική επίδραση στη σεξουαλική τους ζωή, με καλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από την ερωτική τους δραστηριότητα. Αν λάβουμε υπ' όψιν μας τις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων στο υπό μελέτη δείγμα, καταλήγουμε στην παρατήρηση ότι πράγματι οι εν λόγω ηλικιωμένοι έχουν καλή σεξουαλική λειτουργικότητα σε σχέση με την ηλικία τους και όλοι κάνουν όλοι κατανάλωση αγνού παρθένου ελαιόλαδου.

Βέβαια, έντονη ήταν η τάση ανησυχίας των ηλικιωμένων για τα κοινωνικά σχόλια επί του θέματος: Ο 7^ο συμμετέχοντας αντιπροσωπευτικά περιγράφει «...καμιά γυναίκα δεν μπορεί να πλησιάσει να πούμε ένα χήρο, ξέρω εγώ, γιατί φοβάται να μην πούνε για τα παιδιά της, στα παιδιά της στον άντρα της ξέρω εγώ,». Ο 3^{ος} ηλικιωμένος που είναι χήρος, έλεγε, καθώς μας έφερε καφέ μια κυρία: «..4, 5 κοπέλες να ... έκανα την ερώτηση στις 12.00 μπορείς; Λέει δε μπορώ δε μπορώ. Εγώ λέω στον Κουτσουρά μπορείς; Δηλαδή μια τοποθεσία που πάω απού χω τα κοτόπουλα... Και έγινε χαμός...- Η κυρία: Και τον αγαπούν οι γυναίκες... Ηλικιωμένος: Δεν επιτρέπεται τώρα... ...- Η κυρία επιμένει: Τον αγαπούν και οι γυναίκες- Ηλικιωμένος: Όχι δεν επιτρέπεται τώρα... Ε, όχι, δεν έπρεπε να πεις τέτοιο.....(δείχνει πολύ ντροπή)». Ο 2^{ος} συμπληρώνει: «Συνεντευκτής: ..Είναι σημαντικό κομμάτι της ζωής. - Ηλικιωμένος: Κατέχω το. Κατέχω το ... αλλά πρέπει να λάβεις... πρέπει να λάβεις υπό φόρμα γιατί ..και ντρεπόμαστε, και λέμε κι αν το πει μωρέ κανείς.. Γιαμώτο έχουμε γιους, έχουμε κοπέλια..έχουμε κόρες..Κι ετσά...Καταβολώνουμε...». Οι παραπάνω περιγραφές συμφωνούν με την παρατήρηση του Ζαχόπουλου (στο Μωϋσιδάης χχ), ότι οι ηλικιωμένοι γνωρίζοντας τις κυρίαρχες απόψεις της κοινωνίας μας, που

απαξιώνουν και αμφισβητούν τη σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων, αποθαρρύνονται και παραιτούνται από τη διεκδίκηση του δικαιώματος τους στον έρωτα.

Τέλος, μια έμφυλη διαφορά στην έκφραση της σεξουαλικής επιθυμίας των ηλικιωμένων, είναι ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες κάνουν πιο διακριτικά σχόλια με περισσότερη συστολή και υπονοούμενα. Η 19^η π.χ. ηλικιωμένη που είναι χήρα σχολιάζει: «βέβαια διαβάζω και ερωτικά. (γέλια), από αστείο το έκανα,..».

Από την ανάλυση των κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων των ηλικιωμένων στο δείγμα της έρευνας, προκύπτει ότι λιγότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους, ζούν σε έγγαμο βίο ακόμα, με τις συζύγους τους. Εκείνοι υποστηρίζουν ο ένας τη ζωή του άλλου, μοιράζονται τις καθημερινές ευθύνες και καλύπτουν τις ανάγκες συντροφικότητας και ανθρώπινης αλληλόδρασης. Από τους έγγαμους ηλικιωμένους, περίπου οι μισοί έρχονται σε επαφή με την υπηρεσία των Κ.Α.Π.Η. Σε γενικές γραμμές, στην επαρχία υπάρχει η γενική τάση μικρότερης συμμετοχής των ηλικιωμένων, έγγαμων ή μη, στις υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. Σε ό,τι αφορά τους χήρους ηλικιωμένους, παρατηρείται επιπλέον και μια έμφυλη διαφοροποίηση. Όπως προέκυψε από την ανάλυση, οι χήρες ηλικιωμένες του δείγματος είχαν σαφώς χαμηλότερη συμμετοχή στα Κ.Α.Π.Η. και παρατηρείται μια μεγαλύτερη τάση να παραμένουν σε στενό κοινωνικό περιβάλλον, σε επαφή μόνο με συγγενείς και γείτονες. Χαρακτηριστικά η 17^η κυρία είπε: «εγώ πουθενά, ούτε στο Κ.Α.Π.Η.» ενώ η 20^η δεν γνώριζε καν τι είναι αυτή η υπηρεσία; «ηντάνε το Κ.Α.Π.Η.; πανηγύρι; Δεν ξέρω, εγώ δεν πάω πουθενά.». Πάντως, μιλώντας για τα υποστηρικτικά δίκτυα των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα, αξιοσημείωτο είναι ότι όλοι διατηρούν την τάση να είναι σε στενή επαφή με τα παιδιά τους και να μένουν όχι μαζί τους, αλλά πολύ κοντά τουλάχιστον σε ένα από αυτά. Η περιγραφή αυτή συμφωνεί με βιβλιογραφικές παρατηρήσεις της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων (Μωϋσιάσης χ.χ.). Η 11^η ηλικιωμένη περιγράφει χαρακτηριστικά κάτι που ισχύει σχεδόν για όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα.: «αμα θέλω και τίποτα, εκείνο το σπίτι απέναντι, εκεί .. είναι το σπίτι της κόρης μου και άμα θέλω τίποτα, άμα έχω τίποτα ανάγκη να αρρωστήσω, ό,τι είναι έρχεται αυτή αμέσως». Η μόνη κυρία που ήταν άτεκνη και χήρα είχε καλή επαφή με την υπηρεσία του Κ.Α.Π.Η.: «Σχεδόν κάθε μέρα γιατί είναι εδώ κοντά στη γειτονιά μου και μετά από 4 χρόνια πω το θάνατο του αντρός μου λέω δε γίνεται..». Όπως πολλοί ηλικιωμένοι μαρτυρούν και εκείνοι υποστηρίζουν την οικογένεια των παιδιών τους, τόσο οικονομικά, όσο και με προσωπική τους εργασία. Π.χ. ο 7^{ος} ερωτώμενος περιγράφει: «ξέρω και μαγειρεύω μονάχος μου,... Και

σκαλτσούνια έκανα και ντολμάδες,... Όλα μόνος μου.. Και δίνω των παιδιών.. και έτσι μου περισσεύει το μισθό μου και το προσφέρω, προσφέρω κάτι στα παιδιά μου δωρεά, τώρα ξέρεις τις εποχές που είναι...»

Τα κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα των ηλικιωμένων, καθορίζουν και την επικοινωνία τους με τα αντίστοιχα άτομα. Στο συγκεκριμένο δείγμα πάντως, δε φαίνεται η προχωρημένη ηλικία τους, να περιορίζει τις επαφές των ατόμων μόνο στο οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον, όπως περιγράφεται βιβλιογραφικά για τους περισσότερους ηλικιωμένους (Μωϋσιάδης, χ.χ.). Αντίθετα, όλοι οι ηλικιωμένοι του δείγματος έχουν ευρύ φιλικό περιβάλλον. Πιθανόν το γεγονός αυτό να βρίσκεται σε αμφίδρομη σχέση με το ότι πρόκειται για υγιείς αυτόνομους και άρα ακόμα πολύ ενεργούς κοινωνικά, ηλικιωμένους. Δηλαδή από τη μία καθώς δηλώνουν ότι οι φίλοι, είναι απόλυτα απαραίτητοι για αυτούς, αφήνουν να εννοηθεί ότι οι φίλιες παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή τους και έχουν θετική επίδραση σε αυτήν. Αντίστροφα, οι συγκεκριμένοι ηλικιωμένοι πιθανόν έχουν ακόμα ισχυρό φιλικό περιβάλλον, διότι λόγω της φυσικής τους κατάστασης πληρούν τις προϋποθέσεις διατήρησης φιλικών σχέσεων. Για παράδειγμα, λόγω της νοητικής τους διαύγειας, μπορούν ακόμα να ανταποκρίνονται στις υψηλών απαιτήσεων κοινωνικές διαντιδράσεις των φιλικών σχέσεων. Έτσι, ο 2^{ος} κύριος λέει: «Βεβαίως και συγγενείς έχω και φίλους έχω κι απ' όλα έχω. Αλλοίμονο στον άνθρωπο που δεν έχει φίλους... Αλλοίμονο στον άνθρωπο που ζει μόνος του... Η μοναξιά είναι κακό πράμα. Ύστερα φίλιες πρέπει να αναπτύσσονται. Και στους, γειτονιάς.» Δεν χρησιμοποιούν πολύ το τηλέφωνο, επειδή μένουν κοντά στα παιδιά τους και έχουν φίλους στη γειτονιά τους, αλλά βρίσκονται μαζί από σπίτι σε σπίτι, στο Κ.Α.Π.Η., στα καφενεία, για τους άντρες και στην εκκλησία για τις γυναίκες. Η 19^η ηλικιωμένη περιγράφει: «ανταμωνόμαστε μόνο στην εκκλησία... Άκου να σου πω και ψυχαγωγία είναι, σου λέω εκεί 100 γυναίκες ήντα φορούνε, ήντα κάνουνε, είναι ψυχαγωγία. Όχι, ότι τα πιστεύω εγώ αυτά τα πράγματα (περί θρησκείας εννοεί), δεν τα πιστεύω. .. Αυτά τα πράγματα εγώ δεν τα πιστεύω, απλώς πάω...Πού αλλού να πάμε, στο κέντρο οι γριές να ξοδέψουμε;...». Είναι φανερό ότι η εκκλησία αποτελεί τόπο συνάντησης και κοινωνικής συναναστροφής για τους ηλικιωμένους. Ο 10^{ος} ηλικιωμένος μάλιστα έχει επικοινωνία ακόμα και ταχυδρομική και εκτός Ελλάδος με φίλους του: «Πώς... Πώς... έχω φίλους..., και εδώ έρχονται... ξένοι, οι οποίοι έχομε φιλικές σχέσεις πριν.... Αυτοί είναι απαραίτητοι.... εγώ έχω επικοινωνία με Ευρωπαίους...»

..Απαραίτητη η φιλία. Και φωτογραφίες μου στέλνουνε και από δω και από κει... Και αδερφές και συγγενείς... έχω και πηγαίνω για επίσκεψη.... Όλοι.. και τη μια Κυριακή να μην έρθουνε, την άλλη έρχονται όλοι».

Σύμφωνα με την ανάλυση, οι περισσότεροι άντρες του δείγματος οδηγούν ακόμα, ενώ καμία γυναίκα δεν οδηγούσε ποτέ. Από τους άντρες που οδηγούν σχεδόν όλοι έχουν την τάση να οδηγούν με χαμηλότερη ταχύτητα από ότι όταν ήταν νέοι και ομολογούν πως είναι πλέον πιο προσεκτικοί σε ότι αφορά την οδηγική συμπεριφορά τους. Χαρακτηριστικά ο 2^{ος} ηλικιωμένος λέει: «τώρα εγώ οδηγώ το αυτοκίνητο, αλλά οπωσδήποτε δεν έχω την αυτή που είχα μια φορά και... φοβάμαι καμιά φορά πρέπει να είναι αυτό για να πηγαίνω να 'ρχομαι ...Εγώ πάω παιδί μου σιγά, σιγά... και αν μου παίξει κανείς.. μια... γι' να είναι σιγανή...». Επίσης πιο προσεκτικός είναι πλέον και ο 15^{ος} κύριος: «...δηλαδή κρασί που πίναμε μια φορά και μεθούσαμε, τέρμα. Πρώτα, οδηγάω κιόλας ..ναι οδηγώ και πάω και καλά» και ο 13^{ος} ηλικιωμένος επίσης λέει: «αποφεύγω να κάνω μεγάλες αποστάσεις, δε μπορώ να πάω σε είκοσι λεπτά, που πήγαινα παλιά στο Ηράκλειο από δω, αλλά οδηγώ το αυτοκίνητο». Αξίζει να επαναληφθούν οι δηλώσεις του 10^{ου} και 13^{ου} ηλικιωμένου καθώς φωτίζουν διαφορετική οπτική γωνία. Ο πρώτος είπε: «η ηλικία δεν το επιτρέπει... και τα παιδιά φωνάζουνε... Ούτε το αυτοκίνητο δεν θέλουνε να οδηγώ τώρα, Κατάλαβες; Αλλά δεν μπορεί. Πάς στο αμπέλι πας στον κάμπο. Πώς θα πηγαίνεις; Με τα ποδάρια;» και του 13^{ου} που πρόσθεσε: «Γκρινιάζει καμιά φορά η γυναίκα μου .. να μην οδηγούμε. ... αλλά οδηγώ το αυτοκίνητο και στα χωράφια και από δω και από κει. Εργάτες βάζω βέβαια και κάνουν τις συλλογές, αλλά έχω το φορτηγό και τις μεταφέρω και τις μαζεύω ... Είμαστε λίγοι οι μεγάλοι και δύσκολη η μετακίνησή μας, δεν έχουν όλοι δηλαδή αυτοκίνητο, αλλά σε λίγο θα αφήσουμε και το αυτοκίνητο. Πρέπει να πάρεις κάποιον, να σε μεταφέρει κάπου, να κάνεις την παρέα σου κτλ. Σε εκείνο πάει η απομόνωση». Οι τελευταίες δηλώσεις αντανακλούν ότι οι ηλικιωμένοι, ανησυχούν για τη δυνατότητα μετακίνησης τους τώρα και στο μέλλον που θα γεράσουν περισσότερο. Δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν αυτή την άποψη, ασχολούνται ακόμα με αγροτικές δουλειές στην επαρχία, και μάλιστα σε απομακρυσμένα ορεινά χωριά που δεν έχουν επαρκείς τις συγκοινωνίες, γίνεται κατανοητό ότι οι προβληματισμοί τους έχουν πράγματι λογική βάση.

Σε ότι αφορά την επικαιρότητα η ανάλυση ανέδειξε την χαρακτηριστική τάση σχεδόν όλων των ηλικιωμένων του δείγματος, να ενημερώνονται για την επικαιρότητα και να γνωρίζουν τα ζητήματα κοινού ενδιαφέροντος της κοινωνίας

στην οποία ζουν. Σχεδόν όλοι λοιπόν παρακολουθούν ειδήσεις, αλλά ο καθένας από διαφορετικό μέσο μαζικής ενημέρωσης, προσαρμοζόμενος στους περιορισμούς της δικής του φυσικής κατάστασης. Έτσι, η 11^η κυρία λέει: «εγώ δεν πολύ βλέπω κίόλα, γιατί τα μάτια μου πονάνε. Μόνο έχω ένα ραδιάκι και ακούω». Ο 2^{ος} κύρος επίσης: «Βάνω το Σκάι. Δε σηκώνομαι από το κρεβάτι. Είμαι στο κρεβάτι και τον ακούω.» Άλλοι πάλι, όπως ο 4^{ος} κύριος που ούτε βλέπει πολύ καλά, ούτε ακούει εύκολα, επίσης προσπαθούν όσο μπορούν να ενημερώνεται από την εφημερίδα: «Ε πότε διαβάζω τις επικεφαλίδες επειδή δε βλέπω και καλά λιγάκι...». Ο 16^{ος} «Κάθε μέρα θα πάρω εφημερίδα, ...Βεβαίως, ανελλιπώς». Ο 5^{ος} ηλικιωμένος περιγράφει: «-Κύριος: Ναι βλέπω μα δε βλέπω. Συνεντευκτής: Ακούτε πιο πολύ...-Κύριος: Ακούω μόνο. Μόνο κοντά βλέπω... Ειδήσεις τακτικά... Ναι τις ειδήσεις τις “βλέπω”». Όπως εξηγεί ο 13^{ος} ηλικιωμένος: «Σας εξηγώ ότι τις ειδήσεις πρέπει να τις βλέπουμε από πολλά κανάλια, διότι άλλα λέει ο ένας δημοσιογράφος, άλλα ο άλλος και πρέπει να βγάλεις ένα μέσο όρο, διότι ούτε ο ένας λέει τα σωστά, ούτε ο άλλος και από κει πρέπει να βγάλεις κάτι , πρέπει να έχεις εσύ μια ιδέα. Να βγάλεις μια απόφαση.» Αλλά οι μισοί ηλικιωμένοι έχουν την τάση να μην κατανοούν ή να μην μπορούν να δουν κριτικά την επικαιρότητα. Για παράδειγμα ο 10^{ος} κύριος, λέει: «Για να ακούσω τον καιρό. Ειδάλλως... Ειδήσεις... Έτσι που καταντήσαμε μωρέ ειδήσεις..Το ένα αλλιώς το άλλο αλλιώς... Λοιπόν ας το διάλο.» Η 20^η κυρία επίσης λέει: «κάθε μέρα έρχεται η εφημερίδα εκτός Σάββατο και Κυριακή, .. Ε, διαβάζω και άλλα καταλαβαίνω καμιά φορά, άλλα όχι» Ενδιαφέρουσα άποψη έχει η 19^η ηλικιωμένη επί αυτού του προβλήματος. Θεωρεί ότι δεν προλαβαίνει να επεξεργαστεί κριτικά τις ειδήσεις που ακούει από το ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, αλλά με την εφημερίδα έχει όσο χρόνο θέλει: «..... επειδή με βοηθάνε με το ακουστικό, δεν τα απ’ όλα, δε μπορώ να τα καταλάβω όλα, ...δεν είμαι τόσο μορφωμένη να τα καταλαβαίνω, δεν τα καταλαβαίνω, αλλά αλλιώς από την εφημερίδα. Είναι καλύτερα. δηλαδή πάντα το πρωί όταν σηκώνομαι να πω τον καφέ, το πρωί, εξίμηση η ώρα, εκεί τη βάνω (δείχνει το τραπέζι) γιατί λέω, όσα καταλάβω, όσα δεν καταλάβω δηλαδή, δεν είναι και απαραίτητο να τα καταλαβαίνω όλα.». Ακόμα και οι πιο ηλικιωμένοι έχουν άποψη για θέματα κοινού ενδιαφέροντος. Π.χ. ο 5^{ος} ηλικιωμένος που είναι 90 ετών λέει: «Δεν ξέρω αν έχετε υπόψη σας, σε ένα σπήλαιο που ορκίστηκε η εθνική αντίσταση..Στον Άι Γιώργη κοντά ... Ένα ωραίο πράγμα αλλά δεν έχουμε ανθρώπους να το κυνηγήσουμε...κλπ.». Πρόκειται για μια ακόμα απόδειξη ενεργούς γήρανσης, ενός ατόμου 90 ετών, με προσωπική άποψη και προτάσεις για αλλαγή του

κοινωνικοπολιτικού περιβάλλοντος, που μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην ανάπτυξη και πρόοδο της κοινωνίας μας.

Αναλύοντας τα δεδομένα των καθημερινών δραστηριοτήτων μιας τυπικής μέρας των συμμετεχόντων στην έρευνα, προέκυψαν πολλές και ποικίλες ασχολίες που μαρτυρούν την αυτονομία των συγκεκριμένων ατόμων. Οι περισσότεροι λοιπόν, πληρώνουν μόνοι τους λογαριασμούς τους, κάνουν τα ψώνια τους, μαγειρεύουν, συγυρίζουν το σπίτι τους, ενώ κάποιοι ασχολούνται παράλληλα και με την κηπουρική, ή την κτηνοτροφία. Ο 3^{ος} ηλικιωμένος περιγράφει: «έχω συνηθίσει να σηκώνομαι 6 η ώρα.. πάω στα κοτόπουλα τα φτιάχνω, μετά πάω στο περιβόλι, 8:45.. σηκώθηκα σήμερα 5 η ώρα. Έκανε κρύο. Έβγαλα 2 κλούβες πατάτες και ταχτοποιήθηκα...Σκάφτω επειδής ... Αυτοί στο Λασιθί βγάνουνε μεγάλες ποσότητες Αλλιώς... Εμείς έχουμε το σκαπέτι: ...και προσέχουμε να μην τη χτυπήσει να την πληγώσει.. το μαγαζί είναι οικολογικό από το... με τα διατροφικά.. από τον παππού αυγό κοτόπουλο.. τα πάντα. Και τα φρούτα και τα λαχανικά». Ο 15^{ος} ηλικιωμένος είπε: «Πάω στα χωράφια και δουλειές..Εγώ πήγα και έσκαψα μοναχός μου που σας είπα... το ξεχόρτισα κι αυτό..και το έσκαψα και το φύτεψα ..» Ωστόσο σύμφωνα με τη μελέτη της Ικαρίας «the Icaria study» (Chrysohoou, et al 2011), αποδεικνύεται ευεργετική για τα ηλικιωμένα άτομα, η ενασχόληση με τις αγροτικές δουλειές. Η 9^η κυρία περιγράφει αντίστοιχα: «επήγα στην εκκλησία γύρισα ύστερα έχω ένα κηπάκι τότε σκάφτω να το ποτίσω να το σκαλίσω..Πήγα στο παζάρι ψώνισα τα διάφορα μου έχω φαγητό βέβαια ...Θα πάμε στην εκκλησία, τις υποχρεώσεις μου τις πληρώνω εγώ όλες για να μπορώ να πηγαίνω στην αγορά. Θα πάω να πληρωθώ, θα πάω εγώ να πληρωθώ, θα πάω να πληρώσω τη ΔΕΗ μου θα πάω να πληρώσω τον ΟΤΕ μου. θα μαγειρέψω θα κάνω ότι κάνω στο το σπίτι θα το συγυρίσω, θα το ξεσκονίσω αν είναι Σάββατο και ξέρω εγώ Μετά θα έρθω στο εδώ (στο ΚΑΠΗ εννοεί).» Αντίστοιχα, ο 7^{ος} ηλικιωμένος περιγράφει: «ξέρω και μαγειρεύω μοναχός μου,..στρώνω το κρεβατάκι μου, σκουπίζω την αυλή μου, το σπιτάκι μου, χειρίζομαι το πλυντήριο, κάθε που μου χρειαστεί..». Παράλληλα αυτοί οι ίδιοι άνθρωποι που έχουν τόσες ασχολίες βρίσκουν ελεύθερο χρόνο, και τον επενδύουν στην την ψυχαγωγία τους. Ο 3^{ος} ηλικιωμένος για παράδειγμα περιγράφει: «έρχεται το μπας το ατμομπιλ και πάνε δωρεάν στην Ανάληψη και κάνουμε μπάνιο, γυρίζουμε εδώ....Και λέει που πάει ο παπούς, που βρίσκει τα λεφτά. Εγώ πάω αν θέλω πίνω έναν καφέ ένα euro γιατί με την κρίση τα μαγαζιά τώρα...,,...Ναι σήμερα θα πήγαινα στο μπάνιο. Αλλά έχουν απεργία τα... και σηκώθηκα 5 η ώρα.... Παίρνω την τσάντα (για να πάει

στη θάλασσα εννοεί)Τα έθιμα τα διατηρώ όπως τα βρήκαμε...Εδώ που παίζαμε ένα έργο... και συμμετείχα εδώ στο σύλλογο, κόψαμε 20.000 εισιτήρια. ..Συνεντευκτής: Είχατε ρόλο εσείς; - Κύριος: Πρωταγωνιστικό.» Ο 7^{ος} είπε: «είναι μαντινάδας ας πούμε;... Καμιά Δεκαπενταριά χιλιάδες θα έχω γράψει...» Όλα μόνος μου.. μαντινάδας ας πούμε ..Καμιά Δεκαπενταριά χιλιάδες θα έχω γράψει...». Ο 15^{ος} ηλικιωμένος είπε: «..σε γλέντια που πηγαίνω ...Εγώ γεννήθηκα με τη λύρα, με τη λύρα γεννήθηκα, μ' αρέσει πολύ και ο χορός η λύρα και το τραγούδι, καλή παρέα. ..δεν μ' έκανε η μάνα μου τον κόσμο να κεντήσω, μόνο μ' έκανε μερακλή για να τον γλεντήσω» Ο 2^{ος} είπε: «...Εγώ όπου και αν θα πάω θα ψυχαγωγηθώ. Με κατέχουνε και θα πλησιάσουνε, να τους πω ένα όμορφο να μου το πεις το όμορφο. Έ θα γελάσομενε.»

Σε ότι αφορά το χορό και τη γυμναστική παρατηρείται ότι αρκετοί ηλικιωμένοι του δείγματος με κάποιο τρόπο είτε στη δουλειά είτε ως βόλτα περπατούν πολύ ενώ άλλοι χορεύουν ή γυμνάζονται. Για παράδειγμα η 6η κυρία λέει: « Όταν έχω όρεξη πάω περιθαλάσσιο κάτω κάνω βόλτες». Αντίστοιχα ο 15^{ος} κύριος είπε: «Πάντως εδώ στο χορό είμαι πρώτος.....είναι γυμναστική και τώρα ακόμη κάνω.». Ο 3^{ος} περιγράφει: «Εγώ δύναμαι στη άμμο και κάνω 5 χλμ ξυπόλητος, ξυπόλητος, κατάλαβες.. να χορέψω ένα ζεμπέκικο του Καζαντζίδη όχι του Ρουβά..Χορεύω.». Σύμφωνα με όσα υπόθηκαν στο κεφάλαιο 3.1. της παρούσας έρευνας, ο χορός και η γυμναστική αποτελούν μέσο πρόληψης διαταραχών υγείας, και απώλειας αυτονομίας στα ηλικιωμένα άτομα (Cress, 1999, Wei, 1989, Schroll, 1996). Επίσης σύμφωνα με τον Αλιγιζάκη (2006) μεταξύ άλλων παραδοσιακών Ελληνικών χορών, οι Κρητικοί χοροί αποδεικνύεται ότι συμβάλλουν περισσότερο στην σταθερότητα του κορμού ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου. Στη μελέτη Hale (Bogers et al 2005), που έγινε στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης και συμμετείχε και πληθυσμός από την Ελλάδα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα 30 λεπτά φυσικής άσκησης καθημερινά, είναι ένας από τους παράγοντες που οδηγούν με μεγάλες πιθανότητες σε υγιή γηρατειά.

Από άποψη πνευματικότητας οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ανεξαρτήτως φύλου, ακολουθούν πιστά τους κανόνες της εκκλησίας. Ο 7^{ος} ηλικιωμένος περιγράφει: «...Στην εκκλησία.. Κάθε Κυριακή... Εγώ έχω Χριστιανικό όνομα και η συγχωρεμένη γυναίκα μου και οι αδερφάδες μου και η οικογένεια μου.» και ο 3^{ος} ηλικιωμένος επίσης λέει: «...νηστεύω τις μέρες τις κανονικές της Θρησκείας». Ελάχιστοι ηλικιωμένοι δηλώνουν ότι δεν ακολουθούν με θερμή πίστη όσα λέει ο Χριστιανισμός, αλλά ακόμα και εκείνοι έχουν ισχυρή πνευματικότητα ανεξαρτήτως

θηρσκείας. Για παράδειγμα ο 7^{ος} ηλικιωμένος πολύ χαρακτηριστικά περιγράφει: «Πιστεύω στο Θεό πιστεύω σε κάποια δύναμη, την οποία δεν ξέρω πως τη λένε. Το Θεό πιστεύω πως έχει το σχήμα που θα φανταστώ εγώ». Αντίστοιχα ο 14^{ος} λέει: «θα με κυνηγήσετε, αλλά εγώ θα τα πω, μ' αρέσει η αλήθεια. Η σχέση μου με την εκκλησία είναι η χειρίστη. Είναι ένας οργανισμός τεράστιος ο οποίος χρηματίζεται, δεν αντιπροσωπεύουν το Χριστό, δεν αντιπροσωπεύουν το Θεό που πιστεύουν.... το Θεό που πιστεύω και τον πιστεύω βαθιά. ... Βαθύτατα. ...τον κάναμε και Μεγάλο και όσιο και τον άγιο Κωνσταντίνο. Ρωμαίος αυτοκράτορας ήτανε και πριν πεθάνει μόνο έγινε χριστιανός, απλώς χρησιμοποίησε το όνομα του Χριστού για να κάνει αυτά που ήθελε να κάνει. Παρ' όλα αυτά η εκκλησία, ο κόσμος ξέχασε ότι δολοφόνησε το γιο του, στράβωσε τον αδελφό του και έβαλε τη μάνα του στη φυλακή, δεν τα 'χουνε διαβάσει; Τι την αντιγνώση διαβάσανε ή τη γνώση; Έχω μια απέχθεια στην εκκλησία. Μόλις τελειώσω το φαΐ μου λέω: «Σ' ευχαριστώ μεγάλε αρχιτέκτονα» και το πρωί και το βράδυ. Δόξα το Θεό έχουμε φαΐ. Πιστεύω βαθιά, αλλά δεν πιστεύω..»

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη σύγχρονη εποχή που το ποσοστό της δημογραφικής γήρανσης συνεχώς αυξάνει και αντίστοιχα αυξάνονται οι ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων παρουσιάζει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη διατήρηση καλής υγείας, ποιότητας ζωής και αυτονομίας των ηλικιωμένων. Επί αυτής της βάσης, διεξήχθη και η παρούσα μελέτη του τρόπου ζωής ηλικιωμένων της Κρήτης, σε πληθυσμό 20 ατόμων άνω των 75 ετών.

Ως προς τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε κατά την πραγματοποίηση της εργασίας, σημαντικότερη ήταν η ένδεια βιβλιογραφικών πηγών, που προσεγγίζουν τη θετική πλευρά της ζωής των υπερηλίκων. Ωστόσο, αυτό δε μας εμπόδισε να φτάσουμε στο στόχο μας και να απαντήσουμε στα ερευνητικά μας ερωτήματα, ίσως με λίγη περισσότερη επιμονή στην αναζήτηση πηγών.

Από τη διερεύνηση των δεδομένων που έγινε με ποιοτική μέθοδο προκύπτει το συμπέρασμα ότι τα ηλικιωμένα άτομα του δείγματος επιχειρούν να είναι ενεργά, αυτόνομα και λειτουργικά στο περιβάλλον τους αντιμετωπίζοντας τις δυσκολίες ως

προκλήσεις και προσπαθώντας να μην παραιτηθούν λόγω ηλικίας από τις συνήθειες δραστηριότητες τους.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα ηλικιωμένα άτομα ώστε να διατηρούν ένα σχετικά καλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας φαίνεται να έχουν τις ρίζες τους τόσο στην πρώιμη παιδική ηλικία όσο και στον τρόπο ζωής διαχρονικά. Από την παιδική ηλικία ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρέασε θετικά κυρίως την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ήταν το ζεστό οικογενειακό τους περιβάλλον. Σε ότι αφορά τον διαχρονικό τρόπο ζωής των ηλικιωμένων οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στο ευ ζην είναι:

- η λιτή διατροφή της κρητικής κουζίνας,
- η συνεχής εργασιακή ενασχόληση κυρίως αγροτικού τύπου,
- η αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών,
- η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής με κάποιο τρόπο,
- η ύπαρξη κυρίως οικογενειακών υποστηρικτικών δικτύων
- η ψυχαγωγία
- το ευρύ φιλικό περιβάλλον
- το χαμηλό επίπεδο άγχους
- η προσπάθεια διατήρησης επαφής με την επικαιρότητα

Οι ηλικιωμένοι του δείγματος συμμετέχουν σε δραστηριότητες του οικογενειακού και κατ' επέκταση του κοινωνικού τους περιβάλλοντος όσο το επιθυμούν και το επιτρέπουν οι αντοχές τους. Η αλληλεπίδραση τους με τον κοινωνικό τους περίγυρο, αφήνει χώρο για ενασχόληση με τον εαυτό τους σε ανεξάρτητες προσωπικές τους επιλογές.

Το φύλο επηρεάζει τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων μόνο σε θέματα που αφορούν τις οικιακές δουλειές. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο εξοικειωμένες, με τις δουλειές του σπιτιού ενώ στις δραστηριότητες εκτός σπιτιού εξίσου λειτουργικά είναι και τα δύο φύλα. Στο δείγμα της μελέτης αυτής δεν προέκυψε σχέση του φύλου με την υγεία των ηλικιωμένων ή τον τόπο κατοικίας τους σε αστική η αγροτική περιοχή. Αντίθετα, ο τόπος κατοικίας παίζει ρόλο στη λειτουργικότητα τους, καθώς οι δυσκολίες μετακίνησης στην επαρχία περιορίζουν τις κοινωνικές επαφές όσων δεν οδηγούν.

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας των ηλικιωμένων είναι ότι αισθάνονται υγιείς, μέχρι του ορίου που τα προβλήματα υγείας, δεν παρεμποδίζουν την αυτονομία και την λειτουργικότητα τους. Ιδιαίτερα το ζήτημα της αυτονομίας θεωρείται από τους ίδιους υψίστης σημασίας.

Παρατηρείται ότι στην παιδική τους ηλικία, όλοι οι ηλικιωμένοι του δείγματος ήταν ιδιαίτερα ανθεκτικοί σε ακραίες συνθήκες διαβίωσης και δεν νόσησαν. Χρειάζεται ίσως περαιτέρω διερεύνηση η συσχέτιση της ανθεκτικότητας στις ασθένειες και της απουσίας νόσου, στην παιδική ηλικία, με την καλή υγεία στα γεράματα.

Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση του εποικοδομητικού τρόπου κατανομής της φροντίδας των «υπερηλίκων» μεταξύ οικογένειας και κοινωνικών υπηρεσιών.

Καταλήγοντας, λοιπόν, θα λέγαμε ότι τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, σε συνδυασμό με αντίστοιχα ευρήματα συναφών ερευνών, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας ολιστικής θεώρησης του τρόπου ζωής, που οδηγεί τα ηλικιωμένα άτομα σε υγιή, αυτόνομη και ποιοτική ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Ackerknecht E. (1998) *Η ιστορία της ιατρικής* Αθήνα: Μαραθιάς
- Agahi, N. Kozma, A., Parker, M.G. (2006). Continuity of leisure participation from Middle age to old age. *Journal of Gerontology*, 61B (6), S340-S346
- Agricola, S. (1990). *Zeitsouveranitat*. Illusion oder moglichkeit. Erkrath.
- Albert, S. M., Michaels, K., Padilla, M., Pelton, G., Bell, K., Marder, K., Stern, Y., & Devanand, D. P. (1999). Functional significance of mild cognitive impairment in elderly patients without a dementia diagnosis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 213–220.
- Atchley, P.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Backman, L., Wahlin, A., Small, B., Herlitz, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2004). Cognitive functioning in aging and dementia: the Kungsholmen Project. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B, Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 11(2), 212–244.
- Baughner, E., & Lamison-White, L. (1996). *Poverty in the U.S.: Current Population Reports* (Series 600-194). Washington: Government Printing Office
- Beaglehole R. & Bonita R. (2004) Public Health Collective action for sustained population-wide health improvement *Lancet*
- Bogers RP, Tijhuis MAR, van Gelder BM, Kromhout D., (2005) *Final report of the HALE (Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe) Project*, Centre for Prevention and Health Services Research RIVM report 260853003/2005
- Bourgeois-Pichat J (1985) Evolution générale de la population française, *Population*, no.4.
- Bowling A., Banister D., Sutton S., Evans O., Windsor J., (2002), A multidimensional model of the quality of life in older age, *Aging & Mental Health*, 6(4): 355-371.
- Butler, R. (1995). Mental health and illness. In G. Maddox (Ed.), *The Encyclopedia of Aging*. NY: Springer, 631-32.
- Cagney, K. A., & Lauderdale, D. S. (2002). Education, wealth, and cognitive function in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 57, P163-P172.

- Carlson, M. C., Jane S. S., Rebok, G. W., Seeman, T., Glass, T. A., McGill, S., Tielsch, J., Frick, K. D., Hill, J., & Fried, L. P. (2008). Exploring the Effects of an “Everyday” Activity Program on Executive Function and Memory in Older Adults: Experience Corps. *The Gerontologist*, 48, (6), 793–801.
- Giddens, A., (2002) *Κοινωνιολογία*, μετάφραση Τσαούσης Δ., Αθήνα: Gutenberg
- Clark, R. (1995). Economics. In G. Maddox (Ed.), *The Encyclopedia of Aging*. NY: Springer,.
- Clark R.L., Spengler H.J. (1980) *The economics of Individual and Population Ageing*, Cambridge, Cambridge University Press
- Couper, D. and Pratt, F., (1999) *Learning for Longer Life*, National Academy for Teaching and Learning about Aging
- Cress ME, Buchner DM, Questad KA, Esselman PC, deLateur BJ, Schwartz RS 1999 Exercise: effects on physical functional performance in independent older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 54:M242–M248
- Cumming, E. (1963). Further thoughts on the theory of disengagement. *International Social Science Journal*, 15, 377-393.
- Drag, L. L., & Bieliauskas, L. A. (2010). Contemporary Review 2009: Cognitive Aging. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23(2), 75–93
- Dragana A. and Miroslava M., (2003), *Active ageing in Europe, population studies*, No41, Council of Europe Publishing, Strasbourg Cedex
- Donald R. Royall, M.D. Edward C. Lauterbach, M.D. Daniel Kaufer, M.D. Paul Malloy, Ph.D. Kerry L. Coburn, Ph.D. Kevin J. Black, M.D. (2007) *The Cognitive Correlates of Functional Status A Review From the Committee on Research of the American Neuropsychiatri Association* The Committee on Research of the American Neuropsychiatri Association
- Donovan J.E., Jessor R.,Cosat F. M., (1991) *Adolescent health behavior and conventionality- unconventionality: an extension of problem- behavior theory* Health Psycho. 10 (1) sel. 52-61
- Doyal,. L. & Cough, I (χ.χ.) *A theory of human needs* στο Σταθόπουλος, Π. Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση Αθήνα :Ελλην
- Dubos, R. (1999) *Το όραμα της υγείας. Ουτοπίες πρόοδοι και βιολογικές αλλαγές*. Αθήνα: Κάτοπτρο
- Efklides A., Kalaitzidou M., and Chankin G., (2003), Subjective Quality of Life in Old Age in Greece: The Effect of Demographic Factors, Emotional State, and Adaptation to Aging, *European Psychologist* 8 (3): 178-191.
- Estes, C.L. and Associates, (2001). *Social Policy and Aging: A critical perspective*. Thousand Oaks, California: Sage.

<http://www.madata.gr/index.php?news=18508> ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ [Πρόσβαση: 12/5/2012]

- Eurostat (1988) Recensements de la population dans les pays de la Communauté, 1981, 1982, Luxembourg
- Fernández-Ballesteros R., (2002), Social support and Quality of life Among Older People in Spain, *Journal of Social Issues*, 58(4): 645-659.
- Fodericil A., Bellagambal S. Rocchi M., (2005) *Does dance- based training improve balance in adult and young old subject? A pilot randomized controlled trial* (p.385), *Aging Clin Exp Res* 17Q 385-389.
- Gatz, M. & Pearson, C. G. (1988). *Ageism revised and the provision of psychological services*. *American Psychologist*, 43, 184-1
- Groot LC, Verheijden MW, de Henauw S, Schroll M, van Staveren WA (2004) *Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: a review of the longitudinal results of the SENECA study* *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Dec;59(12):1277-84. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15699526> [πρόσβαση 14/8/2012]
- Gerontol J Biol A. (2004) *Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: a review of the longitudinal results of the SENECA study*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15699526>. [accessed 7 July 2012]
- Habib, R., Nyberg, L., & Nilsson, L. (2007). Cognitive and non-cognitive factors contributing to the longitudinal identification of successful older adults in the Betula study. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B, Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 14(3), 257-273.
- Hughes, M. (2007) Κοινωνιολογία: οι βασικές έννοιες, Αθήνα: Κριτική
- Kane R., Kane R. (1981), *Assessing the elderly: A practical guide to measurement*. Lexington MA D.C, Heath and Co.
- Kaplan, Sadock B. & Sadock V. (1996) Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής μεταφρ. Δικαίου Δ. Αθήνα : Παρισινού
- Keys, A. (1980) Seven countries study» a meliorative analysis of death and coronary heart disease. Cambridge, Harvard University press
- Kim T. B. Knoop, MSc; Lisette C. P. G. M. de Groot, PhD; Daan Kromhout, PhD; Anne-Elisabeth Perrin, MD, MSc; Olga Moreiras-Varela, PhD; Alessandro Menotti, MD, PhD; Wija A. van Staveren, PhD (2004) «Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women (Title and subTitle BreakThe HALE)» *JAMA. (the journal of the American medical association)* 292(12):1433-1439.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?volume=292&issue=12&page=1433> [accessed 7 July 2012]

- Kinney T.C. and Taylor J.R. (1991) *Marketing Research: An applied approach*, 4th edition, Mc Grow- Hill, Inc Singapore
- Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: what really matters? *Aging & Society*, 26, 225–242.
- Liu GG, Christensen DB. The continuing challenge of inappropriate prescribing in the elderly: an update of the evidence. *J Am Pharm Assoc (Wash)*.42(6) pp.847-57.
- Malloy P., Nadler J. Richardson E. (1995) *Neuropsychologic Prediction of Performance Measures of Daily Living Skills in Geriatric Patients* Neuropsychology 1995, Vol. 9, No. 4,565-572 Copyright 1995 by the American Psychological Association, Inc.0894-4105/95/\$3.00
- Manton, K. G. (1988). A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43, 153–161.
- Marcopulos, B. A., McLain, C. A., & Giuliano, A. J. (1997). Cognitive impairment or inadequate norms? A study of healthy, rural older adults with limited education. *The Clinical Neuropsychologist*, 11, 111–131.
- Marianne E.S., 2007 «Υγής Γήρανση»
http://www.50plus.gr/images/content/Greek_shortHealthAgeing_web.pdf.
[accessed 7 July 2012]
- Mason J., (2003), *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*, 8η εκδ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Meguro, K., Shimada, M., Yamaguchi, S., Ishizaki, J., Ishii, H., Shimada, Y., Sato, M., Yamadori, A., & Sekita, Y. (2001). Cognitive function and frontal lobe atrophy in normal elderly adults: implications for dementia not as aging-related disorders and the reserve hypothesis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(6), 565–572.
- Menotti A, Lanti M, Nedeljkovic S, Nissinen A, Kafatos A, Kromhout D. Serum cholesterol and age are differently related with typical and atypical manifestations of coronary heart disease in the Europea cohorts of the SEVEN COUNTRIES STUDY. *International Journal of Cardiology*. Accepted, 2004
- Michel A. (1981) *Κοινωνιολογία της οικογένειας και του γάμου*. μετάφρ. Μουσούρου, Α. Αθήνα: Gutenberg
- Miegel F. (1990) *Values and lifestyle. A theoretical, methodological and empirical review*, Report no 20 Lund Sociologiska Institution vid. Lunds Universitet

- Nations Unies (1956) Les vieillissement des population et ses consequences e conomiques et sociales, Etudes Demographiques, no.26, New York, NU.
- Ocde (1988) Le vieillissement demographique, Consquences pour une politique sociale, Paris, OCDE.
- Opaschowski, W (1996). *Padagogik der freien Lebenszeit*. Oplanden: Leske und Budrich.
- Palmore, E. (1981). *Social Patterns in Normal Aging*. Durham, NC: Duke University Press
- Palmore, E. (1986). *Trends in the health of the aged*. *The Gerontologist*, 26, 298-302.
- Park, D. C., & Gutchess, A. H. (2002). Aging, cognition, and culture: A neuroscientific perspective. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 26(7), 859-867.
- Paterman, F. & Bode, U. (1986) *Five coping styles in families of children with cancer: A retrospective studyin thirty families*. *Pediatric Hematology Oncology*3, 299-309
- Pinquart M. & Sörensen S. (2001) "How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults?" *"The Journal of Mental Health and Aging"*, τευχος 7(2), σελ. 207-43.
- Robson C., (2010) *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*, μεταφρ. Νταλάκου Β. Βασιλικού Κ., 2^η έκδοση Αθήνα: Gutenberg
- Root, N. (1981). Injuries at work are fewer among older employees. *Monthly Labor Review*, 104, 30-34.
- Sahlin, K.G. (2009) *An ounce of prevention is worth a pound of Cure– Preventive Home Visits among seniors* Umea University, Sweden
- Sauvy A. (1963) Le vieillissement démographique, *Revue Internationale des sciences sociales*, XV no3.
- Schroll M, Bjørnsbo-Scroll K, Ferrt N, Livingstone MB (1996). *Health and physical performance of elderly Europeans*. SENeca Investigators. *Eur J Clin Nutr*. Jul;50 Suppl 2:S105-11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841790> [πρόσβαση 14/8/2012]
- Stern, Y., Gurland, B., Tatemichi, T. K., Tang, M. X., Wilder, D., & Mayeux, R. (1994). Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1004–1010.
- Stevens J.A., Olson S. (2000). Reducing falls and resulting hip fractures older women. *MMWR Recomm Rep*, 49 2: 1-12.
- Sutherland, E. (1949) *Principles of criminology*, Σικάγο: Lippincott

- Trichopoulou A., (2004), Traditional Mediterranean diet and longevity in the elderly: a review, *Public Health Nutrition*, 7(7), 943–947, διαθέσιμο από: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15482622> [πρόσβαση 12/11/1010]
- Van Gelder BM, Buijsse B, Tijhuis MAR, Kalmijn S, Giampaoli S, Nissinen A, Kromhout D. *Coffee consumption is associated with a less rapid cognitive decline in elderly men. The FINE Study.* American Journal of epidemiology (2002) 156 (9): 842-850.
- Verghese J. (2006), *Cognitive and Mobility profile of older Social dancers*, J Am Geriatr Soc, 54 (8)Q 1241- 1244.
- Yfantopoulos J., (2001a), The “social” quality of life, Archives of Hellenic medicine, 18 (2): 108-113.
- Yfantopoulos J. ,(2001b), Quality of life and QALYs in the measurement of health,Archives of Hellenic medicine 18(2):114-130).
- Weber M. (1978) *Economy and society*, G. Roth and Wittich (eds) 2 vols University of California press Berkley.
- Wei JY, Li Y, Lincoln T, Grossman W, Mendelowitz D 1989 Chronic exercise training protects aged cardiac muscle against hypoxia. J Clin Invest 83:778–784
- Wiener, J., Hanley, R., Clark, R. & van Nostrand, N. (1990). Measuring the activities of daily living. *Journal of Gerontology*, 45, S229-237.
- W.H.O., (1946) Constitution of the World Health Organization. Geneva Switzerland
Author
- WHO. The World Health Report (2002). Reducing the risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva 2002.
- Who, (2011), *10 facts on ageing and the life course*, <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html> , πρόσβαση [22/07/2011]

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αθανασάκης Κ., Καρέλα Α., Καραμπλή Ε., Κυριόπουλος Ι., Λιονής Χ., Μυλωνά Κ., Σουλιώτης Κ., Τριτάκη Γ., Τσιάντου Β., (2009). Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία Ινστιτούτο τοπικής Αυτοδιοίκησης – ΕΣΔΥ. www.ita.org. [πρόσβαση 20/11/2011]

- Αμυρά Γ., Τεπέρογλου Α. (1986) Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων στην Ελλάδα. ΕΚΚΕ: Αθήνα
- Βακαλιός Θ. (1984), Ποιότητα ζωής: Προβληματισμοί- Κατευθύνσεις, Αθήνα: ΚΕΠΕ.
- Βαρσαμοπούλου, Α. (2005) « Τα συναισθήματα των περιθαλπόντων» στο: Τσολάκη Μ. Καζής Α. Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση Αθήνα:University Studio Pressσελ. σελ: 511-521.
- Βάσεις Νομικών Πληροφοριών: <http://lawdb.intrasoftnet.com> [πρόσβαση 12 Φεβρουαρίου, 2012].
- Γεωργιάδη Ε., (1987) Κράτος και ηλικιωμένοι, Πρακτικά 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γεροντολογίας Γηριατρικής, ΕΓΕ, Αθήνα, σελ: 35-44)
- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματα Α., (1993) Οι δαπάνες για την υγεία στην τρίτη ηλικία στην Ελλάδα Αθήνα
- Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Δανιηλίδου Ν., Κυριόπουλος Ι., (2001) Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Στο «Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα» σελ: 164-182. Θεμέλιο: Αθήνα
- Γουρνάς, Γ. (1993). «Ψυχική Υγεία και Τρίτη Ηλικία» στο: Γεωργούση, Ε.
- Δανέζη, Ε. (2006) Η επίδραση ενός προγράμματος ελληνικών παραδοσιακών χορών στην λειτουργική ικανότητα ατόμων τρίτης ηλικίας. Μεταπτυχιακή διατριβή Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Δανιηλίδης Σ., (2010) Δομές της Κοινωνικής Υποστήριξης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα. Παρουσίαση σε συνέδριο της ΚΕΔΚΕ Ελλήνων Ερετών της Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα, Τιφλίδα, 10-11 Ιουνίου 2010. www.inioxos.gr [Πρόσβαση 2/3/20011]
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2013 <http://www.yyka.gov.gr> [πρόσβαση 12 Φεβρουαρίου, 2012]
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. Σούλης Σ. (2001) Συστήματα υγείας Αθήνα: Παπαζήσης
- Ιωσηφίσης Θ., (2003), Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων στις Κοινωνικές Επιστήμες, Αθήνα: Κριτική
- Ιωσιφίδης Θ., Σπυριδάκης Μ., (2006), Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα, Μεθοδολογικές προσεγγίσεις και ανάλυση δεδομένων, Αθήνα: Κριτική
- Καλλινικάκη Θ., (2010) Ποιοτικοί μέθοδοι στην έρευνα της Κοινωνικής Εργασίας Αθήνα: Τόπος
- Κάραλη, Α. Λόγος, τέχνη και τεχνική στην Έκθεση, Όταν ο ελεύθερος χρόνος μάς οδηγεί στη «λησμονιά»

http://users.sch.gr/papangel/sch/lan/b07.ph.eleftheros_hronos.htm [Αναρτήθηκε 19 Ιανουαρίου 2009]

ΚΕΔΚΕ: Κεντρική Ένωση Δήμων και κοινοτήτων (2002) Το Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» ΚΕΔΚΕ: Αθήνα

Κορωναίου, Α. (1996) «Κοινωνιολογία του ελεύθερου χρόνου», Αθήνα: Νήσος

Κοτζαμάνης Β. (2000) Οι δημογραφικές εξελίξεις κατά την μεταπολεμική περίοδο στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης και στην Ελλάδα, μια πρώτη προσέγγιση, Αθήνα, ΕΚΚΕ.

Κουντή, Φ. (2005) «Εξωτερικό Ιατρείο Μνήμης και Άνοια ς- ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού» στο: Τσολάκη Μ. Καζής Α. Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση Αθήνα:University Studio Press σελ.648

Κουντούρης, Δ. Μνήμη και ο νόμος του Ribot Νευροδιάλογοι <http://neurotalk.blogspot.com/2011/01/ribot.html> πρόσβαση [15/2/2012]

Κυριαζή Ν., (1999), Η Κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών, 12η εκδ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κυριόπουλος, Γ. Σκουτέλης, Γ. (επιμ.) Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, σ.161-168

Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορη Σ., Οικονόμου Χ. (2003) Υγεία και υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Αθήνα: Παπαζήσης

Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999β), Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Μάνος Ν.(1997) Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Μάνος, Ν. (1987) «Αναγκαιότητα Ψυχιατρικών Κοινωνικών λειτουργιών» Κοινωνική Εργασία , τεύχος 6 Απρίλης - Μάης Ιούνης 1987, σελ 104.

Μαντζούκας Σ.,(2007), Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση 46(1):88–98, διαθέσιμο από: <http://www.hjn.gr/index.php?page=abstract&id=201> , [πρόσβαση 05/05/2011]

Μαρκοπούλου Χ. (1995) Ο κοινωνικός λειτουργός σε ειδικά πλαίσια κοινωνικής προστασίας Αθήνα: Έλλην

Μαυροβουνιώτης Φ., Αργυλιάδου Ε. (2008). «Χορός ηλικιωμένα άτομα και ψυχοσωματική υγεία.» Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό. Τόμος 6(2), 222-231.

- Μηνακούλη Θ, Τσιακάτουρα Χ. (2005) Η υγειονομική περίθαλψη και η μέριμνα για τους ηλικιωμένους Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης <http://www.yrakp.gr/uploads/docs/376.pdf> [πρόσβαση 12 Αυγούστου 2012]
- Μπαλούρδος Δ, Τεπέρογλου Α., Φακιολάς Ν., (1993), Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης στο ΕΚΚΕ, Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα , Αθήνα, σελ: 77-112 \
- Μπαλούρδος Δ., Τεπέρογλου Α. & Φακιολάς Ν., (1996), Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης, στο: Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής,.....(επιμ.), τόμος Β', Αθήνα:ΕΚΚΕ
- Μπουσκάλια Λ. (1989) Η αγάπη Αθήνα: Γλάρος
- Μπουσκάλια Λ. (1988) Να ζεις να αγαπάς και να μαθαίνεις Αθήνα: Γλάρος
- Μωϋσιδάης Λ.(χχ) Τρίτη ηλικία προβλήματα και αντιμετώπιση τους Θεσσαλονίκη: Αφοι Μυγδαλιά
- Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ.,(2001),Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18 (3): 239-253.
- Παρασκευοπούλου-Κόλλια Ε., (2008), Methodology of qualitative research in social sciences and interviews, Open Education - The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology, 4(1):72-81, διαθέσιμο από: <http://journal.openet.gr/index.php/openjournal/issue/view/10/showToc> [πρόσβαση 10/05/2011]
- Πολίτης Α., 2000 , Ψυχικές διαταραχές των Ηλικιωμένων, Εκλογή, Αθήνα, σελ.600-603
- Πουλοπούλου- Έμκε, Η. (1994). Ο ασθενής δεν είναι αιχμάλωτος. Αθήνα: Ελευθεροτυπία.
- Πουλοπούλου – Έμκε Έ., (1999), Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες. Παρελθόν, Παρόν& Μέλλον, Αθήνα: Έλλην
- Σαραντής Τ. στην Τρίτη Ηλικία. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, σ.161-168 ΗΜΕΡΗΣΙΑ στο <http://www.chiosnews.com/cn11120051203400.asp> πρόσβαση: [29/10/2005]
- Σηφάκη Α (2007) Συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ και οι λόγοι που δεν συμμετέχουν. Μεταπτυχιακή Εργασία Παν/μίου Κρήτης Τμήμα Ιατρικής, ΠΜΣ Δημόσιας Υγείας και Διοίκηση υπηρεσιών Υγείας
- Σιαμπος, Γ., (1989) Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα, ΕΠΙΛΟΓΗ (ετήσια έκδοση).

- Σταθόπουλος, Π. (1982) «Συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων την Ελλάδα». Εκλογή, τεύχος 59, σ.137-150.
- Στασινοπούλου, Ο. (2002) Ζητήματα σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής. Αθήνα: Gutenberg
- Τεπέρογλου Α. (1990) Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων- Έρευνα στα μέλη των ΚΑΠΗ, ΕΚΚΕ Αθήνα
- Τζιαφέτα, Γ., (1988) Η Ελλάς γηράσκουσα, Αθήνα
- Τσαούσης, Δ (2002) Η κοινωνία του ανθρώπου. Αθήνα: Gutenberg
- Τούντας, Γ. (2001) Κοινωνία και Υγεία Αθήνα: Οδυσσέας
- Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., (2001), Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μεθοδολογία μέτρησης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3): 218-229.
- Χανιώτης, Φ.Ι. (χ.χ.). Εγχειρίδιο Γηριατρικής. Αθήνα: Εκδ. ΛΙΤΣΑΣ
- Χάρτης των θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ΕΕ 2000 (364) 1 (7 Δεκεμβρίου 2000)University of Minnessota Human Rights library
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/europeanunion2.html> [πρόσβαση 5/7/2012]