

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: « ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ ΚΑΙ
ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΚΟΜΕΤΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ »

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΑΛΕΞΙΟΥ ΕΥΔΟΚΙΑ

ΚΟΥΡΚΟΥΜΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΙΟΥΛΑ ΕΛΕΝΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
-----------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων.....	11
1.2.1 Οικονομικές ανάγκες.....	12
1.2.2 Συναισθηματικές ανάγκες.....	13
1.2.3 Κοινωνικές ανάγκες.....	14
1.2.4 Ιατροφαρμακευτικές ανάγκες.....	15
1.3 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων.....	15
1.4 Ο ρόλος της οικογένειας.....	17
1.5 Ο ρόλος του φροντιστή.....	19
Ανακεφαλαίωση.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

2.1 Ο ορισμός της κακοποίησης.....	21
2.2 Οι μορφές της κακοποίησης.....	23
2.3 Παράγοντες κινδύνου.....	24
2.3.1 Προσωπικοί παράγοντες.....	25
2.3.2 Παράγοντες σχέσεων/ αλληλεπιδράσεων.....	26
2.3.3 Πολιτιστικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....	28
2.4 Προφίλ θύτη και θύματος κακοποίησης.....	29
2.4.1 Προφίλ θύτη.....	29
2.4.2 Προφίλ θύματος.....	30
2.5 Συνέπειες φαινομένου.....	30
2.6 Θεωρητικές προσεγγίσεις κακοποίησης.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1 Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους.....	33
3.1.1 Επιδημιολογία.....	33
3.1.2 Πιθανοί παράγοντες κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.....	33
3.1.3 Μορφές κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.....	35
3.1.4 Διάγνωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.....	37
3.1.5 Διαφορική διάγνωση.....	38
3.1.6 Θεραπεία.....	40
3.2 Οι γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων.....	41
3.3 Το επίπεδο λειτουργικότητας των ηλικιωμένων.....	43

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

1.1 Σκοπός και Επιμέρους στόχοι.....	47
1.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	47
2 Μεθοδολογία.....	48
2.1 Ερευνητική στρατηγική – _Δειγματοληψία.....	48
2.2 Διαδικασία συλλογής πληροφοριών.....	48
2.3 Ερευνητικά Εργαλεία.....	49
2.4 Μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων.....	50
3 Αποτελέσματα.....	51
3.1 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία.....	51
3.1.1 Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία.....	51
3.2 Αποτελέσματα σύνθετης ανάλυσης.....	52
3.2.1 Συχνότητα εμφάνισης οικονομικής εκμετάλλευσης στους ηλικιωμένους από άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ή φροντιστές.....	52
3.2.2 Συχνότητα εμφάνισης ψυχολογικής κακομεταχείρισης στους ηλικιωμένους από άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ή φροντιστές.....	53

3.2.3 Συσχέτιση ψυχολογικής κακοποίησης και οικονομικής εκμετάλλευσης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	53
3.2.4 Συσχέτιση ψυχολογικής κακοποίησης και οικονομικής εκμετάλλευσης με το επίπεδο λειτουργικότητας των συμμετεχόντων	55
3.2.5 Συσχέτιση ψυχολογικής κακοποίησης και οικονομικής εκμετάλλευσης με το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας των ηλικιωμένων.....	58
3.2.6 Συσχέτιση ψυχολογικής κακοποίησης και οικονομικής εκμετάλλευσης με το επίπεδο με την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης.....	59
4 Συζήτηση.....	61
5 Αδυναμίες μελέτης.....	63
6 Προτάσεις.....	63
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	65
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u>	70

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας των Ηνωμένων Πολιτειών (NRC) ορίζει την κακομεταχείριση των ηλικιωμένων ως: α) οι εκ προθέσεως ενέργειες που προκαλούν ζημιά η δημιουργούν σοβαρό κίνδυνο βλάβης, εκ προθέσεως η μη, σε έναν ευάλωτο ηλικιωμένο από άτομο που τον φροντίζει είτε από άλλο πρόσωπο που βρίσκεται σε σχέση εμπιστοσύνης με τον ηλικιωμένο, β) την αποτυχία του φροντιστή να ικανοποιήσει τις βασικές ανάγκες του ηλικιωμένου ή να τον προστατέψει από κάθε είδους βλάβη.

Γενικές εκτιμήσεις αναφέρουν ότι η συχνότητα εμφάνισης της κακοποίησης των ηλικιωμένων κυμαίνεται μεταξύ 2,6% έως 18,4% ενώ σύμφωνα με προβλέψεις των Ηνωμένων Εθνών (2006) το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί σε 21,4 % έως το 2050.

Κάποιοι παράγοντες που έχουν βρεθεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση της κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι: α) η διανοητική ικανότητα τους, β) η σωματική τους υγεία, γ) η συναισθηματική κατάσταση του φροντιστή τους μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα της φροντίδας που είναι σε θέση να παρέχει (π.χ. ανυπομονησία, δυσαρέσκεια, κατάθλιψη ή μια επιθετική προσωπικότητα, β) Η έλλειψη γνώσεων όσον αφορά την κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη ή την άγνοια μπορεί επίσης να αποτελέσει πηγή παραμέλησης ή εγκατάλειψης και, κατά συνέπεια παράγοντα που συντελεί σε κακοποίησης των ηλικιωμένων.

Μια σχέση κακοποίησης, οποιασδήποτε μορφής, συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για μακροχρόνια ψυχολογικά προβλήματα και προβλήματα υγείας. Η μορφή που φαίνεται να έχει τις περισσότερες μακροχρόνιες αρνητικές συνέπειες στην υγεία του θύματος είναι η κατάχρηση της άσκησης δύναμης και ελέγχου.

Τα θύματα βίας πολύ συχνά έχουν εφιάλτες, διαταραχές ύπνου, υπνηλία σε περίεργες στιγμές, σωματικές διαταραχές, κρίσεις άγχους, χρόνιους πονοκεφάλους και κατάθλιψη. Μακροχρόνια σωματικά και πνευματικά προβλήματα υγείας, άγχους, καρδιακές διαταραχές, πονοκεφάλους, υψηλή πίεση χωρίς εμφανή οργανική αιτία μπορεί να είναι ένδειξη κακοποίησης.

Μια από τις πιο συχνές συνέπειες είναι ότι θεωρούν τους εαυτούς τους υπεύθυνους για την κακοποίηση που βίωσαν, νιώθουν ανίκανοι να αλλάξουν την υπάρχουσα κατάσταση και καταλήγουν να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Έρευνες έχουν δείξει ότι, στην περίπτωση της ψυχολογικής βίας, ο κίνδυνος για σωματική ασθένεια όπως καρδιοπάθειες, υψηλή πίεση, διαβήτης, καρκίνο, αρθρίτιδα ήταν τρεις φορές αυξημένος.

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων έχει αναγνωριστεί παγκόσμια ως ένα σημαντικό πρόβλημα και αποτελεί προτεραιότητα της Ε.Ε. Ωστόσο, η πληροφόρηση για την κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι ανεπαρκής. Τα υπάρχοντα στοιχεία βασίζονται κυρίως σε αναφορές συγγενών ή φροντιστών και όχι σε αναφορές των ίδιων των ηλικιωμένων. Η έλλειψη έγκυρων στοιχείων για την κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι εμφανής σε πολλές χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα, έχουν πραγματοποιηθεί πολύ λίγες έρευνες για την κακοποίηση των ηλικιωμένων. Μια από τις μελέτες αυτές είναι η ευρωπαϊκή μελέτη ABUEL (2010) που είχε ως στόχο μεταξύ άλλων να (α) παρέχει στοιχεία για την έκταση και τη μορφή της κακοποίησης των ηλικιωμένων, (β) να μελετήσει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην κακοποίηση τους και (γ) να εξετάσει τις συνέπειες της κακοποίησης στην υγεία και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Η μελέτη ABUEL συγκέντρωσε στοιχεία σε 7 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ισπανία, Ιταλία, Γερμανία, Ελλάδα, Λιθουανία, Πορτογαλία, Σουηδία) με βάση ειδικά σταθμισμένα εργαλεία και μεθόδους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, ανάμεσα στις 7 χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα, η Ελλάδα έρχεται 6η στη συχνότητα εμφάνισης της ψυχολογικής κακοποίησης των ηλικιωμένων, Τρίτη στη συχνότητα εμφάνισης της σωματικής κακοποίησης, πρώτη, μαζί με την Ιταλία, στη συχνότητα εμφάνισης της σεξουαλικής κακοποίησης των ηλικιωμένων και Τρίτη στη συχνότητα εμφάνισης της οικονομικής εκμετάλλευσης.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα πάντα με τα αποτελέσματα της έρευνας, στην Ελλάδα, σε όλα τα είδη της κακοποίησης/ κακομεταχείρισης (ψυχολογική, σωματική, σεξουαλική και οικονομική) η συχνότητα εμφάνισης της κακοποίησης είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες.

Στην Ελλάδα παρόλο που το ποσοστό των ηλικιωμένων αγγίζει το 20% του γενικού πληθυσμού, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες που να εκτιμούν το μέγεθος του προβλήματος της κακοποίησης και εκμετάλλευσης των ηλικιωμένων. Η παρούσα μελέτη θα φωτίσει το φαινόμενο της κακοποίησης και εκμετάλλευσης των ηλικιωμένων και θα συμβάλει στην αναγνώριση των ατόμων εκείνων που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να δεχτούν κάποιας μορφής κακοποίηση/ εκμετάλλευση. Αυτό με τη σειρά του θα συμβάλει στο σχεδιασμό παρεμβάσεων για την προστασία των υποψήφιων θυμάτων και κατ' επέκταση για την πρόληψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, Θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη και τις θερμές μας ευχαριστίες για τη συμπαράσταση, καθοδήγηση και ενθάρρυνση στο έργο μας, τον υπεύθυνο καθηγητή μας, κο. Χλιαουτάκη Ιωάννη ο οποίος αποτέλεσε σημαντικό αρωγό στην προσπάθειά μας αυτή , καθώς και την κα Παπαδακάκη Μαρία που μας βοήθησε σε όλη τη διαδικασία εκπόνησης της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, θα γίνει μια αναφορά στους ηλικιωμένους, στις ανάγκες τους, στα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν, καθώς και στο ρόλο που διαδραματίζουν στις ζωές τους οι οικογένειες και οι φροντιστές τους. Αρχικά όμως, κρίνεται απαραίτητο να δοθεί ο ορισμός σχετικά με τα ηλικιωμένα άτομα και ο ορισμός των γηρατειών.

Δεν είναι εύκολο κανείς να δώσει έναν συγκεκριμένο ορισμό στα «γηρατεία». Αποτελούν ένα βιολογικό φαινόμενο εφ' όσον ο οργανισμός του ατόμου εκδηλώνει κάποιες ιδιορρυθμίες, ταυτόχρονα όμως παρουσιάζονται και κάποιες ψυχολογικές συνέπειες. Η θεωρία της απεμπλοκής (Cumming, Henry) αναφέρει: *«Γήρανση είναι μια αμοιβαία απόσυρση ή απεμπλοκή, οποία έχει σαν αποτέλεσμα την ελαττωμένη αλληλενέργεια μεταξύ του ηλικιωμένου ατόμου και των κοινωνικών συστημάτων στα οποία ανήκει. Η διαδικασία αυτή είναι δυνατόν να αρχίσει από το ίδιο το άτομο ή από άλλους σε μια δεδομένη στιγμή»* (Blank, 1974). Συχνά γίνεται αναφορά στην Τρίτη και στην Τέταρτη ηλικία. Οι άνθρωποι που ανήκουν στη λεγόμενη Τρίτη ηλικία είναι από 60/65- 75 ετών, ενώ τα άτομα 75 ετών και πάνω ανήκουν στην Τέταρτη ηλικία. Ο χρονικός προσδιορισμός των γηρατειών θεωρήθηκε απαραίτητος για την απονομή συντάξεως γήρατος. Από άποψη νομοθεσίας και κοινωνικής προστασίας ο γερωντικός πληθυσμός θεωρείται ότι απαρτίζεται από όλα τα άτομα που έχουν υπερβεί το 65^ο ή 60^ο έτος της ηλικίας τους. (Εμκε- Πουλοπούλου Η., 1999).

Στην βιβλιογραφία ενυπάρχουν διάφορες έννοιες με τις οποίες ορίζεται η ηλικία (χρονολογική, βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική). Ας αναφερθούμε για κάθε μια ξεχωριστά. Η χρονολογική ηλικία μετριέται με τα χρόνια που περνούν από τη στιγμή της γέννησης. Αναφέρεται στο έτος της γέννησης, εκφράζεται σε χρόνια, ή χρόνια και μήνες ή ακόμα χρόνια, μήνες και ημέρες. Η χρονολογική ηλικία είναι πολύ συχνά άσχετη με τη βιολογική ηλικία και δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη για την κατάσταση της υγείας και την ικανότητα απόδοσης του ανθρώπου.

Η βιολογική ηλικία αφορά τη μορφολογική εμφάνιση και τη λειτουργική απόδοση οργάνων και συστημάτων. Προσδιορίζεται από εκατοντάδες παράγοντες

όπως την ταχύτητα αντίδρασης των εγκεφαλικών κυττάρων και του ανοσοποιητικού συστήματος, την ποιότητα και το είδος των ορμονών που παράγει ο οργανισμός, τη μυϊκή δύναμη κλπ.

Η ψυχολογική ηλικία προσδιορίζεται από τη θέση των ατόμων σε έναν πληθυσμό ανάλογα με τις ικανότητες προσαρμογής που διαθέτουν. Σημασία δεν έχει η αναπόφευκτη φθορά του ανθρώπινου οργανισμού αλλά οι επιπτώσεις της στην προσαρμογή του ηλικιωμένου στο στενότερο ή το ευρύτερο περιβάλλον του. Τέλος η κοινωνική ηλικία έχει σχέση με τις κοινωνικές συνήθειες και τους ρόλους των ατόμων στην ομάδα τους και στην κοινωνία. Η κοινωνική ηλικία ενός ατόμου συνδέεται με τη χρονολογική, βιολογική και ψυχολογική ηλικία αλλά δεν καθορίζεται τελείως από αυτές.

Σε αυτές μπορούμε να προσθέσουμε την Ιατρική ηλικία, σύμφωνα με την οποία εκτιμάται η λειτουργική ικανότητα του ατόμου, δηλαδή η ικανότητά του να εμπλέκεται σε σκόπιμη δραστηριότητα. Οι διάφορες υποδηλώσεις της έννοιας της ηλικίας αλληλεπιδρούν και καθορίζουν τις ηλικιακές νόρμες. Κάθε ηλικιακή νόρμα καθορίζει τα φυσικά και συμπεριφοριστικά εκείνα χαρακτηριστικά που είναι προφανή στην πλειονότητα των ανθρώπων μιας συγκεκριμένης ηλικίας. Το τελευταίο διάστημα της ζωής αποτελεί την ηλικιακή νόρμα της γεροντικής ή τρίτης ηλικίας, με τις δυο υποδιαιρέσεις τους, τους νέους- γέρους (new- old) και τους γέρους- γέρους (old- old), όπως έχουν καθοριστεί από τη σύγχρονη επιστήμη της γεροντολογίας. Η έλευση του γήρατος είναι μάλλον το αποτέλεσμα της σύνθετης αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών- οικονομικών παραγόντων. (Αβεντισιάν- Παγοροπούλου Α., 2000).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ειδική σύνοδο του Ο.Η.Ε., που πραγματοποιήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και είχε ως αντικείμενο τη δημογραφική γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού, επισημάνθηκε ότι ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα ανέλθει το 2025 σε 1.121.000.000 από 214.000.000 που ήταν το 1950. Επίσης αναφέρθηκε ότι από το 1975 έως το 2050 ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών θα πενταπλασιασθεί και ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών θα αυξηθεί κατά επτά φορές. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999).

1.2 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Τα γηρατεία είναι ένα βιολογικό φαινόμενο το οποίο έχει συνέχεια και αποτελεί το τελευταίο στάδιο μιας διαδικασίας. Το κυριότερο χαρακτηριστικό της διαδικασίας αυτής είναι η αλλαγή τόσο στην εμφάνιση όσο και στις δυνατότητες και τη ψυχολογία. Σωματικά, τα γηρατεία ταυτίζονται με την εξασθένηση του οργανισμού, την ασχήμια και την αρρώστια. Ωστόσο, είναι ανακριβές να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι τα γηρατεία είναι αυτά καθαυτά μια μορφή γενικευμένης αρρώστιας. (Καστεμπάουμ Ρ. ,1982).

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που θα πρέπει να καλύπτονται, για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. *«Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι σύμφωνα με την Έμκε- Πουλοπούλου (1999) έχουν ανάγκη από:*

- Εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς φιλανθρωπία (αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, σωστή διατροφή και ένδυση, οικιακή βοήθεια, καθαριότητα και δυνατότητα μετακίνησης).
- Παραμονή στο σπίτι και στην κοινότητα με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ενσωμάτωση στην οικογένεια, χωρίς το συναίσθημα ότι αποτελούν βάρος. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων.
- Σεβασμό της ελευθερίας, αυτονομίας και του δικού τους ρυθμού, ώστε να ζουν με αυτοσεβασμό.
- Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους, χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.
- Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.
- Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια για να κινηθούν ή διάφορα βοηθήματα.
- Έγκαιρη και σωστή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.

➤ Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα».

Στη συνέχεια, ακολουθεί μια αναλυτικότερη παρουσίαση των παραπάνω αναγκών, ώστε να καταστούν σαφής.

1.2.1 Οικονομικές ανάγκες

Πρώτα θα αναφερθούμε στις οικονομικές ανάγκες, οι οποίες σε σχέση με τη φυσιολογική μείωση του εισοδήματός τους, αποτελούν μείζον πρόβλημα για τους ηλικιωμένους, αλλά συγχρόνως και το μέσο κάλυψης πολλών άλλων αναγκών ιδίως αυτών με υλικό χαρακτήρα.

Στη μεταπολεμική Ελλάδα συντελέστηκαν σημαντικές και καθοριστικές αλλαγές. Απόλυτα φυσικό ήταν αυτές οι αλλαγές να επηρεάσουν και την Ελληνική οικογένεια η οποία σαν «πυρήνας» της Ελληνικής ευρύτερης κοινωνίας, δέχτηκε αυτές τις επιδράσεις, οι οποίες καθόρισαν στα μέλη της νέους ρόλους άσχετους με την ηλικία τους.

Ο τρόπος με τον οποίο διαμορφώνονταν οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια ήταν απόρροια του τρόπου διαχείρισης των οικονομικών της οικογένειας. Η διαχείριση και η κατανομή της οικογενειακής περιουσίας (προίκα κ.α.) ήταν κατεξοχήν έργο του «αρχηγού» της οικογένειας και αποτελούσε για αυτόν πηγή εξουσίας και δύναμης, η οποία εξασθενούσε στην περίπτωση που η περιουσία μοιραζόταν ή παρεχόταν για προικοδότηση. Παράλληλα ο ηλικιωμένος δεν καλυπτόταν συνταξιοδοτικά με αποτέλεσμα να είναι απόλυτα εξαρτημένος από την οικογένειά του και κατ' επέκταση από τον «αρχηγό» της. Ως συνέπεια των παραπάνω, ήταν, ο ηλικιωμένος, να διαβιώνει αναγκαστικά μέσα στην οικογένεια των παιδιών του, λόγω της έλλειψης εισοδήματος. Η εφαρμογή της συνταξιοδότησης, πρόσφερε οικονομική αυτοτέλεια στα ηλικιωμένα άτομα σε κάποιο βαθμό. Ένα άτομο για να καλύψει τις βασικές του ανάγκες, οι οποίες δεν είναι σταθερές, καθώς «ακολουθούν» το πρότυπο διαβίωσης του κοινωνικού περιβάλλοντος του ίδιου του ατόμου, χρειάζεται να έχει εισόδημα. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους, το κύριο εισόδημά τους ως επί το πλείστον είναι η σύνταξη.

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν το ποσοστό της σύνταξης σε σχέση με τις εν ενεργεία αποδοχές. Τέτοιοι παράγοντες είναι η εργασιακή ιστορία του ατόμου, το επίπεδο των αποδοχών, η ηλικία συνταξιοδότησης, καθώς και η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου. Εκείνο που είναι κοινό χαρακτηριστικό για όλους τους ηλικιωμένους, ανεξαρτήτου είδους εργασίας, είναι ότι οι απολαβές κατά την περίοδο της συνταξιοδότησης είναι πολύ μικρότερες από εκείνες της περιόδου όπου αποτελούσαν ενεργό εργατικό δυναμικό. Ιδιαίτερο πρόβλημα

αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένες γυναίκες, οι οποίες παλαιότερα δεν εργάζονταν και δεν είχαν την ευκαιρία να σπουδάσουν λόγω των κοινωνικών συνθηκών που επικρατούσαν. Το εισόδημα των ηλικιωμένων εκτός από τη σύνταξη, εξαρτάται και από αποταμιεύσεις που τυχόν έχουν κάνει κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ακόμα και οι αποταμιεύσεις σχετίζονται με την εργασία που είχε ο ηλικιωμένος, φανερώνοντας έτσι ότι η οικονομική θέση που προσφέρει η εργασία σε ένα άτομο σηματοδοτεί και την οικονομική κατάσταση που θα παρέρθει το άτομο όταν αυτό συνταξιοδοτηθεί. (Εμκε-Πουλοπούλου Η., 1991)

1.2.2 Συναισθηματικές ανάγκες

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από των άλλων ανθρώπων, περιλαμβάνοντας και τις συναισθηματικές ανάγκες. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη για ανθρώπινες σχέσεις, συντροφιά, στοργή, να μην αισθάνονται ότι είναι βάρος στους άλλους, να νιώθουν ότι είναι απαραίτητοι, ότι ανήκουν κάπου, όπως και το να έχουν αυτοσεβασμό και αυτονομία. Στα ηλικιωμένα άτομα επέρχονται αλλαγές ρόλων λόγω ηλικίας και παύσης της εργασίας τους, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τη συναισθηματική τους κατάσταση.

«Οι αλλαγές των ρόλων των ηλικιωμένων ατόμων είναι άμεσα συνδεδεμένες με άλλες αλλαγές στη ζωή τους. Τα παιδιά μεγαλώνουν, παντρεύονται, φεύγουν από το σπίτι, ανεξαρτητοποιούνται. Εγγόνια γεννιούνται, παλιοί φίλοι και συγγενείς πεθαίνουν, τα εισοδήματα μειώνονται, ενώ χρόνιες ασθένειες εμφανίζονται. Σημαντικές αλλαγές επέρχονται στις διαπροσωπικές σχέσεις μετά την συνταξιοδότηση, ιδιαίτερα σε άτομα που απέδιδαν μεγάλη σημασία στη σχέση τους με τους συναδέλφους. Επίσης η χηρεία επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου που δεν ταιριάζει κοινωνικά με άλλα ζευγάρια ακόμα και αν αυτά ήταν στενοί φίλοι πριν από το θάνατο του/της συντρόφου. Οι συνθήκες διαβίωσης συχνά μεταβάλλονται για τους ηλικιωμένους. Μερικοί από αυτούς αναγκαστικά ή με τη θέλησή τους πηγαίνουν να ζήσουν σε συγγενείς ή σε οίκους ευγηρίας.» (Εμκε-Πουλοπούλου Η., 1999).

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου επηρεάζονται από τις αλλαγές που συνεπάγονται τα γηρατειά, το μέγεθος όμως αυτής της επιρροής εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου πριν φτάσει σε αυτή την ηλικία. Η προσαρμογή των ηλικιωμένων στους νέους τους ρόλους δεν είναι ίδια και το ίδιο εύκολη για όλα τα άτομα. Γενικά ένα ευέλικτο άτομο προσαρμόζεται ευκολότερα στις αναγκαίες αλλαγές, καταφέρνοντας να γίνει ευτυχισμένο.

Παρατηρούνται όμως και διαφοροποιήσεις ανάλογα το φύλο του ηλικιωμένου ατόμου. Η προσαρμογή στους νέους ρόλους μετά τη συνταξιοδότηση είναι συχνά πιο εύκολη για τη γυναίκα. Οι άνδρες βρίσκονται χωρίς επαγγελματική απασχόληση κάτι που θεωρούν ότι τους μειώνει το γόητρο, ενώ οι γυναίκες ακόμα και αν εργάζονταν έξω από το σπίτι, έκαναν όλες, ή τις περισσότερες, δουλειές του σπιτιού, κάτι το οποίο εξακολουθεί να συμβαίνει. «Αντίθετα η προσαρμογή στη χηρεία και στην αλλαγή της δομής της οικογένειας είναι πιο δύσκολη για τη γυναίκα. Για όσες γυναίκες όπου πρωταρχικοί τους ρόλοι ήταν εκείνοι της συζύγου, μητέρας και νοικοκυράς και εξαρτιόνταν απόλυτα από τον άντρα για την οικονομική, κοινωνική και συναισθηματική τους ασφάλεια, η απώλεια του συζύγου ή/ και η αναχώρηση των παιδιών από το σπίτι, η χηρεία είναι καταστροφική για την εικόνα που έχουν οι ίδιες για τον εαυτό τους, καθώς αναιρεί τον μέχρι τώρα ρόλο τους.» (Εμκε-Πουλοπούλου Η., 1999).

1.2.3. Κοινωνικές ανάγκες

« Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειά τους, περιορίζει τη ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό.» (Σταθόπουλος Π., 1996).

Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή συχνά δεν καλύπτονται. Οι ηλικιωμένοι συχνά βρίσκονται «απομονωμένοι» από την κοινότητά τους, μη έχοντας συμμετοχή στα κοινά. Πολλές φορές ακόμα, δεν είναι εκείνοι, που παίρνουν τις αποφάσεις για τα θέματα που αφορούν τους ίδιους, αλλά συνήθως τα παιδιά τους που ορισμένες φορές ενεργούν με γνώμονα το δικό τους συμφέρον και όχι των ηλικιωμένων όπως συμβαίνει ορισμένες φορές με την απόφαση να εισαχθούν οι ηλικιωμένοι σε ένα γηροκομείο.

«Το παραπάνω γεγονός μπορεί να οφείλεται τόσο σε ηθελημένη απόσυρση του ίδιου του ηλικιωμένου από τα δρώμενα της κοινότητας, όσο και σε δυσκολίες που συναντάει ο ηλικιωμένος, όσον αφορά στη μετακίνησή του και στην επικοινωνία. Παράλληλα σημαντικό ρόλο παίζει και η στάση της κοινωνίας απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα. Πέρα από τη φυσιολογική σειρά απωλειών του ηλικιωμένου με την πάροδο του χρόνου οι κοινωνικές εξελίξεις στη χώρα διαμόρφωσαν καταστάσεις που αλλοίωσαν τον κύκλο των οικείων (In-group) ο οποίος περιελάμβανε άτομα που φρόντιζαν το ένα το άλλο και στηρίζονταν στην αλληλεξάρτηση. Σε αυτήν την ομάδα ο ηλικιωμένος με τη σοφία των χρόνων κατείχε περίοπτη θέση.» (Δόντας Α., 1981).

Με τη νέα πυρηνική μορφή όμως της οικογένειας, την οποία επέβαλε η σύγχρονη αστικοποιημένη κοινωνία, η ομάδα των οικείων εξασθένησε σε μεγάλο βαθμό. Με τις νέες μορφές πληροφόρησης ο ρόλος του «παππού» και της «γιαγιάς» ατόνησε καθώς η πληροφόρηση ήταν αυτό που είχαν να προσφέρουν. Φυσικό επακόλουθο αυτού ήταν οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται ότι βρίσκονται στο περιθώριο. Οι εμφανιζόμενες βιολογικές δυσλειτουργίες κλείνουν αυτό το φαύλο κύκλο της αντίληψης που διατηρούν οι ηλικιωμένοι.

1.2.4 Ιατροφαρμακευτικές ανάγκες

Το πρόβλημα που απασχολεί πιο ζωτικά από όλα τα άλλα τους ηλικιωμένους, είναι η κατάσταση της υγείας τους, καθώς εκείνη, λόγω του προχωρημένου της ηλικίας τους, είναι περισσότερο επιβαρημένη. *«Τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων αφορούν το ότι υποφέρουν από πολλές αρρώστιες ταυτόχρονα και απαιτείται πολύς χρόνος για να αναρρώσουν».*(Μπαλούρδος Δ., Τεπερόγλου Α., Φακιάλας Ν. , 1996)

Οι ηλικιωμένοι είναι η ομάδα του πληθυσμού η οποία χρησιμοποιεί περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας από άλλες ομάδες. Είναι λοιπόν απαραίτητο να έχουν εύκολη πρόσβαση σε αυτές χωρίς περαιτέρω δυσκολίες. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται κατ'οίκον είναι ακόμη λίγες ενώ οι ηλικιωμένοι οι οποίοι βρίσκονται σε αποκεντρωμένες περιοχές είναι αυτοί που βρίσκονται στη δυσμενέστερη θέση, έναντι των υπολοίπων, καθώς η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας είναι αρκετά δύσκολη.

1.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Στις μέρες μας επικρατεί η άποψη ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν, αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των

οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη. Τα **πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων** σύμφωνα με την Εμκε- Πουλοπούλου (1999) είναι:

☞ Η μοναξιά. Η απώλεια στενών συγγενών όπως αδελφών, ξαδέλφων και κυρίως του ή της συζύγου δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα στενεύει και ο κύκλος των φίλων και γνωστών. Η μοναξιά μεγαλώνει, καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου.

☞ Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Συνήθως οι υπερήλικες έχουν αρκετά μικρότερες

συντάξεις σε σύγκριση με τους νεότερους συνταξιούχους του ίδιου κλάδου, λόγω ρυθμίσεων που έχουν γίνει με προγενέστερα συνταξιοδοτικά καθεστώτα.

- ✚ Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες.
- ✚ Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων και εμποδίζει τους αναλφάβητους να παρακολουθήσουν τα μη μεταγλωττισμένα προγράμματα της τηλεόρασης.
- ✚ Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας.
- ✚ Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια.
- ✚ Η έλλειψη κοινωνικο-ιατρικών υπηρεσιών, κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο.
- ✚ Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους. Η κοινωνία συχνά φέρεται πατερναλιστικά, βλέπει τον ηλικιωμένο με συγκατάβαση ή τον θεωρεί βάρος.
- ✚ Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων.
- ✚ Η απώλεια της αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας από άλλο πρόσωπο».
- ✚ *Οι βασικές οικονομικές ανάγκες δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων, αφού μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα για να είναι ανεξάρτητοι και κατά συνέπεια υποστηρίζονται για την επιβίωση τους είτε από τα παιδιά τους είτε από την κρατική βοήθεια, η οποία όμως κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης.*
- ✚ *Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαρείες χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις. Στην Ελλάδα δεν καλύπτονται οι ανάγκες για κατ' οίκον υπηρεσίες. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη (Έμκε- Πουλοπούλου Η., 1999).*

Τελειώνοντας αξίζει να αναφερθεί η σημαντική καμπή η οποία χαρακτηρίζει την Ελληνική κοινωνία. Η μετάβαση από την γεωργική κοινωνία όπου η θέση των ηλικιωμένων ήταν στο επίκεντρο, σε μία κοινωνία νέων μορφών και οικονομικών δομών, όπως

διαμορφώνεται στα μεγάλα αστικά κέντρα όπου η θέση των ηλικιωμένων είναι τυπική και μόνο, θεωρείται ότι συνιστά την πλέον καθοριστική επίπτωση στην πληθυσμιακή αυτή ομάδα.

1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια είναι ένας πολύ σημαντικός θεσμός, ο οποίος θεωρείται η βάση της ελληνικής κοινωνίας. Με το πέρασμα των χρόνων όμως, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στη λειτουργία και τη δομή της. Οι διαφοροποιήσεις αυτές, οφείλονται κυρίως στην « εξέλιξη » της σύγχρονης κοινωνίας και αφορά όλες τις αναπτυσσόμενες ή αναπτυγμένες χώρες.

Παλαιότερα το άτομο ενταγμένο μέσα σε ένα κοινωνικό σύνολο (οικογένεια) ικανοποιούσε όλες του τις ανάγκες. Οι συνθήκες ζωής που επικρατούσαν, συντελούσαν στην ύπαρξη ενός στέρεου υπόβαθρου, για την ανάπτυξη και διατήρηση αρμονικών σχέσεων, μεταξύ των μελών του συνόλου- οικογένειας. Το άτομο εκπληρώνοντας τις υποχρεώσεις του απέναντι στην κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκε, δικαιωνόταν από τους άλλους, τρέφοντας με αυτό τον τρόπο την αυτοεκτίμησή του. Οι εξελίξεις στο κοινωνικό επίπεδο, προκάλεσαν βαθιές αλλαγές στους σκοπούς, στις δομές και στη λειτουργία της οικογένειας. (Κατάκη Χ.Δ., 1984)

Είναι γεγονός πως, η ελληνική οικογένεια έχει πλέον αλλάξει και από εκτεταμένη- παραδοσιακή έχει μετατραπεί σε πυρηνική.

Οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ισχυροί, η αμοιβαία βοήθεια μεταξύ των μελών της οικογένειας φυσικά και υπάρχει. Τίποτα δεν αποδεικνύει ότι η επιθυμία των νέων να προσφέρουν στα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας, έχει περιοριστεί. Όμως ακόμα και σε περιοχές όπου παρατηρούνταν συμβίωση οικογενειών πολλών γενεών, οι συνθήκες που επικράτησαν, όπως η αστικοποίηση, η κινητικότητα εργατικού δυναμικού, συνέβαλαν στην έκλειψη της συμβίωσης αυτής και της εμφάνισης της σημερινής μορφής της οικογένειας. (Έμκε- Πουλοπούλου Η., 1999).

Πλέον, η οικογένεια μεταφέρεται στο χώρο της πόλης, όπου οι ρυθμοί της κοινωνικής πραγματικότητας απαιτούν την έξοδο της γυναίκας-συζύγου στην αγορά εργασίας. Τα παιδιά βρίσκονται ξαφνικά σε ένα αγώνα δρόμου, ο οποίος θα τους αποφέρει εφόδια για το μέλλον. Η κοινωνικοποίηση των παιδιών-μελών συντελείται τώρα κατά κύριο λόγο από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, ρόλο τον οποίο είχε παλιότερα κυρίως η οικογένεια. (Μουσούρου Λ., 1984)

Παλαιότερα ο άνθρωπος γερνούσε και πέθαινε στο σπίτι που μεγάλωσε τα παιδιά του, τριγυρισμένος από εγγόνια. Ήταν η μορφή της οικογένειας που όλα τα παιδιά με τις οικογένειές τους ζούσαν μαζί με τους γονείς. Σήμερα κάθε οικογένεια ζει στο δικό της σπίτι που, τις περισσότερες φορές, βρίσκεται σε απομακρυσμένη γειτονιά από το πατρικό σπίτι ή ακόμη και σε άλλη πόλη. Το γεγονός αυτό παρουσιάζεται λιγότερο στην προ μερικών δεκαετιών πατριαρχική Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης όπου η αποξένωση γονέων και παιδιών, όταν αυτά ενηλικιωθούν, είναι πιο έντονη.

Το πέρασμα στην κοινωνία της πόλης, η αύξηση των καταναλωτικών αναγκών καθώς, η αντιμετώπιση του πολίτη ως "εργατικής μονάδος", η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποίηση είναι οι κοινωνικοί παράγοντες που οδήγησαν στην πυρηνικοποίηση της οικογένειας. Η σύγχρονη οικογένεια έχει αλλάξει, τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία της. Η απουσία των μελών από το σπίτι (εργασία, εκπαίδευση κ.τ.λ.) έχει χαλαρώσει τους πατροπαράδοτους δεσμούς ανάμεσα στην οικογένεια, η οποία αποτελείται πλέον από τους γονείς και τα παιδιά με τους ηλικιωμένους να συμμετέχουν από λίγο έως καθόλου στην κοινωνική ζωή τους.

Σχετικά με τους ηλικιωμένους λοιπόν, θα μπορούσε κανείς να πει ότι βρίσκονται κατά κάποιο τρόπο παραγκωνισμένοι, καθώς οι ρυθμοί της σύγχρονης κοινωνίας είναι αρκετά απαιτητικοί και είναι δύσκολο από τους ίδιους να ανταποκριθούν. Ο ρόλος των ηλικιωμένων αλλάζει μέσα στην οικογένεια, χάνοντας οι ίδιοι το γόητρο και το σεβασμό που τους προσέφερε παλαιότερα η ηλικία και η πείρα που είχαν αποκομίσει από τη ζωή. (Γκιζέλη Γ., Καυταντζόγλου Ρ., Τεπέογλου Α., Φίλιας Β., 1984).

Η διάλυση της πρωτογενούς οικογένειας με το γάμο των παιδιών και την αναχώρησή τους από το πατρικό σπίτι επιτείνει το αίσθημα της μείωσης του γοήτρου των γονέων. Οι γονείς χάνουν έναν από τους σημαντικότερους κοινωνικούς ρόλους τους. Οι ηλικιωμένοι βρίσκονται να διαμένουν εκτός των στενών ορίων της σημερινής «πυρηνικής» οικογένειας. Συνήθως παραμένουν πίσω στα χωριά και ακόμα και αν μετακινούνται και οι ίδιοι στις πόλεις, κατοικία τους αποτελεί ένα μικρό διαμέρισμα κοντά στην κατοικία των παιδιών τους. (Αβεντισιάν- Παγοροπούλου Α., 2000). Το παραπάνω γεγονός συμβαίνει για όσο διάστημα οι ηλικιωμένοι είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό, τα παιδιά αναλαμβάνουν την φροντίδα τους, όπως έκαναν και παλαιότερα, όμως διαφοροποιώντας τον τρόπο παροχής αυτής της φροντίδας. Στην πλειοψηφία τους τα παιδιά αρκούνται στην παροχή οικονομικής βοήθειας στα ηλικιωμένα άτομα, ενώ παρατηρείται και μια στροφή προς τους αρμόδιους κρατικούς ή μη φορείς για την παροχή βοήθειας με στόχο την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

1.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Με τον όρο φροντιστής ηλικιωμένων, αποκαλούνται τα άτομα εκείνα που στηρίζουν τα άτομα 3^{ης} ή 4^{ης} ηλικίας, που λόγω ασθένειας ή προχωρημένης ηλικίας δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Οι φροντιστές των ηλικιωμένων, αποτελούν ένα ανομοιογενές σύνολο που σχετίζεται με την ηλικία, το φύλο, την συγγενική σχέση ή μη με το άτομο και την συγκατοίκηση. Οι φροντιστές κατά πλειοψηφία προέρχονται από το οικογενειακό περιβάλλον των ηλικιωμένων. Στους έγγαμους, τυπικά χρέη φροντιστή αναλαμβάνει ο ή η σύζυγος.

Ο οικογενειακός φροντιστής είναι το πρόσωπο που παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής φροντίδας σε ένα ηλικιωμένο άτομο. Τα πρόσωπα αυτά είναι σύζυγοι, παιδιά, αδέρφια, εγγόνια και άλλοι συγγενείς. Γείτονες και εθελοντές παρέχουν συχνά πολύτιμη βοήθεια τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους φροντιστές τους αλλά σπάνια αναλαμβάνουν καθήκοντα πλήρους φροντίδας (Τριανταφύλλου Τ., 1993). Παρατηρείται ότι τα άτυπα δίκτυα φροντίδας υποκαθιστούν σε σημαντικό βαθμό την επίσημη κοινωνική φροντίδα. Αυτό οφείλεται στην ύπαρξη ισχυρών οικογενειακών δεσμών των μελών μεταξύ τους και σχέσεις αλληλεγγύης και αλληλεξάρτησης που διατηρούν.

Στη χώρα μας τα άτυπα δίκτυα προσφέρουν βοήθεια όπως οικονομική ενίσχυση, στέγαση, σίτιση, βοήθεια για εξυπηρέτηση αναγκών προσωπικής καθαριότητας καθώς και ψυχολογική υποστήριξη και παρέα. Εκτός των άλλων η πλειοψηφία των ηλικιωμένων διαμένει κοντά σε ένα από τα παιδιά τους και οι σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών διαφαίνονται αμοιβαίες και υποστηρικτικές.

Παράλληλα οι ηλικιωμένοι χωρίς παιδιά, ή με παιδιά που αποχωρίστηκαν τον τόπο διαμονής τους συνδέονται και αυτοί με ένα άτυπο σύστημα υποστήριξης από συγγενείς, φίλους και γείτονες που παρέχουν αναγκαία βοήθεια για τη διατήρηση της αυτονομίας και των ικανοποιητικών συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων.

Είναι εμφανές ότι η διατήρηση των ισχυρών οικογενειακών σχέσεων και των άτυπων δικτύων φροντίδας ενέχει θετικό απολογισμό ως προς τη στήριξη και τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Όμως, μαζί με τα θετικά στοιχεία παρουσιάζονται και αρνητικά τα οποία σχετίζονται με την αναγκαιότητα του συμβιβασμού της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων και της εξάρτησής τους από τους συγγενείς.

Συνήθως, η φροντίδα των ηλικιωμένων εντάσσεται στο ρόλο της γυναίκας. Η άτυπη φροντίδα στο σπίτι κυρίως από γυναίκες της οικογένειας συμβάλει σημαντικά στη διατήρηση των ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια. Οι γυναίκες αποτελούν την πλειονότητα των φροντιστών. Πιστεύουν αφενός ότι είναι «υποχρέωσή τους» να τους φροντίζουν, όμως με τις όλο και περισσότερο αυξημένες επαγγελματικές και κοινωνικές ανάγκες από την άλλη επιζητούν την ελευθερία και το χρόνο αναψυχής τους. Έτσι σήμερα οι κοινωνικές εξελίξεις, όπως η θέση της γυναίκας στη κοινωνική και οικονομική ζωή και η αυξανόμενη συμμετοχή της στην αγορά εργασίας, διευρύνουν το ρόλο της με αποτέλεσμα να μειώνεται η ενασχόλησή της με τις εργασίες του νοικοκυριού, με τη φροντίδα των παιδιών και τη στήριξη των ηλικιωμένων.

Στο Κεφάλαιο αυτό έγινε μια μικρή εισαγωγή, παραθέτοντας τις κυριότερες ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων καθώς και το ρόλο της οικογένειας στη φροντίδα αυτών.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η βιβλιογραφική μελέτη απέδειξε ότι οι ανάγκες που εμφανίζονται και οι ηλικιωμένοι να έχουν είναι: οικονομικές, ιατροφαρμακευτικές, κοινωνικές, συναισθηματικές. Ορισμένες ανάγκες των ηλικιωμένων είναι αυξημένες σε σχέση με τις ανάγκες άλλων ατόμων όπως είναι οι ιατροφαρμακευτικές ανάγκες, οι οποίες θα μπορούσαν να ενσωματωθούν στις οικονομικές και να μη διαχωρίζονται, καθώς είναι στενά συνδεδεμένες. Όσον αφορά στις συναισθηματικές ανάγκες, δε θα πρέπει να γίνεται υποβιβασμός της αναγκαιότητας κάλυψής τους. Οι ηλικιωμένοι σε μεγαλύτερο βαθμό έχουν την ανάγκη για αναγνώριση αυτών και στήριξή τους, καθώς οι αλλαγές που συντελούνται στη ζωή τους είναι αρκετά μεγάλες, όπως η αλλαγή ρόλων που λαμβάνουν μέρος στη ζωή τους.

Οι αλλαγές που γίνονται με ταχύτατους ρυθμούς σήμερα στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες αλλάζουν τον παραδοσιακό ρόλο της οικογένειας. Η οικογένεια από «παραδοσιακή» μετατρέπεται σε «πυρηνική» έχοντας ως συνέπεια την απομάκρυνση των ηλικιωμένων μελών της από την εστία της. Αυτό το φαινόμενο οδηγεί τα μέλη της οικογένειας στην αναζήτηση νέων τρόπων ικανοποίησης των αναγκών των ηλικιωμένων μελών της καθώς η ίδια η οικογένεια δεν είναι σε θέση να τις ικανοποιήσει πλήρως. Σε αυτό το σημείο έρχεται να παρέμβει το κράτος, καθώς επίσης και οι ιδιωτικές πρωτοβουλίες, οι οποίες έχουν ως στόχο την «στήριξη» της κρατικής πολιτικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ
Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων εμφανίστηκε σαν ζήτημα τα τελευταία χρόνια του 20^{ου} αιώνα, που παρέμενε κρυφό από την κοινή γνώμη, αλλά αναφερόταν σε βιβλιογραφίες, όπως η παιδική και η γυναικεία κακοποίηση, οι οποίες ήταν οι πρώτες που εμφανιστήκαν. Και οι δύο τύποι κακοποίησης ήταν ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας. Η κακομεταχείριση των ηλικιωμένων αποδόθηκε ως «κακοποίηση των ηλικιωμένων» και πρωτοεμφανίστηκε σε βρετανικά επιστημονικά περιοδικά το 1975 με τον όρο «πολιορκία της γιαγιάς». Οι συγκεκριμένες αναφορές προβλήθηκαν αμέσως ως κοινωνικοπολιτική υπόθεση και απευθείας οδηγήθηκε σε νομοθετική ρύθμιση. Το Αμερικάνικο Κογκρέσο πρώτα αντιλήφθηκε πλήρως το πρόβλημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων και έπειτα ακολούθησαν ερευνητές και θεραπευτές. Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα, επιστημονικές έρευνες και κυβερνητικές δράσεις, είχαν αναφορές για το ζήτημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων, το οποίο εντοπίστηκε σε ανεπτυγμένες κυρίως χώρες. (Baker, 1975, Burston G., 1977).

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων μπορεί να είναι σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και/ή οικονομική εκμετάλλευση και/ή παραμέληση, σε ανθρώπους των 65 ετών και άνω. Το πρόβλημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων δεν έχει προσδιοριστεί κατάλληλα ακόμα, αλλά εκτιμάται ότι τουλάχιστον 4 εκατομμύρια ηλικιωμένοι έχουν υποστεί κάποιο είδος κακοποίησης μία φορά τον χρόνο, όπως προκύπτει από την έρευνα του Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην Ευρώπη. Με την γήρανση του πληθυσμού τα ποσοστά δείχνουν ότι η κακοποίηση των ηλικιωμένων αυξάνεται και χρειάζεται να παρθούν μέτρα για να σταματήσει αυτή η ανοδική αύξηση των περιστατικών. (WHO, European report on preventing elder maltreatment, 2011)

Το φαινόμενο αυτό επηρεάζει την υγεία των ηλικιωμένων και πνευματικά και σωματικά και αν δεν εντοπιστεί οδηγεί σε φτωχότερη ποιότητα ζωής και σε άρνηση επιβίωσης των ηλικιωμένων. Γι' αυτόν τον λόγο αποτελεί σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Επιπλέον, η πρόληψη της κακοποίησης αποτελεί ζήτημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Η κοινωνία έχει καθήκον να προφυλάσσει τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, τα οποία διαβρώνονται από την προκατάληψη κατά των ηλικιωμένων, οδηγώντας σε αρνητικές κοινωνικές συμπεριφορές και σε στερεότυπα. (European Union, 2009)

Οι ηλικιωμένοι είναι ευπρόσβλητοι στην κακομεταχείριση στον χώρο τους ή σε άλλο περιβάλλον. Ιδιαίτερα πλησιάζοντας στο τέλος της ζωής τους, παρουσιάζουν αδυναμία

και προβλήματα υγείας και αυτό τους καθιστά ευάλωτους καθώς επίσης τους μειώνει την ικανότητα να είναι λειτουργικοί στην καθημερινότητα τους, αυξάνοντας τον βαθμό εξάρτησης τους από άλλα άτομα. Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να εκτιμώνται σαν σεβαστά μέλη της κοινωνίας τα οποία είναι ικανά λόγω της εμπειρίας των χρόνων να συμβάλλουν θετικά στην κοινωνία. (Podnieks E., 2006)

Παρόλο που τα τελευταία 25 χρόνια το ενδιαφέρον των ακαδημαϊκών, των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και των επαγγελματιών στο χώρο της φροντίδας και υποστήριξης ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σημαντικά, απαιτείται ακόμα πολύ δουλειά προκειμένου στην πλήρη κατανόηση του φαινομένου και στην ανάπτυξη ενός εμπειριστατωμένου ορισμού για την κακοποίηση ηλικιωμένων.

Οι ορισμοί που έχουν προταθεί για τη κακοποίηση των ηλικιωμένων διαφέρουν μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, των διαφορετικών πολιτισμών και των επιστημονικών κλάδων. Ο πιο πλήρης ορισμός που αναφέρεται από τους ειδικούς, ήταν ο ορισμός που αναπτύχθηκε από τη Δράση για την Κακοποίηση των Ηλικιωμένων το 1995 και που εγκρίθηκε στη συνέχεια, από τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) και την I.N.P.E.A. (International Network for the Prevention of Elder Abuse) το 2002. Σύμφωνα με τον ορισμό «η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι μια μεμονωμένη, ή επαναλαμβανόμενη πράξη, ή η απουσία πράξης, που σημειώνεται ανάμεσα σε οποιαδήποτε σχέση όπου υπάρχει η προσδοκία εμπιστοσύνης και η οποία προκαλεί βλάβη ή συνεπάγεται κίνδυνο για ένα ηλικιωμένο άτομο».

(www.who.int)

Ωστόσο, υπογραμμίστηκε το γεγονός ότι ο ορισμός δεν είναι ολοκληρωμένος, δεδομένου ότι συνεπάγεται την προσδοκία εμπιστοσύνης ή την ύπαρξη σχέσης μεταξύ του θύματος και του θύτη. Κατά συνέπεια, αποκλείονται οι μορφές κακοποίησης όπου οι δύο αυτοί δείκτες δεν υπάρχουν, όπως είναι η οικονομική και η υλική κακοποίηση από ένα ξένο ή μια εταιρεία (για παράδειγμα, η εξαπάτηση ενός ηλικιωμένου ατόμου ώστε να εγγραφεί σε κάποιο είδος υπηρεσίας, η οποία όμως, δεν έχει καμία χρησιμότητα για εκείνον). Επίσης, οι λέξεις «κακοποίηση ηλικιωμένων» ίσως είναι πολύ σκληρές για να οδηγήσουν σε μια ευρεία αποδοχή, και τα θύματα, οι δράστες και οι μάρτυρες μπορεί να μην αναγνωρίσουν ή αποδεχτούν τον όρο, κυρίως όταν η κακοποίηση είναι ακούσια. (Action on Elder Abuse , 1995)

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να κακοποιηθούν στο σπίτι, από μέλη της οικογένειας, από τους συζύγους τους, από φίλους, από τους φροντιστές τους ή από το οικιακό προσωπικό ή από το επαγγελματικό προσωπικό ή από επισκέπτες, οι οποίοι μπορεί να διαπράξουν κακοποίηση σε ιδρυματικό περιβάλλον όπως π.χ. σε γηροκομεία ή οίκους ευγηρίας είτε σε νοσοκομεία. Επομένως η κακοποίηση των ηλικιωμένων εξ' ορισμού συνδέεται στενά και με την κακοποίηση

από το στενό οικιακό περιβάλλον είτε είναι σεξουαλική, σωματική, ψυχολογική, οικονομική εκμετάλλευση ή παραμέληση.

2.2 ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι ηλικιωμένοι όσο μεγαλώνουν γίνονται περισσότερο σωματικά αδύναμοι και είναι λιγότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν άφοβα ή να αμυνθούν σε περίπτωση που δεχθούν επίθεση. Μπορεί να μην αντιληφθούν οπτικά ή ακουστικά την απειλή, όπως συνήθιζαν παλαιότερα, αφήνοντας ανοικτό πεδίο σε ασυνείδητους ανθρώπους να τους εκμεταλλευτούν. Η σωματική ή η ψυχολογική τους αδυναμία τους κάνει πιο δύσκολη την συντροφικότητα με τους ανθρώπους που ζουν μαζί τους.

Οι μορφές της κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι οι εξής:

Σωματική κακοποίηση: η επιβολή πόνου ή τραυματισμού, σωματικού εξαναγκασμού ή η πρόκληση θετών περιορισμών

Ψυχολογική κακοποίηση: η επιβολή πνευματικής/συναισθηματικής οδύνης

Σεξουαλική κακοποίηση: η μη θελημένη σεξουαλική επαφή κάθε τύπου, με το ηλικιωμένο άτομο.

Οικονομική εκμετάλλευση: η παράνομη ή ακατάλληλη εκμετάλλευση ή χρήση των διαθέσιμων χρηματικών πόρων ή της περιουσίας του ηλικιωμένου ατόμου.

Παραμέληση: η άρνηση ή η παράλειψη για εκπλήρωση των καθηκόντων των φροντιστών. Ενδέχεται όμως αυτή η πράξη να μην είναι σκόπιμη ή αισθητή για την επιβολή σωματικής ή ψυχολογικής καταπόνησης στον ηλικιωμένο. (www.who.int)

Η **οικονομική** εκμετάλλευση αναφέρεται στην χρησιμοποίηση των χρηματικών πόρων ή της περιουσίας του ηλικιωμένου, σε αντίθεση με τις επιθυμίες του ή τις ανάγκες του ή το συμφέρον του ή ακόμα προς όφελος του θύτη. Πιο συγκεκριμένα μπορεί να είναι:

- Η κλοπή χρημάτων ή άλλων αντικειμένων από τον χώρο του ηλικιωμένου ή από τους τραπεζικούς του λογαριασμούς.
- Η πώληση ή η μεταφορά της περιουσίας του ηλικιωμένου χωρίς την συγκατάθεσή του
- Η αδυναμία να εξασφαλιστεί συμφωνία για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στον ηλικιωμένο, όπως η φροντίδα, επισκευές στο σπίτι ή σε όχημα, ή ακόμα και η βοήθεια για οικονομική διαχείριση
- Η χρήση των τραπεζικών καρτών για μη εξουσιοδοτημένες αγορές

- Η χρήση των προσωπικών στοιχείων του ηλικιωμένου για έναρξη νέων λογαριασμών προς όφελος του θύτη
- Η κακομεταχείριση της πληρεξουσιότητας του ηλικιωμένου
- Η άρνηση της επιστροφής δανεισμένων χρημάτων ή περιουσίας μετά από συμφωνία, ή όταν έχει ζητηθεί από τον ίδιο τον ηλικιωμένο ή κάποιον αντιπρόσωπό του
- Η αλλαγή της διαθήκης, ή και της κληρονομιάς του ηλικιωμένου προς όφελος του θύτη (Acierno R., Hernandez M. A., Amstadter A.B., Resnick H.S., Steve K., Muzzy W., 2003)

Στην **ψυχολογική κακομεταχείριση**, οι άνθρωποι που απειλούν ή εκφοβίζουν τους ηλικιωμένους με διάφορους τρόπους, τους προκαλούν συναισθηματική φόρτιση και θλίψη.

Οι **λεκτικές μορφές** της ψυχολογικής κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν:

- Εκφοβισμό μέσω απειλών και άγριων φωνών
- Ταπείνωση και γελοιοποίηση εις βάρος των ηλικιωμένων
- Συνήθεις κατηγορίες ή μεταθέσεις ευθυνών εις βάρος των ηλικιωμένων

Οι **μη λεκτικές μορφές** της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν:

- Αδιαφορία για τον ηλικιωμένο
- Απομόνωση του ηλικιωμένου ατόμου από το κοινωνικό δίκτυο του ή από δραστηριότητες
- Εκφοβισμό ή απειλές στον ηλικιωμένο

Η **παραμέληση** μπορεί να πάρει τις εξής μορφές:

- Άρνηση παροχής φροντίδας, ενώ είναι απαραίτητη
- Εγκατάλειψη του ηλικιωμένου σε χώρους ιδρυματικής φροντίδας (Acierno R., Hernandez M. A., Amstadter A.B., Resnick H.S., Steve K., Muzzy W., 2003)

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι περισσότερες εργασίες πάνω στο θέμα της κακοποίησης των ηλικιωμένων είχαν περιορισμένα στοιχεία και συνεχίστηκαν αργότερα στις ανεπτυγμένες χώρες. Ψάχνοντας

εξηγήσεις για την κακοποίηση των ηλικιωμένων, οι ερευνητές μελέτησαν βιβλιογραφίες των πεδίων της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, της γεροντολογίας και από μελέτες της ενδοοικογενειακής βίας. Για την διευκόλυνση της πολυπλοκότητας της κακοποίησης των ηλικιωμένων και τους παράγοντες που συνδέονται με αυτή, οι ερευνητές στράφηκαν στην οικολογική θεωρία, η οποία πρώτη απευθύνθηκε στη μελέτη της παιδικής κακοποίησης και στην παραμέληση και απευθύνθηκε αργότερα στην κακοποίηση των ηλικιωμένων. Το οικολογικό μοντέλο συμφωνεί με μια ενσωματωμένη ιεραρχία των τεσσάρων επιπέδων του περιβάλλοντος: το προσωπικό, των σχέσεων/αλληλεπιδράσεων, της κοινότητας, και της κοινωνίας. (Carp R.M., 2000)

2.3.1 Προσωπικοί παράγοντες

Οι ερευνητές παλαιότερα έδιναν μικρή βαρύτητα στη διαταραχή της προσωπικότητας ως αίτιο για την ενδοοικογενειακή βία, σε σχέση με τους πολιτιστικούς και κοινωνικούς παράγοντες. (Gelles R.J., Loeske DR, 1993) Πρόσφατα, αν και, έρευνες στην ενδοοικογενειακή βία έδειξαν ότι οι θύτες, οι οποίοι είναι φυσικά επιθετικοί είναι πιο πιθανό να πάσχουν από διαταραχή προσωπικότητας και να συνδέονται με προβλήματα αλκοολισμού, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Παρεμφερείς έρευνες περιορίστηκαν στην βία κατά των ηλικιωμένων και στοιχεία έδειξαν ότι οι επιτιθέμενοι είναι πιθανό να έχουν διανοητική υγεία και ουσιαστικά προβλήματα κακομεταχείρισης σε σχέση με τα οικογενειακά μέλη ή τους φροντιστές, οι οποίοι δεν είναι επιθετικοί ή αλλιώς διαταραγμένοι. (Homer A.C., Gilleard C., 1990)

Γνωστικές και σωματικές βλάβες των κακοποιημένων ηλικιωμένων αναγνωρίστηκαν έντονα σε μελέτες που αφορούσαν τους παράγοντες κινδύνου για την κακοποίηση των ηλικιωμένων. Ωστόσο, νεότερη έρευνα βασισμένη σε ποικιλία περιπτώσεων από αρχεία κοινωνικής υπηρεσίας, αποκάλυψε ότι οι ηλικιωμένοι που είχαν υποστεί κακομεταχείριση, δεν ήταν περισσότερο καταβεβλημένοι από αυτούς που δεν είχαν υποστεί κακομεταχείριση, ιδιαίτερα, σε περιπτώσεις λεκτικής και σωματικής κακοποίησης. (Pillemer K.A., 1989)

Σε άλλες μελέτες, η σύγκριση των δειγμάτων των ασθενών της νόσου Alzheimer, έδειξαν ότι ο βαθμός εξασθένησης δεν αποτελούσε παράγοντα κινδύνου για την κακοποίηση. (Paveza G.J., 1992) Ωστόσο, μεταξύ των περιπτώσεων που είχαν αναφερθεί στις αρχές, σύμφωνα με τις οποίες εμπλέκονταν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία και οι πιο ευπαθείς, αποτελούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό.

Το φύλο προτάθηκε από κάποιους ως καθοριστικός παράγοντας για την κακοποίηση των ηλικιωμένων, πιστεύοντας ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες αντιμετώπιζαν κατάθλιψη και οικονομικά προβλήματα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. (Aitken L., Griffin G., 1996) Εν τούτοις, σε μελέτες βασισμένες στην κοινότητα, εμφανίζεται ότι οι ηλικιωμένοι είναι σε κίνδυνο για κακομεταχείριση από τις ίδιες τις συζύγους τους, τα ενήλικα παιδιά και άλλους συγγενείς σε ίδιες αναλογίες με τις γυναίκες ηλικιωμένες. (Rodnieks E., 1992)

Ως παράγοντας κινδύνου θεωρείται και η ηλικία, όπου όσο μεγαλώνει τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος για κακοποίηση. Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο πιο ευάλωτος και αδύναμος νιώθει ο ηλικιωμένος, με αποτέλεσμα να γίνεται εύκολο θύμα κακοποίησης. (Gare-Olmo J., 2009) Ωστόσο σε έρευνα που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο, όσον αφορά στην ηλικία του θύτη, αναφέρεται ότι όσο νεότερη είναι τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για οικονομική κακοποίηση κυρίως. (O'Keffe M., 2007)

2.3.2 Παράγοντες σχέσεων/αλληλεπιδράσεων

Στις πρώιμες θεωρητικές προσεγγίσεις, το επίπεδο της πίεσης των φροντιστών, φαινόταν ως παράγοντας κινδύνου, ο οποίος συνέδεε την κακομεταχείριση των ηλικιωμένων με την φροντίδα ενός ηλικιωμένου συγγενή. (Steinmetz S.K., 1988) Ενώ η κοινή λογική για την κακοποίηση περιγράφει ένα εξαρτημένο θύμα και έναν υπερφορτισμένο φροντιστή, υπάρχει μια βασική απόδειξη ότι κανένας από αυτούς τους παράγοντες δεν είναι κατάλληλοι να εξηγήσουν τις περιπτώσεις κακοποίησης. Ωστόσο οι ερευνητές δεν αρνούνται την συνιστώσα του άγχους και της πίεσης, και τείνουν τώρα να το επαναπροσδιορίσουν σε ένα ευρύτερο φάσμα, στο οποίο η ποιότητα της συνολικής σχέσης/αλληλεπίδρασης είναι ένας αιτιολογικός παράγοντας. (Nolan M.R., Grant G., Keady J., 1996) Μερικές μελέτες που περικλείουν το άγχος και την πίεση του φροντιστή, την νόσο του Alzheimer και την κακοποίηση των ηλικιωμένων, προτείνουν ότι η φύση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του φροντιστή και του δέκτη της φροντίδας, πριν ξεκινήσει η κακομεταχείριση, μπορεί να είναι ένας σημαντικός προφήτης για την κακοποίηση. Στις μέρες μας, επομένως, πιστεύεται ότι η πίεση και το άγχος μπορεί να συμβάλλει ως παράγοντας σε περιπτώσεις κακοποίησης, αλλά δεν υπολογίζεται από μόνος του παράγοντας κινδύνου για το φαινόμενο της κακοποίησης.

Δουλεύοντας με ασθενείς με σχιζοφρένεια, έχει αναφερθεί ότι οι επιθετικές δράσεις που εκτελούνται από τον εξυπηρετούμενο, λειτουργούν ως «προκλήσεις έκρηξης» για αμοιβαία/ανταποδοτική χρήση βίας από τον φροντιστή. (Pillemer K.A., Suitor J.J., 1992) Αυτό

μπορεί να προκύπτει από το γεγονός ότι η βία είναι αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων, διάφορων παραγόντων, περιλαμβάνοντας το άγχος/πίεση, την σχέση μεταξύ του φροντιστή και του εξυπηρετούμενου, την ύπαρξη διασπαστικής συμπεριφοράς και επιθετικότητας από τον εξυπηρετούμενο, ακόμα και την αποθάρρυνση του φροντιστή. (O'Loughlin A., Duggan J., 1998)

Είναι αποδεκτό ότι η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι ένα σύνθετο και πολυδιάστατο πρόβλημα. Μπορεί να προκληθεί από πολλούς και διαφορετικούς μεταξύ τους παράγοντες. Αυτοί μπορεί να είναι περιστασιακές παράμετροι ή ατομικοί παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι συνδέονται με τον δράστη και/ή το θύμα ή ακόμη με τις δυναμικές της σχέσης τους. Οι παράγοντες κινδύνου που αναφέρθηκαν και σχετίζονται με τους δράστες περιλαμβάνουν την υπερεπιβάρυνση, την γνωστική δυσλειτουργία, την κατάχρηση ουσιών, όπως τα ναρκωτικά και το αλκοόλ.

Οι παράγοντες κινδύνου που υπογραμμίστηκαν και αφορούν στα θύματα περιλαμβάνουν την εξάρτηση από άλλα πρόσωπα, την κοινωνική απομόνωση, και την γνωστική δυσλειτουργία (όπως η άνοια).

Ένας μεγάλος αριθμός εμφανίζεται και θέτει τους ηλικιωμένους στον κίνδυνο της βίας. Σε μερικές περιπτώσεις οι πιεσμένες οικογενειακές σχέσεις, μπορεί να μετατραπούν σε χειρότερες και να είναι αποτέλεσμα της πίεσης, του άγχους και της απογοήτευσης καθώς το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να γίνει πιο εξαρτημένο. Σε άλλες περιπτώσεις η εμπιστοσύνη του φροντιστή σε ένα ηλικιωμένο άτομο, όσον αφορά στη στέγαση ή στην οικονομική ενίσχυση, μπορεί να είναι πηγή σύγκρουσης.

Σε πολλές περιπτώσεις, οι θύτες είναι οικονομικά εξαρτημένοι από το θύμα όσον αφορά στην διαμονή τους, την συντήρησή τους, την μεταφορά και άλλες δαπάνες (Wolf R., Pillemer K., 1989). Σε άλλες περιπτώσεις οι θύτες είναι άμεσα εξαρτημένοι από τα θύματα τους από συναισθηματική ή συγγενική ανοχή. Συμβαίνει ωστόσο να υπάρχει αμοιβαία εξάρτηση μεταξύ του θύματος και του θύτη όπου είναι φανερό και οδηγεί στην αναγνώριση του συμπλέγματος της αλληλεξάρτησης μεταξύ των δύο μερών. (Wolf R., Strugnell C.P., Godkin M.A., 1982). Ένα παράδειγμα από το Ισραήλ, έδειξε ότι υπήρχε αυξημένος κίνδυνος από τα παιδιά-θύτες για διάπραξη κακοποίησης, τα οποία ήταν άνεργα, οικονομικά εξαρτημένα και είχαν διαπροσωπικές δυσκολίες. (Lowenstein A., Eisikovits Z., Winterstein T., 2009)

Σε μερικές οικογένειες, η βία είναι μία καθημερινότητα και γίνεται τρόπος συμπεριφοράς. Τα οικογενειακά μέλη μαθαίνουν να είναι βίαια είτε βιώνοντας την κακοποίηση είτε ως μάρτυρες. Τα άτομα αυτά που έχουν μάθει να δρουν επιθετικά είναι

πιθανό να επαναλαμβάνουν αυτή την μορφή συμπεριφοράς και στις δικές τους οικογένειες. Αυτή η μορφή συμπεριφοράς είναι γνωστή ως ο κύκλος της βίας. (Pillemer K., Iborra I., 2005)

2.3.3 Πολιτιστικοί και Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ένα ηλικιωμένο άτομο που μπορεί να υποφέρει από κακομεταχείριση. Πολλοί ηλικιωμένοι είναι απομονωμένοι εξαιτίας σωματικών και ψυχικών δυσκολιών ή από απώλεια φίλων ή άλλων οικογενειακών μελών. (Gare-Olmo J., Planas-Pujol X., Lopez-Pousas, Juvinya D., Vila, Vilalta- Franch J., 2009)

Οι πολιτιστικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν την κακοποίηση των ηλικιωμένων συμπεριλαμβάνουν:

- Την απεικόνιση του ηλικιωμένου ως αδύναμο, ευπαθή και εξαρτημένο
- Την διάβρωση των δεσμών μεταξύ των γενεών μιας οικογένειας
- Την αλλαγή της δομής των βασικών δικτύων στήριξης για τους ηλικιωμένους
- Την αλλαγή της κληρονομιάς και των δικαιωμάτων της γης, επηρεάζοντας την διανομή της εξουσίας και των υλικών αγαθών μεταξύ των οικογενειών
- Την μετανάστευση των νέων ζευγαριών σε άλλες περιοχές, αφήνοντας τους ηλικιωμένους γονείς τους μόνους, σε κοινωνίες στις οποίες οι ηλικιωμένοι άνθρωποι ήταν παραδοσιακά στην φροντίδα των απόγονων τους. (Grafstrom M., Nordberg A., Winblad B., 1994)

Κατανοώντας ποιόι παράγοντες σχετίζονται με την κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι ένα βασικό βήμα για την δημόσια υγεία, προσεγγίζοντας την πρόληψη της. Κανένας μεμονωμένος παράγοντας μπορεί να εξηγήσει γιατί κάποιο άτομα συμπεριφέρονται βίαια προς άλλους ή γιατί η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι πιο διαδεδομένη σε μερικές κοινότητες από άλλες. (Krug E., 2002) Η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι αποτέλεσμα ενός συνόλου αλληλεπιδράσεων από ατομικούς, σχέσεων αλληλεπίδρασης, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες. Προηγούμενες έρευνες για την διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που αφορούσαν στη κακοποίηση των ηλικιωμένων, είχαν περιορισμούς, διότι υπάρχουν αδιασαφήνιστοι ορισμοί για την κακοποίηση και τους

τύπους της, τα άτομα υψηλού κινδύνου, ειδικότερα οι πιο ηλικιωμένοι, οι αναπηρίες καθώς και οι ανεπαρκείς μελέτες και αναφορές. (Bonnie R., Wallace R., 2003)

Η κακοποίηση ηλικιωμένων γίνεται αντιληπτή ως κοινωνικό ή κοινωνιολογικό πρόβλημα, το οποίο έχει να κάνει με την γενική αρνητική άποψη για τους ηλικιωμένους ανθρώπους και το γήρας. Για παράδειγμα, μια αρνητική άποψη για το γήρας, είτε αυτή συνδέεται με μια ολόκληρη χώρα, μια συγκεκριμένη κουλτούρα ή άπλα από ένα οργανισμό, οικογένεια ή ένα άτομο, είναι ένας παράγοντας που αυξάνει τις περιπτώσεις για κακοποίηση των ηλικιωμένων. (Reay A.M.C., Brown K.D., 2001)

Οι ηλικιωμένοι με αδύνατο κοινωνικό δίκτυο είναι πιο πιθανό να αναφέρουν περιπτώσεις κακομεταχείρισης (σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική), σε σύγκριση με άλλους που έχουν πιο δυνατό. Οι γυναίκες με αδύνατο κοινωνικό δίκτυο είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην διαπροσωπική και την οικονομική κακοποίηση. Οι γυναίκες που είναι διαζευγμένες, μόνες και απομονωμένες είναι σε περισσότερο κίνδυνο για οικονομική κακοποίηση σε σύγκριση με άλλες. (Naughton C., 2010) Έτσι οι ανεπτυγμένες κοινωνικές σχέσεις λειτουργούν ως προστατευτικός παράγοντας και βοηθάνε στο να κατευιάσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και την ανησυχία καθώς παρουσιάζεται η κακομεταχείριση. (Soares J.J.F., 2010)

2.4 ΠΡΟΦΙΛ ΘΥΤΗ ΚΑΙ ΘΥΜΑΤΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

2.4.1 Το προφίλ θύτη

Οι θύτες που ασκούν σωματική κακοποίηση εναντίον των ηλικιωμένων πάσχουν συχνά από περισσότερα παθολογικά προβλήματα σε σύγκριση με τους θύτες που ασκούν σωματική κακοποίηση εναντίον στις ηλικιωμένες. Οι θύτες επιπλέον αποδεικνύεται ότι είναι πιθανό να έχουν νομικά προβλήματα, ψυχολογικά προβλήματα, να χρησιμοποιούν ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ) κατά τη διάρκεια του περιστατικού κακοποίησης, να έχουν γνωστική δυσλειτουργία και υπερεπιβάρυνση.

Οι θύτες συμβιώνουν ή έχουν στενές σχέσεις με τα θύματα. Ο θύτης είναι συνήθως ο/η σύζυγος ή άλλο οικογενειακό μέλος, ωστόσο η κακοποίηση από έναν οικογενειακό βοηθό ή από έναν στενό οικογενειακό φίλο συμβαίνει λιγότερο συχνά. Οι θύτες που ασκούν σωματική κακοποίηση είναι συνήθως άντρες, μεγάλοι σε ηλικία και ζουν μαζί με το θύμα. (Biggs S., Manthorpe J., Tinker A., Doyle M., 2009). Υπάρχουν κάποιες μαρτυρίες από ένα μικρό

δείγμα των θυτών, οι οποίοι παραδέχτηκαν ότι κακομεταχειρίστηκαν ηλικιωμένους, το οποίο δείχνει ότι οι θύτες που άσκησαν σωματική κακοποίηση είχαν ιστορικό από κατάχρηση αλκοόλ και ότι είχαν κακοποιηθεί σωματικά και οι ίδιοι στην παιδική τους ηλικία. (Reay A.M.C., Brown K.D., Erens B., 2001)

Για κάθε μορφή κακοποίησης, το προφίλ του θύτη και το περιστατικό είναι καθορισμένα. Τα χαρακτηριστικά είναι: η εξάρτηση του θύματος από τον θύτη, η καθημερινή φροντίδα, οι στενοί φίλοι, η ανεργία, τα τυχόν νομικά προβλήματα, η χρήση ουσιών, η διαμονή με το θύμα, η συγγένεια και αν έχει αναφερθεί στις αρχές για κάποιο συμβάν παλαιότερα. (Acierno R., Hernandez M. A., Amstadter A.B., Resnick H.S., Steve K., Muzzy W., 2003)

Τα χαρακτηριστικά του θύτη ως επαγγελματικό προσωπικό σε χώρους ιδρυματικής φροντίδας είναι τα εξής: η έλλειψη γνώσεων και ικανοτήτων, δυσκολίες στην προσωπική ζωή του, αρνητική στάση για τους ηλικιωμένους, εξάντληση από την εργασία (burn-out). (Juklestad O., 2001)

2.4.2 Το προφίλ του θύματος

Τα χαρακτηριστικά του θύματος είναι τα εξής: κυρίως είναι γυναίκες άνω των 74 ετών οι οποίες είναι ευκολότεροι στόχοι για κακοποίηση, λόγω αδυναμίας. Επίσης υπάρχει η εξάρτηση σε μεγάλο βαθμό από τον θύτη, λόγω σωματικής και διανοητικής δυσλειτουργίας. Η νόσος του Alzheimer ή η γεροντική άνοια, κάποιες ψυχολογικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη. Τέλος τα θύματα συχνά εμφανίζουν προκλητική συμπεριφορά ή επιθετικότητα. (Biggs S., Manthorpe J., Tinker A., Doyle M., 2009)

2.5 ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Για τους ηλικιωμένους οι συνέπειες της κακοποίησης μπορεί να είναι ιδιαίτερα σοβαρές, διότι τα οστά τους είναι περισσότερο εύθραυστα και η ανάρρωση τους κρατάει περισσότερο χρόνο. Ακόμα και ένας σχετικά ασήμαντος τραυματισμός, μπορεί να επιφέρει σοβαρή και μόνιμη βλάβη στον ηλικιωμένο.

Οι άμεσες σωματικές συνέπειες περιλαμβάνουν επιθετικούς τραυματισμούς, από μώλωπες ως σπασμένα οστά και εγκεφαλικές βλάβες, από ανεπαρκής διατροφή ως

αφυδάτωση, από διαταραχές ύπνου ως ευπάθεια σε νέες ασθένειες, ακόμα και συνεχείς σωματικούς πόνους. (Samaras N., 2010) Η κακοποίηση των ηλικιωμένων εμπλέκεται στην πρόωρη θνησιμότητα, η οποία μπορεί όχι μόνο να προκληθεί από ευπάθεια ή αδυναμία, αλλά και από άλλες συνθήκες οι οποίες μπορεί να είναι επιπλέον επιβαρυντικές για τον ηλικιωμένο. (Lachs M.S., 1998). Οι ψυχολογικές συνέπειες μπορεί να προκύψουν σοβαρές, με αποτέλεσμα, βιώματα φόβου και θλίψης, θυμού και σύγχυσης αλλά και απομόνωσης του ηλικιωμένου από την οικογένεια του και τους φίλους. (O’Keeffe M., 2007) Η έκταση αυτή των συνεπειών περιλαμβάνει και χειροτέρευση της ποιότητας ζωής, δυστυχία και κατάθλιψη, αυξάνοντας τον κίνδυνο για την εκδήλωση φοβιών και ανήσυχων αντιδράσεων, ακόμα και ανικανότητα, διαταραχές ύπνου και μετατραυματικό άγχος. Οι συνέπειες της κακοποίησης μπορούν να οδηγήσουν σε μεγάλη συναισθηματική καταπόνηση και στην έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοσεβασμού. (Comijs H.S., 1999) Η συχνή άσκηση κακοποίησης μπορεί να επιφέρει χειρότερες ψυχολογικές συνέπειες, όπως η κατάθλιψη και αυτοκτονικές ή αυτοκαταστροφικές τάσεις. (Mowlam A., 2007).

2.6 ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Αρκετές θεωρητικές προσεγγίσεις πηγάζουν από την ψυχολογία, την κοινωνιολογία, τον φεμινισμό και από πεδία που αναφέρονται στην παιδική κακοποίηση και την οικογενειακή βία, στην προσπάθεια να εξηγήσουν οι ερευνητές, τις αιτίες της κακοποίησης των ηλικιωμένων. (Bennet G., Kingston P., Penhale B., 1997)

Θεωρία της σχετικότητας (situational theory): Ισχυρίζεται ότι ένας εξαντλημένος και αγχωμένος φροντιστής ή οικογενειακός βοηθός, δημιουργεί συνθήκες για άσκηση κακοποίησης.

Θεωρία της ανταλλαγής (exchange theory): απευθύνεται στην αμοιβαιότητα της εμπιστοσύνης μεταξύ του κακοποιημένου και του θύτη. Υποδηλώνει ότι η κακοποίηση συμβαίνει μέσα σε ένα πλαίσιο εργασίας τακτικών και αποκρίσεων στην οικογενειακή ζωή.

Φεμινιστική θεωρία (feminist theory): είναι βασισμένη στις θεωρίες της ενδοοικογενειακής βίας, τονίζοντας την έλλειψη ισορροπίας της εξουσίας, μέσα στις σχέσεις, και πως ο άντρας χρησιμοποιεί την βία ως μέσο επίδειξης της δύναμης του.

Πολιτικοοικονομικές θεωρίες (political economic theories): κριτικάρουν την έμφαση στις προσωπικές θεωρίες (individualistic theories), αξιώνοντας ότι οι δυναμικές διάρθρωσης της

κοινωνίας και τα όρια μεταξύ του ηλικιωμένου και της κοινωνίας, έχουν δημιουργήσει συνθήκες και οδηγούν στην σύγκρουση και την βία.

Ενδοπροσωπική θεωρία (intra-individual dynamics, psychopathology): ισχυρίζεται ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ μιας ψυχολογικής ή συναισθηματικής διαταραχής μεταξύ του θύτη και της κακοποίησης.

Μεταβίβαση μεταξύ γενεών ή θεωρία κοινωνικής μάθησης (intergenerational transmission or social learning theory): εκφράζει ότι η συμπεριφορά ενός ενήλικα, έχει σχέση με την συμπεριφορά που είχε αποκτήσει μαθαίνοντας στην παιδική του ηλικία, γι' αυτό τον λόγο επανέρχεται με την ίδια μορφή και στην ενηλικιότητά του. (Wolf R., 2000)

Φαινομενικά καμία μεμονωμένη θεωρία δεν μπορεί να εξηγήσει αυτό το πολύπλοκο θέμα της κακοποίησης των ηλικιωμένων, όπως και καμία έρευνα δεν έχει ελέγξει την αξιοπιστία του. Προς απάντηση στην ανεπάρκεια κάποιας μεμονωμένης θεωρίας και για τον λόγο ότι διευκολύνεται η πολυπλοκότητα και η πολλαπλότητα των παραγόντων, οι οποίοι συνδέονται με την κακοποίηση των ηλικιωμένων, οι ερευνητές στράφηκαν στο οικολογικό μοντέλο, το οποίο είναι στην ίδια γραμμή με την παιδική κακοποίηση, την παραβατικότητα και την απόκρυφη κακοποίηση του συντρόφου. (Carp F.M., 2000)

Το **οικολογικό μοντέλο (ecological model)** εξερευνάει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ προσωπικών και συναφών παραγόντων. Μελετάει την βία ως αποτέλεσμα της πολυπλοκότητας των αλληλεπιδράσεων, μεταξύ των προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου (π.χ. βιολογικά, ατομικό ιστορικό), τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις, τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας στην οποία το άτομο ζει ή εργάζεται και τους κοινωνικούς παράγοντες, όπως οι πολιτικές τακτικές και οι κοινωνικοί κανόνες. Το οικολογικό μοντέλο θέλει να επιτρέψει την κακοποίηση των ηλικιωμένων να διασυνδεθεί έτσι ώστε να διευρυνθούν σε κοινωνικά ζητήματα. (Meyer J., 2000)

Οι θεωρίες της κακοποίησης των ηλικιωμένων και οι μελέτες, θα πρέπει να εστιάσουν στη προκατάληψη κατά των ηλικιωμένων, στις διακρίσεις μέσα στην κοινωνία και στην επιρροή που έχουν στο θέμα της κακοποίησης. Οι θεωρίες της κακοποίησης των ηλικιωμένων για πολύ καιρό αγνοούσαν τις αντιλήψεις και τις απόψεις των ίδιων των ηλικιωμένων. Έρευνες διαρκώς και περισσότερο συμπεριλάβανε τους ηλικιωμένους στις μελέτες, μέσω συμμετοχής ή δράσης ή συλλέγοντας απόψεις και αντιλήψεις των ηλικιωμένων, όσο αφορά στις ανάγκες τους και στις παροχές υπηρεσιών που χρειάζονταν. (National Service Framework for Older People, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

3.1.1 Επιδημιολογία

Επιδημιολογικές έρευνες για τους ηλικιωμένους έδειξαν ότι ένα ποσοστό 10%-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1%-5% παρουσιάζουν μείζονα κατάθλιψη και το 2%-8% πάσχουν από δυσθυμία ενώ συγκριτικά με τους άντρες οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας από συναισθηματικές διαταραχές. Σε μελέτες που έγιναν σε νοσοκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5%-15%, ενώ ένα 30% πέρα από αυτούς εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως μελαγχολία, δυσφορία, διαταραχές του ύπνου και της όρεξης. Τέλος σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα ποσοστό 5%-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, και ένα επιπλέον ποσοστό 15%-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία. (<http://www.mednet.gr/psycho/elderly.htm>)

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης εκεί. Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται προκειμένου να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι οι εξής : α) η δυσκολία στην ανάγνωση και διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισης στους ηλικιωμένους, β) η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων, γ) η υποτίμηση συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κτλ. Συνοψίζοντας θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η κατάθλιψη στους κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μία από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους. (<http://www.mednet.gr/psycho/elderly.htm>)

3.1.2 ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η αιτιολογία της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας είναι χωρίς αμφιβολία πολυπαραγοντική. Ενώ, σε αντίθεση με την κατάθλιψη νεότερων ηλικιών, γενετικοί παράγοντες και κληρονομικότητα φαίνεται να παίζουν μικρότερο ρόλο στην πρόκλησή της. Μια μεγάλη κατηγορία οργανικών παραγόντων, που ευθύνονται για τη συχνότερη εμφάνισή της, είναι εκείνη που συνδέεται με την ελάττωση συγκέντρωσης και την αλλοίωση του μεταβολισμού και της δράσης των διαφόρων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων (όπως του

χολινεργικού, του ντοπαμινεργικού, του σεροτονινεργικού, του νοραδρενεργικού ή του γ-αμινοβουτυρικού κ.ο.κ.). Επιπλέον είναι γνωστό ότι προδιαθέτει σε κατάθλιψη η διαταραγμένη λειτουργία του υποθάλαμο-υπόφυσο-αδρενεργικού άξονα (Hypothalamo-Pituitary-Adrenal axis-HPA), στο επίπεδο του οποίου φαίνεται να πραγματοποιείται η συνάντηση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων.

Ορισμένες πρόσφατες εργασίες, στηριζόμενες σε τρισδιάστατη μαγνητική τομογραφία (Magnetic Resonance Imaging) και σε λειτουργικές νευροαπεικονιστικές μεθόδους, όπως η υπολογιστική τομογραφία εκπομπής ενός φωτονίου (Single Photon Emission Computed Tomography) και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (Positron Emission Tomography), αποκαλύπτουν, σε άτομα με μετατραυματικό στρες ή διάφορες μορφές κατάθλιψης, την ύπαρξη δομικών αλλαγών του εγκεφάλου. Παρατηρείται έτσι π.χ. απώλεια όγκου του ιππόκαμπου, της αμυγδαλής ή ακόμα, σε νέα άτομα με μείζονα κατάθλιψη, ελάττωση της νευρωνικής πυκνότητας του υπομέλανα τόπου, καθώς και αυξημένη γλοιώση και δημιουργία γεροντικών πλακών. Επίσης μια τάση για απώλεια υποδοχέων 5-HT-2A.

Οι μεταβολές αυτές είναι πιθανό να σχετίζονται τόσο με την προδιάθεση για ΝΑ, που δημιουργούν επανειλημμένες προσβολές μείζονος κατάθλιψης, όσο και με την ελαφρά έκπτωση και τις μνημονικές διαταραχές, που παρατηρούνται συχνά κατά τη διάρκεια καταθλίψεων. Ένα μέρος τους φαίνεται να είναι αντιστρεπτό με την αντικαταθλιπτική θεραπεία και ανοίγουν το δρόμο στη διερεύνηση των πολύπλοκων σχέσεων κατάθλιψης και άνοιας τύπου ΝΑ.

Όσον αφορά τους εξωγενείς και ψυχογενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες κατάθλιψης, από τους πολυάριθμους τραυματισμούς βιολογικής, υπαρξιακής ή κοινωνικής φύσης, που δέχεται το άτομο της τρίτης ηλικίας, τη μεγαλύτερη επίπτωση φαίνεται να έχουν η κακή υγεία σε συνδυασμό με την κακή κοινωνική υποστήριξη και την κακή διατροφή. Αντίθετα η μείζων κατάθλιψη ή μελαγχολία δε φαίνεται να εξαρτάται από σαφείς κοινωνικούς και υπαρξιακούς τραυματισμούς.

Έτσι, γενικεύοντας, σήμερα πιστεύεται ότι η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας προκαλείται από την επίδραση των εξωγενών τραυματικών παραγόντων, σε ένα έδαφος προδιατεθειμένο ήδη από την ελαττωματική δραστηριότητα των διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συστημάτων, που προκαλείται από τη γήρανση.

3.1.3. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, αποτέλεσμα δηλαδή μίας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής.

A) Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών:

1) Μείζων κατάθλιψη: όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Συγκεκριμένα απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για δύο τουλάχιστον εβδομάδες.

* Συναισθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)

* Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)

* Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση)

* Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία) και

* Κοινωνική απόσυρση

2) Δυσθυμία: χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες.

3) Άτυπες μορφές: παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και **συγκαλυμμένη κατάθλιψη (masked depression)**, γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονούνται αυτοί οι ασθενείς είναι κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα.. Γενικά στην κλινική εικόνα κυριαρχούν δύο μορφές σωματοποίησης, η υποχονδρίαση και οι αντιδράσεις μετατροπής. Η δευτερογενής υποχονδρίαση που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνώσκειται από την πρωτογενή υποχονδρίαση, η οποία εμφανίζεται ως επί το πλείστον πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρίαση που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και ειδικά κατάθλιψης. Να σημειωθεί ότι η υποχονδρίαση στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για

απόπειρες αυτοκτονίας. Συμπτώματα από αντιδράσεις μετατροπής που εμφανίζονται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία επίσης θα πρέπει να θεωρούνται ότι καλύπτουν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές, όπως προαναφέρθηκε. Κύρια συμπτώματα σ' αυτή την περίπτωση είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της **ψευδοάνοιας**. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental status examinations) ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά συνήθως "δεν ξέρω" δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείματά του. Ας σημειωθεί εδώ ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σ' αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο.

B) Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι δύο μορφών:

1) **Οργανική κατάθλιψη**: είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλάσματα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.ά. Επίσης ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη είναι τα αντιυπερτασικά (β-αναστολείς, κλονιδίνη, μεθυλντόπα), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή.

2) **Καταθλιπτικές αντιδράσεις** ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων: η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία.

3.1.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Διάγνωση

Τον σημαντικότερο ρόλο στη διάγνωση των γεροντικών καταθλίψεων παίζει η κλινική εμπειρία του γιατρού. Αυτό περισσότερο οφείλεται στην άτυπη συνήθως συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Προτείνεται, λοιπόν, πλήρης και λεπτομερειακός σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Γενικά θα πρέπει να αποκλεισθούν εκφυλιστικά νοσήματα του ΚΝΣ όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η ύπαρξη εγκεφαλικού καταθλιπτικού συνδρόμου. Ανάμεσα στις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ορισμένων από τις παραπάνω σωματικές νόσους είναι:

- εξετάσεις θυρεοειδούς (FT3, FT4, TSH)
- B12 και φολικό οξύ πλάσματος
- ηλεκτρολύτες
- γλυκόζη
- ηπατικές δοκιμασίες
- ταχύτητα καθίζησης.

Η διάγνωση της κατάθλιψης στο άτομο της τρίτης ηλικίας πρέπει να περιλαμβάνει :

- Πλήρες ιστορικό από τον πάσχοντα και αυτούς που τον φροντίζουν.
- Πλήρη σωματική εξέταση, νευρολογική και ηλεκτροκαρδιογραφική.
- Προσδιορισμό λειτουργίας θυρεοειδούς και θυρεοτρόπου ορμόνης.
- Ολιγοήμερη ενδεχομένως εισαγωγή στο νοσοκομείο ώστε να διακοπεί μια ακατάλληλη θεραπεία την οποία ήδη υφίσταται (π.χ. μεγάλες δόσεις τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών με επακόλουθη συγχυτική κατάσταση ή εξάντληση από βενζοδιαζεπίνες κ.λπ.).
- Χρήση κλιμάκων εκτιμήσεως της κατάθλιψης.
- Ανάλυση όσο είναι δυνατόν της περίπτωσης από ομάδα αποτελούμενη από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και εργοθεραπευτή.

Για να οριστικοποιηθεί η διάγνωση πρέπει τα παρακάτω συμπτώματα να είναι παρόντα συνεχώς για δεκαπέντε (15) τουλάχιστον ημέρες, να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και να μην αποτελούν αντίδραση πένθους σε μια απώλεια.

1. Καταθλιπτική διάθεση, σχεδόν κάθε μέρα
2. Απώλεια του ενδιαφέροντος ή μείωση της ευχαρίστησης από δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν στο παρελθόν
3. Μείωση ή αύξηση της όρεξης ή του βάρους
4. Αϋπνία ή υπερυπνία, σχεδόν καθημερινά
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή ψυχοκινητική επιβράδυνση, καθημερινά
6. Εύκολη κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας
7. Ιδέες ενοχής και αναξιότητας

8. Δυσκολία στη συγκέντρωση, βραδύτητα στη σκέψη και δυσχέρεια στη λήψη αποφάσεων
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκαταστροφής

Τέλος σε ειδικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μία αξονική τομογραφία μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την ύπαρξη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή εκφυλιστικών παθήσεων του ΚΝΣ. Για τις ίδιες περιπτώσεις υπάρχουν και ορισμένες ψυχολογικές δοκιμασίες που μπορούν να διακρίνουν την ύπαρξη οργανικότητας. Αν όλος αυτός ο έλεγχος δεν αποκαλύψει κάποια σωματική νόσο, τότε η πιθανότητα ύπαρξης κατάθλιψης είναι μεγάλη και μία δοκιμή με αντικαταθλιπτικά σκευάσματα πιθανότατα θα επιβεβαιώσει εκ των υστέρων τη διάγνωση.

3.1.5. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι σχέσεις κατάθλιψης και άνοιας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκες. Έτσι, φαίνεται ότι επανειλημμένες σοβαρές καταθλίψεις νεότερων ηλικιών προδιαθέτουν αργότερα σε άνοια. Εκτός αυτού και η διαφορική διάγνωση μεταξύ των δύο σειρών συμπτωμάτων είναι δύσκολη. Αυτό ισχύει ακόμα περισσότερο όταν η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας, αποκλειστικά σχεδόν, παίρνει τη μορφή της ψευδοάνοιας με κύρια συμπτώματα διαταραχές στη συγκέντρωση και τη

μνήμη. Η διάκρισή της από την πραγματική άνοια ή την κατάθλιψη που συνοδεύει σταθερά τις αρχόμενες ή μέσης βαρύτητας άνοιες, είναι συχνά προβληματική για τον κλινικό.

Η διαφορική διάγνωση στηρίζεται σε μια σειρά λεπτών κλινικών διαφορών μεταξύ των δύο καταστάσεων. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental status examinations) ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά συνήθως «δεν ξέρω» δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείμματά του. (Ας σημειωθεί εδώ ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σε αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο).

Στην πράξη χρησιμοποιείται συνήθως η δοκιμαστική χορήγηση αντικαταθλιπτικής θεραπείας, που αναστρέφει την ανοϊκή συμπτωματολογία, όταν πρόκειται για ψευδοανοϊκή μορφή καταθλίψεως, ενώ δεν επηρεάζει την πραγματική άνοια (μπορεί να επιφέρει ωστόσο μικρού βαθμού βελτίωσή της).

Η διάκριση αυτή έχει χάσει, παρ' όλα αυτά, την αξία της από τότε που η παρακολούθηση των περιστατικών ψευδοάνοιας απέδειξε ότι, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, αυτά καταλήγουν ως επί το πλείστον σε γνήσια άνοια.

Η κατάθλιψη είναι σταθερό συνοδό σύμπτωμα της νόσου Πάρκινσον (10-40% των παρκινσονικών) όπως και η άνοια.

Ο συνδυασμός κατάθλιψης και υποθυρεοειδισμού είναι βέβαιος. Τα συμπτώματα του μυξοιδήματος μοιάζουν εκπληκτικά με εκείνα της κατάθλιψης και μόνο η καταφυγή στο εργαστήριο διαλύει τη σύγχυση. Από το άλλο μέρος είναι γνωστή η ευεργετική επίδραση της θυροξίνης σε ανθεκτικές καταθλίψεις γενικά.

Συνδυασμός άλγους και κατάθλιψης είναι επίσης γνωστός από πολλά χρόνια. Άρρωστοι με χρόνια άλγος, είναι σταθερά καταθλιπτικοί, αλλά και αντίθετα, οι καταθλιπτικοί αναφέρουν συχνά την ύπαρξη αλγεινής συμπτωματολογίας, χωρίς να υπάρχει κάποια σωματική νόσος. Εξάλλου η χορήγηση αντικαταθλιπτικών είναι αποτελεσματική σε χρόνιες αλγεινές καταστάσεις.

Η υποχονδρία αποτελεί σταθερό σημείο συγχύσεως στη διαφορική διάγνωση κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας, γιατί πρέπει να υπάρχει διάκριση μεταξύ κατάθλιψης με υποχονδριακά παράπονα, εξαιρετικά συχνά στους ηλικιωμένους και αληθινής υποχονδριακής νεύρωσης. Η δευτερογενής υποχονδρία που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από την πρωτογενή

υποχονδρία, η οποία εμφανίζεται ως επί το πλείστον πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην Τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρία που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και ειδικά κατάθλιψης. Ο καταθλιπτικός με υποχονδριακά συμπτώματα, ανέχεται την αντικαταθλιπτική αγωγή, ενώ ο αληθινός υποχονδριακός δεν ανέχεται συνήθως τις παρενέργειές της, που σταθερά αποτελούν σημείο εκκίνησης νέων υποχονδριακών παραπόνων.

Να σημειωθεί ότι η υποχονδρία στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας. Και μια αυτοκτονία δεν είναι λιγότερο τραγική επειδή ένα άτομο είναι ηλικιωμένο.

3.1.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι πολύ σημαντικό, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μπορεί να έχει την ίδια επιτυχία που έχει σε όλες τις άλλες ομάδες, αλλά μπορεί η ύπαρξη άλλων ασθενειών ταυτόχρονα να την κάνει πολύπλοκη.

- Οι ηλικιωμένοι πιθανά να μη χρειάζονται τόσο μεγάλες ποσότητες αντικαταθλιπτικών όσο οι νεότεροι
- Οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητοι στις παρενέργειες κάποιων αντικαταθλιπτικών
- Υπάρχει η πιθανότητα κάποιες θεραπείες για την κατάθλιψη να αλληλεπιδράσουν με την αγωγή που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι για την αντιμετώπιση τυχόν συνυπαρχουσών ασθενειών

Η θεραπεία μπορεί να είναι :

A. Βιολογική θεραπεία

- Φαρμακοθεραπεία
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία [ECT]

B. Ψυχολογική θεραπεία

- Γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία
- Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία
- Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία
- Ομαδική ψυχοθεραπεία
- Δημιουργικές θεραπείες μέσω τέχνης

Η πιο συχνή μέθοδος αντιμετώπισης της γεροντικής κατάθλιψης είναι η φαρμακοθεραπεία. Οι γενικές αρχές που ακολουθούνται για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι οι ίδιες τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους νεαρούς ασθενείς.

3.2. ΟΙ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η γήρανση ως βιολογικό φαινόμενο οδηγεί σε μη ανατρέψιμες μορφολογικές μεταβολές σε όλο τα οργανικά συστήματα. Εκτός από τις σωματικές αλλαγές στους ηλικιωμένους εμφανίζονται διάφορες άλλες αλλαγές που σχετίζονται με τη λειτουργία του γνωστικού συστήματος, του συστήματος δηλαδή, που είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία και χρήση της γνώσης. Το σύστημα αυτό, που εδράζεται στον εγκέφαλο, επεξεργάζεται τις πληροφορίες που φθάνουν στον εγκέφαλο και είναι υπεύθυνο για τις βασικές λειτουργίες της αντίληψης, μάθησης, μνήμης και σκέψης.

Στην επεξεργασία πληροφοριών παρατηρούνται αρκετές αλλαγές. Μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων (Lemme B., 1995) είναι η μείωση της ταχύτητας των πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, πράγμα που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που απαιτείται για να εκτελέσουν κάτι, να σκεφτούν ή να πάρουν μια απόφαση. Η προοδευτική αύξηση του χρόνου αντίδρασης (δηλαδή του χρόνου που απαιτείται από τη στιγμή που παρουσιάζεται ένα ερέθισμα μέχρι την εκδήλωση της αντίδρασης σε αυτό), είναι κάτι που αρχίζει από την ενήλικη ζωή αλλά γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στους ηλικιωμένους (Salthouse, 1985). Αυτό σημαίνει ότι με την αύξηση της ηλικίας υπάρχει επιβράδυνση των νοητικών λειτουργιών και της εκτέλεσης των αντιδράσεων σε ερεθίσματα και αυτή η επιβράδυνση αφορά κάθε είδους γνωστική επεξεργασία. Η γενικευμένη μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας των πληροφοριών επιτείνει τις συνέπειες της αισθητηριακής μείωσης, καθυστερώντας το χρόνο αντίδρασης στα ακουστικά και οπτικά σήματα, πράγμα που έχει επιπτώσεις στην επικοινωνία, στην οδήγηση κ. α.

Μέρος της επιβράδυνσης της επεξεργασίας των πληροφοριών στους ηλικιωμένους μπορεί να οφείλεται στη μικρότερη αποτελεσματικότητα των διεργασιών της προσοχής. Αυτό φαίνεται στη μεγαλύτερη δυσκολία που έχουν οι ηλικιωμένοι σε σχέση με τους νέους να συντονίσουν και να ολοκληρώσουν σε ένα ενιαίο σύνολο πολλαπλές πληροφορίες που παρουσιάζονται ταυτόχρονα. Επίσης, στη μικρότερη ικανότητά τους να αγνοούν ή να αναστέλλουν την επεξεργασία άσχετων πληροφοριών, καθώς και στη δυσκολία να μοιράζουν την προσοχή τους ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα σύνθετα έργα ταυτοχρόνως. Έτσι, οι ηλικιωμένοι θέλουν περισσότερο χρόνο προκειμένου να προσέξουν με τη σειρά όλα τα στοιχεία μιας κατάστασης ώστε να κρίνουν ποια είναι κρίσιμα και ποια όχι προκειμένου να καταλήξουν σε μια απόφαση όταν η κατάσταση είναι σύνθετη.

Οι παραπάνω γνωστικές μεταβολές οφείλονται στις μεταβολές του κεντρικού νευρικού συστήματος. Φαίνεται, όμως, ότι όσο καλύτερη είναι η σωματική υγεία του ατόμου και ιδιαιτέρως η καρδιαγγειακή λειτουργία, τόσο μικρότερες είναι οι επιπτώσεις σε γνωστικό επίπεδο, μιας και διατηρείται η καλή λειτουργία του εγκεφάλου.

Οι απώλειες της μνήμης είναι ένα από τα πιο γνωστά συμπτώματα του γήρατος. Υπάρχει γενική συμφωνία μεταξύ των επιστημόνων (Whitbourne S., 1996) ότι το μέρος της μνήμης που πάσχει περισσότερο είναι η εργαζόμενη μνήμη, η μνήμη δηλαδή που ενεργοποιείται όταν το άτομο διατηρεί στη μνήμη του ενεργά πληροφορίες που του χρειάζονται προκειμένου να λύσει ένα πρόβλημα ή να κατανοήσει μια κατάσταση. Για παράδειγμα, η εργαζόμενη μνήμη χρησιμοποιείται όταν γίνονται μαθηματικές πράξεις με το νου (Baddeley A., 1990, 1991).

Λιγότερο πάσχει η βραχύχρονη συγκράτηση, η οποία ονομάζεται από άλλους άμεση μνήμη. Η άμεση μνήμη αφορά την παθητική καταγραφή και διατήρηση πληροφοριών για πολύ μικρό χρονικό διάστημα.

Η μνήμη περιλαμβάνει όμως και άλλες λειτουργίες όπως η κωδικοποίηση / αποκωδικοποίηση, η συγκράτηση νέων πληροφοριών, η αποθήκευση πληροφοριών από μικρό χρονικό διάστημα μέχρι χρόνια και τέλος, η ανάκληση πληροφοριών από τη μνήμη. Ως προς την ανάκληση πρόσφατα αποκτημένων πληροφοριών, όπως για παράδειγμα το όνομα ενός προσώπου που συνάντησε κάποιος την προηγούμενη ημέρα, υπάρχει σαφής πτώση με την αύξηση της ηλικίας (Kausler D., 1982). Αυτό είναι ένα συχνό παράπονο των ηλικιωμένων, ότι δηλαδή ξεχνούν πράγματα που συνέβησαν πρόσφατα αλλά θυμούνται πράγματα που συνέβησαν παλιά. Αυτή η απώλεια ή λήθη πρόσφατων πληροφοριών, ωστόσο, μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η μη επαρκής κωδικοποίηση και η σε βάθος

επεξεργασία των νέων πληροφοριών, ώστε να συνδεθούν με τις υπάρχουσες γνώσεις και να διευκολύνεται η ανάκληση. Όταν υπάρχει σε βάθος επεξεργασία των πληροφοριών, τότε η ανάκληση είναι ορθή. Άλλοι λόγοι μπορεί να είναι η μειωμένη ικανότητα επεξεργασίας των πληροφοριών και η αύξηση του χρόνου επεξεργασίας, που κάνει ώστε πολλές από τις εισερχόμενες νέες πληροφορίες να μην προλαβαίνουν να δεχτούν επεξεργασία και έτσι να χάνονται προτού ακόμη κωδικοποιηθούν.

Τέλος, συναισθηματικοί παράγοντες φαίνεται να παρεμβαίνουν και να επηρεάζουν τη μνήμη των ηλικιωμένων, όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Παρά τα προβλήματα μνήμης που μπορεί να έχουν οι ηλικιωμένοι, όμως, μπορούν να αντισταθμίσουν τις απώλειες χρησιμοποιώντας πιο αποτελεσματικά τη σημασιολογική τους μνήμη και τη σε βάθος επεξεργασία των νέων πληροφοριών βάσει των παλαιών. Και αυτό διότι η σημασιολογική μνήμη δεν πάσχει σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας (Light L., 1992) και μπορεί να βοηθά την κατανόηση και κωδικοποίηση των νέων πληροφοριών.

Η νοητική επιβράδυνση αρκετές φορές παρατηρείται στα άτομα τρίτης ηλικίας και μπορεί να ευθύνεται για τη δυσκολία παρακολούθησης και διόρθωσης της γλωσσικής παραγωγής, αλλά και η έκπτωση της ακοής επηρεάζει την επικοινωνία, καθώς μπορεί να αφορά ορισμένους ήχους ή την ακουστική διάκριση. Έτσι γίνεται αδύνατη η ταύτιση του ακουστικού ερεθίσματος με την αντίστοιχη λέξη με άμεσο επακόλουθο το νόημα να προκύπτει από τα συμφραζόμενα και να επιφορτίζει με επιπλέον απαιτήσεις τη νοητική επεξεργασία, η οποία σταδιακά γίνεται πιο αργή και συνεπιφέρει δευτερογενή σφάλματα.

3.3. ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το επίπεδο λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων και διαφέρει ανάλογα με την περίπτωση. Παρόλα αυτά οι φυσιολογικές σωματικές αλλαγές που συντελούνται στο ηλικιωμένο άτομο (ταυτόχρονα με την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών που αναφέραμε παραπάνω) αποτελούν έναν βασικό παράγοντα στην έκπτωση της λειτουργικότητας.

Στην κινητικότητα εμφανίζονται ορισμένα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα και τις αρθρώσεις. Υπάρχει μικρή μείωση στη μυϊκή δύναμη μέχρι και τα 40- 50 χρόνια και 30-40% μείωση στα 70 με 80 χρόνια. Η μείωση αυτή οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες αλλά και στον τρόπο ζωής. τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και μπορεί να δυσκολεύουν το άτομο στην εκτέλεση

λεπτών κινήσεων με τα χέρια. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια μπορούν να επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος του ατόμου, να δυσκολεύσουν το ανέβασμα σε σκάλες ή το κάθισμα στην καρέκλα. Αυτός ο περιορισμός της κίνησης και οι πόνοι μπορούν μακροπρόθεσμα να προκαλέσουν στο άτομο κατάθλιψη ή εξάρτηση από τους άλλους, πράγμα δυσάρεστο τόσο για το άτομο όσο και για τους άλλους (Whitbourne S., 1996).

Στο κεντρικό νευρικό σύστημα οι φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται, όπως και στα άλλα συστήματα, είναι δύσκολο να αποδοθούν μόνο στο γήρας, διότι υπάρχουν και σε ασθένειες όπως η γνωστική έκπτωση, ή η νόσος του Parkinson, αν και σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό. Γενικά, φαίνεται ότι με την ηλικία επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο οι διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, κυρίως, σε ότι αφορά την απώλεια νευρώνων. Υπάρχει σημαντική μείωση στον ιππόκαμπο, περιοχή η οποία συνδέεται με τη βραχύχρονη μνήμη. Απώλεια κυττάρων υπάρχει και στην παρεγκεφαλίτιδα, περιοχή που ρυθμίζει τις λεπτές κινήσεις. Επίσης χάνουν μεγάλο μέρος των κυττάρων τους οι αισθητήριες περιοχές του φλοιού και οι κινητικές, ενώ οι υποφλοιώδεις περιοχές πάσχουν λιγότερο. Αντίθετα, προς τις φλοιώδεις περιοχές που παρουσιάζουν σαφή μείωση της πυκνότητας των κυττάρων τους, φαίνεται να υπάρχει αρκετά μεγάλη σταθερότητα στις προμετωπιαίες περιοχές του φλοιού. Αν σκεφτεί, μάλιστα, κανείς ότι οι προμετωπιαίες περιοχές ενέχονται σε διαδικασίες της αφηρημένης σκέψης, κρίσης και σχεδιασμού, τότε μπορεί να καταλάβει γιατί πολλές ανώτερες γνωστικές λειτουργίες παραμένουν σχετικά άθικτες στις μεγάλες ηλικίες, όπως δείχνουν και τα τεστ νοημοσύνης, ενώ άλλες πάσχουν. Μετά τα 80 χρόνια όμως φαίνεται να υπάρχει μια ομογενοποίηση των επιδόσεων στα τεστ νοημοσύνης, πράγμα που υπονοεί ότι οι απώλειες αρχίζουν και σε αυτές τις περιοχές.

Η μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων είναι ένα κύριο χαρακτηριστικό της προχωρημένης ηλικίας. Η μειωμένη λειτουργία των αισθητηρίων κατά την προχωρημένη ηλικία περιορίζει την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου στο εξωτερικό περιβάλλον, και σε βαρύτερες περιπτώσεις παρεμποδίζει την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί την επαφή με αυτά που συμβαίνουν γύρω του, να ζει ανεξάρτητα, να επικοινωνεί, να φροντίζει την προσωπική του υγεία, διατροφή και ασφάλεια, καθώς και να συμμετέχει στις κοινωνικές σχέσεις. Επηρεάζει ακόμη και τις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες όπως η μνήμη και η διαλογιστική (Baltes M., Lang F., 1997, Marsiske, Klumb, & Baltes, 1997). Αυτή η σχέση αισθητηριακής λειτουργίας με τη νοημοσύνη και τις γνωστικές λειτουργίες, είναι ιδιαίτερα εμφανής στα άτομα άνω των 80 ετών, και έχει συνέπειες τόσο στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου όσο και στις ευρύτερες κοινωνικές σχέσεις.

Ιδιαίτερα σημαντική στη βασική και ευρύτερη λειτουργικότητα του ατόμου είναι η επίδραση της όρασης η οποία δυσκολεύει την ικανότητα του ηλικιωμένου για αυτόνομη διαβίωση, δηλαδή να φροντίζει το φαγητό του, το ντύσιμο και τα ψώνια. Επηρεάζει, επίσης, τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και ψυχαγωγία, μειώνοντας τόσο το χρόνο που αφιερώνεται σε αυτές όσο και τη συχνότητα επαφών με τους άλλους. Ωστόσο, η κοινωνική συμμετοχή του ατόμου δεν εξαρτάται μόνο από τη λειτουργία των αισθητηρίων. Εξαρτάται και από τη γνωστική ικανότητα και από την προσωπικότητα του ατόμου, δηλαδή τους στόχους που θέτει, την εξωστρέφεια ή μη και ενδεχομένως την υπάρχουσα ή μη κατάθλιψη. Τα προβλήματα ακοής είναι επίσης αρκετά διαδεδομένα.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός- επιμέρους στόχοι

Η έρευνα είχε σαν σκοπό τη μελέτη του φαινομένου της κακοποίησης των ηλικιωμένων και τη διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου και των συνεπειών της στην ψυχική υγεία των θυμάτων.

Ειδικότερα οι επιμέρους στόχοι περιελάμβαναν :

1. τη διερεύνηση της συχνότητας οικονομικής εκμετάλλευσης των ηλικιωμένων από το σύντροφο ή το άτομο που τους φροντίζει.
2. τη διερεύνηση της συχνότητας ψυχολογικής κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων από το σύντροφο ή το άτομο που τους φροντίζει.
3. τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων και την υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης και ψυχολογικής κακομεταχείρισης
4. τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο επίπεδο λειτουργικότητας των ηλικιωμένων και την υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης και ψυχολογικής κακομεταχείρισης
5. τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο επίπεδο γνωστικής λειτουργίας των ηλικιωμένων και την υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης και ψυχολογικής κακομεταχείρισης
6. τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα συμπτώματα κατάθλιψης των ηλικιωμένων και την υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης και ψυχολογικής κακομεταχείρισης

1.1 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποια η συχνότητα της οικονομικής εκμετάλλευσης που δέχονται οι ηλικιωμένοι από άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος;
2. Ποια η συχνότητα της ψυχολογικής κακομεταχείρισης που δέχονται οι ηλικιωμένοι από άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή από άτομα που τους φροντίζουν;
3. Διαφέρουν οι ηλικιωμένοι που δέχονται οικονομική εκμετάλλευση και ψυχολογική κακοποίηση από αυτούς που δε δέχονται, ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους;

4. Διαφέρουν οι ηλικιωμένοι που δέχονται οικονομική εκμετάλλευση και ψυχολογική κακοποίηση από αυτούς που δε δέχονται, ως προς το επίπεδο λειτουργικότητάς τους;
5. Διαφέρουν οι ηλικιωμένοι που δέχονται οικονομική εκμετάλλευση και ψυχολογική κακοποίηση από αυτούς που δε δέχονται, ως προς το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας;
6. Διαφέρουν οι ηλικιωμένοι που δέχονται οικονομική εκμετάλλευση και ψυχολογική κακοποίηση από αυτούς που δε δέχονται, ως προς την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης.

2. Μεθοδολογία

2.1 Ερευνητική στρατηγική- Δειγματοληψία

Η μελέτη διεξήχθη στο νομό Ηρακλείου Κρήτης στην περιοχή του Μασταμπά και χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος έρευνας η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το δείγμα αποτελείτο από 120 άτομα. Κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη ήταν η ηλικία (άνω των 65 ετών) και το επίπεδο της γνωστικής λειτουργίας (καλή επικοινωνία). Η έρευνα διεξήχθη σε μια γεωγραφικά καθορισμένη περιοχή της αστικής περιοχής του Ηρακλείου (περιοχή Μασταμπά), βάσει πολεοδομικών χαρτών. Σε συνέχεια της γεωγραφικής οριοθέτησης προσδιορίστηκαν τα οικοδομικά τετράγωνα που περιλαμβάνονται στην περιοχή. Από κάθε οικοδομικό τετράγωνο επιλέχτηκε ίσος αριθμός συμμετεχόντων.

2.2 Διαδικασία συλλογής πληροφοριών

Η προσέγγιση των συμμετεχόντων έγινε μέσω κατ' οίκον επισκέψεων. Στην έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε ως βασικό μέσο το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις που υποβλήθηκαν ήταν κυρίως κλειστού τύπου. Ο χρόνος που δινόταν στους συμμετέχοντες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν 15-20 λεπτά. Ο ρόλος μας στην διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν καταρχήν να εξηγήσουμε το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου και να διασφαλίσουμε το απόρρητο των πληροφοριών (ότι δηλαδή δεν χρειαζόταν να αναφέρουν προσωπικά στοιχεία) ώστε να είναι πιο πρόθυμοι στο να συμμετέχουν και προχωρήσαμε στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Για τη διευκόλυνση τους και επειδή οι περισσότεροι αντιμετώπιζαν διάφορες δυσκολίες το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με τη δική μας βοήθεια, δηλαδή διαβάσαμε εμείς τις ερωτήσεις και συμπληρώναμε ότι μας απαντούσαν οι ερωτώμενοι.

Για τις ανάγκες της μελέτης διαμορφώθηκε επιστολή με ενημερωτικό περιεχόμενο σχετικά με το σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, της

τήρησης του απορρήτου των συλλεχθέντων στοιχείων, αλλά και της δυνατότητας άρνησης συμμετοχής στη μελέτη. Για την διασφάλιση της ανωνυμίας δεν καταγράφονταν το όνομα των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο ώστε οι πληροφορίες να μην μπορούν να συνδεθούν με την πηγή τους και για τον ίδιο λόγο πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση των προσωπικών δεδομένων κατά την επεξεργασία τους.

2.3 Ερευνητικό εργαλείο

Για την συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 6 μέρη και συνολικά 61 ερωτήσεις. Τα μέρη του ερωτηματολογίου ήταν τα εξής:

A. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αντλούσε πληροφορίες για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως το φύλο, η ηλικία, ο τόπος διαμονής, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, οι συνθήκες διαμονής.

B. Επίπεδο γνωστικής λειτουργίας

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου εξέταζε το επίπεδο της γνωστικής λειτουργίας των ηλικιωμένων μέσω της σύντομης κλίμακας **The Mini Mental State Exam (MMSE)** του Folstein (1975). Περιελάμβανε 11 ερωτήσεις που αφορούσαν τον προσανατολισμό προς τον χρόνο και τον τόπο, τη μνήμη, την αντίληψη, τη χρήση της γλώσσας, την κατανόηση της και τις βασικές κινητικές δεξιότητες. Το ανώτερο σκορ που μπορούσαν να έχουν οι ερωτηθέντες ήταν 30. Κάθε βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση με 25πόντους (από 30) είναι ουσιαστικά φυσιολογική. Κάτω από αυτό, μπορεί να δείξει αποτελέσματα σοβαρής (≤ 9 βαθμοί), μέτριας (10-20 βαθμοί) ή ήπιας (21-24 βαθμοί) γνωστικής εξασθένησης.

Γ. Βαθμός λειτουργικότητας

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου εξέταζε την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων μέσα από δώδεκα ερωτήσεις με θετική ή αρνητική απάντηση των Beach, Schulz, Castle και Rosen (2010). Οι ερωτήσεις αυτές εξετάζουν το βαθμό στον οποίο ο ηλικιωμένος μπορεί μόνος του να εκτελέσει μια σειρά από καθημερινές δραστηριότητες όπως να κάνει δουλειές, να ντύνεται, να τρώει, να χρησιμοποιεί την τουαλέτα, να χειρίζεται χρήματα. Πρέπει να σημειωθεί ότι η λειτουργικότητα έχει δύο επίπεδα, τη χαμηλή (εύκολα πράγματα) και την υψηλή (δύσκολα πράγματα). Με αυτό τον τρόπο εξετάστηκε η λειτουργικότητα. Επίσης,

θεωρήθηκε ότι υπάρχει πρόβλημα στην χαμηλή ή και στην υψηλή λειτουργικότητα των ηλικιωμένων ατόμων αν έστω και μία αρνητική απάντηση δόθηκε στις ερωτήσεις αυτές.

Δ. Η οικονομική εκμετάλλευση

Το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου μετρούσε την οικονομική εκμετάλλευση των ηλικιωμένων με την κλίμακα τεσσάρων ερωτήσεων των Quin και Tomita (1986). Οι ερωτήσεις αφορούσαν τους τελευταίους έξι μήνες και δέχονταν θετική ή αρνητική απάντηση. Εάν ο ερωτώμενος απαντούσε θετικά σε οποιαδήποτε από τις τέσσερις ερωτήσεις θεωρούνταν ότι έχει υποστεί οικονομική εκμετάλλευση.

Ε. Ψυχολογική κακομεταχείριση

Το πέμπτο μέρος του ερωτηματολογίου μετρούσε την ψυχολογική κακομεταχείριση μέσω της κλίμακας Conflict Tactics Scale του Straus (1979). Η κλίμακα περιελάμβανε 8 ερωτήσεις που μετρούσαν τη συχνότητα υποδοχής μιας σειράς συμπεριφορών ψυχολογικής κακοποίησης όπως ταπείνωση, προσβολές, φωνές, απειλές, σπρωξίματα, καταστροφή αντικειμένων και χρήση σωματικής βίας.

Στ. Τα συμπτώματα κατάθλιψης

Το έκτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου εξέταζε την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης μέσω της κλίμακας Depression Scale (CES-D) η οποία περιελάμβανε 20 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις δίδονταν σε 4βαθμη κλίμακα με τις δυνατές απαντήσεις να κυμαίνονται μεταξύ από 0=σπάνια έως 4=συχνά. όποιος συμμετέχοντας σκόραρε συνολικά, προσθετικά πάνω από 16 (δηλαδή 17+) θεωρήθηκε ότι έχει καταθλιπτική συμπτωματολογία.

2.4 Μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων

Για την ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0. Υπολογίστηκε η συχνότητα και σχετική συχνότητα εμφάνισης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου και δόθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία. Για την οργάνωση, συνοπτική απεικόνιση παρουσίαση και αξιολόγηση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες. Εκτιμήθηκε η αθροιστική βαθμολογία για τις μεταβλητές που αποτελούσαν μέρος μιας κλίμακας. Για τον έλεγχο των διαφορών ανάμεσα στους ηλικιωμένους με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά, χαρακτηριστικά τους, τη γνωστική τους λειτουργία, το επίπεδο λειτουργικότητας, την οικονομική εκμετάλλευση και την ψυχολογική κακομεταχείριση, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις χ^2 , T-test και correlation ανάλογα με τον τύπο της μεταβλητής που τύγχανε της ανάλυσης.

3. Αποτελέσματα

3.1 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Από το σύνολο των 120 συμμετεχόντων(πίνακας 1), το 34.2% (N=41) ήταν άνδρες και το 65.8% (N=79) γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 72.92 (Τ.Α.=6.47) έτη, με μικρότερη αναφερόμενη ηλικία τα 65 έτη και τη μεγαλύτερη αναφερόμενη ηλικία τα 92 έτη. Οι άνδρες βρέθηκαν να έχουν μέση ηλικία τα 74.22 έτη με μικρότερη αναφερόμενη ηλικία τα 65 έτη και τη μεγαλύτερη αναφερόμενη ηλικία τα 92 έτη. Αντίστοιχα, οι γυναίκες είχαν μέση ηλικία τα 72.24 έτη με μικρότερη αναφερόμενη ηλικία τα 65 έτη και τη μεγαλύτερη αναφερόμενη ηλικία τα 91 έτη. Ο μέσος χρόνος σπουδών των συμμετεχόντων ήταν τα 7.63 (Τ.Α.=4.25) έτη, με τη μικρότερη αναφερόμενη διάρκεια σπουδών να είναι τα 0 έτη και τη μεγαλύτερη αναφερόμενη διάρκεια σπουδών να είναι τα 16 έτη. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 6.7% (N=8) των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι, το 47.5% (N=57) έγγαμοι ή συζούσαν, το 10% (N=12) διαζευγμένοι, και το 35.8% (N=43) χήροι. Τέλος, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το 26.7% (N=32) μένει μόνος/η, το 43.3% (N=52) μένει με τον/την σύζυγο, το 15.8% (N=19) μένει με τον/την κόρη του/της, και το 14.2% (N=17) ανέφερε κάποια άλλη απροσδιόριστη κατάσταση συγκατοίκησης.

Πίνακας 1 Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

<u>Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος</u>		
	<u>(N=120)</u>	
	Άνδρες	Γυναίκες
	N= 41 (34.2%)	N= 79 (65.8%)
Ηλικία (έτη)		
Μέση τιμή (τυπ. απόκλιση)	74.22 (6.76)	72.24 (6.26)
Εκπαίδευση		
0 έτη	3 (7.3%)	6 (7.6%)
1-5 έτη	10 (24.4%)	14 (17.7%)

6 έτη	16 (39%)	25 (31.6%)
7-11 έτη	1 (2.4%)	4 (5.1%)
12 έτη	7 (17.1%)	20 (25.3%)
12 + έτη	4 (9.7%)	10 (12.7%)
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	3 (7.3%)	5 (6.3%)
Έγγαμος/ συζεί	28 (68.3%)	29 (36.7%)
Διαζευγμένος	5 (12.2%)	7 (8.9%)
Χήρος	5 (12.2%)	38 (48.1%)
Κατοικώ		
Μόνος	8 (19.5%)	24 (30.4%)
Με σύζυγο	23 (56.1%)	29 (36.7%)
Με κόρη/ γιό	2 (4.9%)	17 (21.5%)
Άλλο	8 (19.5%)	9 (11.4%)

3.2 Αποτελέσματα σύνθετης ανάλυσης

3.2.1. Ποια η συχνότητα της οικονομικής εκμετάλλευσης που δέχονται οι ηλικιωμένοι από άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος; (1^ο ερώτημα)

Έστω και μία θετική απάντηση στις τέσσερις ερωτήσεις ισοδυναμούσε με υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης από τον ηλικιωμένο. Το 71.7% (n=86) των συμμετεχόντων

ανέφερε ότι δεν έχει δεχτεί οικονομική εκμετάλλευση ενώ το 25% (n=30) ότι έχει δεχτεί οικονομική εκμετάλλευση κάποια στιγμή στη ζωή του και 3.3% (n=4) δεν απάντησε.

3.2.2. Ποια η συχνότητα της ψυχολογικής κακομεταχείρισης που δέχονται οι ηλικιωμένοι από άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή από άτομα που τους φροντίζουν; (2^ο ερώτημα).

Οι ηλικιωμένοι που απάντησαν θετικά τουλάχιστον σε τρεις ή παραπάνω ερωτήσεις ή απάντησαν θετικά είτε στην 7^η (Να σας απειλήσει ότι θα σας στείλει σε κάποιο ίδρυμα ;) ή 8^η (Να σας απειλήσει ότι θα σας εγκαταλείψει ή ότι θα πάψει να σας φροντίζει ;) ερώτηση θεωρήθηκε ότι έχουν δεχτεί ψυχολογική κακομεταχείριση. Ψυχολογική κακομεταχείριση βρέθηκε να έχει δεχτεί το 25% (N=29) των συμμετεχόντων.

3.2.3. Διαφέρουν οι ηλικιωμένοι που δέχονται οικονομική εκμετάλλευση και ψυχολογική κακοποίηση από αυτούς που δε δέχονται, ως προς τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους; (3^ο ερώτημα)

Εξετάζοντας τον πίνακα 2 , βλέπουμε ότι το 7.8% (N=9) των ανδρών βίωσε ψυχολογική κακομεταχείριση αλλά πιο πολλές είναι οι γυναίκες που τη βίωσαν 17.2% (N=20). Το ίδιο ισχύει και την οικονομική εκμετάλλευση. Λιγότεροι άνδρες ηλικιωμένοι τη βίωσαν (4.3%, N=5) σε σχέση με τις γυναίκες (21.6%, N=25).

Ηλικιακές κατανομές

Η ηλικία χωρίστηκε σε τρεις ομάδες, τα άτομα που είναι ηλικίας μεταξύ 65 και 70 (45.7%, N=55), μεταξύ 71 και 80 (39.8%, N=46), και άνω των 81 (14.6%, N=17).

Στον πίνακα φαίνεται ότι η ψυχολογική κακομεταχείριση ανέφεραν περισσότερο τα άτομα ηλικίας 65 έως 70 (12.1%, N=14), έπειτα τα άτομα ηλικίας 71 έως 80 (7.8%, N=9), και η μικρότερη αναφορά για την ψυχολογική κακομεταχείριση έγινε από τα άτομα ηλικίας άνω των 81+ (5.2%, N=6).

Αντίστοιχα, οικονομική εκμετάλλευση ανέφεραν περισσότερο τα άτομα ηλικίας 71 έως 80 (12.1%, N=14), έπειτα τα άτομα ηλικίας 65 έως 70 (7.8%, N=9), και η μικρότερη αναφορά για οικονομική εκμετάλλευση ανέφεραν τα άτομα ηλικίας άνω των 81 ετών (5.2%, N=6)

Εκπαιδευτική κατάσταση

Για την καλύτερη κατανόηση της ανάλυσης της οικονομικής εκμετάλλευσης και της ψυχολογικής κακομεταχείρισης, σύμφωνα με τα έτη των σπουδών, τα έτη σπουδών ομαδοποιήθηκαν σε 6 κατηγορίες, αυτοί που δεν έχουν σπουδάσει καθόλου (0 έτη σπουδών), αυτοί οι οποίοι δεν κατάφεραν να τελειώσουν το δημοτικό (1 έως 5 έτη σπουδών), αυτοί οι οποίοι κατάφεραν να τελειώσουν το δημοτικό (6 έτη σπουδών), αυτοί οι οποίοι δεν κατάφεραν να τελειώσουν το γυμνάσιο και λύκειο (7 έως 11 έτη σπουδών), αυτοί οι οποίοι κατάφεραν να τελειώσουν το γυμνάσιο και λύκειο (12 έτη σπουδών) και αυτοί οι οποίοι συνέχισαν για μεταλυκειακές σπουδές (παραπάνω από 12 έτη σπουδών). Να σημειωθεί ότι ο μέσος όρος σπουδών δεν θα ήταν αντιπροσωπευτικός λόγω του μικρού δείγματος (12 έτη σπουδών + 0 έτη σπουδών = 6 έτη σπουδών).

Ο πίνακας δείχνει ότι τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα που έχουν αναφέρει οικονομική εκμετάλλευση έχουν έτη σπουδών 6 (8.6%, N=10), ακολουθούν τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν έτη σπουδών 1 έως 5 (6.9%, N=8), και 12 (4.3%, N=5). Αντίστοιχα, τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα που έχουν αναφέρει ψυχολογική κακομεταχείριση έχουν έτη σπουδών είτε 12 (6.9%, N=8) ή 6 (6.9%, N=8), ακολουθούν τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν έτη σπουδών 1 έως 5 (N=5.2%, N=6).

Σύμφωνα με τον πίνακα , φαίνεται ότι τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα που ανέφεραν οικονομική εκμετάλλευση έχουν οικογενειακή κατάσταση χηρείας (11.2%, N=13), ή έχουν έγγαμη ζωή η συζούν (10.3%, N=12). Αντίστοιχα, τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα που ανέφεραν ψυχολογική κακομεταχείριση έχουν έγγαμη ζωή η συζούν (13.8%, N=16), ή έχουν οικογενειακή κατάσταση χηρείας (8.6%, N=10).

Πίνακας 2. Διαφορές στην υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης και ψυχολογικής κακομεταχείρισης με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

	Οικονομική Εκμετάλλ.			Ψυχολογική κακομεταχείριση		
	n	%	P value	N	%	P value
Φύλο						
Άνδρας	9	22.5	0.017	5	12.5	.652

Γυναίκα	20	26.3		25	32.9	
Ηλικία						
65-70	9	17	.092	14	26.4	.419
71-80	14	30.4		9	19.6	
81+	7	41.2		6	35.3	
Έτη σπουδών						
0	3	37.5	.725	4	50	.481
1-5	8	36.4		6	27.3	
6	10	25		8	20	
7-11	1	20		1	20	
12	5	18.5		8	29.6	
12 +	3	21.4		2	14.3	
Οικογενειακή κατάσταση						
Άγαμος	4	50	.130	2	25	.621
Έγγαμος/ συζεί	12	21.1		16	28.1	
Διαζευγμένος	1	9.1		1	9.1	
Χήρος	13	32.5		10	25	

3.2.4 Διαφέρουν οι ηλικιωμένοι που δέχονται οικονομική εκμετάλλευση και ψυχολογική κακοποίηση από αυτούς που δε δέχονται, ως προς το επίπεδο λειτουργικότητάς τους; (4^ο ερώτημα)

Πρέπει να σημειωθεί ότι η λειτουργικότητα έχει δύο επίπεδα, τη χαμηλή (εύκολα πράγματα) και την υψηλή (δύσκολα πράγματα). Με αυτό τον τρόπο εξετάστηκε η λειτουργικότητα. Επίσης, θεωρήθηκε ότι υπάρχει πρόβλημα στην χαμηλή ή και στην υψηλή λειτουργικότητα των ηλικιωμένων ατόμων αν έστω και μία αρνητική απάντηση δόθηκε στις ερωτήσεις αυτές.

Ο πίνακας δείχνει ότι τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρόβλημα χαμηλής λειτουργικότητας και έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης αγγίζουν το 12.9% (N=15) ενώ τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρόβλημα χαμηλής λειτουργικότητας και δεν έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης αγγίζουν το 12.9% (N=15). Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα που δεν έχουν πρόβλημα χαμηλής λειτουργικότητας αλλά έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης αγγίζουν το 12.9% (N=15).

Αντίστοιχα, τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρόβλημα χαμηλής λειτουργικότητας και έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης αγγίζουν το 11.2% (N=13) ενώ τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρόβλημα χαμηλής λειτουργικότητας και δεν έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης αγγίζουν το 14.7% (N=17). Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα που δεν έχουν πρόβλημα χαμηλής λειτουργικότητας αλλά έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης αγγίζουν το 13.8% (N=16).

Παρομοίως, ο πίνακας δείχνει ότι τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρόβλημα υψηλής λειτουργικότητας και έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης αγγίζουν το 9.5% (N=11) ενώ τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρόβλημα υψηλής λειτουργικότητας και δεν έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης αγγίζουν το 7.8% (N=9). Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα που δεν έχουν πρόβλημα υψηλής λειτουργικότητας αλλά έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης αγγίζουν το 16.4% (N=19).

Αντίστοιχα, τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρόβλημα υψηλής λειτουργικότητας και έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης αγγίζουν το 10.3% (N=12) ενώ τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρόβλημα υψηλής λειτουργικότητας και δεν έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης αγγίζουν το 6.9% (N=8). Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα που δεν έχουν πρόβλημα υψηλής λειτουργικότητας αλλά έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης αγγίζουν το 14.7% (N=17).

Μία σειρά από χ^2 τεστ έτρεξαν για να διαπιστωθούν ποιες σχέσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Όλα τα τεστ έδειξαν στατιστική σημαντικότητα. $p < .05$. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι

οι σχέσεις και οι διαφορές που παρουσιάστηκαν προηγουμένως έχουν στατιστική σημαντικότητα.

Παραδείγματος χάριν, εξετάστηκε αν διαφέρουν τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση με τα ηλικιωμένα άτομα που δεν έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση σε σχέση με την χαμηλή λειτουργικότητα. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές $\chi^2(1)=12.296, p<.05$. Ουσιαστικά το 61.2% που δεν έχει πρόβλημα χαμηλής λειτουργικότητας ούτε έχει πέσει θύμα οικονομικής εκμετάλλευσης διαφέρει στατιστικά σημαντικά από το υπόλοιπο δείγμα που είτε έχει πρόβλημα λειτουργικότητας ή και έχει πέσει θύμα οικονομικής εκμετάλλευσης.

Πίνακας 3. Διαφορές στην υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης και ψυχολογικής κακομεταχείρισης με βάση το επίπεδο λειτουργικότητας των συμμετεχόντων.

	Οικονομική εκμετάλλευση			Ψυχολογική κακομεταχείριση		
	n	%	P value	N	%	P value
Επίπεδο λειτουργικότητας						
Ναι πρόβλημα υψηλής λειτουργικότητας	11	55	.002	12	60	0.03
Όχι πρόβλημα υψηλής λειτουργικότητας	19	19.8		17	17.7	
Ναι πρόβλημα χαμηλής λειτουργικότητας	15	50		13	43.3	
Όχι πρόβλημα χαμηλής λειτουργικότητας	15	17.4		16	18.6	

3.2.5 Διαφέρουν οι ηλικιωμένοι που δέχονται οικονομική εκμετάλλευση και ψυχολογική κακοποίηση από αυτούς που δε δέχονται, ως προς το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας; (5^ο ερώτημα)

Η γνωστική λειτουργία μετρήθηκε με το σύνολο της επίδοσης που χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή των ηλικιωμένων ατόμων. Χρησιμοποιήθηκε σαν κανονική, μετρήσιμη, συνεχής μεταβλητή.

Κοιτώντας τον πίνακα , φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις γνωστικές επιδόσεις $MW=859$, $W=1324$, $p<.05$ μεταξύ των συμμετεχόντων που έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης, $N=30$, $M=27.23$, $T.A.=2.31$, $MR=44.13$ σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης, $N=86$, $M=28.43$, $T.A.=1.96$, $MR=63.51$. Δηλαδή, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη συνολική γνωστική επίδοση από τους συμμετέχοντες που έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης.

Παρομοίως, φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις γνωστικές επιδόσεις $MW=948$, $W=1383$, $p<.05$ μεταξύ των συμμετεχόντων που έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης, $N=29$, $M=27.48$, $T.A.=2.18$, $MR=47.69$ σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης, $N=87$, $M=28.33$, $T.A.=2.06$, $MR=62.10$. Δηλαδή, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη συνολική γνωστική επίδοση από τους συμμετέχοντες που έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης .

Πίνακας 4 Διαφορές στην υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης και ψυχολογικής κακομεταχείρισης με βάση το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας των συμμετεχόντων.

	Οικονομική εκμετάλλευση				Ψυχολογική κακομεταχείριση			
	N	M.T	T.A	P value	N	M.T.	T.A	P value
Επίπεδο γνωστικών λειτουργιών	30	7.23	2.31	.023	29	27.48	2.18	.204

3.2.6 Διαφέρουν οι ηλικιωμένοι που δέχονται οικονομική εκμετάλλευση και ψυχολογική κακοποίηση από αυτούς που δε δέχονται, ως προς την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης; (6^ο ερώτημα)

Σύμφωνα με τα κριτήρια του CES-D, βαθμολογήθηκε από 0 έως 3, και σε 5 ερωτήσεις αντιστράφηκε το σκορ (4, 8, 11, 12, 16). Επίσης, όποιος συμμετέχοντας σκόραρε συνολικά, προσθετικά πάνω από 16 (δηλαδή 17+) θεωρήθηκε ότι έχει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οπότε η μεταβλητή της κατάθλιψης μετατράπηκε σε μία νέα διχοτομημένη μεταβλητή που δείχνει αυτούς που έχουν κατάθλιψη και αυτούς που δεν έχουν ≤ 16).

Σύμφωνα με τον πίνακα, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που έχουν κατάθλιψη και έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση σύμφωνα πάντα με τους ίδιους, αγγίζουν το 20.7% (N=24), ενώ οι συμμετέχοντες που έχουν κατάθλιψη και δεν έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση σύμφωνα πάντα με τους ίδιους, αγγίζουν το 15.5% (N=18). Επίσης, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν κατάθλιψη και έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση, αγγίζουν το 5.2% (N=6). Τέλος, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν κατάθλιψη και δεν έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση, αγγίζουν το 58.6% (N=68) του δείγματος.

Παρομοίως, οι συμμετέχοντες που έχουν κατάθλιψη και έχουν υποστεί ψυχολογική κακομεταχείριση αγγίζουν το 18.1% (N=21), ενώ οι συμμετέχοντες που έχουν κατάθλιψη και δεν έχουν υποστεί ψυχολογική κακομεταχείριση αγγίζουν το 18.1% (N=21). Επίσης, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν κατάθλιψη και έχουν ψυχολογική κακομεταχείριση, αγγίζουν το 6.9% (N=8). Τέλος, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν κατάθλιψη και δεν έχουν υποστεί ψυχολογική κακομεταχείριση, αγγίζουν το 56.9% (N=68) του δείγματος.

Εξετάζοντας τον πίνακα, φαίνεται ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στις αναφερόμενες ποσοστιαίες διαφορές, $p < .05$. Δηλαδή, οι διαφορές που βρέθηκε μεταξύ των ποσοστών μπορεί να θεωρηθούν έγκυρες σύμφωνα με τα τεστ.

Πίνακας 5. Διαφορές στην υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης και ψυχολογικής κακομεταχείρισης με βάση την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης.

	Οικονομική εκμετάλλευση			Ψυχολογική κακομεταχείριση		
	n	%	P value	N	%	value

Κατάθλιψη						
Ναι	24	57.1	.000	21	50	.000
Όχι	6	8.1		8	10.8	

4 Συζήτηση

Η έρευνα είχε σαν σκοπό την διερεύνηση του φαινομένου της κακοποίησης των ηλικιωμένων και τη διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου και των συνεπειών της στην ψυχική υγεία των θυμάτων. Παράλληλα, επιτυγχάνεται μία σύγκριση των ευρημάτων με αντίστοιχα ευρήματα άλλων χωρών προκειμένου να καταδειχθούν ομοιότητες και διαφορές στην εμφάνιση του φαινομένου.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων, που συμμετείχαν στην έρευνα, και είχαν δεχτεί κάποιας μορφής οικονομική εκμετάλλευση ανέρχεται στο 25% ενώ ίδιο είναι και το ποσοστό του ερωτώμενου πληθυσμού που έχει δεχθεί ψυχολογική κακομεταχείριση. Από αντίστοιχα ευρήματα άλλων μελετών προκύπτει ότι η υποδοχή οικονομικής εκμετάλλευσης και ψυχολογικής κακομεταχείρισης στους ηλικιωμένους είναι ένα φαινόμενο συχνό χωρίς ωστόσο να αγγίζει τα επίπεδα που στη μελέτη μας. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι σε αντίστοιχη μελέτη, 9.7 % των ηλικιωμένων είχαν βιώσει οικονομική εκμετάλλευση και 14.3% ψυχολογική κακομεταχείριση. (Beach S.R., Schulz R., Castle N.G., Rosen J., 2010).

Από τον πληθυσμό των ατόμων που έχει τύχει οικονομικής εκμετάλλευσης, η συντριπτική πλειοψηφία είναι γυναίκες (21.6%), ενώ οι το ποσοστό των ανδρών είναι πολύ μικρότερο (4.3%). Αντίστοιχο εύρημα αναφέρεται στην μελέτη των Soares J.F., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Kapolou E., Lamura G., Lindert J., Dios Luna J., Macassa G., Melchiorre M.G. and Stank M. (2010) όπου σε όλες τις μορφές κακοποίησης οι γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άντρες.

Επίσης, οικονομική εκμετάλλευση ανέφεραν περισσότερο τα άτομα ηλικίας 71-80 (12.1%), έπειτα τα άτομα ηλικίας 65 έως 70 (7.8%), και μικρότερη αναφορά για οικονομική εκμετάλλευση ανέφεραν τα άτομα ηλικίας άνω των 81 ετών (5.2%).

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα που ανέφεραν οικονομική εκμετάλλευση έχουν οικογενειακή κατάσταση χηρείας (11.2%) ή είναι έγγαμοι/ συζούν (10.3%). Αντίστοιχα, η ευρωπαϊκή έρευνα ABUEL (Abuse of Elderly in Europe, 2010) έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι 70-84 ετών, χήροι/ες ή διαζευγμένοι, είναι οι κοινωνικές ομάδες που πλήττονται περισσότερο από κάποιας μορφής οικονομικής εκμετάλλευσης.

Άλλο ένα βασικό εύρημα της έρευνας είναι το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη

συνολική γνωστική επίδοση από τους συμμετέχοντες που έχουν πέσει θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης.

Ενδιαφέρον επίσης έχει το εύρημα που σχετίζεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτό, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που έχουν συμπτώματα κατάθλιψης και έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση σύμφωνα πάντα με τους ίδιους, αγγίζουν το 20.7%, ενώ οι συμμετέχοντες που εμφανίζουν τα συμπτώματα και δεν έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση σύμφωνα πάντα με τους ίδιους, αγγίζουν το 15.5%. Επίσης, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία και έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση, αγγίζουν το 5.2%. Τέλος, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και δεν έχουν υποστεί οικονομική εκμετάλλευση, αγγίζουν το 58.6%

Όσον αφορά την ψυχολογική κακομεταχείριση, κι εδώ τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι αφορά περισσότερο το γυναικείο φύλο σε ποσοστό 17.2% ενώ στους άντρες το ποσοστό είναι 7.8%. Ψυχολογική κακομεταχείριση, ανέφεραν περισσότερο τα άτομα μεταξύ των ηλικιών 65-70, σε ποσοστό 12.1%, ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 71-80 με ποσοστό 7.8%, ενώ η μικρότερη αναφορά έγινε από τα άτομα ηλικίας 81 και πάνω σε ποσοστό 5.2%. Σε προηγούμενη έρευνα πάλι οι γυναίκες εμφανίζονται αν έχουν υποστεί κάποιας μορφής ψυχολογική κακομεταχείριση, περισσότερο από ότι οι άντρες, και κυρίως οι ηλικιακές ομάδες 60-64, 65- 69 και 70-79. (Soares J.F., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Karolou E., Lamura G., Lindert J., Dios Luna J., Macassa G., Melchiorre M.G. and Stank M., 2010)

Από τα ευρήματα της έρευνας επίσης προέκυψε ότι τα περισσότερα άτομα που έχουν βιώσει κάποιας μορφής ψυχολογική κακομεταχείριση έχουν έγγαμη ζωή/ συζούν (13.8%), ή είναι χήροι/ χήρες (8.6%). Σύμφωνα με αντίστοιχη μελέτη, μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης ψυχολογικής κακομεταχείρισης εμφανίζουν όσοι έχουν έγγαμη ζωή ή συζούν και αυτοί που ζουν μόνοι. (ABUEL, 2010). Και στην ψυχολογική κακομεταχείριση, τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη συνολική γνωστική επίδοση από τους συμμετέχοντες που έχουν πέσει θύματα ψυχολογικής κακομεταχείρισης.

Τέλος, οι συμμετέχοντες που έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία και έχουν υποστεί ψυχολογική κακομεταχείριση αγγίζουν το 18.1%, ενώ οι συμμετέχοντες που έχουν

τα συμπτώματα και δεν έχουν υποστεί ψυχολογική κακομεταχείριση αγγίζουν το 18.1%. Επίσης, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και έχουν ψυχολογική κακομεταχείριση, αγγίζουν το 6.9%. Τέλος, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν ούτε τα συμπτώματα ούτε έχουν υποστεί ψυχολογική κακομεταχείριση, αγγίζουν το 56.9% του δείγματος.

Συγκριτικά θα αναφέρουμε ότι στην έρευνα των Soares J.F., Barros H., Torres-Gonzales F., Ioannidi-Karolou E., Lamura G., Lindert J., Dios Luna J., Macassa G., Melchiorre M.G. and Stank M. (2010) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μεγαλύτερο σκορ, στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, εμφάνισαν οι χήρες γυναίκες ηλικίας 70-84, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

5 Αδυναμίες της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρά τα πλεονεκτήματά της είχε και αρκετές αδυναμίες. Καταρχήν το δείγμα για την έρευνα προήλθε από μια μόνο περιοχή μιας συγκεκριμένης πόλης της Ελλάδας και δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικό ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευθούν σε όλο τον Ελληνικό πληθυσμό. Βασική αδυναμία εντοπίζεται στο γεγονός ότι τα ευρήματα βασίστηκαν στις αυτοαναφορές των ηλικιωμένων γεγονός που δημιουργεί προβληματισμό για την αξιοπιστία των τοποθετήσεων και την ειλικρίνεια στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Τέλος σημαντικό πρόβλημα της μελέτης ήταν η δυσκολία της προσέγγισης των ηλικιωμένων στα σπίτια τους καθώς, πάρα πολλοί φοβόντουσαν να δεχτούν στο χώρο τους άγνωστα άτομα.

6 Προτάσεις

Ολοκληρώνοντας αυτή τη εργασία, θα θέλαμε να αναφέρουμε κάποιες προτάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης/ εκμετάλλευσης των ηλικιωμένων.

- Ψυχολογική υποστήριξη και διαπαιδαγώγηση σε άτομα που βιώνουν την κακοποίηση.
- Διεύρυνση των κέντρων υποδοχής κακοποιημένων ατόμων, ώστε να μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε περισσότερα άτομα, όχι μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα αλλά και στην περιφέρεια.
- Οικονομική ενίσχυση και αύξηση του προσωπικού των κέντρων αυτών.

- Προβολή από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης των κέντρων αυτών και των υπηρεσιών που προσφέρουν
- Συχνή και συστηματική πληροφόρηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου για την έννοια και τις μορφές της κακοποίησης μέσω των Μ.Μ.Ε. (π.χ. τηλεόραση).(Επειδή οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η μόνη μορφή κακοποίησης είναι η σωματική.)
- Ενδυνάμωση των ηλικιωμένων για την ανάπτυξη προστατευτικών μηχανισμών και υπηρεσιών οι οποίοι θα τους προστατεύουν από την βία και θα εξασφαλίζουν ότι η φωνή τους ακούγεται.
- Οι ειδικοί σε θέματα υγείας και πρόνοιας μπορούν να συνεργαστούν με τους επαγγελματίες που ασχολούνται με την βία σε παιδιά ώστε να υιοθετήσουν παρόμοιες στρατηγικές αντιμετώπισης.
- Ενεργοποίηση εκπαιδευτικών και υποστηρικτικών προγραμμάτων που θα απευθύνονται σε φροντιστές επαγγελματίες και μη, με ιδιαίτερη στόχευση στους αλλοδαπούς που τα τελευταία χρόνια παίζουν ολοένα και πιο σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ηλικιωμένων..
- Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης για τους ηλικιωμένους ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τους επίσημους και ανεπίσημους επαγγελματίες φροντιστές.
- Δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων (νομικών, ψυχολογικών) αλλά και δομών όπως ξενώνες φιλοξενίας, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας οι οποίες θα παρέχουν πληροφόρηση και υποστήριξη σε ηλικιωμένους.
- Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για το πρόβλημα της βίας στους ηλικιωμένους με αναφορά στις αρχές των περιστατικών που πέφτουν στην αντίληψή τους.
- Αναζήτηση πληροφόρησης βοήθεια από τους ίδιους τους ηλικιωμένους μέσα στην κοινότητα.
- Ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας να αναφέρουν περιστατικά που πέφτουν στην αντίληψή τους.
- Πρόληψη της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων σε επίπεδο γειτονιάς και κοινωνικών δομών μέσα στην κοινότητα.
- η υιοθέτηση νομοθεσιών που θα αφορούν ειδικά στο θέμα της κακοποίησης ηλικιωμένων

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβεντισιάν- Παγοροπούλου, Α., (2000). *Η ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Αναστασίου- Δοντα, Σ., (1981). *Η Τρίτη ηλικία*. Αθήνα.
- Αντωνόπουλος, Α. *Αξιολόγηση της γνωστικής, συναισθηματικής και λειτουργικής ικανότητας ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με τη φυσική δραστηριότητα*.
- Γκιζέλη, Γ., Καυατζόγλου, Ρ., Τεπέογλου, Α., Φιλίας, Β., (1984). *Παράδοση και νεωτερικότητα στις πολιτικές δραστηριότητες της ελληνικής οικογένειας: Μεταβαλλόμενα σχήματα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Δόντας, Α., (1981). *Η τρίτη ηλικία - Προβλήματα και δυνατότητες*. Αθήνα.
- Έμκε – Πουλοπούλου, Η., (1991). *Δημογραφική γήρανση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*, περιοδικό: Κοινωνική Εργασία, τευχ.24, σελ. 221, Αθήνα.
- Έμκε – Πουλοπούλου, Η., (1999). *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.
- Καζάζη, Μ., (1995). *Ανθρώπινες Σχέσεις και Επικοινωνία*. Αθήνα: Έλλην.
- Κανελλόπουλος, Κ., (1984). *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα*, Αθήνα: ΚΕΠΕ
- Κάστενμπαουμ, Ρ., (1982). *Η Τρίτη Ηλικία*. Αθήνα: Ψυχογιός.
- Κανστενμπάουμ, Ρ., (1998). *Η Τρίτη Ηλικία και ο κύκλος της ζωής*. Αθήνα: Ψυχογιός.
- Κατάκη, Χ.Δ., (1984). *Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας. Ψυχοκοινωνικές διεργασίες*, επιμ. Νίκα Ελένη. Αθήνα: Κέδρος.
- Κυριόπουλος, Ι., Γεωργούση, Ε., (1993), *Οι δαπάνες για την υγεία στην Τρίτη ηλικία στην Ελλάδα :Μια πρώτη προσέγγιση*, περιοδικό: Κοινωνική Εργασία, τευχ.30, σελ. 81, Αθήνα
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α., (1999). *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαλικιώση-Λοιζου, Μ., Κλεψτάρας, Γ. & Τζονιχάκη, Ι., (1997). *Παράγοντες που συνδέονται με τη μοναξιά στους ηλικιωμένους*. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου
- Μάνος, Ν., (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών (University Studio Press).

- Μπαλούρδος, Δ., Τεπέρογλου, Α., Φακιόλας Ν.,(1996). *Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης*, στο Καραντινός, Δ., Μαράτου-Αλιπράντη ,Λ., Φρονίμου, Ε. (επιμ.): Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Αθήνα: ΕΚΚΕ
- Μουσοπούλου, Λ., (1984). *Η ελληνική οικογένεια*. Αθήνα: Ίδρυμα Γουλανδρή- Χόρν.
- Πουλοπούλου, Η., (1991). *Δημογραφική γήρανση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*. Κοινωνική Εργασία, τ. 24, σελ. 221-244.
- Σταθόπουλος, Π., (1996). *Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση*. έκδοση:2^η, Αθήνα: Έλλην.
- Τριανταφύλλου, Τ., Μεσθεναίου, Ε., Προύσκας, Κ., Γκόλτση, Π., Κοντούκα, Σ., Λουκίσης, Α. (2006). *Πανελλαδική Έρευνα: Η Οικογένεια που Φροντίζει Εξαρτημένα Ηλικιωμένα Άτομα*. Αθήνα
- Τριανταφύλλου, ΤΖ.- Μεσθεναίου, Ε., (1993). «Ποιος φροντίζει;». Αθήνα: SEXTANT,

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Action on Elder Abuse (AEA), (1995). *Bulleting*, Astral House, London
- Acierno R., Hernandez M. A., Amstadter A.B., Resnick H.S., Steve K., Muzzy W., (2003). *Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, neglectful and financial abuse in U.S. The national elder mistreatment study*, American Journal of Public Health
- Aitken L., Griffin G., (1996). *Gender issues in elder abuse*. London
- Baddeley, A. D., (1990). *Human memory : Theory and Practice*. London
- Baker A.A., (1975). *Granny battering, Modern Geriatrics*
- Baltes, M. M., & Lang, F. R., (1997). *Everyday functioning and successful aging :The impact of resources. Psychology and Aging, 12, 433-443*
- Beach, S.R., Schulz, R., Castle, N.G., Rosen, J., (2010). *Financial exploitation and psychological mistreatment among older adults: differences between African Americans and Non- African Americans in a population- based survey*. Pittsburgh.
- Bennet G., Kingston P., Penhale B.M., (1997). *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. London
- Biggs S., Manthorpe J., Tinker A., Doyle M., Erens B., (2009). *Mistreatment of older people in United Kingdom: findings from the first national prevalence study, Journal of Elder Abuse and Neglect*
- Bonnie R., Wallace R., (2003). *Elder mistreatment abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington DC, National Academic Press
- Burston, G., (1977). *Do your elderly patients live in fear of being battered?* Modern Geriatrics

- Carp R.M.,(2000) *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*, Springer, New York
- Castenbaum, R. , (1980).*Η Τρίτη ηλικία*. Αθήνα: Ψυχογιός.
- Council of the European Union, Council conclusions on Healthy and Dignified Ageing, Brussels, (2009)
- Comijs H.S., (1999). *Psychological distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping*. Journal of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences
- Cumming, E., Henry, S.(1961), *GrowingOld: The Process of Disengagement*, New YorkQ Basic Books, στο Blank Marie, (1974), *Πρόσφατα ευρήματα από έρευνες επί της πρακτικής της κοινωνικής εργασίας με τους ηλικιωμένους*, περιοδικό: *Εκλογή*, τευχ. 33, σελ. 3, μετάφρ. Όλγα Ζάναρη, Αθήνα.
- Gare-Olmo J., Planas-Pujol X., Lopez-Pousas, Juvinya D., Vila, Vilalta- Franch J.,(2009). *Prevalence and risk factors of suspected elder abuse. Subtypes in people aged 75 and older*. Journal of the American Geriatrics Society
- Gelles R.J., (1993). *Through a sociological lens: social structure and family violence*. In Gelles R.J., Loeske D.R., eds. *Current controversies on family violence.*, Thousand Oaks, CA, Sage
- Grafstrom M., Nordberg A., Winblad B., (1994). *Abuse is in the eye of the beholder*.Scandinavian Journal of Social Medicine
- Homer A.C., Gilleard C., (1990). *Abuse of elderly people by their carers*. British Medical Journal
- Juklestad O., (2001). *Institutional care for older people-the dark side*. Journal of Adult Protection
- Kausler, D. H., (1982). *Experimental psychology and human aging*. New York
- Krug E., (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization
- Lachs M.S., (1998). *The mortality of elder maltreatment*, *Journal of the American Medical Association*
- Lemme, B. H., (1995). *Development in adulthoob*. Boston
- Light, L. L. (1992).*The organization of memory in old age*. In F. I. M. Craik & Hillsdale, NJ : Laurence Erlbaum
- Lowenstein A., Eisikovits Z., Winterstein T., (2009). *Is elder abuse and neglect a social phenomenon?* .Data from the first national prevalence survey in Israel, *Journal of Elder Abuse and Neglect*
- McWilliams, N. (2009), *Ψυχαναλυτική διάγνωση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Meyer J., (2000). *Qualitative research in health care: using Qualitative methods in health related action research*. British Medical Journal
- Mowlam A., (2007). *UK study of abuse and neglect of older people: qualitative findings*. National Centre for Social Research and King's College, London
- National Service Framework for Older People, London, Department of Health, 2001
- Naughton C., (2010). *Abuse and neglect of older people in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. Dublin, National Centre for the Protection of Older People
- Nolan M.R., Grant G., Keady J., (1996). *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press
- O'Keeffe, M., (2007). *The UK study of abuse and neglect of older people*. London, National Centre for Social Research
- O'Loughlin A., Duggan J., (1998). *Abuse, neglect, and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council of Ageing and Older People
- Paveza G.J., (1992). *Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors*. The Gerontologist
- Pillemer K.A., (1989). *Risk factors in elder abuse: results from a case-control study*. In: Pillemer K.A., Wolf R.S., eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover M.A., Auburn House
- Pillemer K.A., Suitor J.J., (1992). *Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers*. Journal of Gerontology
- Pillemer K.,(2005). *Factores de riesgo del maltrato de mayores (risk factors in elder maltreatment)*, In: Iborra I., ed. *Violencia contra personas mayores (Violence against older people)*. Barcelona, Ariel
- Podnieks E., (2006). *Social inclusion: an interplay of the determinants of healthy-new insights into elder abuse* .Journal of Gerontology and Social Work
- Podnieks E.,(1992). *National survey on abuse of the elderly in Canada*. Journal of Elder Abuse and Neglect
- Reay A.M.C., Brown K.D.,(2001). *Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependents*. Ageing and Mental Health
- Samaras N., (2010). *Older patients in the emergency department: a review*. Annals of Emergency Medicine
- Soares, J.J.F., Barros, H., Torres- Gonzales, F., Ioannidi- Kapolou, E., Lamura, G., Lindert, J., Luna, J., Macassa, G., Melchiorre, M.G., Mindaugas, S.,(2010). *Abuse and Health, among elderly in Europe*. Kaunas
- Steinmetz S.K.,(1988). *Duty bound: elder abuse and family care*. Thousand Oaks, C.A., Sage

- Whitbourne, S. K., (1996). *Psychological perspectives on the normal aging process*. In L. L. Carstensen, B. A., Edelstein, & L. Dornbrand), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 3-35). Thousand Oaks, CA :Sage
- Wolf R., (2000). *The nature and scope of elder abuse*. Generations
- Wolf R., Pillemer K., (1989). *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. New York, Columbia University Press
- Wolf R., Strugnell C.P., Godkin M.A., (1982). *Preliminary findings from three model projects on elderly abuse*. Worcester MA, University of Massachusetts Medical Center on Aging
- WHO, European report on preventing elder maltreatment, 2011

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- www.age-platform.org
- www.mednet.gr/psycho/elderly.htm
- www.ncea.aoa.gov
- www.who.int

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΜΕΛΕΤΗΣ

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

**Παράγοντες κινδύνου και συνέπειες της οικονομικής εκμετάλλευσης και της ψυχολογικής
κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων**

ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ: Αλεξίου Ευδοκία

Κουρκουμέλη Αικατερίνη

Σιούλα Έλενα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Χλιαουτάκης Ιωάννης

Κωδ. Συνεντευκτή.....

Α/Α Ερωτηματολογίου.....

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Το παρόν ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας εκπαιδευόμενων κοινωνικών λειτουργών και εξετάζει τους παράγοντες κινδύνου και τις συνέπειες της οικονομικής εκμετάλλευσης και της ψυχολογικής κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων.

Η συγκεκριμένη έρευνα στόχο έχει να εκτιμήσει τη συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου της κακοποίησης των ηλικιωμένων και τη διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου και των συνεπειών της στην ψυχική υγεία των θυμάτων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να συμβάλουν σε μια πρώτη αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης, σε μια χώρα που διαθέτει ελλιπή δεδομένα σχετικά με το συγκεκριμένο φαινόμενο.

Πριν από τη συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου θα πρέπει να γνωρίζετε τα παρακάτω:

- A) Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική.
- B) Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και διαθέσιμες αποκλειστικά στα πρόσωπα που υλοποιούν την έρευνα.
- Γ) Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Σας προσκαλούμε λοιπόν να συμβάλετε σε αυτή την προσπάθεια με τη συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη.

Είμαστε στη διάθεσή σας να απαντήσουμε σε ερωτήσεις ή απορίες σας.

Με εκτίμηση,

Οι εκπαιδευόμενες κοινωνικοί λειτουργοί

Αλεξίου Ευδοκία

Κουρκουμέλη Αικατερίνη

Σιούλα Έλενα

1^ο ΜΕΡΟΣ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΦΥΛΟ : (1) Άνδρας (2) Γυναίκα

ΗΛΙΚΙΑ : | ___ | ___ |

ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ _____

ΕΤΗ ΣΠΟΥΔΩΝ : | ___ | ___ |

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Άγαμος/η, 2. Έγγαμος/η ή συζεί με σύντροφο, 3. Διαζευγμένος/η
4. Χήρος/α

ΚΑΤΟΙΚΩ

1. Μόνος/η
2. Με τον/την σύζυγο
3. Με τον/την κόρη μου
4. Άλλο

2^ο ΜΕΡΟΣ

ΕΠΙΔΟΣΗ ΑΝΩΤΑΤΟ

Τι χρονολογία, εποχή, μήνα, ημερομηνία, ημέρα έχουμε; ()
(5)

Πού βρισκόμαστε; (χώρα, πόλη, περιοχή, όροφο) ()
(5)

Ονομάστε 3 αντικείμενα. Έχετε 1 δευτερόλεπτο για το καθένα. ()

(3)

Πείτε τη λέξη «Μπάλα» ανάποδα. ()

(5)

Ποια αντικείμενα αναφέρατε πριν από 2 ερωτήσεις; ()

(3)

Δείξτε μου ένα στυλό και ένα ρολόι. ()

(2)

Επαναλάβετε μετά από εμένα το ακόλουθο :

«Άσπρη πέτρα ξεξασπρη και από τον ήλιο ξεξασπρώτερη» ()

(1)

Πάρτε ένα χαρτί, διπλώστε το στη μέση κι αφήστε το στο πάτωμα. ()

(3)

Διαβάστε και κάντε το επόμενο :

«ΚΛΕΙΣΤΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΑΣ» () (1)

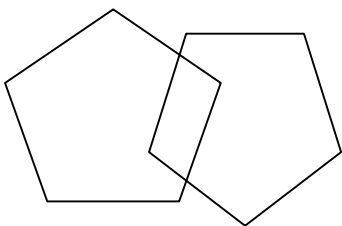
Γράψετε μία πρόταση

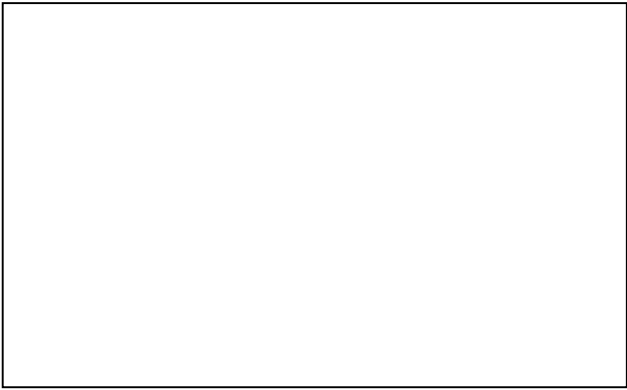
_____ ()

(1)

Αντιγράψετε το παρακάτω σχέδιο. ()

(1)





ΣΥΝΟΛΟ : ____

3^ο ΜΕΡΟΣ

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ :

1. Φέρνετε σε πέρας τις δύσκολες δουλειές του νοικοκυριού;

Ναι |__| Όχι |__|

2. Φέρνετε σε πέρας τις ελαφριές δουλειές του νοικοκυριού;

Ναι |__| Όχι |__|

3. Ψωνίζετε μόνος/η σας;

Ναι |__| Όχι |__|

4. Ετοιμάζετε ένα γεύμα;

Ναι |__| Όχι |__|

5. Χειρίζεστε χρήματα;

Ναι |__| Όχι |__|

6. Χρησιμοποιείτε το τηλέφωνο μόνος/η σας;

Ναι Όχι

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ :

1. Τρώτε το φαγητό σας μόνος/η σας;

Ναι Όχι

2. Φοράτε τα ρούχα σας μόνος/η σας;

Ναι Όχι

3. Κάνετε μπάνιο μόνος/η σας;

Ναι Όχι

4. Χρησιμοποιείτε την τουαλέτα μόνος/η σας;

Ναι Όχι

5. Μετακινείστε στο σπίτι μόνος/η σας;

Ναι Όχι

6. Μετακινείτε μία καρέκλα ή ένα τραπέζι μόνος/η σας;

Ναι Όχι

4^ο ΜΕΡΟΣ

ΑΠΟ ΤΟΤΕ ΠΟΥ ΚΛΕΙΣΑΤΕ ΤΑ 65 ΣΑΣ ΕΤΗ :

1. Έχετε υπογράψει οποιαδήποτε έντυπα ή έγγραφα τα οποία δεν έχετε κατανοήσει πλήρως;

Ναι Όχι

2. Σας έχει ζητήσει κάποιος να υπογράψετε οτιδήποτε χωρίς να σας εξηγηθεί τι είναι αυτό που υπογράφετε;

Ναι Όχι

3. Έχει παραλάβει κανείς τα έσοδά σας χωρίς την άδειά σας;

Ναι Όχι

4. Έχετε υποψιαστεί οποιονδήποτε για παραποίηση των αποταμιεύσεών σας ή άλλων περιουσιακών σας στοιχείων;

Ναι Όχι

5ο ΜΕΡΟΣ

ΑΠΟ ΤΟΤΕ ΠΟΥ ΚΛΕΙΣΑΤΕ ΤΑ 65 ΣΑΣ ΕΤΗ ΣΥΝΕΒΗ Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ, ΓΙΟΣ, ΚΟΡΗ, ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΛΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ Η ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΠΟΥ ΕΜΠΙΣΤΕΥΕΣΤΕ :

1. Να σας φωνάξει;

Ναι Όχι

2. Να σας προσβάλλει ή να σας εξυβρίσει;

Ναι Όχι

3. Να σας πει κάτι ώστε να σας πληγώσει σκόπιμα;

Ναι Όχι

4. Να σας βγάλει με τη βία έξω από ένα δωμάτιο έπειτα από κάποιο τσακωμό;

Ναι Όχι

5. Να καταστρέψει κάτι που σας ανήκει;

Ναι Όχι

6. Να σας απειλήσει, να σας χτυπήσει ή να σας πετάξει κάποιο αντικείμενο;

Ναι Όχι

7. Να σας απειλήσει ότι θα σας στείλει σε κάποιο ίδρυμα;

Ναι Όχι

8. Να σας απειλήσει ότι θα σας εγκαταλείψει ή ότι θα πάψει να σας φροντίζει;

Ναι Όχι

6^ο ΜΕΡΟΣ

ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ :

	άνια ή κόλου	γες ή κάποιες μέρες	εριστασιακά	χνά ή νέχεια
Ενοχληθήκατε από πράγματα που συνήθως δεν ας ενοχλούν				
Αισθανθήκατε ότι δεν πεινάτε ή είχατε μειωμένη ρεξη για φαγητό				
Αισθανθήκατε ότι δεν μπορεί να σας φτιάξει η άθεση ούτε με τη βοήθεια της οικογένειάς σας				
Αισθανθήκατε ότι είσαστε τόσο καλός/ή όσο οι τόλοιποι άνθρωποι				
Είχατε πρόβλημα να συγκεντρωθείτε σε αυτό που κνατε				
Αισθανθήκατε θλίψη				
Αισθανθήκατε ότι χρειάζεται να καταβάλετε ροσπάθεια για να κάνετε οτιδήποτε				

Αισθανθήκατε αισιόδοξος/η για το μέλλον				
Σκεφτήκατε ότι είσαστε αποτυχημένος/η στη ζωή σας				
1.Αισθανθήκατε φοβισμένος/η				
2.Ο ύπνος σας ήταν ξεκούραστος				
3.Αισθανθήκατε ευτυχισμένος/η				
4.Μιλούσατε λιγότερο από ότι συνήθως				
5.Αισθανθήκατε μοναξιά				
6.Αισθανθήκατε ότι οι άνθρωποι γύρω σας είναι φθαρμένοι				
7.Απολαύσατε τη ζωή				
8.Ξεσπάσατε σε κλάματα				
9.Αισθανθήκατε λυπημένος/η				
10.Αισθανθήκατε ότι οι υπόλοιποι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν				
11.Αισθανθήκατε ότι δεν μπορείτε «να συνεχίσετε»				

