



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

«Η ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΩΣ  
ΜΕΤΡΟ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΤΗΣ Τ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δαφέρμου Μαρία

ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ: Δαβράδου Ελευθερία  
Σαβουϊδάκης Ιωάννης  
Σαρρής Αντώνιος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστούμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κ. Δαφέρμου Μαρία για την κατανόηση, τη συμβουλή, την καθοριστική βοήθεια καθώς και την αποδοτική της συνεργασία.

Επίσης ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για την υπομονή και κατανόηση που μας παρείχαν.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

### ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

#### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

##### ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ.....	3
1.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	4
1.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....	6
1.5. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ .....	6
1.6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	8
1.7. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	9
1.8. ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ .....	10
1.8.1. Βιολογικές θεωρίες των γηρατειών .....	11
1.9. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	13
1.10. ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	14
1.11. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	16
1.12. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ - ΝΕΟΙ ΘΕΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ..	17
1.13. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ .....	18
1.14. Η ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....	19
1.15. ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	20
1.16. ΠΑΡΟΧΗ ΕΞΩΪΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ .....	24
1.17. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	26
1.18. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	27
1.19. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ .....	28
1.20. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΥΣ ΡΟΛΟΥΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....	30
1.21. ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	35
1.22. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	37
1.23. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ.....	38
1.24. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ.....	39
1.25. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ .....	40
1.26. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ .....	41

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

2.1. ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	42
2.1.1. Θεωρία των λαθών.....	42
2.1.2. Η θεωρία των περιττών μηνυμάτων.....	42
2.1.3. Η θεωρία της αντιγραφής.....	43
2.1.4. Η θεωρία του γενετικού προγράμματος.....	44
2.2. ΜΗ ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	45
2.2.1. Ανοσοβιολογική θεωρία.....	45
2.2.2. Η θεωρία του συνδετικού ιστού.....	45
2.2.3. Η θεωρία των ελεύθερων ριζών.....	46
2.3. ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	46
2.4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ.....	47

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	51
3.2. ΠΟΝΟΣ.....	53
3.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ.....	56
3.3.1. Τι είναι ύπνος.....	56
3.3.2. Τα στάδια του ύπνου.....	56
3.3.3. Τι συμβαίνει με τον ύπνο όταν η ηλικία αυξάνεται;.....	58
3.3.4. Αϋπνία.....	59
3.3.5. Αίτια αϋπνίας.....	59
3.3.6. Συμπτώματα αϋπνίας.....	59
3.3.7. Πως η αϋπνία επηρεάζει την υγεία μας.....	60
3.3.8. Οι συνέπειες της αϋπνίας κατά την ημέρα:.....	60
3.3.9. Αντιμετώπιση αϋπνίας.....	61
3.3.10. Νοσηλευτική διεργασία.....	62
3.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	69
3.5. ΟΙ ΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	70
3.6. ΠΛΗΜΜΕΛΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ.....	75
3.7. ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ.....	78

3.8. ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ .....	84
3.9. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ.....	84
3.10. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ .....	85
3.11. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ .....	86
3.12. ΘΑΝΑΤΟΣ.....	88

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΙΑΤΡΙΚΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### **ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ / ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ/ ΑΟΡΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ**

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ: .....	92
1.2. ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ / ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ .....	93
1.3. ΑΟΡΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ .....	95
1.4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	96
1.5. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: .....	97
1.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ / ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ.....	97

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

#### **ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**

2.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ .....	99
2.2. ΤΥΠΟΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	99
2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	99
2.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	100
2.5. ΟΞΕΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ .....	101
2.6. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ .....	102
2.7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ και ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	102
2.8. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ.....	103
2.9. ΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ .....	103
2.10. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ.....	104

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

#### **ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ**

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ .....	105
--------------------	-----

3.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΜΕΓΙΣΤΗ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ.....	106
3.3. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΤΑΙ Η ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ .....	107
3.4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ .....	109
3.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ & ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ .....	110
3.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	111
3.7. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	112

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ALZHEIMER**

4.1. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ Ο ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ.....	113
4.2. Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΜΝΗΜΗΣ ΑΛΛΑΓΕΣ.....	115
4.3. ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ .....	116
4.4. ΑΙΤΙΕΣ.....	120
4.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	121
4.6. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	121
4.7. ΠΡΟΛΗΨΗ .....	121
4.8. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΙ.....	122

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **PARKINSON**

5.1. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PARKINSON .....	123
5.2. ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΟΥ PARKINSON.....	124
5.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PARKINSON.....	124
5.4. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	125
5.5. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ Α.Ν.Σ.....	126
5.6. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	126
5.7. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....	126
5.8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ .....	127
5.9. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	127

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

6.1. ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ.....	130
6.1.1. Πώς εκδηλώνεται η μελαγχολία;.....	130
6.1.2. Μορφές μελαγχολίας.....	131
6.1.3. Πώς και γιατί δημιουργείται η μελαγχολία;.....	132
6.1.4. Πώς αντιμετωπίζεται η μελαγχολία;.....	134
6.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	135
6.2.1. Επιπολασμός κατάθλιψης στους ηλικιωμένους (στην Ελλάδα)......	135
6.2.2. Πιθανοί παράγοντες.....	136
6.2.3. Είδη κατάθλιψης - Κλινικά Σημεία- Συμπτώματα.....	139
6.2.4. Διάγνωση.....	143
6.2.5. Θεραπεία.....	145
6.2.6. Νοσηλευτική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου στην κοινότητα.....	145

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΝΕΟΤΗΤΑ

7.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	148
7.2. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ.....	151
7.3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΝΕΩΝ - ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	154
7.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗΝ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΝΕΩΝ - ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	158

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ: ΜΙΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

8.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	164
8.2. ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	164
8.3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ALZHEIMER. 167	167
8.4. ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ: ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	169

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

9.1. ΟΡΙΣΜΟΣ .....	170
9.2. ΕΙΔΗ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ .....	171
9.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ .....	172
9.4. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ .....	173
9.5. ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ .....	174

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

10.1. ΟΡΙΣΜΟΣ .....	180
10.2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ .....	184
10.3. ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ .....	186
10.4. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ .....	187
10.5. Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ ΣΕ ΒΑΡΟΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ .....	189
10.6. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΡΙΤΗΣ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ .....	190
10.7. ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....	191
10.8. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....	194
10.9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ .....	195

### ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	198
2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....	199
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	221
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	224
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	227



# ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

#### 1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ<sup>1</sup>

Η γήρανση, γενετικά καθορισμένη μεταβολή στη δομή και τη λειτουργία του ηλικιωμένου οργανισμού, είναι γενικό φαινόμενο και παρατηρείται σε όλα τα είδη των ζώων και των φυτών, χωρίς ο άνθρωπος να εξαιρείται από αυτά. Ο άνθρωπος γεννιέται, διανύει τη βρεφική και την παιδική του ηλικία, φτάνει στην ωριμότητα για να καταλήξει προοδευτικά στη φάση του γήρατος. Το ανθρώπινο γένος χαρακτηρίζεται από μεγάλο διάστημα παιδικής ηλικίας και παρατεταμένο χρόνο γεροντικής. Το γεγονός αυτό κατέστησε ικανά τα ηλικιωμένα άτομα να εκπαιδεύσουν τα νεότερα και να διασφαλίσουν την επιβίωση και την πρόοδό τους.



"Γηράσκω" και "γήρας" δεν είναι έννοιες ταυτόσημες. Γηράσκουν οι άνθρωποι με το πέρασμα του χρόνου, ενώ γήρας είναι η εκφύλιση και η φθορά που ακολουθεί πολύ αργότερα, [*γηράσκω*: η πορεία, *γήρας*: το αποτέλεσμα].

Η κάμψη των βιολογικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει από το 30<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του και συνεχίζεται σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Από την παρατήρηση των ηλικιωμένων διαπιστώνεται πως οι βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που παρουσιάζονται κατά τη γήρανση

---

<sup>1</sup> Μ. Δαφέρμου, «Γεροντολογική Νοσηλευτική», 2007-08

αφορούν όλους τους ανθρώπους. Παρατηρείται όμως σε ατομική βάση μεγάλη διακύμανση ως προς το ρυθμό και την ένταση που εμφανίζονται. Αυτό δηλώνει την ύπαρξη παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση του γήρατος



στα διάφορα άτομα περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα. Το υποκειμενικό βίωμα μιας κατάστασης είναι αποφασιστικό για τη συμπεριφορά του ατόμου και όχι μόνο η γενική του κατάσταση. Οι ερευνητές απέδειξαν δηλαδή ότι η

υποκειμενική αντίληψη για την υγεία, συχνά με την έκφραση της «ενεργητικότητας» σχετίζεται πολύ πιο έντονα με τη μακροβιότητα απ' ό,τι η αντικειμενική αντίληψη (δηλαδή η υγεία βάσει ιατρικών εξετάσεων).

Ιατρικά και νοσηλευτικά μέτρα από μόνα τους -όσο σπουδαία κι αν είναι- δεν ωφελούν ή τουλάχιστο δε φτάνουν. Η σωματική δραστηριότητα και η φαρμακευτική επίδραση μόνες τους δε μπορούν να εγγυηθούν ποιότητα ζωής σε μεγάλη ηλικία, αν ταυτόχρονα δεν πιστεύει το ίδιο το άτομο στο νόημα για τη ζωή.

Πολλοί παράγοντες αλληλεξαρτώνται και αλληλοεπηρεάζονται στη διεργασία του γήρατος επηρεάζοντας την γενικότερη υγεία ενός ηλικιωμένου:

- σωματική υγεία
- ψυχική υγεία
- πνευματική υγεία
- κοινωνική υγεία
- αίσθηση αξίας της ζωής
- προσωπικότητα του ατόμου
- οικολογικοί παράγοντες
- κοινωνική δομή
- οικονομική κατάσταση.

## 1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ<sup>2</sup>

Είναι δύσκολο να δοθεί ικανοποιητικός ορισμός στον ετερογενή πληθυσμό των ηλικιωμένων, επειδή η φυσιολογική με τη χρονολογική ηλικία παρουσιάζουν μεταξύ τους διαφορές.

Ο γερμανός Bismarck καθιέρωσε αυθαίρετα το 1889 το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας ως απαραίτητο κριτήριο για οικονομικές παροχές από τα κοινωνικά ασφαλιστικά



συστήματα προς τους εργαζομένους.

Το 1980 τονίζεται από τον ΟΗΕ ότι άτομα +80 θα πρέπει να χαρακτηριστούν ως πολύ ηλικιωμένα.

Το 1982, Στη "Διεθνή Συνέλευση Γήρατος" που έγινε επεκράτησε ο όρος ηλικιωμένος και το χρονολογικό όριο των 60 ετών. Εξακολουθεί όμως να παραμένει η ηλικία των 65 ετών ως ηλικία υποχρεωτικής συνταξιοδότησης.

Σχετικά με το γήρας υπάρχουν απόψεις και για τον χωρισμό του ως: α) το πρώιμο γήρας που το φαινόμενο του γήρατος εμφανίζεται πριν από το 60<sup>ο</sup> έτος και β) όψιμο γήρας που το φαινόμενο του γήρατος εμφανίζεται μετά το 90<sup>ο</sup> ή το 100<sup>ο</sup> έτος.

Κριτήριο για να χαρακτηρίσουμε κάποιον ως ηλικιωμένο σήμερα εκτός από τη χρονολογική ηλικία που είναι η "επίσημη" ηλικία υπάρχουν και άλλες ηλικίες όπως η κοινωνική και η ψυχολογική. Η κοινωνική αναφέρεται στον τρόπο συμπεριφοράς, ενώ η ψυχολογική αναφέρεται στο πως αισθάνεται κάποιος. Ωστόσο η μόνη σταθερή και μετρήσιμη ηλικία είναι η χρονολογική που αναφέρεται στον πραγματικό χρόνο ζωής.

Μια αναδρομή στο παρελθόν θα μας δείξει ότι ο μέσος όρος ζωής διαρκώς και αυξάνεται. Ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου στην:

<sup>2</sup> Μ. Δαφέρμου, «Γεροντολογική Νοσηλευτική», 2007-08

Πρωτόγονη ζωή ήταν.....	12 χρόνια
Αρχαία Ελλάδα ήταν .....	20 χρόνια
Ελληνορωμαϊκή εποχή.....	31 χρόνια
Στον 9 <sup>ο</sup> αιώνα.....	35 χρόνια
Στον 19 <sup>ο</sup> αιώνα.....	42 χρόνια

και σήμερα μόλις εκατό χρόνια μετά είναι 75 χρόνια με προοπτικές αύξησης. Δηλαδή σχεδόν διπλασιάστηκε μέσα σε λίγα χρόνια. Σ' αυτήν την αύξηση του μέσου όρου ζωής έχουν συμβάλει καθοριστικά η πρόοδος της ιατρικής που προσέφερε καλύτερη υγεία και η πρόοδος της τεχνολογίας που προσέφερε βελτίωση των συνθηκών ζωής.

### **1.3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ<sup>3</sup>**

Ο «γκρίζος» πληθυσμός αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, που κάνει ακόμη και τις πιο ανεπτυγμένες τεχνολογικά χώρες να βρίσκονται στο στάδιο της προσαρμογής. Κάποτε η μακροβιότητα εθεωρείτο προνόμιο. Σήμερα, μολονότι η μακροβιότητα είναι επιθυμητή, φέρνει νέες προκλήσεις και απαιτήσεις με σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας όλων των χωρών.

Στις Η.Π.Α. το 1984, η ομάδα των ηλικιωμένων συνέθετε το 12% του πληθυσμού. Από αυτούς το 87% ζούσε στην κοινότητα, το 5% σε ιδρύματα και το 8% χρειαζόταν κάποια βοήθεια. Οι διαθέσιμες δαπάνες για την ομάδα αυτή έφταναν στο 31% των συνολικών δαπανών για την υγεία του αμερικανικού πληθυσμού.

Στην Ελλάδα το 1950 σε 15 άτομα παραγωγικής ηλικίας αντιστοιχούσε ένας ηλικιωμένος +65. Σήμερα σε 7 άτομα αντιστοιχεί ένας και υπολογίζεται σε δύο γενιές στα 3 άτομα να αντιστοιχεί ένας ηλικιωμένος. Ειδικά για το ασφαλιστικό, η γήρανση του πληθυσμού σημαίνει και ταυτόχρονη επιδείνωση της αναλογίας εργαζόμενων - συνταξιούχων και επομένως αδυναμία των

<sup>3</sup> Μ. Δαφέρμου, «Γεροντολογική Νοσηλευτική», 2007-08

ασφαλιστικών ταμείων να καλύψουν στο άμεσο μέλλον τις συντάξεις των μελών τους, ειδικά όταν αυτό συνδυάζεται και με τη συνεχή μείωση του αριθμού των νέων ανθρώπων.

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια είναι χαμηλές σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Ανέρχονται σε 3,5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος για την υγεία και 2% για την κοινωνική πρόνοια. Οι δαπάνες είναι 7 φορές μεγαλύτερες από αυτές για τους νέους, ενώ για τα παιδιά 15 ετών είναι περίπου το 1/3 του μέσου όρου.

Βασικός στόχος είναι η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση των φορέων και του κοινού γύρω από τα εκρηκτικά προβλήματα που άμεσα σηματοδοτεί η γήρανση του πληθυσμού και τα τεράστια κενά που συνεχίζουν να υπάρχουν στη χώρα μας σε θέματα πρόνοιας και ασφαλιστικής κάλυψης των ηλικιωμένων.

Μαζί με το γήρας εντείνονται και τα προβλήματα υγείας και αυξάνονται οι ανάγκες για δομές πρόνοιας και εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Είναι ενδεικτικό ότι τα άτομα άνω των 65 ετών πάσχουν κατά μέσο όρο από 3,5 χρόνια νοσήματα και λαμβάνουν 5 διαφορετικά φάρμακα. Έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν παρενέργειες στα φάρμακα που λαμβάνουν σε σχέση με τους νεότερους, πλήττονται περισσότερο από επικίνδυνες συνθήκες, όπως π.χ. καύσωνας, και έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αναπηρίας.

Στις αναπτυγμένες χώρες υπάρχουν κρεβάτια που αντιστοιχούν στο 10% του αριθμού των ηλικιωμένων που χρειάζεται προστατευμένη διαμονή ή παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών. Δυστυχώς, όμως, -σύμφωνα με την Εταιρεία Γηριατρικής- δεν έχουμε αναπτύξει σχετικές δομές. Αλλά και οι δομές πρόνοιας για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, όπως τα ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», έχουν εκφυλιστεί. Σύμφωνα με πολλούς ομιλητές, πρόσφατου συνεδρίου γηριατρικής «τα ΚΑΠΗ έχουν γίνει απλώς καφενεία, αντί να αναπτύξουν δραστηριότητες που θα κρατούν τους ηλικιωμένους ενεργούς στην κοινωνία, και το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι έχει γίνει ένα είδος οικιακής βοήθειας».

#### **1.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ<sup>4</sup>**

Οι ηλικιωμένοι που διανύουν την 8<sup>η</sup> και 9<sup>η</sup> δεκαετία, διαθέτουν πλούσια εμπειρία που έχει σχέση με κοινωνικά, πολιτικά, πολιτισμικά, οικονομικά γεγονότα και καταστάσεις που γνώρισαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Οι αλλαγές των κοινωνικών δομών είχαν σαν αποτέλεσμα την πτώση των αξιών και τη δημιουργία ηθικής κρίσης, η οποία επέφερε βαθύ ρήγμα στο οικογενειακό σύστημα. Η ανάγκη να εργάζεται η γυναίκα έξω από το σπίτι, άλλαξε τον παραδοσιακό της ρόλο, που ήταν η ανατροφή των παιδιών και η φροντίδα των ηλικιωμένων. Οι μεγάλες πατριαρχικές οικογένειες του παρελθόντος, που τις στόλιζαν με την παρουσία τους ο παππούς και η γιαγιά, αντικαταστάθηκαν με τις "πυρηνικές", η σύνθεση των οποίων αποκλείει τους γέροντες γονείς και μαζί μ' αυτούς την πείρα και τη γνώση τους.

Οι μεγάλες αυτές αλλαγές συνετέλεσαν ώστε οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται κοινωνικά αλλοτριωμένοι, γιατί είναι αναγκασμένοι να περάσουν το υπόλοιπο της ζωής τους σε ιδρύματα, με συντροφιά τη μοναξιά ή την απομόνωση, παράγοντες που συντελούν στη φυσική και πνευματική φθορά των ηλικιωμένων.

Άλλα στοιχεία είναι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, το μορφωτικό τους επίπεδο και ενδεχομένως η απώλεια ενός εκ των δυο συζύγων. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνθέτουν προβλήματα υψηλού κινδύνου για τους ηλικιωμένους και πρέπει να εντοπίζονται, να αξιολογούνται και να αντιμετωπίζονται.

#### **1.5. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

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

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η γήρανση σε μεγάλο βαθμό είναι προϊόν της υπογεννητικότητας. Η πτώση των γεννήσεων μακροπρόθεσμα

---

<sup>4</sup> Μ. Δαφέρμου, «Γεροντολογική Νοσηλευτική», 2007-08

οδηγεί στην μείωση του γενικού πληθυσμού, καθώς ελαττώνεται η αναλογία των νεότερων ατόμων στον πληθυσμό και αυξάνει η αναλογία των ηλικιωμένων.<sup>5</sup> Η μείωση της γονιμότητας που συνέβαλε κατά πολύ στην μείωση των γεννήσεων και κατά συνέπεια στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό.<sup>6</sup>

Ένας άλλος παράγοντας που ασκεί σημαντική επίδραση στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό είναι η μείωση της θνησιμότητας και η παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης.<sup>7</sup> Το φαινόμενο της αύξησης της αναλογίας του γεροντικού πληθυσμού ξεκίνησε να εκδηλώνεται σταδιακά από την περίοδο της μεταβιομηχανικής επανάστασης και μετά, κυρίως στις πιο εύπορες χώρες. Καθώς οι ευνοϊκές οικονομικές συνθήκες που επικρατούσαν στις χώρες αυτές οδήγησαν σε αναπτυξιακές τάσεις όπως η συγκρότηση υπηρεσιών δημοσίας υγείας, η εξυγίανση του περιβάλλοντος, η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής και γενικότερα η άνοδο του βιωτικού και μορφωτικού επιπέδου. Όλες αυτές οι σημαντικές εξελίξεις συνέβαλλαν στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στην μακροζωία, και κατά συνέπεια στην βαθμιαία μείωση της θνησιμότητας.<sup>8</sup>

Ένας τρίτος δημογραφικός συντελεστής που μετέχει ενεργά στην εξάπλωση της πληθυσμιακής γήρανσης είναι η μεταναστευτική κίνηση των πληθυσμών. Η μετανάστευση προκαλεί αίτια γήρανσης στις χώρες προέλευσης των μεταναστών και προοπτικές ανανέωσης του πληθυσμού στις χώρες υποδοχής. Η μεταναστευτική ροή συμβάλλει πρωτίστως στην γήρανση από τη μέση της πυραμίδας των ηλικιών, καθώς οι νέοι φεύγουν και μένουν πίσω οι γηραιότεροι, με συνέπεια να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο ο ρυθμός επιτάχυνσης της γήρανσης του πληθυσμού. Δευτερευόντως, η μεταναστευτική τάση προκαλεί γήρανση από την βάση της πυραμίδας των ηλικιών, εφόσον περιορίζονται οι ομάδες ηλικιών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία με απόρροια την πτώση των γεννήσεων. Το φαινόμενο αυτό καλείται και ως

---

<sup>5</sup> Πολύζος, (χχ)

<sup>6</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

<sup>7</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

<sup>8</sup> Δαρδαβέσης, 1999



«αλυσίδα γήρανσης». Συμπεράσματα από αρκετές μελέτες αποδεικνύουν ότι η μεταναστευτική κινητικότητα προς το εξωτερικό συνέβαλλε σημαντικά στην πληθυσμιακή αλλαγή πολλών χωρών, ήδη από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα και καθ' όλη την διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Οι μεταναστεύσεις αυτές είχαν ως συνέπεια την εγρήγορση του ρυθμού γήρανσης των πληθυσμών των χωρών προέλευσης και την ανανέωση των χωρών υποδοχής.<sup>9</sup>

Πέρα όμως από την εξωτερική μετανάστευση, δυσμενείς επιδράσεις στην γήρανση του πληθυσμού έχει ασκήσει και η εσωτερική μετανάστευση, δηλαδή με άλλα λόγια η μεταφορά πληθυσμών από περιοχή σε περιοχή στο εσωτερικό μιας χώρας και ιδιαίτερα η μετακίνηση πληθυσμών από την ύπαιθρο στα αστικά κέντρα. Τα τελευταία χρόνια η γήρανση των πληθυσμών των αγροτικών περιοχών της αραιοκατοικημένης υπαίθρου τείνει να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, το γεγονός αυτό προκαλείται κυρίως από την μεταναστευτική κινητικότητα των νεότερων ηλικιακών ομάδων του πληθυσμού και επιδεινώνεται με την επιστροφή των παλιννοστούντων που όντας πλέον συνταξιούχοι επιστρέφουν στον τόπο καταγωγής τους.<sup>10</sup>

## **1.6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η αναλογία του γεροντικού πληθυσμού στην χώρα μας αυξήθηκε κατά τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες που διεξήχθησαν από Έλληνες ειδικούς επιστήμονες, οι παράγοντες που επηρεάζουν την δημογραφική γήρανση στην χώρα μας είναι οι ακόλουθοι: η μείωση της γονιμότητας, η εξέλιξη της θνησιμότητας, η εξωτερική μεταναστευτική κίνηση, η παλιννόστηση, η είσοδος μεταναστών και η αρχική κατανομή του πληθυσμού.<sup>11</sup>

Είναι πλέον αναμφισβήτητη η διαπίστωση ότι οι πληθυσμοί ιδιαίτερα

---

<sup>9</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

<sup>10</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

<sup>11</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999, Παπαδάκης, 1985

των εύρωστων οικονομικά χωρών τείνουν να γηράσκουν. Ο περιορισμός των γεννήσεων και η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής σε όρια άγνωστα για τα ιστορικά δεδομένα της ανθρωπότητας, είχαν ανατρεπτικά αποτελέσματα στις αναλογίες των ηλικιακών ομάδων του πληθυσμού. Με την πάροδο των ετών τα άτομα των νεότερων ηλικιών λιγοστεύουν ενώ τα μεγαλύτερα άτομα (από 60 ετών και άνω) προοδευτικά αυξάνονται με απόρροια οι υπερήλικες να αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της αναλογίας του πληθυσμού. Οι νέες δημογραφικές εξελίξεις που προέκυψαν τα τελευταία έτη έθεσαν την πολιτεία αντιμέτωπη απέναντι στο οξύ πρόβλημα της πληθυσμιακής διόγκωσης των ηλικιωμένων και της δυσαρμονίας στις αναλογίες μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.<sup>12</sup>

### **1.7. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Έχει παρατηρηθεί στην Ελλάδα -ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες- να υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση της αναλογίας των δύο φύλων στον γεροντικό πληθυσμό. Οι παράγοντες που συνέβαλλαν στην δημιουργία αυτής της κατάστασης και ευνοούν στην εξέλιξή της είναι τρεις και είναι οι ακόλουθοι: α) το γεγονός ότι οι γυναίκες έναντι των ανδρών έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, β) η υπερθνησιμότητα των ανδρών και ιδιαίτερα κατά τις πολεμικές περιόδους (λ.χ. Β' Παγκόσμιος Πόλεμος), όπου σημειώθηκαν μεγαλύτερες απώλειες ανδρών σε σχέση μ' αυτές των γυναικών, γ) η μεταναστευτική κινητικότητα, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι κατά την περίοδο 1955-1973 που παρατηρήθηκε να εκδηλώνεται ένα δεύτερο μεταναστευτικό ρεύμα, από την



<sup>12</sup> Χουσιαδάς, 1999, Δαρδαβέσης, 1999

Ελλάδα έφυγαν προς το εξωτερικό περισσότεροι άνδρες από ότι γυναίκες. Επιπροσθέτως, σημειώνεται ύπαρξη σημαντικού βαθμού γήρανσης ιδιαίτερα στις αγροτικές, νησιωτικές και ακριτικές περιοχές της χώρας μας. Η κατάσταση αυτή είναι απόρροια του μεταναστευτικού ρεύματος που οξύνθηκε κατά την περίοδο 1953-1973, της εσωτερικής μεταναστευτικής κινητικότητας και την αύξηση της υπογεννητικότητας που υπάρχει στις περιοχές αυτές.<sup>13</sup>

## **1.8. ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

Σύμφωνα με τους Cauley, Dorman & Ganguli (1996), τα γηρατειά αποτελούν μια διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται στα κύτταρα και εξελίσσονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Η διαδικασία της γήρανσης διαφοροποιείται σε ρυθμό και βαθμό ανάλογα με το κάθε άτομο και τα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου ατόμου. Το γεγονός αυτό δεν αφήνει περιθώρια για τον προσδιορισμό μιας συγκεκριμένης χρονολογικής ηλικίας που θα θεωρείται ως έναρξη για τις μεταβολές αυτές που προκύπτουν από το γήρας.<sup>14</sup>

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

---

<sup>13</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999, Πολύζος, (χχ)

<sup>14</sup> Cauley, Dorman & Ganguli στο Δαρδαβέσης, 1999

σύμφωνα με τον Hayflic (1996) είναι οι ακόλουθοι: η κληρονομικότητα, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά, η ψυχοσύνθεση του ατόμου και η υγιεινή διαβίωση».<sup>15</sup>

Σύμφωνα με τον Rubinstein (1990), η μεγαλύτερη μερίδα των επιστημόνων που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία της γήρανσης, δέχεται την ύπαρξη περισσότερων θεωριών από μία μόνο που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης. Οι θεωρίες για την γήρανση που επικρατούν μέχρι και σήμερα και οι οποίες προσπαθούν να ερμηνεύσουν την διαδικασία αυτή, διακρίνονται σε γενετικές και σε μη γενετικές θεωρίες. Στην πρώτη κατηγορία των γενετικών θεωριών εντάσσονται: οι θεωρίες των λαθών, η θεωρία των περιττών μηνυμάτων, η θεωρία της αντιγραφής (DNA) και η θεωρία του γενετικού προγράμματος. Ενώ στις μη γενετικές θεωρίες της γήρανσης εμπεριέχονται: η ανοσοβιολογική θεωρία, η θεωρία συνδετικού ιστού και η θεωρία των ελευθέρων ριζών.<sup>16</sup>

### ***1.8.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ ΓΗΡΑΤΕΙΩΝ***

Οι βιολογικές ή γενετικές θεωρίες για τα γηρατεία αναζητούν τα αίτια της αλλαγής των βιολογικών και φυσιολογικών χαρακτηριστικών των ανθρώπων καθώς περνούν τα χρόνια. Οι θεωρίες αυτές εξετάζουν θέματα όπως αν υφίσταται ή δεν υφίσταται φυσιολογική, μη παθολογική διαδικασία των γηρατειών ή αν το γεγονός αυτό συνιστά μια παθολογική διαδικασία που συνοδεύεται από απώλεια της ικανότητας του ατόμου να ανταπεξέλθει σε βασικές λειτουργίες του και έχει ως τελική κατάληξη το θάνατο του ανθρώπινου οργανισμού.<sup>17</sup>

Ένα διαφορετικό βιολογικό πρότυπο γήρανσης προτάθηκε από τον Orjel το 1963, το οποίο εστιάζοταν σε μια ελάττωση της πιστότητας αντιγραφής του γενετικού μηνύματος κατά τη σύνθεση των πρωτεϊνών. «Αργότερα δέχτηκε την γενικότερη έννοια σύμφωνα με την οποία υφίσταται ένα σκέλος θετικής

---

<sup>15</sup> Hayflic στο Δαρδαβέσης, 1999

<sup>16</sup> Rubinstein στο Δαρδαβέσης, 1999

<sup>17</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

ανατροφοδότησης κατά το οποίο φυσιολογικά "όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των λαθών που έχουν συσσωρευτεί στα μακρομοριακά στοιχεία του κυττάρου, τόσο επιταχύνεται και η συσσώρευση των άλλων λαθών"». Η θεώρηση αυτή καλείται και ως "θεωρία των λαθών".<sup>18</sup>

Με τη θεωρία της γήρανσης των ανθρώπινων κυττάρων περιγράφονται οι αλλαγές που μπορεί να επέλθουν στα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού καθώς αυτά γερνούν. Σ' αυτή τη θεώρηση, το φαινόμενο της γήρανσης χαρακτηρίζεται από τεταμένη κυτταρική απορρύθμιση του ανθρώπινου οργανισμού και απώλεια της ολοκληρωμένης λειτουργίας των κυττάρων.<sup>19</sup> Τέλος, η θεωρία των ελευθέρων ριζών, αναφέρει ότι οι ελεύθερες ρίζες είναι πολύ επικίνδυνες χημικές ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν βλάβη των πρωτεϊνών ή του DNA με βαθιές αλλοιώσεις και να οδηγήσουν σε αντίθετη σύνδεση ορισμένων σημαντικών μορίων.<sup>20</sup>

Παρόλα αυτά οι βιολογικές θεωρίες δεν θεωρούνται απόλυτα τελειοποιημένες, μιας και οι βιολόγοι που τις εκφράζουν δεν έχουν προβεί σε μια συμφωνία όσον αφορά τον ορισμό της ανθρώπινης γήρανσης. Οι βιολογικές θεωρίες δέχονται κριτική για το λόγο ότι δεν λαμβάνουν καθόλου υπόψη τον τρόπο με τον οποίο αρκετά άτομα εναρμονίζονται με τις αλλαγές που επιφέρει σταδιακά η τρίτη ηλικία, ενώ παράλληλα δεν προσμετρούν ενδεχόμενες δυνατότητες για ανάπτυξη και άλλων μη βιολογικών δυνατοτήτων. Σύμφωνα λοιπόν με τους κριτικούς των βιολογικών θεωριών, οι θεωρίες αυτές έχουν διαμορφώσει και εκπέμπουν μια αρνητική και κατά συνέπεια "ρατσιστική" εικόνα για τους ηλικιωμένους, θεωρώντας ότι αυτοί αποτελούν βάρος τόσο για τις οικογένειές τους όσο και για την κοινωνία.<sup>21</sup>

---

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

<sup>19</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

<sup>20</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

<sup>21</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999, Δαρδαβέσης, 1999

## 1.9. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Τα άτομα που εντάσσονται στις κατηγορίες της τρίτης και τέταρτης ηλικίας αντιμετωπίζουν συνήθως ανάλογες παθήσεις με αυτές που αντιμετωπίζουν άτομα της μέσης ηλικίας. Η διαφοροποίηση που υπάρχει στις παθήσεις ανάμεσα σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες εστιάζεται στο ότι οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές στις λειτουργικές τους δραστηριότητες, ότι υποφέρουν ταυτόχρονα από περισσότερα από ένα προβλήματα υγείας και ότι σε αρκετές περιπτώσεις έχουν ανάγκη για μακρύτερη διάρκεια χρόνου νοσηλείας.<sup>22</sup>

Κατά τους Cape & Rossman (1983), υπάρχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά προβλήματα υγείας που μπορούν να παρουσιαστούν στο άτομο με την είσοδό του στην τρίτη ηλικία. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να κάνουν την εμφάνισή τους είτε



μεμονωμένα, είτε περισσότερα του ενός ταυτόχρονα, και εντάσσονται σε πέντε βασικές κατηγορίες που είναι οι ακόλουθες: α) διαταραχές των ομοιοστατικών ρυθμιστικών μηχανισμών, β) κακώσεις λόγω πτώσεων, απώλεια κινητικότητας, γ) ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, αγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια, δ) ακράτεια ούρων και κοπράνων, ε) ιατρογενή προβλήματα.<sup>23</sup>

Όπως υποστηρίζει ο Champlin (1987), έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι υποφέρουν από μία τουλάχιστον παθολογική κατάσταση χρόνιας μορφής, η οποία μπορεί να οξυνθεί όταν στον ίδιο οργανισμό εμφανιστεί ταυτόχρονα και μια ψυχιατρική διαταραχή. Επίσης συχνά παρατηρείται το φαινόμενο της πρόκλησης ψυχιατρικών συνδρόμων

<sup>22</sup> Δαρδαβέσης, 1999

<sup>23</sup> Cape & Rossman στο Δαρδαβέσης, 1999

από την χορήγηση διαφόρων φαρμάκων που αποβλέπουν στην αντιμετώπιση μιας παθολογικής κατάστασης και το αντίστροφο. Ο ίδιος υποστηρίζει επίσης ότι δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που ψυχιατρικές εκδηλώσεις υπερηλίκων, εκλαμβάνονται ως ενοχλήματα που θεωρούνται απόρροια της προχωρημένης ηλικίας τους. Τα πιο σύνηθες ψυχιατρικά σύνδρομα που παρατηρούνται στα ηλικιωμένα άτομα θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα ακόλουθα: «α) Παραλήρημα, β) Γεροντική Άνοια τύπου Alzheimer, γ) Σχιζοφρένεια, δ) Συναισθηματικές Ψυχώσεις, ε) Άγχος». Μερικές καταστάσεις από αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν με την χορήγηση ψυχοφαρμακευτικών ουσιών, ενώ άλλες μόνο με ψυχοθεραπεία, η οποία θα πρέπει να εφαρμόζεται με συστηματικό τρόπο και σε τακτά χρονικά διαστήματα σε σχέση με το παρελθόν.<sup>24</sup>

### **1.10. ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

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

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

---

<sup>24</sup> Champlin στο Δαρδαβέσης, 1999, Χανιώτης, 1989

και λήγει με τον θάνατό του. Το γεγονός αυτό δηλώνει ότι οι βιολογικές μεταβολές είναι κάτι το αναπόφευκτο, που εκδηλώνονται παρά την ύπαρξη καλής υγείας και την απουσία ασθενειών. Αν και μέχρι σήμερα οι ερευνητές δεν έχουν προβεί σε μια συμφωνία όσον αφορά στον ακριβή προσδιορισμό των βιολογικών λειτουργιών της γήρανσης, ωστόσο αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι βιολογικές μεταβολές παρουσιάζονται σε όλους τους ανθρώπους και γενικότερα σε όλους τους έμβιους οργανισμούς και είναι μη αναστρέψιμες.<sup>25</sup>

Αναφορικά τώρα με το δευτερογενές γήρας, αυτό αναφέρεται σε παθολογικές μεταβολές που είναι αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (λ.χ. φυσικές, κοινωνικές, ιστορικές, οικονομικές), η συμπεριφορά αυτή καθαυτή του ίδιου του ατόμου (όπως λ.χ. κακές συνήθειες που έχει υιοθετήσει, οι οποίες είναι επιζήμιες για την υγεία του), η εικόνα που έχει κάθε άτομο για τον εαυτό του και οι ασθένειες. Με άλλα λόγια το δευτερογενές γήρας δεν αποτελεί μια υποχρεωτική κατάσταση, όπως δεν είναι και καθολικό για όλους τους ανθρώπους, ωστόσο τείνει να συνυπάρχει με το πρωτογενές γήρας και να το επιβαρύνει περισσότερο.<sup>26</sup>

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

---

<sup>25</sup> Busse & Lemme στο Ευκλείδη, 1999

<sup>26</sup> Ευκλείδη, 1999



διαφοροποιήσεων.<sup>27</sup>

Εκτός όμως από τη δι-ατομική διαφοροποίηση που εντοπίζουμε στο πρωτογενές και δευτερογενές γήρας, υπάρχει άλλη μία η λεγόμενη ενδο-ατομική διαφοροποίηση. Μέσα από αυτή τη διαφοροποίηση διευκρινίζεται ότι όλες οι λειτουργίες που ενυπάρχουν εσωτερικά στο ίδιο το άτομο δεν μεταβάλλονται ούτε με τον ίδιο ρυθμό ούτε με τον ίδιο τρόπο. Είναι πολύ πιθανό κάποιος να διαθέτει πλήρη λειτουργικότητα σε ένα τομέα και μειωμένη λειτουργικότητα σε κάποιον άλλο. Επί παραδείγματι, μπορεί ένας ηλικιωμένος να έχει πλήρη πνευματική διαύγεια αλλά μειωμένες σωματικές δυνάμεις, ενώ κάποιος άλλος να έχει άριστη σωματική κατάσταση ωστόσο όμως να υποφέρει από μνημονική ή πνευματική απώλεια, όπως συμβαίνει λ.χ. σε ορισμένες περιπτώσεις ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του Alzheimer.<sup>28</sup>

### **1.11. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

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



Κατά τους Lemme (1995), Salthouse (1991) και Whitbourne (1996), μια

---

<sup>27</sup> Ευκλείδη, 1999

<sup>28</sup> Ευκλείδη, 1999

βασική φυσιολογική αλλαγή που συνήθως παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων ατόμων έχει να κάνει με την μείωση της ταχύτητας που επεξεργάζονται οι πληροφορίες σε νοητικό επίπεδο, γεγονός που έχει ως συνέπεια την απαίτηση περισσότερου χρόνου -από όσο θα χρειαζόταν κάτω από φυσιολογικές συνθήκες- για να εκτελέσουν ή να σκεφτούν κάτι ή για να πάρουν μια απόφαση.<sup>29</sup>

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία του ατόμου, επέρχεται σταδιακά επιβράδυνση των νοητικών του λειτουργιών και της εκτέλεσης των αντιδράσεων σε ερεθίσματα. Η επιβράδυνση αυτή επεκτείνεται και επηρεάζει κάθε είδους γνωστική επεξεργασία.<sup>30</sup>

## **1.12. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ - ΝΕΟΙ ΘΕΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα παρατηρείται στα προηγμένα κράτη η έναρξη μιας συστηματικής μελέτης μεθόδων για την προστασία των ηλικιωμένων, ενώ στα μισά περίπου του ίδιου αιώνα ξεκινάει και η κοινωνική δράση για το γήρας. Κατά το 1980 τόσο στην Ευρώπη όσο και στις Η.Π.Α. σημειώνονται αξιόλογες μελέτες σχετικά με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Την ίδια χρονική περίοδο κορυφαίες διεθνείς οργανώσεις όπως ο Ο.Η.Ε., το Συμβούλιο της Ευρώπης και ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), εμπλουτίζουν τα προγράμματά τους με την προσθήκη θεμάτων που αφορούν τους ηλικιωμένους. Το 1982 στην Βιέννη ψηφίζεται από τα κράτη-μέλη του Ο.Η.Ε. ο καταστατικός χάρτης των ηλικιωμένων, μέσω του οποίου εκφράζεται η ευθύνη του κάθε κράτους στα πλαίσια των παραδοσιακών του δομών και πολιτιστικών αλλαγών, να προβεί στην εφαρμογή και στην διαμόρφωση πολιτικής για τους ηλικιωμένους πολίτες τους, πάνω σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια, την ευημερία και την προαγωγή δραστηριοτήτων τους.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Lemme, Salthouse & Whitbourne στο Ευκλείδη, 1999

<sup>30</sup> Ευκλείδη, 1999

<sup>31</sup> Πανέρα, 1999

Πριν τη ψήφιση του καταστατικού αυτού χάρτη των ηλικιωμένων, η φροντίδα των τελευταίων επιτελούνταν στα πλαίσια κλειστής περίθαλψης και πρόνοιας (λ.χ. εισαγωγή ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας), η οποία όμως έπαιρνε περισσότερο την μορφή φιλανθρωπίας και λιγότερο της κρατικής



μέριμνας. Αυτή η μορφή πρόνοιας για τους ηλικιωμένους επικράτησε για αρκετά χρόνια, όπως και η αντίληψη ότι τα ηλικιωμένα άτομα «δεν έχουν ανάγκη, ή ακόμη χειρότερα, δεν αξίζουν να έχουν υπηρεσίες Κοινωνικών Λειτουργών, με το

επιχείρημα ότι αυτές οι υπηρεσίες είναι δύσκολο ή αδύνατο να επιφέρουν αλλαγή στη στάση και στη συμπεριφορά των ηλικιωμένων».<sup>32</sup>

### 1.13. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

Όπως συμβαίνει με όλους τους πολίτες, έτσι και οι ηλικιωμένοι έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις, τα οποία είναι εγγεγραμμένα στα κείμενα του Ο.Η.Ε., της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και άλλων διεθνών οργανισμών και οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία της κάθε χώρας. Σύμφωνα με τα κείμενα αυτά, τα ηλικιωμένα άτομα δεν διαφέρουν σε δικαιώματα και υποχρεώσεις σε σχέση με τους άλλους πολίτες, επιπλέον αναφέρουν ότι ακόμη και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι έχουν τη δυνατότητα να συνεχίσουν να ασκούν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους ως πολίτες. Επιπροσθέτως, στα περισσότερα από αυτά τα κείμενα γίνεται αναφορά άμεσα ή έμμεσα στην αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, ενώ η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων στο άρθρο 25 παρ.1, αναφέρει ότι κάθε πολίτης έχει δικαίωμα στην ασφάλιση γήρατος. Τόσο τα

<sup>32</sup> Πανέρα, 1999

δικαιώματα όσο και οι υποχρεώσεις των ηλικιωμένων αναφέρονται στα κείμενα της Διεθνούς Ομοσπονδίας Γήρατος. Οι έννοιες της ανεξαρτησίας, της συμμετοχής, της περίθαλψης, της ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας προσδιορίζουν τα δικαιώματα αυτά. Επίσης ιδιαίτερη σημασία δίνεται στο εισόδημα, στην απασχόληση, στην πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή τους στην οικεία τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και την διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους.<sup>33</sup>

#### **1.14. Η ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Σε όλες σχεδόν τις κοινωνίες η ηλικία θεωρείται καθοριστική προϋπόθεση για την παραχώρηση δικαιωμάτων, υποχρεώσεων και πόρων. Κατά καιρούς σε πολλές αναπτυγμένες χώρες ψηφίζονται νόμοι υπέρ της προστασίας των ηλικιωμένων. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α. απαγορεύονται οι διακρίσεις λόγω ηλικίας σε θέματα απασχόλησης, δανείων, κατοικίας κ.τ.λ.. Από την άλλη το Ελληνικό Σύνταγμα στο άρθρο 1 παρ.3, καθιερώνει τη κρατική μέριμνα για τη προστασία του γήρατος. Στο άρθρο 5 παρ.1 κατοχυρώνεται παράλληλα με τη προσωπική και την οικονομική ελευθερία, η οργάνωση υπηρεσιών για τη προστασία ηλικιωμένων, ενώ με το άρθρο 20 κατοχυρώνεται το δικαίωμα δικαστικής προστασίας για κάθε άτομο.<sup>34</sup>

Το μόνο πρόβλημα που εντοπίζεται σχετικά με τη νομική προστασία των ηλικιωμένων ατόμων, έγκειται στις περιπτώσεις που η διανοητική ή σωματική κατάσταση ορισμένων ηλικιωμένων ατόμων δεν είναι ικανή ώστε να τους επιτρέψει να εκφράσουν τη θέλησή τους. Με βάση τη διανοητική και σωματική κατάσταση, θα εξαρτηθεί και αν προκύψει ανάγκη της αποφυγής να εκτείνονται σε κίνδυνο τα συμφέροντα αυτών των ατόμων από αμέλεια ή κακοβουλία άλλων προσώπων ακόμη κι αν πρόκειται για μέλη της οικογένειάς τους.

---

<sup>33</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999, Πανέρα, 1999

<sup>34</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

Στις νομοθετικές διατάξεις κάθε χώρας προβλέπεται για την προστασία των συμφερόντων των ηλικιωμένων, την ανάθεσή τους είτε σε κηδεμόνα, είτε σε επιτροπή η οποία ελέγχεται από τη δικαιοσύνη. Υποχρέωση του κηδεμόνα ή της επιτροπής είναι η προστασία των συμφερόντων του εκάστοτε ηλικιωμένου ατόμου, στις δικαιοπραξίες που μπορεί ακόμη το ίδιο να εκτελέσει ή σε διαφορετική περίπτωση ο κηδεμόνας να επιφορτίζεται με την ευθύνη της άσκησης αυτών των δικαιοπραξιών για λογαριασμό του ηλικιωμένου ατόμου. Οι νομοθεσίες αυτές αποσκοπούν στο να αποκατασταθεί η ικανότητα του ηλικιωμένου, ώστε αυτός να μπορεί να διατηρήσει ή να ανακτήσει τον έλεγχο πάνω στα συμφέροντά του.<sup>35</sup>

### **1.15. ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Οι στόχοι της υπάρχουσας πολιτικής της Ελλάδος στο τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας για τη τρίτη ηλικία εστιάζονται στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη παραμονή των ηλικιωμένων μέσα στη κοινότητα και στη καλύτερη επικοινωνία με την οικογένειά τους, έτσι ώστε να τους παρέχεται η δυνατότητα να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη κοινοτική ζωή. Έτσι κατά το τρόπο αυτό περιορίζεται η ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων από τον υπόλοιπο πληθυσμό.<sup>36</sup>

Το μεγαλύτερο μέρος του ηλικιωμένου πληθυσμού συνταξιοδοτείται και του παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την κάλυψη των οικονομικών του αναγκών και την προστασία της υγείας του. Αρμόδιος φορέας για τη χάραξη πολιτικής, το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους είναι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Το εν λόγω υπουργείο έχει την αρμοδιότητα τόσο για τη περίθαλψη όσο και για τη προστασία των υπερηλίκων. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν: παροχές σε χρήμα, παροχές σε είδος και προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Έκμε- Πουλοπούλου, 1999

<sup>36</sup> Σταθόπουλος, 1999

<sup>37</sup> Σταθόπουλος, 1999

### ***α) Υγειονομική περίθαλψη***

Κατά τον Brody (1997), βασικό τομέα της κρατικής υγειονομικής πολιτικής των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών του κόσμου αποτελεί η προστασία της υγείας των υπερηλίκων. Επίσης ιδιαίτερο κλάδο της ιατρικής επιστήμης έχουν αρχίσει να αποτελούν η γηριατρική και η γεροντολογία. Παρ' όλα αυτά, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας δεν λειτουργούν εξειδικευμένες γηριατρικές μονάδες, έτσι οι υπερηλικές εξυπηρετούνται από τις γενικές υγειονομικές υπηρεσίες. «Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που παρέχεται στους υπερηλικές αγρότες μέσω των Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατειών, στους συνταξιούχους του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) και του Ταμείου Επαγγελματιών Βιοτεχνών Ελλάδος (Τ.Ε.Β.Ε.), στους συνταξιούχους του δημοσίου μέσω των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών και στους άλλους ασφαλισμένους οργανώσεων μέσω των υπηρεσιών τους, καλύπτει τις άμεσες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες των υπερηλίκων».<sup>38</sup> Ωστόσο απέχει από ένα πλήρες και ορθά οργανωμένο υγειονομικό σύστημα, το οποίο να καλύπτει σε ικανοποιητικό βαθμό τις σύγχρονες ιατροκοινωνικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας στη χώρα μας.<sup>39</sup>

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

Η κατ' οίκον φροντίδα και περίθαλψη των ηλικιωμένων παρέχεται από ειδικά σχεδιασμένες υπηρεσίες και απευθύνεται σε περιπτώσεις ηλικιωμένων



που διατηρούν σε ικανοποιητικό βαθμό τη διανοητική τους κατάσταση και που είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται σε σχέση με την ατομική τους υγιεινή, ένδυση και σίτιση. Σκοπός της παροχής των υπηρεσιών αυτών

<sup>38</sup> Δαρδαβέσης, 1999

<sup>39</sup> Brody στο Δαρδαβέσης, 1999

είναι αφενός η αποτροπή της εισαγωγής αυτών των περιπτώσεων των ηλικιωμένων σε ιδρύματα και αφετέρου η ελαχιστοποίηση του χρόνου της νοσοκομειακής τους περίθαλψης.<sup>40</sup>

Οι υπηρεσίες της κατ' οίκον φροντίδας δεν ακολουθούν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα, αλλά είναι ευέλικτες και προσαρμόζονται κατά περίπτωση ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζει ο κάθε ηλικιωμένος που καλούνται να εξυπηρετήσουν. Οι κυρίως ανάγκες που καλύπτουν αυτές οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων: φροντίδα της κατοικίας, προετοιμασία του φαγητού, θεραπευτική αγωγή, ψυχαγωγία, φιλικές συναναστροφές, συνδρομή στην επίλυση διαφόρων ατομικών υποθέσεων κ.ά. Η παροχή της φροντίδας και της περίθαλψης κατ' οίκον στα ηλικιωμένα άτομα είναι ένας συνδυασμός πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και κοινωνικής μέριμνας, όπου εφαρμόζεται από ειδικά εκπαιδευμένα στελέχη, με γνώσεις πάνω στη Νοσηλευτική, την Διαιτολογία, την Ψυχολογία και την Κοινωνική Εργασία. Για την εφαρμογή του εν λόγω προγράμματος απαιτούνται σημαντικοί οικονομικοί πόροι και εξειδικευμένο προσωπικό, ωστόσο όμως στη πλειονότητα των περιπτώσεων που έχει εφαρμοστεί, έχει παρουσιάσει άψογα αποτελέσματα τόσο σε ψυχοκοινωνικό όσο και σε ιατρικό επίπεδο.<sup>41</sup>

Όσον αφορά στα ελληνικά δεδομένα, ως ένα τέτοιο πρόγραμμα παροχής φροντίδας και περίθαλψης κατ' οίκον στους ηλικιωμένους θα μπορούσε να θεωρηθεί το πρόγραμμα "Βοήθειας στο σπίτι". Το εν λόγω πρόγραμμα ξεκίνησε να εφαρμόζεται το 1999 σε 112 Δήμους της χώρας που έχουν Κ.Α.Π.Η., με χρηματοδότηση που δόθηκε από το Υπουργείο Εσωτερικών και το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τα 3 πρώτα χρόνια λειτουργίας του. Για την εφαρμογή του προγράμματος "Βοήθεια στο σπίτι" χρειάζεται εξειδικευμένο προσωπικό όπως Κοινωνικός/ή Λειτουργός, Νοσηλευτής/τρια καθώς και ένας/μία Οικογενειακός/ή Βοηθός. Οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων καταγράφονται από την ομάδα των



<sup>40</sup> Δαρδαβέσης, 1999

<sup>41</sup> Δαρδαβέσης, 1999

επαγγελματιών και για την κάλυψή τους παρέχονται υπηρεσίες όπως: νοσηλευτική φροντίδα, σίτιση, εξωτερικές εργασίες, πληρωμές λογαριασμών, συντροφιά. Επιπλέον, με την ομάδα αυτή των επαγγελματιών που αποτελεί τον βασικό πυρήνα της παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους, μπορούν να συνεργάζονται μαζί τους και εθελοντές, οι οποίοι μπορούν να παρέχουν βοήθεια όπου δεν χρειάζεται εξειδίκευση.<sup>42</sup>

### γ) *Ιδρυματική περίθαλψη*

Για πολλούς αιώνες η ιδρυματική περίθαλψη αποτελούσε την κύρια μορφή φροντίδας για όλους εκείνους που δεν ήταν σε θέση να ανταπεξέλθουν



στην κάλυψη των βασικών βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών. Η παράδοση αυτή συνεχίζεται μέχρι και στις μέρες μας μέσα από τα εκκλησιαστικά ιδρύματα, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους που λειτουργούν υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του

εθελοντικού τομέα και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα.<sup>43</sup> Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης θα μπορούσαν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: α) τα γηροκομεία, όπου εισάγονται υπερήλικες που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, β) τα άσυλα, όπου δέχονται κυρίως κατάκοιτους που πάσχουν από ανίατες παθήσεις αλλά και που διαθέτουν ένα μεγάλο αριθμό κλινών για ηλικιωμένους.<sup>44</sup>

Η εισαγωγή ενός υπερήλικα σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης αποτελεί την έσχατη βαθμίδα της κλίμακας των μέτρων προστασίας που έχουν θεσπιστεί υπέρ του. Επίσης θεωρείται ως αναπόφευκτη λύση από την στιγμή που δεν υπάρχει πίσω κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον ή στην περίπτωση που

<sup>42</sup> Δαρδαβέσης, 1999, Πανέρα, 1999

<sup>43</sup> Σταθόπουλος, 1999

<sup>44</sup> Σταθόπουλος, 1999



αποκλειστεί τελείως η κατ' οίκον περίθαλψή του, είτε μέσω των οργάνων της κοινωνικής υπηρεσίας, είτε μέσω των συγγενικών του προσώπων. Κατά τον Ward (1984), σε πολλές περιπτώσεις η ιδρυματική προστασία κρίνεται απαραίτητη και αποτελεί ίσως τη μόνη λύση στο κοινωνικό πρόβλημα που δημιουργείται από το αδιέξοδο, το οποίο παρουσιάζεται στους οικονομικά αδύνατους και στους στερούμενους οικογενειακής υποστήριξης ηλικιωμένους.<sup>45</sup>

Στις μέρες μας σημειώνεται διεύρυνση και εφαρμογή νέων πρακτικών πάνω στην οργάνωση και την λειτουργία των υφιστάμενων ιδρυμάτων. Για τον εκσυγχρονισμό αυτών των ιδρυμάτων επιχειρούνται ανανεωτικές αλλαγές όπως: καλύτερα καταρτισμένο και αριθμητικά επαρκές προσωπικό, αρτιότερη υποδομή των χώρων και υιοθέτηση συμπεριφορών που δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο σεβασμό της προσωπικής ζωής των ηλικιωμένων.<sup>46</sup>

## **1.16. ΠΑΡΟΧΗ ΕΞΩΪΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

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

Ο θεσμός των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων, τα γνωστά σε όλους μας Κ.Α.Π.Η., δημιουργήθηκε στην χώρα μας ως μια παροχή εξωιδρυματικής προστασίας για τα ηλικιωμένα άτομα και ως μια μορφή υπηρεσιών προς την Κοινότητα. «Η φιλοσοφία της λειτουργίας τους συνοψίζεται στα ακόλουθα: α) η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων, β) η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου



<sup>45</sup> Σταθόπουλος, 1999

<sup>46</sup> Δαρδαβέσης, 1999, Σταθόπουλος, 1999

κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων».<sup>47</sup>

Μέσω της ίδρυσης και της λειτουργίας των Κ.Α.Π.Η., το κράτος προσπαθεί να καθιερώσει την εξωϊδρυματική περίθαλψη. Τα Κ.Α.Π.Η. παρέχουν στα ηλικιωμένα μέλη τους τόσο ιατρικές όσο και κοινωνικές υπηρεσίες. Οι κοινωνικές υπηρεσίες παρέχονται από Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι και για τον συντονισμό του όλου προγράμματος που ακολουθεί



το εκάστοτε Κ.Α.Π.Η. Πέρα όμως από κοινωνικές υπηρεσίες τα Κ.Α.Π.Η. παρέχουν και ιατρική φροντίδα. Η ιατρική αυτή φροντίδα είναι περισσότερο προληπτική και παρέχεται από το ιατρείο που στεγάζεται μέσα στο κάθε Κ.Α.Π.Η.. Επιπροσθέτως, τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. είναι αποδέκτες υπηρεσιών φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας, δηλαδή θεραπείας μέσω δημιουργικής απασχόλησης.<sup>48</sup>

Μέσω της κοινωνικής φροντίδας που παρέχεται στα Κ.Α.Π.Η., επιχειρείται μια προσπάθεια αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων και της διατήρησής τους στην ενεργό ζωή, ενώ παράλληλα καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντά τους και αυξάνεται η συμμετοχή τους στη ζωή της κοινότητας. Παρ' όλα αυτά το μέτρο αυτό κάλυψε ένα μέρος μόνο του συνόλου και ιδιαίτερα συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, διότι αν και ο θεσμός απευθυνόταν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, βρήκε ανταπόκριση κυρίως από τις χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Πανέρα, 1999

<sup>48</sup> Πανέρα, 1999, Σταθόπουλος, 1999

<sup>49</sup> Πανέρα, 1999

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

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

Το πρόγραμμα «τηλεσυναγερμού» στο σπίτι λαμβάνει εφαρμογή στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη από τον Ελληνικό Εθνικό Σταυρό σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας. Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι «η παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες καταστάσεις μέσα από σύγχρονα τεχνολογικά μέσα σε ηλικιωμένα, μοναχικά άτομα, άτομα με ειδικές ανάγκες και χρόνιες παθήσεις». Υπεύθυνοι για τον συντονισμό του εν λόγω προγράμματος είναι δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι οποίοι παρέχουν πληροφορίες και ψυχολογική συμπαράσταση.<sup>50</sup>

Επιπρόσθετα μια άλλη μορφή εξωϊδρυματικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους είναι και τα προγράμματα αναδοχής. Παρόλο που στην Ελλάδα αυτή η μορφή φροντίδας δεν είναι και τόσο διαδεδομένη, αρχίζει να ενθαρρύνεται ως εναλλακτική λύση για την φροντίδα των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα προκειμένου να καταπολεμηθεί η ιδρυματοποίηση.<sup>51</sup>

### **1.17. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Τα μέτρα που έχουν θεσπιστεί για την προστασία των ηλικιωμένων μπορεί να θέτουν στόχους υψηλών προδιαγραφών, ωστόσο η εφαρμογή τους δεν παρουσιάζει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το ύψος της χρηματοδότησης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα την τελευταία δεκαετία ενώ σημειώνεται αύξηση στην ζήτηση υπηρεσιών. Αρκετά λειτουργικά προβλήματα όπως το επίπεδο στελέχωσης, η σύνθεση των ειδικοτήτων του προσωπικού, η έλλειψη

---

<sup>50</sup> Πανέρα, 1999, Σταθόπουλος,1999

<sup>51</sup> Σταθόπουλος,1999

επιμορφωτικών προγραμμάτων για το προσωπικό, κλονίζουν την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ιδιαίτερα στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.<sup>52</sup>

Όσον αφορά τώρα στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), αποτελούν ένα αρκετά επιτυχημένο πρόγραμμα που καλύπτει μεγάλο φάσμα ιατροκοινωνικών αναγκών του ηλικιωμένου πληθυσμού σε αρκετούς Δήμους της Ελλάδος. Μεγάλο μέρος της επιτυχίας του θεσμού οφείλεται στο ότι τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν πρωτογενείς κοινωνικές υπηρεσίες και συγκεντρώνουν ηλικιωμένους από την κατώτερη και μεσαία οικονομική τάξη.<sup>53</sup>

### **1.18. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας, δηλαδή, πάνω από 65 χρόνων, αποτελούν το 16,4% του πληθυσμού της χώρας μας, με προοπτική το 2030 να αυξηθεί κατά 10%. Στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων συμβάλλει και η παρατηρούμενη μείωση των γεννήσεων, που αλλοιώνει τα δημογραφικά στοιχεία. Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας υπολογίστηκε στα 10.934.097. Από αυτούς τα 5.413.426 είναι άντρες και τα 5.520.671 γυναίκες.

Το ποσοστό των ατόμων τρίτης ηλικίας αποτελεί το 16,4% του συνολικού πληθυσμού, δηλαδή τα άτομα άνω των 65 ετών υπολογίζονται στο 1.800.683.

---

<sup>52</sup> Σταθόπουλος,1999

<sup>53</sup> Σταθόπουλος,1999

**Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία**

Ηλικία	Σύνολο περιοχών			Αστικές περιοχές			Αγροτικές περιοχές		
	Αμφότερων των φύλων	Άρρενες	Θήλειες	Αμφότερων των φύλων	Άρρενες	Θήλειες	Αμφότερων των φύλων	Άρρενες	Θήλειες
65-69	623245	291600	331645	410331	189243	221088	212914	102357	110557
70-74	545018	247136	297882	355411	156679	198732	189607	90457	99150
75-79	328918	144761	184157	212662	90869	121793	116256	53892	62364
80-84	188193	78700	109493	120099	48569	71530	68094	30131	37963
85-89	105194	45961	59233	65805	27639	38166	39389	18322	21067
90-94	29500	8045	21455	17966	4690	13276	11534	3355	8179
95-99	5467	770	4697	3378	486	2892	2089	284	1805
100 και άνω	1698	528	1170	1078	358	720	620	170	450

Τα άτομα ηλικίας 65 έως 69 ετών υπολογίστηκαν στις 623.245, αποτελούν δηλαδή το 5,7% του συνολικού πληθυσμού. Τα άτομα ηλικίας 70 έως 74 ετών υπολογίστηκαν στις 545.018, δηλαδή το 4,98% του συνολικού πληθυσμού. Στη συνέχεια τα άτομα ηλικίας 75 έως 79 ετών υπολογίστηκαν στις 328.918, δηλαδή το 3% του συνολικού πληθυσμού. Τα άτομα ηλικίας 80 έως 84 ετών υπολογίστηκαν στις 188.193, δηλαδή το 1,72% του συνολικού πληθυσμού. Τα άτομα ηλικίας 85 έως 89 ετών υπολογίζονται στις 105.194, δηλαδή το 0,96% του συνολικού πληθυσμού. Τα άτομα ηλικίας 90 έως 94 ετών υπολογίζονται στις 29.500, δηλαδή το 0,26% του συνολικού πληθυσμού. Τα άτομα ηλικίας 95 έως 99 ετών υπολογίζονται στις 5.467, δηλαδή αποτελούν το 0,04% του συνολικού πληθυσμού. Υπάρχουν και άτομα ηλικίας άνω των 100 ετών, τα οποία υπολογίζονται στα 1698, δηλαδή το 0,015% του συνολικού πληθυσμού.<sup>54</sup>

### **1.19. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Οι δημογραφικές μεταβολές και τα προβλήματα που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού έλκουν το ενδιαφέρον της Νοσηλευτικής, η οποία ανταποκρίνεται με την υιοθέτηση σύγχρονων και πιο διευρυμένων ρόλων,

<sup>54</sup> Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, 2006

προκειμένου να αντιμετωπίσει τα ολοένα αυξανόμενα βιοψυχοκοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που παρουσιάζει ο ηλικιωμένος πληθυσμός.

Τα προβλήματα υγείας των υπερηλίκων αποτελούν πρόκληση για τη Νοσηλευτική, η οποία έχει την ευθύνη καλύψεως των νοσηλευτικών αναγκών όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως ηλικίας. Το ενδιαφέρον της επικεντρώνεται στην ταχεία αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, επειδή πιστεύεται ότι η πραγματική αξία και η αξιοπρέπεια του ανθρώπου δεν ελαττώνονται με τη συσσώρευση του χρόνου.

Άλλωστε πρωταρχικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι η πρόληψη της νόσου, η διατήρησης της υγείας και η ευημερία του ατόμου, της οικογένειας, των ομάδων και των πληθυσμών. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού με τη Νοσηλευτική παρακολουθείται και προστατεύεται το άτομο από τη βρεφική, την παιδική και ώριμη ηλικία, τη σεβαστή πολιά, το βαθύ γήρας, μέχρι και τον ειρηνικό του θάνατο.

Έτσι μία από τις πιο σημαντικές και ίσως μοναδική πρόοδος που συνέβη κατά τα τελευταία χρόνια είναι η στροφή του ενδιαφέροντος της επιστημονικής νοσηλευτικής για την ανάπτυξη του τομέα της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.

Η Γεροντολογική νοσηλευτική ασχολείται με τη φροντίδα των υπερηλίκων. Με την άσκησή της δίνεται έμφαση στην πρόληψη της αναπηρίας που χειροτερεύει με τη διεργασία του γήρατος, στη θεραπεία του αρρώστου και στην αποκατάσταση του ατόμου σε ικανοποιητικό επίπεδο, σύμφωνα με τους περιορισμούς που επιβάλλονται από την διεργασία του γήρατος.

Για την άσκηση της Γεροντολογικής νοσηλευτικής απαιτείται η χρησιμοποίηση της σύγχρονης γνώσεως για το γήρας, που είναι οργανωμένη σε ευρείες περιοχές και μπορεί να εξαχθεί από τις βιολογικές και τις ανθρωπιστικές επιστήμες.

Σε πολλές χώρες παρατηρούνται βασικές και αρκετά αισιόδοξες διαπιστώσεις σε σχέση με την υγιεινή κατάσταση και τη φροντίδα των υπερηλίκων. Οι μύθοι για το γήρας αμφισβητούνται. Οι υπερήλικες αναλαμβάνουν ευθύνες και δυναμικές πρωτοβουλίες για την περίθαλψή τους. Η προαγωγή και η διατήρηση της καταστάσεως υγείας των ηλικιωμένων

μελετάται και σοβαρά σχήματα προληπτικής υγείας αναπτύσσονται. Η κοινότητα πρωτοστατεί σε πρωτοβουλίες για τη φροντίδα υγείας και η σημασία της ομαδικής προσεγγίσεως ανακτά τη θέση της. Επίσης παρατηρείται αυξανόμενη απαίτηση για τη διεπιστημονική εκπαίδευση των μελών της υγειονομικής ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την ανάπτυξη ομαδικής εργασίας με ανταλλαγή γνώσεων και παραδοχή της συμβολής της κάθε επιστήμης υγείας στη φροντίδα υπερηλίκων.

Άλλωστε το γήρας δεν είναι αρρώστια και οι υπερηλίκες δεν έχουν ανάγκη από ιατρικές υπηρεσίες και από φροντίδα. Οι υπερηλίκες, όπως και άλλες ομάδες πληθυσμού στην κοινωνία, χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να επιτύχουν μια ποιότητα ζωής που να εξασφαλίζει σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας τη διατήρηση όσο το δυνατό μεγαλύτερης ανεξαρτησίας και αξιοπρέπειας.

Το ερώτημα κατά πόσον η Νοσηλευτική συμβάλλει στη βελτίωση της φροντίδας των υπερηλίκων εγείρεται όλο και πιο συχνά σήμερα. Γεγονός πάντως είναι ότι οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι το μεγάλο ίσως και το πιο δυναμικό στοιχείο από όλες τις άλλες υπηρεσίες που χρειάζονται για τη παροχή φροντίδας στους υπερηλίκους.

Σήμερα η νοσηλευτική φροντίδα των υπερηλίκων αντιπροσωπεύει την προσαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης και τέχνης στις ανάγκες των υπερηλίκων.

## **1.20. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΥΣ ΡΟΛΟΥΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Η οικογένεια είναι ο σημαντικότερος θεσμός της κοινωνίας μας. Συμβάλλει στη μετάδοση των κοινωνικών αξιών και κανόνων και ενώνει τα μέλη της μέσω γενικών παραδοχών, προσδοκιών, στόχων, θρησκευτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και απαγορεύσεων. Στο πλαίσιο της βιώνουμε τα συναισθήματα της αγάπης, της έλξης, της στοργής αλλά και του πόνου.

Τα τελευταία όμως χρόνια όλα αλλάζουν σε παγκόσμιο επίπεδο και αυτές οι νέες εξελίξεις και αλλαγές επέφεραν ανακατατάξεις στη μορφή, τη

δομή της οικογένειας, στους ρόλους που επιτελεί και στις αξίες πάνω στις οποίες στηρίζεται. Η σημερινή πραγματικότητα και η δυναμική της επιβάλλουν την επισήμανση ευρύτερων αλλαγών που επηρεάζουν την οικογενειακή ζωή.

Ο ραγδαίος ρυθμός ανάπτυξης της τεχνολογίας και της γνώσης των ατόμων μελών της κοινωνίας, οι νέες αντιλήψεις για τη ζωή, η ένταξη και συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, αποτελούν τις θετικές ευρύτερες αλλαγές που επηρεάζουν την οικογένεια. Σε αντίθεση με τις αρνητικές αλλαγές, τις οποίες αποτελούν οι κοινωνικές και πολιτικές διαφοροποιήσεις, η οικονομική εξαθλίωση τόσο των ατόμων όσο και των οικογενειών εξαιτίας της φτώχειας, η ανεργία, η διάσπαση των οικογενειών με αποτέλεσμα την αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών, η ελάττωση του αριθμού των γάμων, αφού τα άτομα επιθυμούν να συζούν χωρίς να παντρευτούν και να δημιουργήσουν οικογένεια, η έντονη μετακίνηση προς τα αστικά κέντρα για εύρεση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης.

Οι αλλαγές αυτές συνεχίζονται και έχουν ήδη επηρεάσει τη βιωσιμότητα της οικογένειας, καθώς και τις στενές σχέσεις και δεσμεύσεις που δημιουργούνται στο εσωτερικό της. Σε αυτές τις αλλαγές οφείλονται οι κρίσεις, οι εντάσεις και τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει η σύγχρονη οικογένεια.

Ειδικότερα, στη μεταπολεμική Ελλάδα έχουν συντελεστεί σημαντικές και καθοριστικές αλλαγές. Οι αλλαγές αυτές επέδρασαν καθοριστικά στη διαμόρφωση της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας. Κατ' επέκτασιν, καθοριστικές ήταν οι επιπτώσεις που σημειώθηκαν μέσα στην ελληνική οικογένεια, η οποία σαν «πυρήνας της ελληνικής κοινωνίας», δέχθηκε τις επιδράσεις αυτές οι οποίες καθόρισαν νέους ρόλους των μελών της, ασχέτως ηλικίας.

Στην εκτεταμένη οικογένεια, που αποτελείται από τρεις ή περισσότερες γενιές προσώπων που συνήθως ζουν μαζί ή σε πολύ κοντινή απόσταση, ο ρόλος του ηλικιωμένου ατόμου ήταν προκαθορισμένος και αδιαφιλονίκητος.<sup>55</sup> Ο ηλικιωμένος άνδρας έκρινε, έλεγχε, αποφάσιζε, διέταζε και απολάμβανε την

---

<sup>55</sup> Τσουραμάνης, 2003



οικογενειακή αποδοχή. Η ηλικιωμένη γυναίκα ήταν μεν υποταγμένη στον «αφέντη» σύζυγο της, αλλά όσον αφορά τις καθαρά οικιακές ασχολίες, εκπροσωπούσε τον παράγοντα που έπαιρνε αποφάσεις και επίσης απολάμβανε τον οικογενειακό σεβασμό.

Η διαμόρφωση των ρόλων μέσα στην οικογένεια απορρέει και από τον τρόπο διαχείρισης των οικονομικών. Η διαχείριση και η κατανομή της οικογενειακής περιουσίας ήταν έργο του αρχηγού της οικογένειας και αποτελούσε γι' αυτόν σημαντική πηγή εξουσίας και δύναμης, η οποία ωστόσο εξασθενούσε στην περίπτωση που η περιουσία μοιραζόταν ή παρεχωρείτο για προικοδότηση, ενώ ταυτόχρονα, ο ηλικιωμένος δεν καλυπτόταν συνταξιοδοτικά.<sup>56</sup>

Έτσι το ηλικιωμένο άτομο, μην έχοντας άλλους οικονομικούς πόρους, διαβιούσε μέσα στην οικογένεια των παιδιών του. Η συνταξιοδότηση και η παροχή κοινωνικής πρόνοιας και μέριμνας προς το ηλικιωμένο άτομο αποτέλεσαν έναν από τους καθοριστικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση μιας νέας μορφής ενδοοικογενειακών σχέσεων, αφού, με τις νέες αυτές συνθήκες, η οικονομική αυτοτέλεια του ηλικιωμένου ατόμου δεν επηρεάζεται από την όποια προικοδότηση ή κατανομή περιουσίας στην οποία πρόκειται να προβεί.

Σημαντικός παράγοντας, εκτός από τον τρόπο διαχείρισης των οικονομικών παίζει και ο τόπος κατοικίας των ηλικιωμένων, δηλαδή αν ο ηλικιωμένος κατοικεί σε αγροτική περιοχή ή σε αστική περιοχή. Ένα θλιβερό και αδιαμφισβήτητο γεγονός των τελευταίων χρόνων είναι η πλήρης εγκατάλειψη των αγροτικών περιοχών από τους νέους. Η μετανάστευση των νέων είναι εσωτερική (εγκατάσταση σε ένα μεγαλύτερο κέντρο) ή εξωτερική (προσωρινή ή μόνιμη εγκατάσταση στο εξωτερικό). Η μετανάστευση αυτή των νέων έχει σαν συνέπεια την ύπαρξη πολλών ηλικιωμένων σε ορισμένες αγροτικές περιοχές επειδή ο γέροντας αγρότης αισθάνεται στενά δεμένος με τη γη του, δεν αποφασίζει εύκολα να εγκαταλείψει το σπίτι του για να εγκατασταθεί στις αστικές περιοχές και δεν μπορεί να αντιμετωπίσει εύκολα τις επιπτώσεις της αλλαγής του περιβάλλοντος. Εξαιτίας της μετανάστευσης

---

<sup>56</sup> Τεπέρογλου, 1998

δημιουργείται μια διαφορετική σχέση μεταξύ των γονέων που παραμένουν στο χωριό και των παιδιών που μεταναστεύουν στην πόλη και που λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν στις αστικές περιοχές και το τρόπο ζωής, αποκτούν μια διαφορετική νοοτροπία. Αν και η αλλαγή αυτή στη συμπεριφορά δεν επηρεάζει απόλυτα τους δεσμούς τους με τους γονείς, οι δεσμοί αυτοί συγκριτικά με το παρελθόν έχουν χαλαρώσει, αφού έχει αλλάξει σημαντικά, όπως προαναφέρθηκε, η δομή της οικογένειας.<sup>57</sup>

Οι ανάγκες και ο τρόπος βοήθειας προς τους ηλικιωμένους είναι διαφορετικός στις αγροτικές από ό,τι στις αστικές περιοχές. Αυτό οφείλεται και στον τρόπο ζωής που διαφέρει από περιοχή σε περιοχή. Στις αστικές περιοχές ο τύπος οικογένειας που επικρατεί είναι της πυρηνικής, εκείνης δηλαδή που αποτελείται από το ζευγάρι και τα παιδιά τους. Σε αυτό τον τύπο οικογένειας η σχέση μεταξύ γονέων είναι διαφορετική.

Στις αστικές περιοχές, παρατηρείται και μια νέα γενιά τρίτης ηλικίας. Άλλοτε το να γίνει κανείς παππούς ή γιαγιά θεωρούνταν σαν δύση της ζωής. Είχε ήδη λύσει τα προβλήματα της δικής του οικογένειας και περνούσε στο περιθώριο έχοντας το σεβασμό των άλλων. Σήμερα είναι ένα είδος «προαγωγής» που μπορεί να έρθει νωρίτερα ή αργότερα. Πολλά ζευγάρια σήμερα, 40 μόλις χρόνων, φτάνουν σε αυτό το στάδιο. Με την πρόοδο της υγιεινής και της ιατρικής φροντίδας, δημιουργείται αυτή η νέα γενιά τρίτης ηλικίας που εξακολουθεί να είναι δυναμική, ζωντανή και δραστήρια. Είναι η ψυχολογία μιας νέας περιόδου ζωής που πρέπει να μελετηθεί σήμερα με τις νέες απόψεις της, τον καινούργιο τρόπο ζωής της, τις σύγχρονες ανάγκες της. Οι ώριμοι άνθρωποι αυτής της ηλικίας κάνουν προσπάθειες να προσαρμοστούν στην νέα τάξη πραγμάτων. Μα παράλληλη προσπάθεια πρέπει να γίνει και από την πλευρά της άλλης γενιάς, δηλαδή των νέων. Αυτό επιβάλλει ειρηνική συνύπαρξη. Πρέπει να ειπωθεί πως δεν υπάρχει πολύ μεγάλη διάθεση από μέρους αυτής της γενιάς των νέων. Μέσα τους υπάρχει όλη η καλή θέληση να πιστέψουν πως η ζωή των μεγάλων (έστω και των 40 - 45 ) έχει ήδη τελειώσει και δεν σκέφτονται πως και αυτοί θα φτάσουν στο στάδιο των πεθερικών, του

---

<sup>57</sup> Εκλογή, 1978

παππού και της γιαγιάς, πολύ νωρίτερα από ότι φαντάζονται κι ακόμη δεν θέλουν να συνειδητοποιήσουν τα χρόνια που υπολείπονται να ζήσουν οι γονείς τους, ούτε την ανάγκη τους να βρουν νέα ισορροπία ζωής και αναπροσαρμογής σε διαφορετικές συνθήκες.<sup>58</sup>



Επίσης αυτό που παρατηρείται στις αστικές περιοχές τα τελευταία χρόνια είναι η αύξηση των οίκων ευγηρίας. Πρόκειται συνήθως για ιδιωτικές επιχειρήσεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα και απευθύνονται συνήθως σε εύπορους ηλικιωμένους. Η αύξηση αυτή παρατηρείται λόγω του ότι οι ηλικιωμένοι δεν μένουν πια μαζί με τις οικογένειες τους, οι οποίοι λόγω των αυξημένων υποχρεώσεων που επιβάλλουν οι σύγχρονες συνθήκες ζωής δεν έχουν τον χρόνο να φροντίζουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα είτε η οικογένεια είτε ο ίδιος ο ηλικιωμένος να αποφασίζουν την διαμονή του σε έναν οίκο ευγηρίας, για να μπορέσει να ζήσει αξιοπρεπώς τα χρόνια ζωής που του απομένουν.

Η ελληνική κοινωνία βρίσκεται σε μια σημαντική καμπή. Η μετάβαση από μια αγροτική κοινωνία, όπου οι ηλικιωμένοι ήταν στο επίκεντρο, σε μια κοινωνία νέων μορφών οικογένειας, όπως διαμορφώνεται στα μεγάλα ανώνυμα αστικά κέντρα, έχει καθοριστικές επιπτώσεις γι' αυτή τη πληθυσμιακή ομάδα. Η ένταξη και η ενσωμάτωσή τους στη σύγχρονη κοινωνία προϋποθέτουν προσαρμογή στις νέες απαιτήσεις και στους πιο γρήγορους ρυθμούς. Η προσπάθεια, όμως, αυτή συνεπάγεται και αρνητικές επιπτώσεις για τους ηλικιωμένους, εντάσσοντάς τους σε μια από τις ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού.<sup>59</sup>

Συμπερασματικά, οι οικογενειακές σχέσεις μεταξύ των νέων και των

---

<sup>58</sup> Χουρδάκη, 1992

<sup>59</sup> Τεπέρογλου, 1998

ηλικιωμένων εξακολουθούν να υπάρχουν, έχουν αλλάξει όμως μορφή όπως και η παραδοσιακή συμπεριφορά έναντι των γονιών. Ταυτόχρονα διαπιστώνεται ότι οι αλλαγές που έχουν γίνει θα συνεχίσουν εφόσον το κράτος θα υποχρεωθεί να γίνει ο κύριος φορέας κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους και όχι η οικογένεια όπως παλιότερα.

### **1.21. ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Τα τελευταία 30 χρόνια στην Ελλάδα πραγματοποιείται μια μεγάλη οικονομική ανάπτυξη. Η χώρα μας λαμβάνει θέση στις νέες βιομηχανοποιημένες χώρες. Μέσα σε αυτή τη νέα τάξη πραγμάτων, παρατηρείται βελτίωση του επιπέδου ζωής στη πλειονότητα του πληθυσμού. Η ανάπτυξη όμως αυτή δεν έχει ωφελήσει εξίσου όλες τις ομάδες του πληθυσμού.

Η οικονομική ανάπτυξη της χώρας επέφερε αλλαγές στην κοινωνία και στον πολιτισμό, οι οποίες όμως δεν είχαν προβλεφθεί, και μια σημαντική επιδείνωση στο φυσικό περιβάλλον.

Στις ομάδες του πληθυσμού που δεν επωφελήθηκαν από την ανάπτυξη αυτή, ανήκει και η πλειονότητα των ηλικιωμένων που συχνά υποφέρουν από οικονομικές δυσκολίες, από κοινωνική απομόνωση κι από το χαμηλό επίπεδο ζωής.

Οι ηλικιωμένοι από τη μια πλευρά βρίσκονται αντιμέτωποι με σοβαρά προβλήματα επιβίωσης και αυξημένες ανάγκες, με φαινόμενα βιαιότητας ή απομόνωσης οικογενειακής ή κοινωνικής και με αφιλόξενους για τις ανάγκες της χώρας και θεσμούς. Από την άλλη όμως πλευρά έχει βελτιωθεί σημαντικά η κατάσταση υγείας, λειτουργικότητας και ενεργητικότητας αυτών των ατόμων, ενώ διεκδικούν καλύτερους όρους και δικαιούνται μεγαλύτερο μερίδιο στις κοινωνικό-πολιτισμικές διαδικασίες. Το σημαντικότερο πρόβλημα που προκύπτει, μέσα από την ανάπτυξη αυτή, είναι το ότι επιζητείται η διατήρηση των βιολογικών δυνάμεων για μακρό χρονικό διάστημα μετά το 65<sup>ο</sup> έτος, όλων αυτών των ανθρώπων, εφόσον όταν συμβαίνει το αντίθετο, το

πρόβλημα μεγαλώνει με πολύ άσχημες συνέπειες.

Εκτός από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι έχουν και ορισμένες απλές ανάγκες. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων ωστόσο δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων, είναι όμως συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι **έχουν ανάγκη από τα παρακάτω:**

- ✓ Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς φιλανθρωπία.
- ✓ Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμός της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αυτοσεβασμό και αυτονομία, αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν την ζωή τους και την ζωή των άλλων.
- ✓ Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητά τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους.
- ✓ Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.
- ✓ Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στον χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο.
- ✓ Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση για θέματα που τους αφορούν.
- ✓ Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.

- ✓ Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια μέσα σε αγαπημένα άτομα.<sup>60</sup>

Τα προβλήματα των ηλικιωμένων εστιάζονται στις οικονομικές δυσκολίες και στην κοινωνική τους απομόνωση. Παρακάτω θα αναφερθούμε πιο συγκεκριμένα στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας.

## 1.22. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η οικονομική κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου καθορίζει σε ένα βαθμό και τη θέση του. Ταυτόχρονα όμως τα θέματα του κοινωνικού αποκλεισμού είναι συνδεδεμένα τόσο με την κοινωνική δομή, όσο και με την οργάνωση της κοινωνίας γενικότερα. Στην Ελλάδα η ενασχόληση με θέματα τρίτης ηλικίας, επικεντρώνεται κυρίως στην σύνταξη και σε οτιδήποτε άλλο αφορά την σύνταξη και αυτό γιατί δεν έχουν δημιουργηθεί μηχανισμοί οι οποίοι θα μπορούσαν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην βοήθεια της ηλικιακής αυτής ομάδας.

Η συνταξιοδότηση των ηλικιωμένων μέχρι πριν λίγα χρόνια, τους πρόσφερε ανεξαρτησία έναντι τουλάχιστον των μελών της οικογένειάς τους. Πολλές φορές όμως παρατηρείται, ηλικιωμένοι να απέχουν από ένα συνηθισμένο επίπεδο διαβίωσης ή διαβιούν σε κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού, είτε διότι η σύνταξή τους είναι ανεπαρκής είτε διότι η οικογένειά τους και η κρατική μέριμνα αδιαφορούν ή αδυνατούν να στρέψουν την προσοχή τους προς την πληθυσμιακή ομάδα αυτή.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει από τον ΕΚΚΕ<sup>61</sup> η βασική πηγή εισοδήματος των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη. Όμως διάφορες ομάδες ηλικιωμένων, που η σύνταξή τους δεν επαρκεί, ζουν στα όρια της φτώχειας και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης και ως εκ τούτου και ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο. Από την έρευνα του ΕΚΚΕ<sup>62</sup> για την φτώχεια

---

<sup>60</sup> Έμκε - Πουλοπούλου, 1999

<sup>61</sup> Μπαλούρδος, 1996

<sup>62</sup> Μπαλούρδος, 1996

μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι τα νοικοκυριά με πολύ χαμηλά εισοδήματα αποτελούνται κυρίως από ηλικιωμένους ή συνταξιούχους. Η φτώχεια σχετίζεται τόσο με το μέγεθος όσο και με τη σύνθεση του νοικοκυριού: όσο περισσότερα τα εξαρτώμενα μέλη, τόσο περισσότερα τα οικονομικά προβλήματα. Σε διμελή νοικοκυριά που απαρτίζονται από έναν ηλικιωμένο και ένα παιδί, το διαθέσιμο εισόδημα είναι ελάχιστο καταδεικνύοντας τη σχέση εξάρτησης των νοικοκυριών αυτών από τα άτομα παραγωγικής ηλικίας. Αντίθετα, για τα τυπικά νοικοκυριά της εποχής μας, δηλαδή γι' αυτά που αποτελούνται από δυο ενήλικες και ένα παιδί, το εισόδημα εμφανίζει υψηλή μέση τιμή.



Επομένως ένα από τα προβλήματα που πρέπει άμεσα να επιλυθούν είναι η καθιέρωση ελάχιστου ορίου σύνταξης, που θα εξασφαλίσει στον ηλικιωμένο ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής.<sup>63</sup>

### **1.23. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ**

Στην Ελλάδα εκτός από τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας, άλλο ένα σημαντικό πρόβλημα που παρουσιάζεται είναι και αυτό της κοινωνικής απομόνωσης.

Τα έντονα ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας, έχουν σαν αφετηρία την απομόνωσή τους και τον μαρασμό σαν συνέπεια μιας αναγκαστικής αδράνειας, την κατάπτωση που έρχεται λόγω προβλημάτων υγείας και την αδιαφορία που αντιμετωπίζουν από τα μέλη της οικογένειάς τους, αλλά και από το κοινωνικό περιβάλλον απέναντι

---

<sup>63</sup> Τεπέρογλου, 1998

στους ηλικιωμένους.

Αυτό έχει ως συνέπεια το ηλικιωμένο άτομο να εκδηλώνει διεκδικητικές τάσεις, αλλά με μια διαδικασία άνιση έναντι των άλλων ηλικιακών ομάδων. Ο ηλικιωμένος απομακρύνεται από την οικογένειά του, τους φίλους, την εργασία του.<sup>64</sup>

Η κοινωνική απομόνωση του ηλικιωμένου επέρχεται σε συνδυασμό με την κατοικία, την υγεία, την συμμετοχή σε πολιτιστικές εκδηλώσεις, με το αν έχουν οικογένεια ή αν ζουν μόνοι τους, καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσής τους και σε αυτά θα αναφερθούμε παρακάτω.



#### **1.24. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ**

Η οικογένεια εξακολουθεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη χώρα μας στην φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Εκτός από την οικονομική κάλυψη που πολλές φορές προσφέρεται από τους νεώτερους προς τους ηλικιωμένους, η οικογένεια προσφέρει και συναισθηματική κάλυψη σε δύσκολες στιγμές (π.χ. κατά την διάρκεια νοσοκομειακής περίθαλψης). Η κάλυψη αυτή έχει ως συνέπεια ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό ιδρυματικής περίθαλψης.

Τα προβλήματα που προκύπτουν περιστρέφονται κυρίως γύρω από τους μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους. Η φροντίδα ενός ηλικιωμένου συνήθως απαιτεί τεράστια σωματική και πνευματική προσπάθεια από το άτομο το οποίο τον φροντίζει.

Τα προβλήματα όμως αυξάνονται και εξαιτίας του σύγχρονου τρόπου ζωής, όπου η οικογένεια αισθάνεται πιεσμένη. Λόγω του περιορισμένου

---

<sup>64</sup> Τεπέρογλου, 1998



αριθμού υποστηρικτικών υπηρεσιών προς τις οικογένειες, πολλές φορές επέρχεται διαταραχή στις σχέσεις των μελών της οικογένειας και δημιουργούνται εντάσεις.

Είναι ευρέως γνωστό ότι κάτω από την πίεση που ασκείται στα άτομα που φροντίζουν ηλικιωμένους, πολλές φορές οδηγούνται σε βίαιες πράξεις εναντίον των ηλικιωμένων γονέων τους. Το φαινόμενο αυτό και η έκτασή του παραμένει άγνωστη και θεωρείται οικογενειακό μυστικό, το οποίο είναι πολύ καλά κρυμμένο. Η ίδια η κοινωνία αποφεύγει να ακούει ή να μαθαίνει τέτοια γεγονότα, γιατί και αυτή φέρνει πολύ μεγάλη ευθύνη λόγω της έλλειψης υποστηρικτικών μηχανισμών για τα άτομα που φροντίζουν ηλικιωμένους.

Η οικογένεια πάντως εξακολουθεί να φροντίζει τα ηλικιωμένα άτομα και οι δεσμοί που υπάρχουν μεταξύ τους να είναι πολύ δυνατοί. Αντίστροφα, και το ηλικιωμένο άτομο φροντίζει τα νεώτερα μέλη της οικογένειας και κυρίως όταν τα ηλικιωμένα άτομα αυτά παίρνουν αρκετά υψηλή σύνταξη. Όταν συμβαίνει αυτό, τους δίνεται η ευκαιρία και εκείνοι να ζουν μια άνετη ζωή, αλλά και να παρέχουν βοήθεια στην οικογένειά τους.<sup>65</sup>

### **1.25. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

Η κατοικία είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όλες οι ηλικιακές ομάδες, αλλά ιδιαίτερα πλήττονται οι ηλικιωμένοι. Υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών. Στις αγροτικές περιοχές οι ηλικιωμένοι κατοικούν σε σπίτια που δεν τους παρέχουν σύγχρονες ανέσεις, οι συνθήκες διαβίωσης είναι ακατάλληλες και κάποιες φορές επικίνδυνες.

Οι συνέπειες από τις συνθήκες αυτές είναι σοβαρές για την σωματική ακεραιότητά τους, αλλά και για την υγεία τους (π.χ. φωτιά από ακατάλληλες θερμάστρες).

Στις αστικές περιοχές τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι άλλου είδους. Σε αυτές τις περιοχές κυριαρχούν οι

---

<sup>65</sup> Τεπέρογλου, 1998

πολυκατοικίες, επομένως τα διαμερίσματα, τα οποία συνήθως είναι μικρά και δεν διαθέτουν υπαίθριο χώρο. Έτσι το ηλικιωμένο άτομο ζει εγκλωβισμένο και απομονωμένο μέσα στο διαμέρισμα, χωρίς να έχει επικοινωνία με τους γείτονες. Οι αλλαγές που έγιναν τα τελευταία χρόνια στον τρόπο ζωής στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις έχουν καθοριστικές επιπτώσεις και στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων.

Προγράμματα που θα μπορούσαν να αναφέρονται στην παροχή κατοικιών ειδικά προσαρμοσμένων για τους ηλικιωμένους ούτε υπάρχουν ούτε προβλέπονται.

Η νέα τάση που επικρατεί, ότι το ηλικιωμένο άτομο πρέπει να διαμένει στο περιβάλλον του, θα πρέπει να συμβαδίζει με παροχές που να διευκολύνουν το ηλικιωμένο άτομο στην ενεργό κοινωνική ζωή του.<sup>66</sup>

## **1.26. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο συνδυασμός της κακής οικονομικής κατάστασης με την κακή υγεία του ηλικιωμένου, τους τοποθετεί εκ των πραγμάτων στο περιθώριο.

Τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων έχουν σχέση με το γεγονός ότι υποφέρουν από πολλές αρρώστιες και συνήθως απαιτείται αρκετός χρόνος για να αναρρώσουν. Σημαντικότερα όμως προβλήματα είναι αυτά που έχουν σχέση με την κινητικότητά τους, την επικοινωνία, την άνοια, την ελάττωση της ακοής και της όρασης. Οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν πολύ συχνά τις νοσοκομειακές υπηρεσίες και λόγω των διαφόρων ασθενειών τις έχουν ανάγκη πολύ συχνά.

Το περιβάλλον των αστικών περιοχών κυρίως δεν διευκολύνει τη μετακίνηση των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν τα παραπάνω σοβαρά προβλήματα υγείας, αφού παρατηρείται έλλειψη σε ράμπες σε πεζοδρόμια, σταθμούς, εκκλησίες. Αυτά σε συνδυασμό με κάποια γεροντική αναπηρία έχουν ως αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι πολλές φορές να μπαίνουν στο περιθώριο.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Μπαλούρδος, 1996

<sup>67</sup> Τεπέρογλου, 1998

### **ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

#### **2.1. ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ**

##### **2.1.1. ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΛΑΘΩΝ**

Το 1963 ο Orgel, πρότεινε ένα βιολογικό πρότυπο γήρανσης, το οποίο βασιζόταν σε μια ελάττωση της πιστότητας αντιγραφής του γενετικού μηνύματος κατά τη σύνθεση των πρωτεϊνών. Η σύνθεση αυτή περιλαμβάνει δυο στάδια κατά τα οποία επιτυγχάνεται διάκριση ανάμεσα σε συγγενή μόρια. Ένα μοναδικό αμινοξύ κάθε φορά πρέπει να επιλέγει από κάθε ενεργοποιημένο ένζυμο, και το αμινοξύ αυτό πρέπει να συνδεθεί με το κατάλληλο + -RNA. Ένας κρυπτογραφημένος αγγελιοφόρος RNA πρέπει κατόπιν να συνδεθεί ένα αποκρυπτογραφημένο στοιχείο του κατάλληλου + -RNA. Αυτές οι διαδικασίες πιθανόν να επιδέχονται κάποιο, μικρού βαθμού, λάθος. Επίσης η πιστότητα αντιγραφής του γενετικού υλικού κατά τη σύνθεση των πρωτεϊνών μπορεί να μειωθεί από λάθη στη σύνθεση του RNA. Η επανάληψη γεγονότων σαν αυτά, κατά τα οποία συμβαίνουν λάθη στη δομή των πρωτεϊνών, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα είτε τη σύγκλιση προς ένα σταθερό αριθμό λαθών ή την πλήρη εκτροπή. Στην πρώτη περίπτωση δεν θα επέρχονταν η γήρανση. Στη δεύτερη περίπτωση, το συνολικό λάθος συχνά θα γινόταν τόσο μεγάλο, ώστε να επηρεάσει την λειτουργικότητα του κυττάρου.

##### **2.1.2. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΤΤΩΝ ΜΗΝΥΜΑΤΩΝ**

Ο Medveden είναι ο κύριος εκπρόσωπος της θεωρίας των περιττών μηνυμάτων, η οποία παρουσιάζει μια ιδιαίτερη αξία ως βασική θεωρία για την μακροβιότητα των ειδών και ίσως για τη γήρανση των ατόμων. Ο Medveden προτείνει ότι, η επιλεκτική επανάληψη ορισμένων ειδικών γονιδίων, cistrons, operons και άλλων γραμμικών δομών του μορίου DNA, συμπεριφέρονται ως

πλεονάζοντα μηνύματα. Στην μεγάλη τους πλειοψηφία οι δομές αυτές βρίσκονται σε καταστολή και ανακαλούνται στην λειτουργική τους μορφή μόνο όταν τα γενετικά μηνύματα των ενεργών γονιδίων παρουσιάζουν λάθη.

Καθώς τα λάθη συσσωρεύονται στα ενεργά γονίδια, εφεδρικές διαδικασίες που περιέχουν την ίδια πληροφορία ενεργοποιούνται, έως ότου εξαντληθεί, η περίσσεια πληροφορία που υπάρχει στο σύστημα, γεγονός το οποίο έχει ως αποτέλεσμα τις βιολογικές αλλαγές που συνδέονται με το γήρας.

Οι διαφορές, επομένως, στη διάρκεια της ζωής των ατόμων διαφόρων ειδών θεωρείται, τότε, ότι εκφράζουν τις εκδηλώσεις του βαθμού της γονιδιακής επανάληψης.

### **2.1.3. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΗΣ**

Η θεωρία ότι το γήρας είναι φαινόμενο που συνδέεται με τους μηχανισμούς αντιγραφής του DNA, υποστηρίχθηκε από τον Von Hahn, που πιστεύει, ότι ο έλεγχος της κυτταρικής γήρανσης γίνεται στο επίπεδο της αντιγραφής της γενετικής πληροφορίας, από το DNA, στο μεσάζοντα αγγελιοφόρο RNA (mRNA). Η διατύπωση της θεωρίας αυτής δέχεται ότι:

1. Με την πάροδο της ηλικίας, εκφυλιστικές αλλοιώσεις παρουσιάζονται στον μεταβολισμό των διαφοροποιημένων μεταμιτωτικών κυττάρων.
2. Οι αλλοιώσεις αυτές είναι το αποτέλεσμα πρωτογενών γεγονότων, τα οποία συμβαίνουν στην πυρηνική χρωματίνη.
3. Υπάρχει στο σύμπλεγμα της πυρηνικής χρωματίνης ένας μηχανισμός ελέγχου ο οποίος είναι υπεύθυνος για την εμφάνιση και την διαδοχή των βασικών μεταβολών της γήρανσης.
4. Αυτός ο μηχανισμός ελέγχου περιλαμβάνει τη ρύθμιση της αντιγραφής του DNA, παρ' όλο που μπορεί να προκύψουν και άλλες ρυθμιστικές λειτουργίες.

Ο Von Hahn υπογραμμίζει ότι η υπόθεση αυτή στηρίζεται σε αρκετές α priori προϋποθέσεις, η πιο βασική από τις οποίες είναι ότι, υπάρχει μια καθολική φυσιολογική πορεία της γήρανσης, η οποία είναι βλαβερή για την

ζωτικότητα του κυττάρου, οφείλεται δε σε καθαρά ενδογενή αίτια και εξελίσσεται σταδιακά, καθώς αυξάνει η χρονολογική ηλικία.

Το βασικό γεγονός που συνδέεται με το γήρας, άσχετα με το επίπεδο θεώρησης της βιολογικής δομής, προφανώς είναι η συνεχής ελάττωση της προσαρμογής στις εξωτερικές πιέσεις (στρες) και στην δυνατότητα των διάφορων συστημάτων να διατηρήσουν την ομοιοστατική στο τέλος της αναπτυξιακής του φάσης και της πλήρους ωρίμανσης.

#### **2.1.4. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Άλλη μια θεωρία η οποία προσπαθεί να εξηγήσει τις αλλαγές που επέρχονται με την ηλικία στο γενετικό επίπεδο, βασίζεται στη συνέχιση των συμβάντων εκείνων, που είχαν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη και ωρίμανση ενός ζωικού οργανισμού. Η θεωρία αυτή θεωρεί δεδομένο ότι, η ενεργοποίηση και η καταστολή των γονιδίων κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης καθορίζουν επίσης, τις αλλαγές που επέρχονται με την ηλικία. Παραδέχεται δηλαδή ότι, οι αλλαγές που συνοδεύουν την ηλικία όπως και οι αντίστοιχες αναπτυξιακές μεταβολές, είναι "προγραμματισμένες" στην αρχική γενετική δεξαμενή του οργανισμού και "εξαντλούνται" με μια συγκεκριμένη αλληλουχία όπως οι αντίστοιχες αναπτυξιακές. Έτσι το γεγονός ότι, τα μαλλιά γίνονται γκρίζα, δεν θεωρείται ότι αποτελεί πάθηση, η οποία συνδέεται με τη πάροδο του χρόνου. Αντίθετα θεωρείται ότι είναι ένα εξαιρετικά προβλεπόμενο γεγονός.

Το παραπάνω παράδειγμα είναι χαρακτηριστικό χιλιάδων φυσιολογικών αλλαγών, οι οποίες επέρχονται με την ηλικία και οι οποίες δεν θεωρούνται ενδείξεις παθολογικών καταστάσεων, αλλά εκφράζει τη φυσιολογική έκπτωση των φυσιολογικών λειτουργιών μετά την ωριμότητα και την πάροδο του χρόνου. Η γήρανση επομένως μπορεί να αποδοθεί σε μια θεμελιώδη σειρά μεθοδικά και γενετικά προγραμματισμένων γεγονότων, τα οποία καταστέλλουν ή επιβραδύνουν βασικά φυσιολογικά φαινόμενα, από την στιγμή που παρέρχεται η ηλικία της αναπαραγωγής.

## **2.2. ΜΗ ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ**

### **2.2.1. ΑΝΟΣΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ**

Οι ανοσοβιολογικές θεωρίες, οι οποίες προτάθηκαν από τον Walford, τον Burnet και τον Makinodan, δέχονται ότι οι αλλοιώσεις του ανοσοβιολογικού συστήματος συνεισφέρουν στην έκπτωση των φυσιολογικών λειτουργιών που συνοδεύουν το γήρας. Με την πάροδο της ηλικίας, υποστηρίζεται ότι, το ανοσοβιολογικό σύστημα, γίνεται ολοένα και λιγότερο αποδοτικό, και έχει μειωμένη ικανότητα να ανταπεξέλθει στις διάφορες λοιμώξεις, όπως επίσης ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστεί φαινόμενα αυτοευσαιθητοποίησης. Η κατάρρευση της ανοσοβιολογικής ανοχής μπορεί στη συνέχεια να έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή αντισωμάτων εναντίων των ίδιων των κυττάρων του οργανισμού. Οι αυτοάνοσες παθήσεις είναι παράδειγμα τέτοιων γεγονότων.

### **2.2.2. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ**

Πολλές από τις αλλαγές που επιφέρουν το γήρας συμβαίνουν στο επίπεδο της κολλαγόνου ουσίας, της ελαστίνης ή της βασικής ουσίας η οποία περιβάλλει τα κύτταρα των περισσότερων ιστών. Ο κορη υποστηρίζει ότι, οι περισσότερες αλλαγές που έχουν σχέση με την ηλικία και εμφανίζονται στα σπονδυλωτά, μπορούν να αποδοθούν σε μεταβολές των εξωκυττάρων αυτών ουσιών. Καθώς οι ουσίες αυτές είναι ευρύτατα διαδεδομένες στον οργανισμό και συμμετέχουν στη μεταφορά και την ανταλλαγή υλικών ανάμεσα στα κύτταρα, είναι φανερό ότι οι αλλαγές των φυσικών τους ιδιοτήτων και των χημικών τους χαρακτηριστικών, μπορούν να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη φυσιολογική λειτουργία. Η κολλαγόνα ουσία μεταβάλλεται με την πάροδο της ηλικίας ποικιλοτρόπως ανεξάρτητα από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Παρατηρούνται περισσότερες πολυμερικές συνδέσεις μεταξύ των αντιθέτων κολλαγόνων ινών και το γεγονός αυτό ίσως να αποτελεί την βάση των παρατηρούμενων αλλαγών στη σύσταση του δέρματος κατά την γήρανση. Μεγαλύτερη σημασία έχει η πιθανότητα ότι οι πολυμερικοί δεσμοί που

αναπτύσσονται, εμποδίζουν την ροή των θρεπτικών συστατικών προς τα κύτταρα και την αποβολή των αποβλήτων του κυτταρικού μεταβολισμού από αυτά. Το γεγονός αυτό με την σειρά του πιστεύεται ότι αποτελεί την βάση των αλλαγών που επέρχονται με την ηλικία.

### **2.2.3. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΡΙΖΩΝ**

Οι ελεύθερες ρίζες είναι οι χημικές ουσίες οι οποίες είναι ιδιαίτερα δραστικές. Παράγονται ως ενδιάμεσα προϊόντα με εξαιρετικά μικρή ημιπερίοδο ζωής, κατά τις φυσιολογικές μεταβολικές αντιδράσεις. Έχει προταθεί ότι συμμετέχουν στις αλλαγές που επιφέρει το γήρας με το να συνδέονται με ζωτικής σημασίας μόρια. Ο Herman είναι ο κύριος υποστηρικτής αυτής της άποψης, την οποία στηρίζουν και μερικά πειραματικά δεδομένα. Οι ελεύθερες ρίζες είναι δυνατόν να προκαλέσουν βλάβη των πρωτεϊνών ή του DNA με βαθιές αλλοιώσεις και να οδηγήσουν σε αντίθετη σύνδεση ορισμένων σημαντικών μορίων.

Ουσίες οι οποίες αναστέλλουν την δραστηριότητα των ελεύθερων ριζών ονομάζονται αντιοξειδωτικές. Όταν οι αντιοξειδωτικές ουσίες χρησιμοποιούνται ως τροφή πειραματόζωων, αυξάνουν την μακροβιότητά τους.

### **2.3. ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ**

Έχουν προταθεί μια σειρά από μη γενετικές θεωρίες της γήρανσης. Αυτές στηρίζονται στην ελάττωση της λειτουργικής ικανότητας κάποιου οργάνου ή οργανικού συστήματος. Και αυτές όμως υπόκεινται στην ίδια κριτικής.

1. Η λειτουργική έκπτωση που παρατηρείται μπορεί να είναι το αποτέλεσμα βασικότερων αιτιών, ή
2. Το υπό συζήτηση οργανικό σύστημα, δυνατόν να μην υπάρχει καθολικά σε όλα τα ζώα που υπόκεινται στις διαδικασίες της γήρανσης.

## 2.4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

<sup>68</sup>Σύμφωνα με τα στοιχεία του WHO (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) από τα 612 εκατομμύρια ηλικιωμένων που υπολογίζονται μέχρι το έτος 2000 σε ολόκληρο τον κόσμο δύο στους τρεις ηλικιωμένους θα ζουν στις αναπτυγμένες χώρες, συγκριτικά με το 50% που υπήρχε στις ίδιες χώρες το 1960.

Επίσης μπορούμε να αναφέρουμε χαρακτηριστικά ότι κατά το έτος 1980 στην Ευρώπη ο πληθυσμός ηλικίας άνω των 60 αποτελούσε το 16,9% του συνόλου, στη Σουηδία το 21,9%, ενώ στην Αφρική μόλις το 4% και χαρακτηριστικά στην Κένυα στα 100 άτομα μόλις 3 είχαν ηλικία άνω των 60 ετών.

Η μεγαλύτερη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού θα παρατηρηθεί στην Ασία, ως αποτέλεσμα της ταχείας αυξήσεως του αριθμού των ηλικιωμένων στην Κίνα και στις Ινδίες. Η Ινδία και η Κίνα το 2020 θα έχουν επιπλέον 270.000.000 ηλικιωμένους.

Στις ευρωπαϊκές χώρες αναμένεται μικρότερη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού επειδή η διεργασία αυτή άρχισε πολύ νωρίτερα. Σε πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες οι ηλικιωμένοι αυξάνουν με ταχύτερο ρυθμό από το ρυθμό συνολικής αυξήσεως του πληθυσμού τους.

Στις Η.Π.Α. των τμήμα του πληθυσμού 65+ αυξάνει με ταχύρρυθμο ρυθμό. Το 1900 ένας ηλικιωμένος 65+ αντιστοιχούσε σε 25 Αμερικάνους, ενώ το 1964 η αναλογία αυξήθηκε 1 προς 8. Πρόσφατα στοιχεία αναφέρουν ότι το 11,9% του αμερικανικού πληθυσμού το αποτελούν ηλικιωμένοι 65+ ενώ το 2020 το ποσοστό ανέρχεται στο 21,7%.

Έκθεση της Ε.Ε. αναφέρει για την Ελλάδα και για την πλειονότητα των κρατών μελών ότι το προσδόκιμο ζωής αναμένεται να αυξηθεί τις επόμενες δεκαετίες, με την επισήμανση πως σε περίπτωση που δεν ληφθούν δραστικά μέτρα αντιμετώπισης των επιπτώσεων από τη γήρανση του πληθυσμού, θα διαπιστωθεί μείωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού σε σχέση με το

---

<sup>68</sup> Μ. Δαφέρμου, «Γεροντολογική Νοσηλευτική», 2007-08



συνολικό πληθυσμό, αλλά και μείωση των ρυθμών ανάπτυξης στις χώρες μέλη. Παράλληλα προτείνει προς τα κράτη μέλη να προωθήσουν τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις για την αναμόρφωση των ασφαλιστικών συστημάτων, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το αυξανόμενο κόστος στα δημόσια οικονομικά από τη γήρανση του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Ο.Η.Ε., όταν το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 χρόνων μιας χώρας είναι άνω του 7%, χαρακτηρίζεται γηρασμένη. Η Ελλάδα, με ποσοστό σήμερα άνω του 17,1% και προοπτικές για το άμεσο μέλλον, το 2020, να πλησιάζει το 24%, θεωρείται χώρα γηρασμένου πληθυσμού. Ταυτόχρονα ο πληθυσμός από 0-14 ετών αριθμεί το 14%, που σημαίνει όχι μόνον ότι γερνάμε σαν χώρα αλλά ότι μελλοντικά θα μειωθεί σημαντικά ο πληθυσμός της χώρας. Το 45% των ηλικιωμένων διαμένουν σε αστικές περιοχές, το 11% σε ημιαστικές και το 42% σε αγροτικές περιοχές. Στο συνολικό πληθυσμό της Κρήτης, που είναι 502.165 κάτοικοι, υπάρχουν περίπου 85.000 ηλικιωμένα άτομα, σύμφωνα με την παραπάνω στατιστική αναλογία.

Εκτιμάται από την έκθεση ότι ο πληθυσμός της χώρας θα μειωθεί από 11 εκατ. σήμερα σε 10,7 εκατ. το 2050, ενώ το προσδόκιμο ζωής θα αυξηθεί από τα 76,4 χρόνια για τους άνδρες σήμερα σε 81,1 το 2050 και για τις γυναίκες από 81,4 σήμερα σε 85,9 αντίστοιχα το 2050. Για τους «25», το προσδόκιμο ζωής θα αυξηθεί από 75,4 για τους άνδρες σήμερα σε 81,7 το 2050 και για τις γυναίκες από 81,5 σε 86,6 το 2050.

Παράλληλα, ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός της χώρας μας (ηλικίας 15-64 ετών) θα μειωθεί από το 67,7% του συνολικού πληθυσμού σήμερα στο 54,7% το 2050 και τα άτομα τρίτης ηλικίας (άνω των 65 ετών) θα αυξηθούν από το 17,9% του συνολικού πληθυσμού σήμερα στο 33,1% το 2050. Αυτά σημαίνουν ότι οι Έλληνες άνω των 65 ετών, που σήμερα αναλογούν στο 26,4% του συνόλου των εργαζομένων, το 2050 θα αναλογούν στο 60,4%. Στην Ε.Ε. θα ανέλθουν από το 24,5% στο 51,4% αντιστοίχως.

Ο ρυθμός φυσικής αύξησης του πληθυσμού έχει μειωθεί κυρίως λόγω της χαμηλής γεννητικότητας. Η θνησιμότητα είναι επίσης χαμηλή σε σύγκριση

με άλλες χώρες και η διάρκεια ζωής συγκριτικά υψηλή. Οι φυσικές αυτές εξελίξεις μαζί με την αυξημένη μετανάστευση της δεκαετίας του 1960, οδήγησαν στη γήρανση του πληθυσμού, η οποία αναμένεται να συνεχιστεί για αρκετό διάστημα.

Ωστόσο, οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές που σημειώνονται σ' όλες τις περιοχές της χώρας, έχουν αρχίσει να προκαλούν δυσχέρειες στη φροντίδα των ηλικιωμένων στα πλαίσια της οικογένειας. Γι' αυτό επιβάλλεται η δημιουργία δικτύου υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των αναγκών.<sup>69</sup>

Στον πίνακα 2 και 3 παραθέεται ο μέσος όρος ζωής κατά περιοχή και εποχή.

**Πίνακας 2. Μέσος όρος ζωής κατά περιοχή και εποχή**

<i><b>ΕΠΟΧΗ</b></i>	<i><b>ΠΕΡΙΟΧΗ</b></i>	<i><b>ΟΝΟΜΑ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ</b></i>	<i><b>ΜΕΣΟ ΟΡΟΣ ΖΩΗΣ</b></i>
Περίοδος χαλκού και πρώιμη σιδήρου	Ελλάδα	Angel	18 χρόνια
Πριν 2000 χρόνια περίπου	Ρώμη	Pearson	22 χρόνια
Μεσαίωνας	Αγγλία	Russel	33 χρόνια
1687-1991	Μποέσλαου	Hall	33,5 χρόνια
Πριν το 1789	Μασαχουσέτη και Νέο Χάμσαϊρ	Wiggles Worth	35,5 χρόνια
1838-1354	Αγγλία	Parr	40,9 χρόνια
1900-1902	Η.Π.Α.	Glover	49,2 χρόνια
1946	Η.Π.Α.	Greville	56,7 χρόνια
1961-1965	Σουηδία	Στατιστική υπηρεσία	73,6 χρόνια

<sup>69</sup> Μ. Δαφέρμου, «Γεροντολογική Νοσηλευτική», 2007-08

**Πίνακας 3. Προσδοκώμενη διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση**

<i>Βρετανική αριστοκρατία</i>		
<b>Για την ομάδα που γεννήθηκε το</b>	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>
<i>1550-1574</i>	<i>36,5</i>	<i>38,2</i>
<i>1575-1599</i>	<i>35,3</i>	<i>38,7</i>
<i>1600-1624</i>	<i>38,9</i>	<i>35,3</i>
<i>1685-1649</i>	<i>31,2</i>	<i>33,2</i>
<i>1650-1674</i>	<i>23,6</i>	<i>32,7</i>
<i>1675-1699</i>	<i>32,9</i>	<i>34,2</i>
<i>1700-1724</i>	<i>34,4</i>	<i>36,2</i>
<i>1725-1749</i>	<i>44,5</i>	<i>45,7</i>
<i>1750-1774</i>	<i>44,5</i>	<i>45,7</i>
<i>1770-1799</i>	<i>46,8</i>	<i>49,8</i>
<i>1800-1824</i>	<i>49,2</i>	<i>51,7</i>
<i>1825-1849</i>	<i>52,1</i>	<i>58,4</i>
<i>1840-1841</i>	<i>39,9</i>	<i>43,1</i>
<i>1875-1891</i>	<i>53,8</i>	<i>57,0</i>
<i>1910-1911</i>	<i>55,8</i>	<i>61,0</i>
<i>1925-1949</i>	<i>61,9</i>	<i>71,6</i>
<i>1990-1924</i>	<i>60,2</i>	<i>72,0</i>
<i>1990-1991</i>	<i>48,8</i>	<i>50,80</i>

# ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

### 3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αύξηση της γηράνσεως του πληθυσμού, η οποία αναμένεται να αυξηθεί περισσότερο κατά τις επόμενες δεκαετίες, θα έχει καταλυτική επίδραση στην οικονομική και κοινωνική ζωή των χωρών, και ειδικότερα στον τομέα περιθάλψεως, με κύριο χαρακτηριστικό την αύξηση της ζήτησεως υπηρεσιών υγείας.<sup>70</sup>

Οι κυριότερες αιτίες που συνέβαλαν στην αύξηση της ζήτησεως υπηρεσιών υγείας είναι:

1. Η αύξηση της συχνότητας των χρόνιων νοσημάτων.
2. Αύξηση της συχνότητας των οξέων καταστάσεων όπως λοιμώξεις ανεπιθύμητες αντιδράσεις φαρμάκων, ατυχήματα. Ψυχικές διαταραχές κ.τ.λ.
3. Μακροχρόνια περίοδος που απαιτείται για τη νοσηλεία των ηλικιωμένων σε σχέση με τα νέα άτομα για την αντιμετώπιση κάποιας οξείας καταστάσεως ή την έξαρση υπάρχουσας χρόνιας νόσου.
4. Αύξηση της συχνότητας των ψυχολογικών προβλημάτων όπως κατάθλιψη και άνοια κ.ά.
5. Ανάγκη συνεχούς επιβλέψεως των ηλικιωμένων στην κοινότητα. Ο ρόλος των νοσηλευτών στην κάλυψη των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων ατόμων είναι καθοριστικός. Το 90% των προβλημάτων των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα αντιμετωπίζονται με επιτυχία από τους νοσηλευτές. Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι ένα μεγάλο μέρος των προβλημάτων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι

---

<sup>70</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η Τρίτη ηλικία»

γενικά αλλά και ειδικότερα οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ιδρύματα απαιτούν Νοσηλευτική παρέμβαση παρά ιατρική κάλυψη. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερο ανάγκη από φροντίδα παρά από ιατρικές πράξεις.

Για την επίτευξη των βασικών σκοπών της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής, ο καλύτερος στόχος θεωρείται η εξασφάλιση άνεσης και ανακούφισης.<sup>71</sup>

Ανακούφιση σημαίνει να θεραπεύεις ορισμένες φορές, να παρέχεις άνεση συχνά να αναπαύεις πάντοτε. Άνεση σημαίνει παρέχω ανακούφιση, δίνω βοήθεια διευκολύνω, παρηγορώ, φροντίζω, και είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της βιολογικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής σταθερότητας του ηλικιωμένου.

Στη συνέχεια θα αναφερθούν τα πιο κοινά προβλήματα που συναντώνται στους ηλικιωμένους, ο τρόπος και τα μέσα που αξιολογούνται, οι παρεμβάσεις που ακολουθούν για την διατήρηση και την προαγωγή της υγείας τους, καθώς και η ψυχολογία τους κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

Τα πολλαπλά χρόνια νοσήματα, σε συνδυασμό και με τη φυσιολογική φθορά της διεργασίας του γήρατος, είναι οι κυριότεροι αποσταθεροποιητικοί παράγοντες της ομοιοστάσεως του οργανισμού. Με το πέρασμα του χρόνου οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου εξασθενούν, με αποτέλεσμα η ήδη, διαταραχθείσα ισορροπία να συνοδεύεται από διάφορα προβλήματα τα οποία είναι δυνατόν να αφαιρέσουν την άνεση και την ευεξία του ηλικιωμένου.

Τα πιο κοινά προβλήματα που μπορούν να μειώσουν ή να αφαιρέσουν την άνεση του ηλικιωμένου είναι:

1. Πόνος
2. Διαταραχή του ύπνου
3. Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους
4. Διαταραχή κινητικότητας
5. Πλημμελής ατομική υγιεινή
6. Κατακλίσεις

---

<sup>71</sup> Χ. Δημητρίου, Σ. Τριαρίδης, Μ. Τσαλιγοπούλου, «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»

7. Δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστεως
8. Ακράτεια κοπράνων
9. Απώλεια ούρων
10. Προβλήματα διατροφής
11. Θάνατος.

### 3.2. ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος είναι δυσάρεστη αισθητηριακή και συγκινησιακή εμπειρία, η οποία προκύπτει από την αντίληψη οδυνηρού ερεθίσματος. Ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο, γι' αυτό παρουσιάζει δυσκολία στον καθορισμό του με την απλή λογική του πόνου συνθέτουν τρία βασικά συστατικά:

*A)* Το συστατικό της αισθητηριακής διακρίσεως, δηλαδή η ανάγνωση ενός οδυνηρού αισθήματος από το άτομο είναι η υποκειμενική εκτίμηση του πόνου.

*B)* Το συστατικό της συναισθηματικής κινητοποιήσεως. Το άτομο αντιδρά συγκινησιακά, ως απάντηση στην εμπειρία του πόνου. Είναι η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου.<sup>72</sup>

*Γ)* Το γνωστό συστατικό περιλαμβάνει παρελθούσες εμπειρίες του πόνου, συμπεριφορές, ανταποκρίσεις προς τον πόνο, καθώς και ποια η σημασία του πόνου για το άτομο.

Η προαναφερθείσα περιγραφή υποδηλώνει ότι ο πόνος ως μοναδική πολυδιάστατη υποκειμενική εμπειρία ερμηνεύεται με βάση τα παρόντα και τα παρελθόντα γεγονότα και τις εμπειρίες, τα οποία το άτομο βιώνει. Επιπλέον η πολιτισμική του υποδομή, οι πεποιθήσεις, τα πιστεύω του, η σωματική και η ψυχολογική του προσαρμογή, η εντόπιση και η ένταση του πόνου, καθώς και η αντίδραση όλων όσων το περιβάλλουν είναι δυνατόν να επηρεάσουν την προσωπική του αντίληψη και την αντοχή του στον πόνο.

Σύμφωνα με τον ορισμό της McCaffery ο πόνος είναι οτιδήποτε το

---

<sup>72</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η Τρίτη ηλικία»

άτομο λέει ότι είναι πόνος και οπουδήποτε λέει ότι υπάρχει ο πόνος. Ο ορισμός αυτός, αν και αρκετά απλός στη διατύπωσή του, έχει πλήρη ανταπόκριση στον ασθενή, γιατί τον θεωρεί δικό του.

Η ευαισθησία του πόνου είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ποσοτικά, εντούτοις υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πόνος ελαττώνεται μετά το 70<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας. Για παράδειγμα στην κλινική πράξη τα θρομβωτικά επεισόδια.

### **Αντικειμενικές πληροφορίες**

**Κινητική αντίδραση:** Θέση σώματος, προστατευτικά μέτρα κατά την κατάκλιση και την έγερση, βούρτσισμα των δοντιών, ντύσιμο.

**Αυτόνομη αντίδραση:** Σφυγμός, καρδιακές αρρυθμίες, αρτηριακή πίεση, χαρακτήρες αναπνευστικού ρυθμού, εφιδρώσεις, ωχρότητα.

**Ψυχική αντίδραση:** επίπεδο άγχους, πόνος που συνοδεύεται με ψυχοτραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος, λεκτική και μη αντίδραση στον πόνο, αντιδράσεις συγγενών στην έκφραση του πόνου από τον ασθενή, καταστάσεις που προκαλούν πόνο.<sup>73</sup>

### **Υποκειμενικές πληροφορίες**

**Φύση του πόνου:** οξύς, αμβλύς διαξιφιστικός, καυστικός.

**Ένταση του πόνου:** ήπιος, μέτριος, δριμύς.

**Θέση του οργάνου και αντανάκλαση του πόνου:** π.χ. δεξιά στο λαγόνιο βόθρο, στο αριστερό υποχόνδριο κ.λ.π.

**Έναρξη πόνου:** Ξαφνική προοδευτική, με σπασμούς.

**Τρόπος εμφάνισης:** μετά από προσπάθεια, από κινήσεις απότομες ή ήπιες.

**Διάρκεια του πόνου:** μικρή παρατεταμένη, περιοδική.

**Έλεγχος του πόνου:** Περιστασιακή τροποποίηση ή ανακούφιση του πόνου.

**Συναισθηματική απάντηση στον πόνο:** π.χ. αίσθημα άγχους δυσφορίας, θυμού, αγωνίας.

<sup>73</sup> Ronald D.T. Cape, Roodney M. Coe and Isadore Roosman, «Βασικές αρχές στη γηριατρική»

## Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Για να είναι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελεσματικές οι νοσηλευτές αρχικά επιδιώκουν:

1. Να συνεργαστούν με τον ηλικιωμένο για την εξεύρεση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης του πόνου.
2. Να ενημερωθούν για πρακτικές που ανακουφίζουν τον ηλικιωμένο από τον πόνο.<sup>74</sup>
3. Να αντιμετωπίσουν τους περιορισμούς της κινητικότητας ώστε κάθε μετακίνηση να μην επιδεινώνει τον πόνο.

Για την ανακούφιση του ηλικιωμένου από τον πόνο η νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει με απλές παρεμβάσεις όπως:

- Εξασφάλιση ήσυχου και ευχάριστου περιβάλλοντος
- Αλλαγή της θέσεως του σώματος.
- Ελαφρά εντριβή και απαλό μασάζ.
- Θερμά ή ψυχρά επιθέματα (ανάλογα με την ιατρική οδηγία.)
- Εφαρμογή καλά ισορροπημένης διαίτας και επιπρόσθετη ενίσχυση με βιταμίνη B-complex
- Χαλάρωση και θεραπεία συμπεριφοράς.
- Επικοινωνία νοσηλευτή-ηλικιωμένου. Συντελεί στην μετρίαση ή υποχώρηση του πόνου ανεξάρτητα από την προέλευσή του.



Όταν τα αναφερόμενα νοσηλευτικά μέτρα δεν αποδώσουν, τότε συνδυάζονται με την ορισθείσα για την κάθε περίπτωση φαρμακευτική αντιμετώπιση.

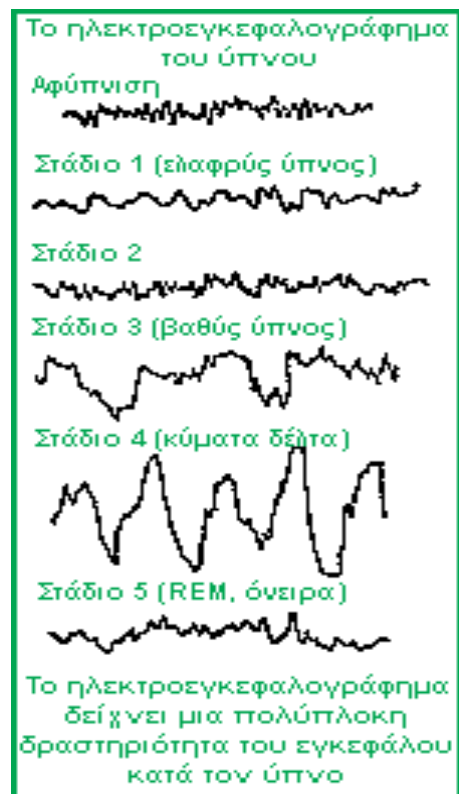
<sup>74</sup> Ronald D.T. Cape, Roodney M. Coe and Isadore Roosman, «Βασικές αρχές στη γηριατρική»



### 3.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

#### 3.3.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΠΝΟΣ

- Μέχρι πριν μερικές δεκαετίες, ο ύπνος θεωρείτο ότι ήταν μια παθητική κατάσταση της καθημερινής μας ζωής χωρίς ενεργό δραστηριότητα. Σήμερα ξέρουμε ότι όταν κοιμόμαστε ο εγκέφαλός μας είναι πολύ ενεργός.
- Ο ύπνος επηρεάζει τις καθημερινές μας δραστηριότητες. Οι λειτουργικές μας ικανότητες, η σωματική και ψυχική μας κατάσταση επηρεάζονται με πολλούς τρόπους από τον ύπνο μας.



#### 3.3.2. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

##### ΣΤΑΔΙΟ 1º:

**Το πρώτο στάδιο είναι η φάση του ελαφρού ύπνου.** Βρισκόμαστε κατά τη φάση αυτή μεταξύ ύπνου και ξύπνιου και μπορούμε να ξυπνήσουμε εύκολα. Τα μάτια κινούνται πολύ αργά και η μυϊκή δραστηριότητα επιβραδύνεται σημαντικά.

**Πολλοί νιώθουν στη φάση αυτή ξαφνικές μυϊκές συσπάσεις, που αποκαλούνται μυοκλονίες του ύπνου.** Οι ξαφνικές αυτές κινήσεις είναι παρόμοιες με αυτές που μας συμβαίνουν όταν νιώσουμε κάποιο τρόμαγμα.

Όταν κάποιος ξυπνήσει στο στάδιο 1 θυμάται αποσπασματικές οπτικές εικόνες.

##### ΣΤΑΔΙΟ 2º:

**Στο στάδιο 2 οι κινήσεις των ματιών σταματούν.**

Τα ηλεκτρικά κύματα του εγκεφάλου που καταγράφονται από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, γίνονται πιο αργά με παρουσία σποραδικών εξάρσεων ταχέων κυμάτων.

### **ΣΤΑΔΙΟ 3ο:**

Στο στάδιο 3 εμφανίζονται κύματα που είναι εξαιρετικά αργά που ονομάζονται κύματα δέλτα. Μεταξύ των κυμάτων δέλτα εμφανίζονται διάσπαρτα κύματα που είναι πιο μικρά και πιο γρήγορα.

### **ΣΤΑΔΙΟ 4ο:**

Στο στάδιο 4 ο εγκέφαλος παρουσιάζει σχεδόν μόνο κύματα τύπου δέλτα.

Τα στάδια 3 και 4 αποκαλούνται τα στάδια του βαθύ ύπνου. Στον βαθύ ύπνο δεν υπάρχει μυϊκή δραστηριότητα ούτε κινήσεις των ματιών.

Είναι πολύ δύσκολο να ξυπνήσει κάποιος όταν βρίσκεται στα στάδια αυτά. Εάν κάποιος ξυπνήσει στη φάση αυτή, δυσκολεύεται να προσαρμοστεί, νιώθει αδύναμος και αποπροσανατολισμένος για τα μερικά λεπτά που ακολουθούν το ξύπνημα.

Μερικά παιδιά κατά τη φάση του βαθύ ύπνου, μπορεί να παρουσιάσουν ενούρηση, εφιάλτες ή ακόμη νυκτοβασία.

### **ΣΤΑΔΙΟ 5ο:**

Όταν φτάσουμε στο στάδιο 5 του ύπνου, που είναι η φάση των γρήγορων κινήσεων των ματιών (**REM, Rapid Eye Movement**), η αναπνοή γίνεται γρήγορη, ακανόνιστη και ελαφριά. Τα μάτια παρουσιάζουν απότομες κινήσεις προς διάφορες κατευθύνσεις. Οι μυς των άνω και κάτω μελών μας, παραλύουν προσωρινά. Ο ρυθμός της καρδιάς και η αρτηριακή πίεση αυξάνονται. Οι άνδρες στη φάση αυτή παρουσιάζουν στύση.

Όταν οι άνθρωποι ξυπνούν στην φάση REM, περιγράφουν περίεργες και μη λογικές ιστορίες που στην ουσία είναι τα όνειρα.

- Ένας πλήρης κύκλος του ύπνου περιλαμβάνει και τα 5 στάδια. Η

συνολική διάρκεια ενός κύκλου του ύπνου διαρκεί από 90 έως 110 λεπτά κατά μέσο όρο. Το πρώτο στάδιο REM, στο οποίο δημιουργούνται τα όνειρα, συμβαίνει περίπου σε 70 έως 90 λεπτά μετά από το αποκοίμισμα.

- **Οι πρώτοι κύκλοι του ύπνου, περιέχουν μικρές περιόδους REM (στάδιο 5) και μεγαλύτερες περιόδους βαθύ ύπνου (στάδια 3 και 4).**
- Όσο προχωρά η νύκτα τόσο αυξάνεται και η περίοδος των σταδίων REM και μειώνεται ο βαθύς ύπνος. Κατά τις πρωινές ώρες, το περισσότερο μέρος του ύπνου αποτελείται από τον ελαφρύ ύπνο και από περιόδους REM.

### **3.3.3. ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΝΟ ΟΤΑΝ Η ΗΛΙΚΙΑ ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ;**

- Ο ύπνος επηρεάζεται σημαντικά από την αύξηση της ηλικίας.
- Η χρονική διάρκεια του ύπνου και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, όσον αφορά τις διάφορες φάσεις που τον αποτελούν, μεταβάλλονται και παρουσιάζουν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των νεαρών ενηλίκων και των ατόμων προχωρημένης ηλικίας.



**Οι σημαντικές αυτές διαφορές έχουν επιπτώσεις και συμβάλλουν στους μηχανισμούς γήρανσης του οργανισμού.**

- Με την αύξηση της ηλικίας, η χρονική διάρκεια του ύπνου και το είδος του όσον αφορά τις διάφορες φάσεις του, αλλοιώνονται ουσιαστικά
- Η συνολική διάρκεια του ύπνου μειώνεται στους ηλικιωμένους. Παράλληλα μειώνεται η διάρκεια του βαθύ ύπνου. Είναι η μείωση αυτή που επηρεάζει αρνητικά την έκκριση της αυξητικής ορμόνης
- Η μείωση του χρόνου του συνολικού ύπνου υπολογίστηκε ότι είναι της τάξης των 27 λεπτών για κάθε 10 χρόνια

**Με την αύξηση της ηλικίας η φάση REM του ύπνου, δηλαδή αυτή κατά την οποία ονειρευόμαστε, μειώνεται.** Η μείωση αυτή συνοδεύεται με αύξηση της έκκρισης κορτιζόνης.

### 3.3.4. ΑΨΠΝΙΑ

- Η αϋπνία είναι η συχνότερη διαταραχή του ύπνου. Υπολογίζεται ότι περίπου 30% των ενηλίκων παρουσιάζουν συμπτώματα αϋπνίας. Είναι περισσότερο διαδεδομένη στις γυναίκες και στους ηλικιωμένους.



- Για τους ενήλικες συστήνεται να κοιμούνται τη νύχτα για επτά έως οκτώ ώρες. Στην αϋπνία ο ασθενής δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί. Έχει δυσκολίες στο να παραμένει κοιμισμένος ή ξυπνά πολύ νωρίς.

### 3.3.5. ΑΙΤΙΑ ΑΨΠΝΙΑΣ

- Έχουν αναγνωριστεί ορισμένοι παράγοντες κινδύνου και αιτίες για την αϋπνία. Όμως οι λόγοι για τους οποίους αυτό συμβαίνει δεν έχουν γίνει πλήρως κατανοητοί.
- Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για χρόνια αϋπνία περιλαμβάνονται:
  1. το γυναικείο φύλο
  2. η προχωρημένη ηλικία
  3. η ανεργία
  4. το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης
  5. ο χωρισμός ή το διαζύγιο
  6. οι ασθένειες.

### 3.3.6. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΨΠΝΙΑΣ

- Τα συχνότερα **συμπτώματα** της αϋπνίας που εμφανίζονται τουλάχιστο μερικές νύχτες κάθε εβδομάδας περιλαμβάνουν
  1. δυσκολία αποκοίμισης
  2. ξύπνημα πολύ νωρίς

3. ξύπνημα χωρίς ο ασθενής να νιώθει ξεκούραστος
4. αγρυπνία με τον ασθενή να μένει ξύπνιος κατά τη διάρκεια της νύχτας

### **3.3.7. ΠΩΣ Η ΑΪΠΝΙΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΑΣ**

1. Έχει βρεθεί ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ αϋπνίας και ψυχιατρικών ή ψυχολογικών διαταραχών. Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις καταστάσεις μπορεί να συνοδεύονται από αϋπνία.
2. Η αϋπνία έχει άμεσες και έμμεσες συνέπειες στην υγεία και ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτή. Ασθενείς με χρόνια αϋπνία έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρδιακά προβλήματα, ψηλή πίεση και μυοσκελετικά προβλήματα.
3. Άτομα που κοιμούνται λιγότερο από 6 ώρες ή περισσότερο από 9 ώρες κάθε νύχτα, κινδυνεύουν περισσότερο να προσβληθούν από σακχαρώδη διαβήτη και να έχουν ανωμαλίες στην ανοχή τους στη γλυκόζη

### **3.3.8. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΪΠΝΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ:**

1. μειωμένη συγκέντρωση,
2. δυσκολίες μνήμης,
3. υπνηλία,
4. φτωχή απόδοση στην εργασία,
5. αποτυχίες στον επαγγελματικό τομέα,
6. αλλαγές της ψυχικής διάθεσης,
7. κατάθλιψη,
8. αυξημένη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών.

**Οι οικονομικές συνέπειες** της αϋπνίας είναι εξαιρετικά μεγάλες. Οι άμεσες δαπάνες λόγω αϋπνίας περιλαμβάνουν το κόστος των θεραπειών και γενικά των ιατρικών υπηρεσιών.

### 3.3.9. ANTIMETΩΠΙΣΗ ΑΪΠΝΙΑΣ

- Φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνά για την αντιμετώπιση της αϋπνίας περιλαμβάνουν
  1. τα αντικαταθλιπτικά
  2. τα αντισταμινικά
  3. τα αντιχολινεργικά
  4. βενζοδιαζεπίνες
  5. άλλα υπνωτικά.

Σε κάθε κατηγορία φαρμάκων υπάρχουν παρενέργειες που περιορίζουν τη χρήση και αποτελεσματικότητά τους.

**Τα φάρμακα δεν είναι ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση της αϋπνίας.**

Η γνωστική συμπεριφορική **ψυχοθεραπεία**, έχει αναγνωρισθεί ως μία αξιόλογη και αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση της χρόνιας αϋπνίας.

Υπάρχουν ορισμένοι απλοί τρόποι, με κάποιες αλλαγές στις καθημερινές μας συνήθειες, που μπορούν να βοηθήσουν πολύ στην εξασφάλιση ενός ύπνου, ο οποίος να είναι καλός όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητά του.

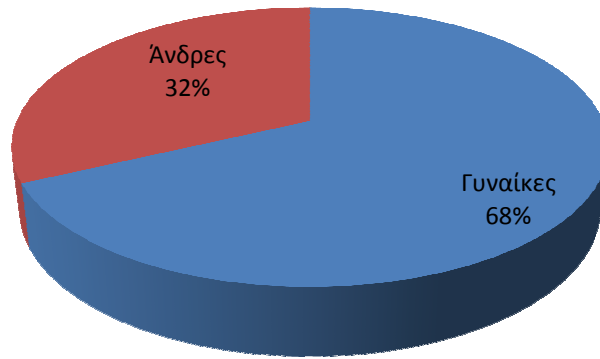
- Διατηρείστε ένα σταθερό χρονοδιάγραμμα
- Να κοιμάστε όταν νιώθετε νυσταγμένοι
- Μειώστε τον καφέ και τα αλκοολούχα ποτά
- Προσέξτε το φως
- Προστασία από το θόρυβο
- Αποφεύγετε να κοιμάστε πολύ το απόγευμα
- Δοκιμάστε το ζεστό γάλα πριν πατε για ύπνο
- Προσοχή από τα φάρμακα
- Μην παίρνετε φάρμακα μόνοι σας

### 3.3.10. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

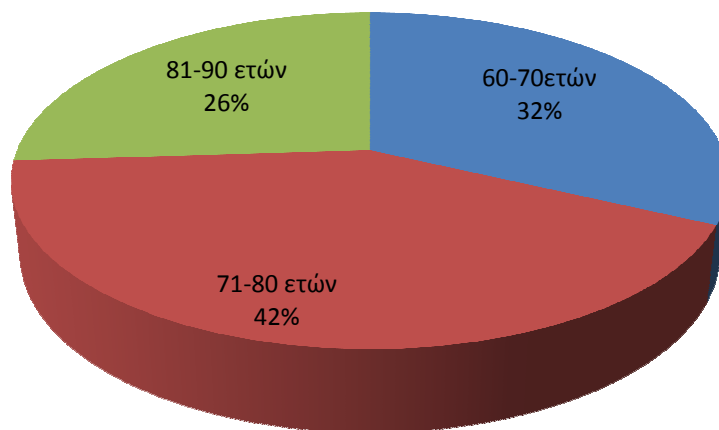
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΔΥΣΚΟΛΕΥΕΤΑΙ ΝΑ ΚΟΙΜΗΘΕΙ.	ΝΑ ΚΟΙΜΗΘΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ	1.ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥ-ΑΝΕΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ  2.ΛΗΨΗ ΖΕΣΤΟΥ ΡΟΦΗΜΑΤΟΣ  3.ΧΛΙΑΡΟ ΜΠΑΝΙΟ  4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ  5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	1. ΤΟΥ ΔΟΘΗΚΕ ΜΙΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΚΟΥΒΕΡΤΑ  2. ΗΠΙΕ ΈΝΑ ΖΕΣΤΟ ΓΑΛΑ  3. ΕΓΙΝΕ ΧΛΙΑΡΟ ΜΠΑΝΙΟ  4. ΣΥΖΗΤΗΘΗΚΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ	ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑΦΕΡΕ ΝΑ ΚΟΙΜΗΘΕΙ ΚΑΙ ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΠΟΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.

Μετά από έρευνα που κάναμε στο ΚΑΠΗ του Κατσαμπά μετείχαν 42 ηλικιωμένοι, μέλη του ΚΑΠΗ, άνδρες και γυναίκες ηλικίας 60-90 ετών. Ερωτήθηκαν σε θέματα που αφορούν συνήθειες που επηρεάζουν ή ευνοούν την ποιότητα του ύπνου τους, για παράδειγμα: η άσκηση, ο χώρος που κοιμάται και οι διατροφικές συνήθειες. Παρακάτω καταγράφονται αναλυτικά τα ευρήματα της έρευνας διαγράμματα (πίτα) και ποσοστά επί % για κάθε ερώτηση που απαντήθηκε.

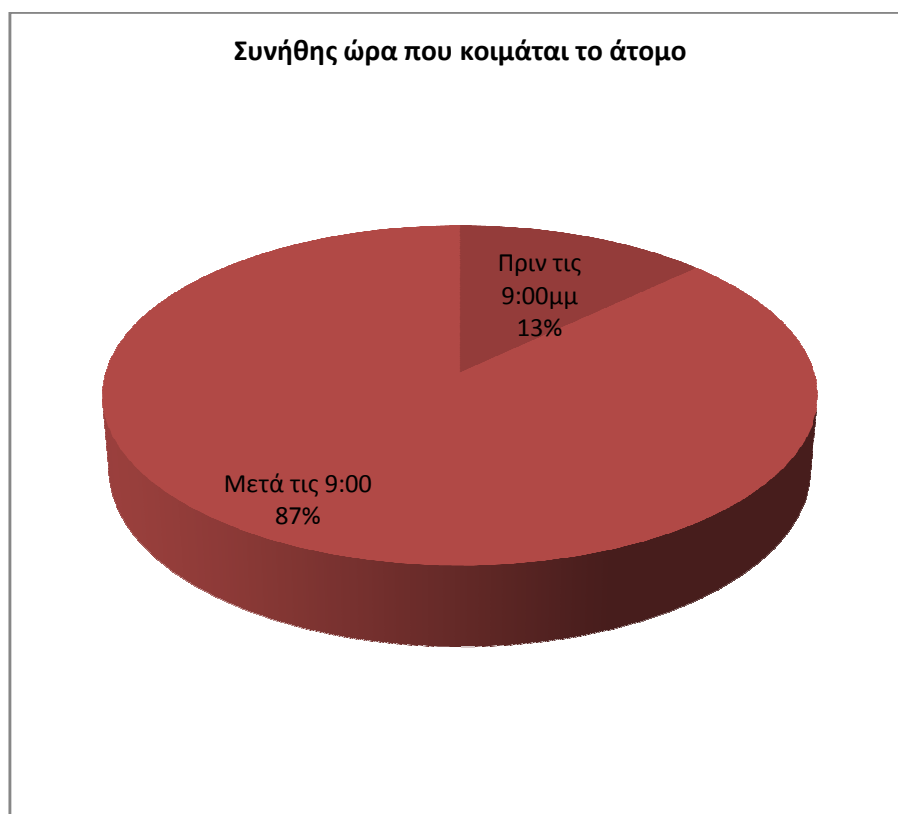
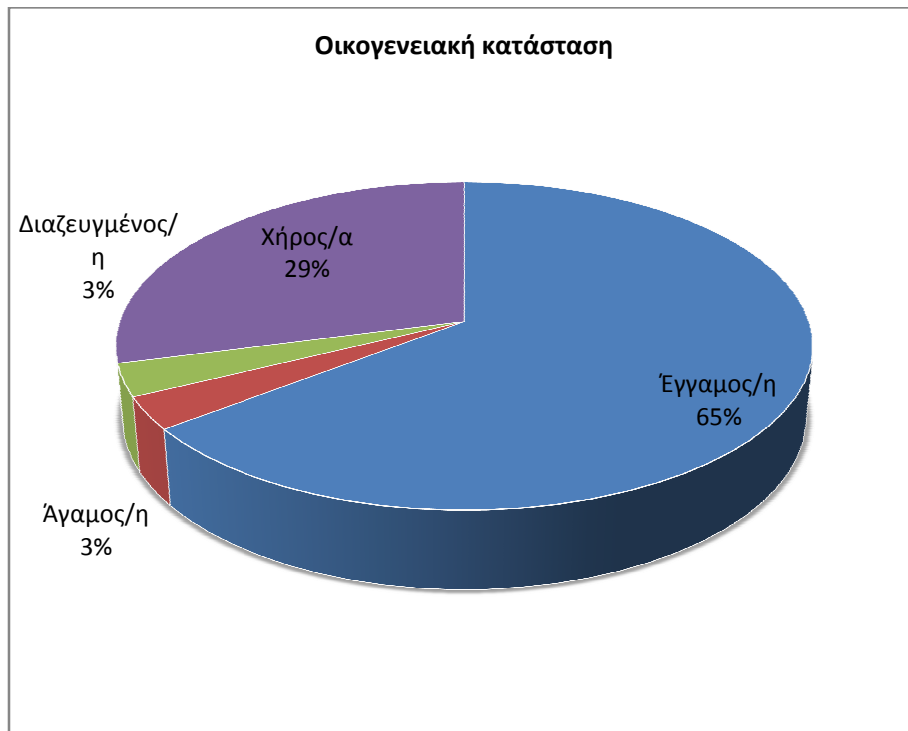
### Γυναίκες-Άνδρες



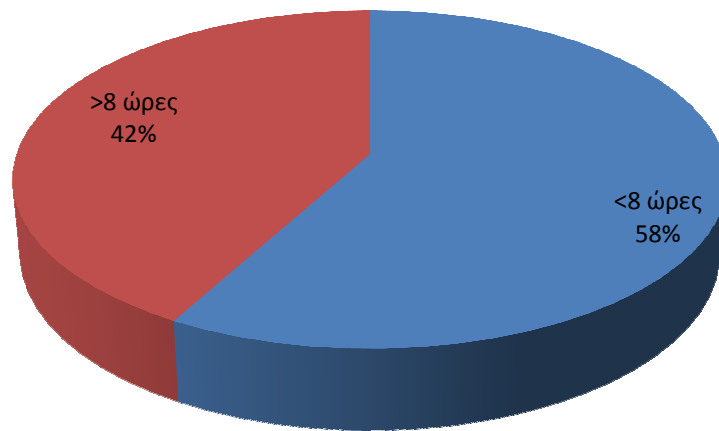
### Ηλικία



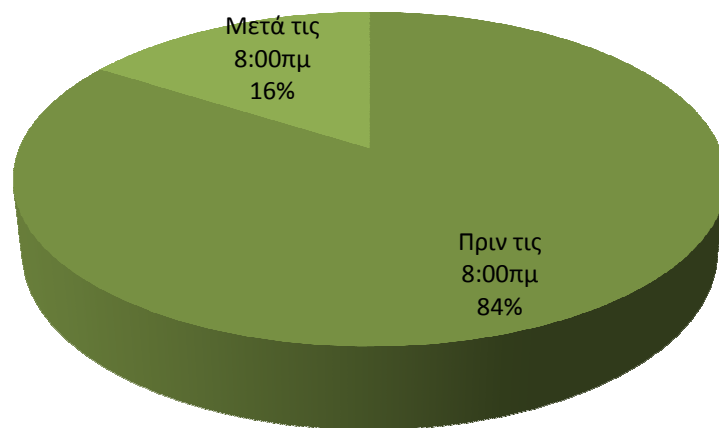




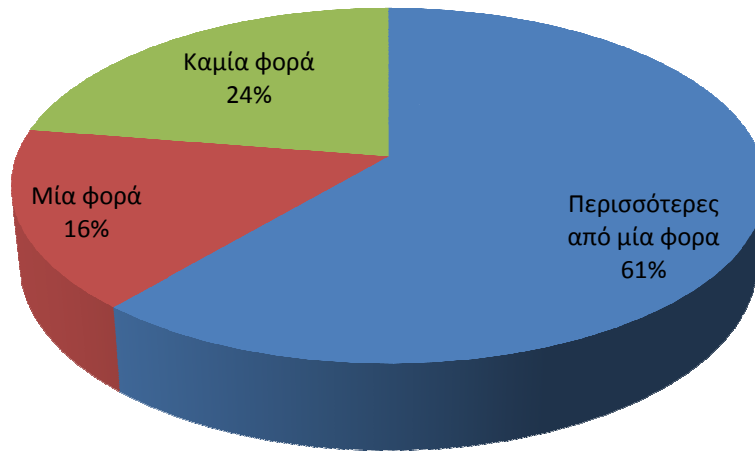
**Διάρκεια-Ώρες ύπνου κατά τη νύχτα**



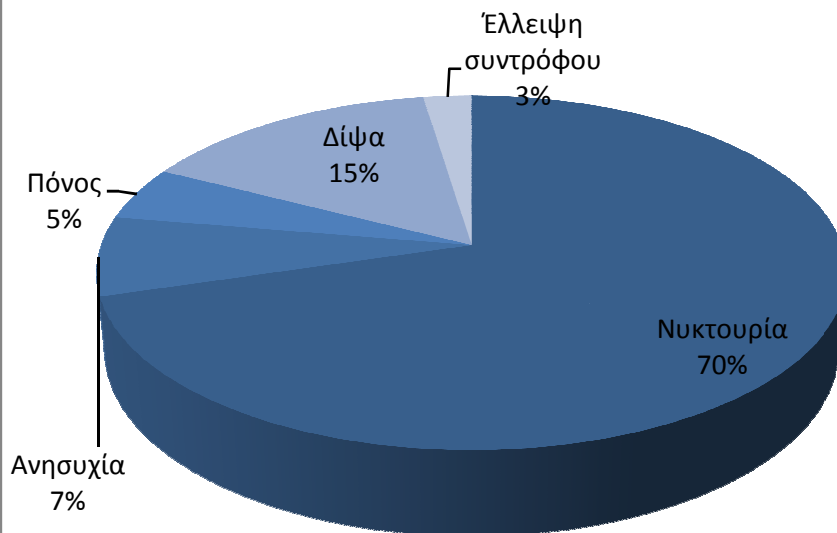
**Συνήθης ώρα που σηκώνεται το άτομο το πρωί**

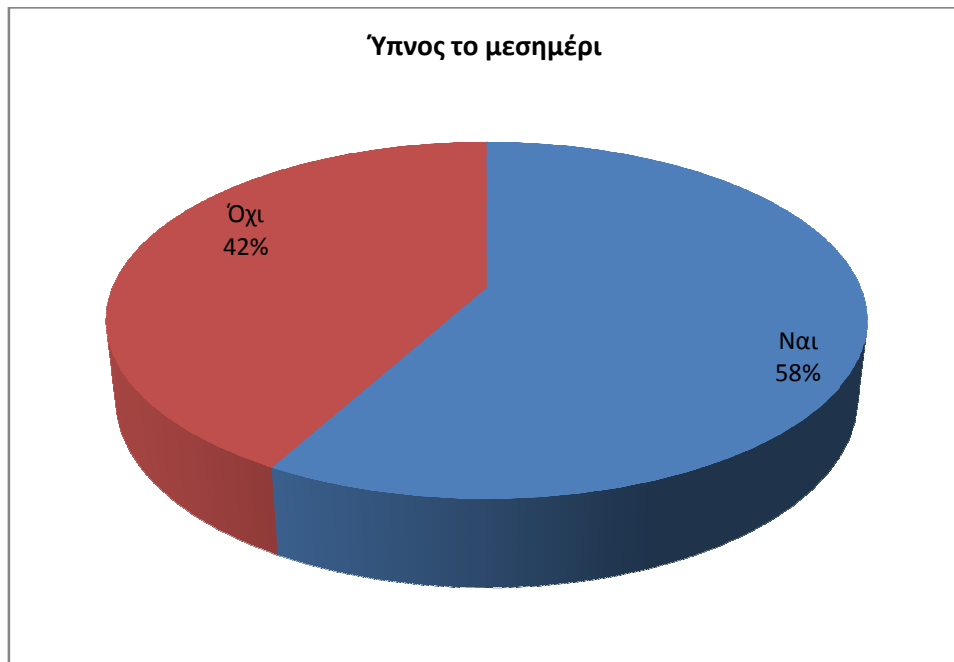


**Πόσες φορές σηκώνεται το άτομο κατά τη διάρκεια του  
νυχτερινού ύπνου**

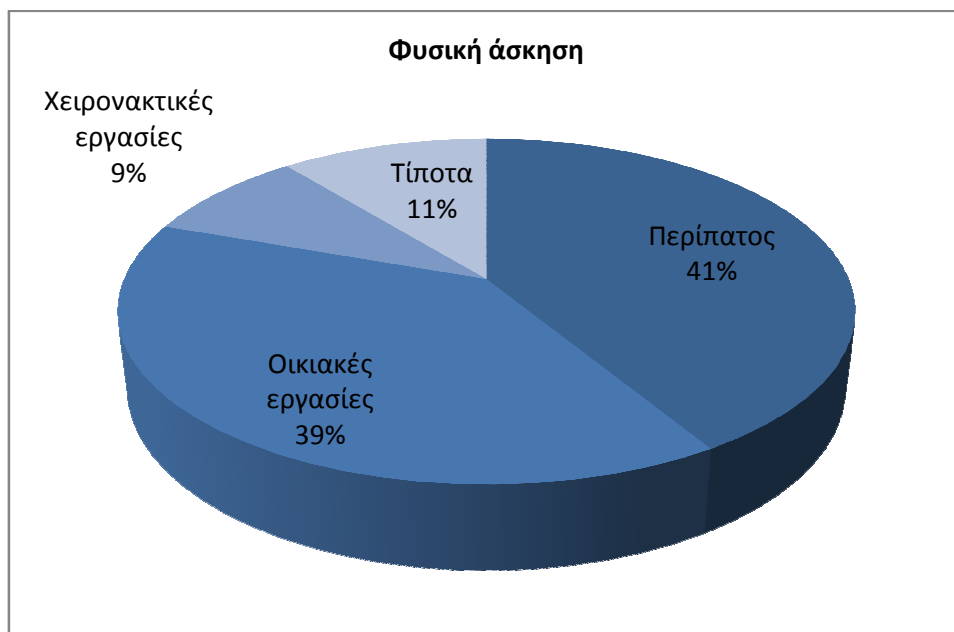


**Λόγοι που σηκώνεται το άτομο κατά τη διάρκεια του ύπνου  
τη νύχτα**

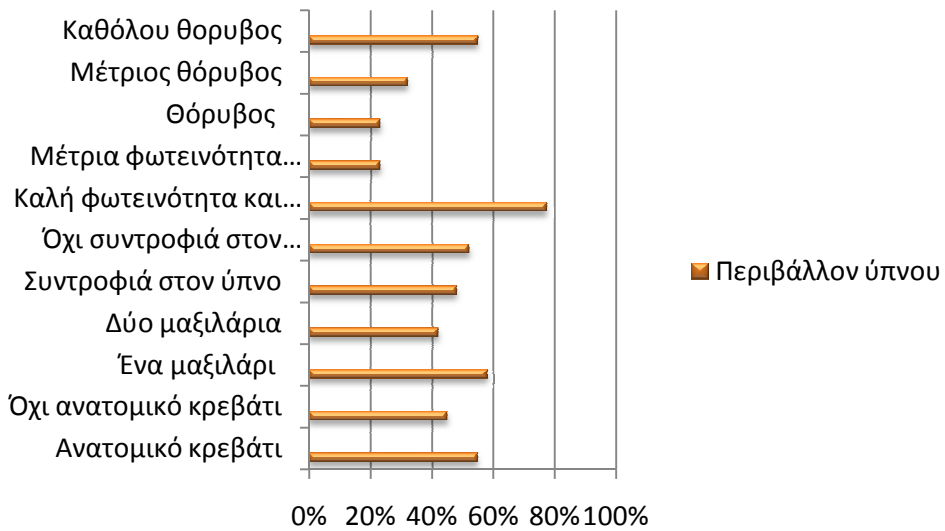
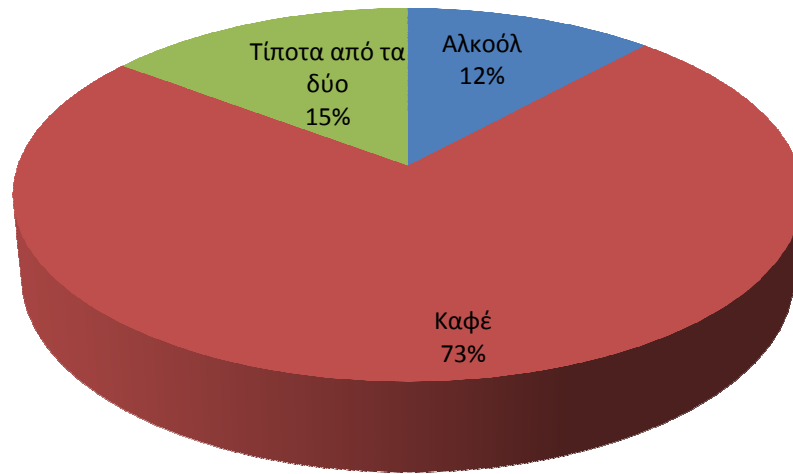




Από τα άτομα που απάντησαν “ΝΑΙ” το 90% από αυτούς κοιμάται 1 ώρα, το 6,4% 2 ώρες και το 3,6% περισσότερο από 2 ώρες.



### Κατανάλωση Αλκοόλ-Καφεΐνης



### 3.4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η ικανότητα να κινείται ο ηλικιωμένος άνετα και ελεύθερα αποτελεί την άριστη κτήση της ισορροπίας όλων των οργάνων καθώς και την ισορροπία όλων των βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών του οργανισμού.<sup>75</sup>

Δυστυχώς η κινητικότητα χωρίς περιορισμούς δεν είναι πάντοτε εφικτή



στους υπερήλικες αφού η λειτουργικότητα όλων των συστημάτων του σώματος άμεσα ή έμμεσα υφίσταται περιορισμούς δεν είναι πάντοτε εφικτή στους υπερήλικες αφού η λειτουργικότητα όλων των συστημάτων του σώματος άμεσα ή έμμεσα υφίσταται περιοδικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν τη στάση του σώματος. Ο περιορισμός της κινητικότητας επηρεάζει άμεσα την ανεξαρτησία και το αίσθημα ασφάλειας του ηλικιωμένου, τον εκθέτει σε υψηλό κίνδυνο και τον

καθιστά υπόδοχο αρνητικών βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών.

Τα φυσικά και τα αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά τα οποία περιορίζουν τη κινητικότητα είναι σκαλοπάτια, ανώμαλα ή γλιστερά δάπεδα, εμπόδια στο δωμάτιο και το διάδρομο, ανεπαρκής φωτισμός, έλλειψη ειδικών συσκευών βαδίσεως κ.ά.<sup>76</sup>

#### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προάγουν και διευκολύνουν την κινητικότητα του ηλικιωμένου:

- Τροποποίηση αρχιτεκτονικών εμποδίων (σκαλοπάτια, ανώμαλο έδαφος,

<sup>75</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

<sup>76</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

ανεπαρκής φωτισμός).

- Απομάκρυνση εμποδίων από το χώρο που ζει ο ηλικιωμένος (έπιπλα, ταπέτα, κ.λ.π.).
- Εξασφάλιση βοηθητικών μέσων βαδίσσεως (μπαστούνι, πατερίτσες, αναπηρική καρέκλα).
- Τοποθέτηση ειδικού τραπεζιού στο κρεβάτι.<sup>77</sup>
- Τοποθέτηση στηριγμάτων στο διάδρομο, στην τουαλέτα και στο λουτρό.
- Σχολαστική φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων.
- Φυσικοθεραπεία για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων.
- Περιοδική αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασής τους.
- Κατάρτιση προγράμματος εκπαίδευσης για τον ηλικιωμένο και τους συγγενείς τους.



### 3.5. ΟΙ ΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Οι πτώσεις είναι από τα πιο κοινά και ίσως τα πιο συχνά ατυχήματα που συμβαίνουν στους ανθρώπους και ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα. Η προχωρημένη ηλικία, σε συνδυασμό και με ένα μεγάλο αριθμό μεταβολών που σχετίζονται με τη διεργασία του γήρατος, ευνοούν την επέλευση των πτώσεων.

Ανεξάρτητα από την αιτία που προκάλεσε την πτώση, οι συνέπειες που προκύπτουν μπορεί να κυμαίνονται, από απλά ως πολύ σοβαρά προβλήματα, όπως ανησυχία, φόβο, ψυχολογικά προβλήματα.

Ο όρος πτώση δηλώνει την αιφνίδια και χωρίς έλεγχο μετατόπιση του κέντρου βάρους του σώματος από υψηλότερο επίπεδο, με αποτέλεσμα το σώμα να πάρει μια νέα στάση ισορροπίας.

---

<sup>77</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

Η αιτιολογία των πτώσεων είναι πολυπαραγοντική. Οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε φυσικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς. Κατατάσσονται, επίσης σε εξωγενείς και ενδογενείς. Οι πτώσεις που αποδίδονται στους εξωγενείς παράγοντες αντιπροσωπεύουν εκείνες που θα μπορούσαν να συμβούν και σε υγιή άτομα, ενώ οι πτώσεις που έχουν ενδογενή προέλευση σχετίζονται με παράγοντες που αφορούν την κατάσταση της υγείας του ατόμου.

Από πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο των Αθηνών προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα:



1. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πτώσεων ανήκει στην ομάδα ηλικίας άνω των 60 ετών και ως προς το φύλο υπερτερούν οι άντρες.
2. Αναφορικά με τον τόπο της πτώσης οι περισσότεροι αναφέρουν πτώση από το κρεβάτι.
3. Ως προς το χρόνο της πτώσης, η μεγαλύτερη συχνότητα πτώσεων παρατηρείται μεταξύ της 5ης και 6ης πρωινής ώρας.
4. Αναφορικά με τις σωματικές βλάβες που προκλήθηκαν οι ασθενείς που παρουσίασαν μώλωπες είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό.
5. Η κατανομή των πτώσεων σε σχέση με τη φύση της νόσου των ασθενών δείχνει ότι υπερτερούν οι ασθενείς με καρδιακά νοσήματα.<sup>78</sup>

### **Παράγοντες που εντοπίστηκαν και θεωρούνται υπεύθυνοι για τις πτώσεις των ηλικιωμένων είναι:**

- A) μετεγχειρητική
- B) νεοπλασματικές επεξεργασίες

<sup>78</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»



Γ) ασθενείς με ηρεμιστικά / υπνωτικά φάρμακα

Δ) παθολογικά νοσήματα.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τα αποτελέσματα της περιγραφείσας έρευνας, αλλά και από ευρήματα πολλών άλλων νοσηλευτικών μελετών, αποτελούν πρόκληση αλλά και νοσηλευτική ευθύνη για προσεκτική και συνεχή εκτίμηση της καταστάσεως του ηλικιωμένου, με σκοπό την εντόπιση των παραγόντων που τον προδιαθέτουν σε υψηλό κίνδυνο για πτώσεις.<sup>79</sup>

### Αίτια πτώσεων

1. **Περιβαλλοντικά:** έπιπλα, χαλαρά πατάκια, χαλιά, καλώδια, ακατάστατο περιβάλλον, ακατάλληλο ύψος κρεβατιού, μάνιο με σκαλοπάτια, ανεπαρκής φωτισμός.
2. **Ψυχολογικά:** stress, κατάθλιψη, φόβος, σύγχυση, επανειλημμένες πτώσεις.
3. **Αισθητηριακά:** μειωμένη οπτική οξύτητα, δυσλειτουργία αιθουσιαίου νεύρου.
4. **Νευρολογικά:** συγκοπτικά επεισόδια, εγκεφαλικό επεισόδιο, επιληπτική κρίση, νόσος Parkinson's, διαταραχές βαδίσεως και ισορροπίας, περιφερική νευροπάθεια.
5. **Καρδιολογικά:** καρδιακή ανεπάρκεια, συγκοπτικά επεισόδια, ορθοστατική υπόταση.
6. **Μεταβολικά:** υποξεία, υπογλυκαιμία, υπερκαλιαιμία, υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός.
7. **Μυοσκελετικό:** αυχενικό σύνδρομο, μυοπάθεια, μυϊκή αδυναμία, δυσκαμψία και πόνος αρθρώσεων.
8. **Φάρμακα:** ψυχοτρόπα υπνωτικά, ηρεμιστικά, αντιυπερτασικά, διουρητικά, υπογλυκαιμικά, κορτικοειδή, αλκοόλ, υπακτικά.<sup>80</sup>



<sup>79</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

<sup>80</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

## Νοσηλευτική εκτίμηση του ηλικιωμένου

Κατά την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ηλικιωμένου οι νοσηλευτές αναζητούν πληροφορίες που θα τους οδηγήσουν στην εντόπιση των παραγόντων που εκθέτουν τον ηλικιωμένο σε υψηλό κίνδυνο.

Οι πληροφορίες που συλλέγονται σχετίζονται με τις ακόλουθες περιοχές:

1. Κινητική κατάσταση: ο ηλικιωμένος περιγράφει αν κινείται χωρίς βοήθεια, με καρέκλα μεταφοράς.
2. Ιστορικά των πτώσεων: αριθμός πτώσεων, τραυματισμοί, συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβη η πτώση.
3. Ιστορικό της υγείας: ερευνάτε εάν κατά την ώρα της πτώσεως υπάρχει επίδραση οξεία νόσου, εγκεφαλικό επεισόδιο, κακοήθεια, κατάθλιψη, αναπνευστική δυσχέρεια, αναιμία.
4. Ιστορικό φαρμάκων: καταγράφονται τα φάρμακα που χορηγούνται με επίσημη ιατρική εντολή και άλλα όπως τα παυσίπονα, υπακτικά, βιταμίνες, κ.ά.
5. Λειτουργική ικανότητα: συλλέγονται πληροφορίες που σχετίζονται με τη δυνατότητα του ηλικιωμένου για αυτοφροντίδα, ατομική υγιεινή, σίτιση, προσωπική εμφάνιση.
6. Εκτίμηση του περιβάλλοντος: σκαλοπάτια, ανεπαρκής φωτισμός, ακατάστατο περιβάλλον, ύπαρξη βοηθητικών μέσων για την διευκόλυνση των εργασιών του σπιτιού.<sup>81</sup>



<sup>81</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

## Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην διόρθωση οπτικών και ακουστικών διαταραχών, στον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής, με σκοπό να ελαττωθεί η πολυφαρμακία, να αποφευχθεί η κακή χρήση των φαρμάκων και ιδιαίτερα των ψυχοτρόπων φαρμάκων και να εκτιμηθούν οι παρενέργειες που επηρεάζουν κινητικές και γνωστικές λειτουργίες του ηλικιωμένου.

Οι νοσηλευτές απευθύνουν διδασκαλία προς τους ηλικιωμένους και τους συγγενείς τους που μπορεί να περιλαμβάνει τις ακόλουθες οδηγίες και προτάσεις:

- Εκπαίδευση ηλικιωμένου για την πρόληψη των πτώσεων.
- Να φορούν παπούτσια με χαμηλό τακούνι και με καλή εφαρμογή, που δεν γλιστρούν και κατά προτίμηση όχι δερμάτινα.
- Να καλούν συχνά τον ειδικό για την φροντίδα των κάτω άκρων.
- Να επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο και να διατηρούν την όρασή τους σε καλή κατάσταση.
- Όταν παρουσιάζουν αστάθεια βαδίσματος να χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα, όπως μπαστούνι, πατερίτσες, σιδερένιες μπάρες στους τοίχους και στηρίγματα στο λουτρό και την τουαλέτα.
- Να αποφεύγουν να περπατούν σε συνωστισμένους χώρους.
- Να μην σηκώνονται απότομα όταν είναι ξαπλωμένοι.
- Όταν μετακινούνται από το σκοτάδι στο φως να κλείνουν λίγο τα μάτια για να προσαρμοστούν στο φως.
- Όταν βαδίζουν μέσα στο σπίτι να στηρίζονται σε σταθερά έπιπλα. Να μην φορούν μακριές ρόμπες.
- Να μην κρατούν ογκώδη και βαριά αντικείμενα.
- Να μην χρησιμοποιούν μικρά χαλιά μέσα στο σπίτι.
- Να χρησιμοποιούν τηλεφωνικό σύστημα και να επικοινωνούν καθημερινά με φίλους και συγγενείς.
- Να τροποποιούν το περιβάλλον του σπιτιού για καλύτερη κινητικότητα και μεγαλύτερη ασφάλεια.

- Να εκτελούν ασκήσεις με τις οδηγίες του φυσιοθεραπευτή και του ιατρού.<sup>82</sup>

### 3.6. ΠΛΗΜΜΕΛΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Η απόκτηση ικανοποιητικής υγείας εξαρτάται, σε κάποιο βαθμό, από συγκεκριμένες πρακτικές που το άτομο εκτελεί προκειμένου να διατηρήσει ψυχολογική, κοινωνική, πνευματική και πολιτισμική ευεξία.

Στη νοσηλευτική οι πρακτικές της υγιεινής περιλαμβάνουν όλα εκείνα τα μέτρα που διατηρούν την προσωπική καθαριότητα, την ευπρεπή εμφάνιση και την ακεραιότητα της επιφάνειας του δέρματος. Η καλή υγιεινή συμβάλλει στην παραγωγή της αυτοεκτίμησης και στην πρόληψη της νόσου.

Η δυνατότητα του ηλικιωμένου να πραγματοποιεί δραστηριότητες αυτοφροντίδας, όπως να πάρει το φαγητό του, να ντυθεί, να πάει στο λουτρό και την τουαλέτα, αποτελούν ουσιώδεις δραστηριότητες οι οποίες ικανοποιούν θεμελιώδεις ανάγκες και συμβάλλουν στην επίτευξη του στόχου της

ανέσεως.<sup>83</sup>



Κατά την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής του ηλικιωμένου πρωταρχικό στοιχείο θεωρείται ο καθορισμός της λειτουργικής του κατάστασης, καθώς και

η ικανότητα του να εκτελεί απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται αφορά την αντίληψή του για την ανάγκη καλύψεως των αναγκών της υγείας του, την ικανότητά του για αυτοφροντίδα, αν δέχεται βοήθεια για την εκτέλεσή της, από ποιον και μέχρι ποιου βαθμού τη δέχεται και αν τη θεωρεί απαραίτητη.

<sup>82</sup> Χρυσάνθης Π. Πλατή

<sup>83</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα

Για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής η παρατήρηση είναι το σημαντικότερο μέσο.

Η νοσηλευτική εκτίμηση της ατομικής υγιεινής του υπερήλικα περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

1. Κατάσταση στοματικής κοιλότητας.
2. Κατάσταση των κάτω άκρων.
3. Κατάσταση του δέρματος.<sup>84</sup>

**1. Κατάσταση στοματικής κοιλότητας:** έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων είναι ανίκανο να πραγματοποιήσει ένα παραδεκτό επίπεδο υγιεινής του στόματος εξαιτίας της ψυχικής και της φυσικής τους αδυναμίας.

Η παραμελημένη υγιεινή του στόματος ευθύνεται για ένα μεγάλο ποσοστό νοσηρότητας. Επιπλέον συνοδεύεται με μείωση της αυτοεκτιμήσεως και με περιορισμό των κοινωνικών επαφών που μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στην προσωπική απομόνωση. Η φροντίδα του στόματος για όλες τις ηλικίες είναι ουσιώδους σημασίας, ειδικότερα δε για τους ηλικιωμένους των οποίων ο αριθμός και η ποιότητα των δοντιών υποχωρούν με το χρόνο.

Η νοσηλευτική παρέμβαση αποβλέπει στη τοπική φροντίδα των φυσικών ή των τεχνητών οδοντοστοιχιών και στη φροντίδα του στόματος με ανάλογες για το στοματικό βλεννογόνο αντισηπτικές ουσίες, όπως ενυδάτωση. Καλή θρέψη, φαρμακευτική αγωγή όπου χρειάζεται και επίσκεψη σε οδοντίατρο όταν κρίνεται απαραίτητο.<sup>85</sup>

**2. Κατάσταση των κάτω άκρων:** Η καλή παρατήρηση των κάτω άκρων είναι απαραίτητη αλλά απαιτεί καλή κυκλοφορία και κινητικότητα των αρθρώσεων, λειτουργίες που υποβαθμίζονται με το πέρασμα του χρόνου. Η διατήρηση της καλής κατάστασης των κάτω άκρων συμβάλλει ουσιαστικά στη διατήρηση της ισορροπίας και της κινητικότητας του ηλικιωμένου, γι' αυτό αυτοί που ασχολούνται με την φροντίδα της υγείας θα πρέπει να δίνουν

---

<sup>84</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

<sup>85</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

μεγαλύτερη σημασία στη φροντίδα των κάτω άκρων.

Κατά την αξιολόγηση των κάτω άκρων ελέγχεται η κυκλοφορία, η κινητικότητα και η αισθητικότητα.

Όταν απλές παρεμβάσεις, όπως καθαριότητα, κόψιμο νυχιών, παπούτσια κατάλληλα για κάθε περίπτωση δεν βελτιώνουν τα προβλήματα που προσβάλλουν ανά περίοδο τα κάτω άκρα, τότε η επίσκεψη σε ειδικό για την φροντίδα τους είναι επιβεβλημένη.<sup>86</sup>

**3. Κατάσταση του δέρματος.** Το δέρμα αποτελεί το κυριότερο προστατευτικό όργανο του σώματος από τους διάφορους τραυματισμούς και τους άλλους μικροβιακούς παράγοντες. Η απειλή της ακεραιότητας του δέρματος θέτει σε υψηλό κίνδυνο το άτομο για τραυματισμούς, κατακλίσεις και λοιμώξεις που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την άνεση και την ευεξία του.

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Για τη διατήρηση της προαγωγής της ατομικής υγιεινής του υπερήλικα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

1. Διδασκαλία και παρότρυνση του ατόμου να διατηρεί το δέρμα καθαρό, μαλακό και ακέραιο, καθώς και τους βλεννογόνους που αποτελούν συνέχεια του δέρματος.
2. Παροχής μερικής βοήθειας όταν το άτομο είναι μερικώς εξαρτημένο.
3. Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας όταν παρουσιάζει πλήρη εξάρτηση.
4. Ιδιαίτερα προσοχή στην ενδυμασία του υπερήλικα η οποία πρέπει να είναι καθαρή, απλή και κατάλληλη για την εποχή.<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

<sup>87</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

### 3.7. ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ

Ορισμός: κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος η οποία προκαλείται από διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς της γύρω περιοχής.

Προκαλούνται από παρατεταμένη πίεση σε κάποια περιοχή, η οποία παρεμποδίζει την κυκλοφορία του αίματος.

Παρά την ανάπτυξη των ιατρικών γνώσεων και τη πρόοδο της νοσοκομειακής τεχνολογίας οι κατακλίσεις παραμένουν σύνθετο πρόβλημα, με σοβαρές ψυχολογικές, βιολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για τον άνθρωπο.



Η δημιουργία των κατακλίσεων στους αρρώστους σε κάποιο βαθμό, αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται. Συνεπώς η πρόληψη και η θεραπεία των κατακλίσεων αποτελεί νοσηλευτικό μέτρο μεγάλης σπουδαιότητας.<sup>88</sup>

Η παρουσία των κατακλίσεων στους αρρώστους εκτός από το πόνο και την ανησυχία που τους προκαλεί δημιουργεί και προβλήματα μεγάλης ιατρονοσηλευτικής και κοινωνικοοικονομικής σπουδαιότητας για τους εξής λόγους:



1. Οι κατακλίσεις απαιτούν αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα με συνέπεια να απαιτείται η εντατικοποίηση της νοσηλείας.
2. Καθυστερούν την ανάρρωση και την έξοδο των αρρώστων από το νοσοκομείο.

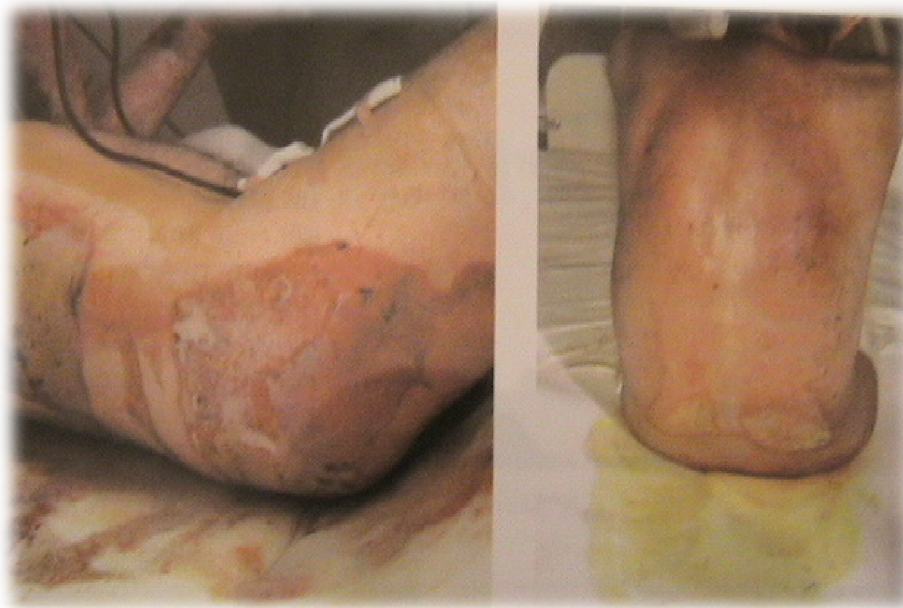
<sup>88</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα

3. Μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο οι απορροφήσεις των τοξικών ουσιών όταν οι κατακλίσεις είναι εκτεταμένες.

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των κατακλίσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ο πόνος, η ανησυχία και η ψυχοτραυματική εμπειρία που δοκιμάζουν οι άρρωστοι καθώς και η αγωνία των συγγενών τους που τους βλέπουν να υποφέρουν, απομακρύνουν την προσδοκία για ποιότητα ζωής.

### **Περιοχές εμφάνισης κατακλίσεων:**

- Επικίνδυνα μέρη: οστά ή οστικές προεξοχές που είναι κοντά στο δέρμα.
- Συνηθισμένες περιοχές: ισχία, ιερό οστό, γλουτοί, φτέρνες, αγκώνες, ώμοι, γόνατα, αυτιά.



### **Αίτια εμφάνισης κατακλίσεων:**

- Εξωγενείς παράγοντες
- Ενδογενείς παράγοντες

### **Εξωγενείς παράγοντες:**

- Ακινησία
- Δυνάμεις τριβής



- Υγιεινή σώματος
- Αυξημένη θερμοκρασία περιβάλλοντος
- Μετακίνηση ασθενούς
- Υγρασία
- Πίεση (οίδημα, ισχαιμία)

### Ενδογενείς παράγοντες:

- Θερμοκρασία σώματος.
- Βάρος σώματος.
- Υποσιτισμός – Έλλειψη λευκομάτων/βιταμινών.
- Ακράτεια απεκκριμάτων.
- Αγγειακή νόσος.
- Διανοητική έκπτωση.
- Διάφορα νοσήματα (Σ.Δ, Ερυθηματώδης λύκος).

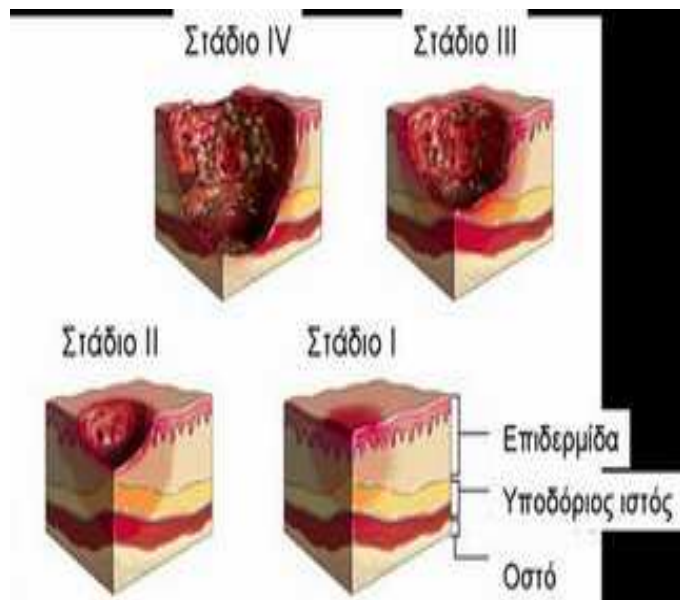
### Βαθμοί κατακλίσεων:

- **Βαθμός 1:** Ερυθρότητα χωρίς εντύπωμα σε ανέπαφο δέρμα.

Αποχρωματισμός  
δέρματος, θερμότητα,  
οίδημα και  
σκλήρυνση μπορεί  
επίσης να  
χρησιμοποιούνται ως  
δείκτες ειδικά, σε  
άτομα με βαθύ  
σκούρο δέρμα.

- **Βαθμός 2:** Απώλεια  
μερικού πάχους

δέρματος, στην οποία εμπλέκεται η επιδερμίδα, το δέρμα ή και τα δύο.  
Το έλκος είναι επιφανειακό και κλινικά εμφανίζεται ως απόσπαση ή  
φλύκταινα.



- **Βαθμός 3:** Απώλεια ολικού πάχους δέρματος, ή οποία περιλαμβάνει καταστροφή ή νέκρωση υποδορίου ιστού και μπορεί να επεκτείνεται προς τα κάτω.
- **Βαθμός 4:**  
Εκτεταμένη καταστροφή, νέκρωση ιστών ή καταστροφή μυών, ιστών ή υποστηρικτικών δομών με ή όχι ολική απώλεια δέρματος.

### Θεραπεία κατακλίσεων Γενικά:

Για την θεραπεία των τραυμάτων των κατακλίσεων ο νοσηλευτής πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψιν του τρεις κύριους παράγοντες:



- Ο πρώτος παράγοντας είναι η μείωση της πίεσης στα διάφορα σημεία του σώματος.
- Ο δεύτερος παράγοντας είναι σωστή και προσεγμένη φροντίδα των τραυμάτων κατακλίσεων.
- Ο τρίτος παράγοντας είναι η σωστή διατροφή του ασθενή.

### Η τοπική φροντίδα των κατακλίσεων βασίζεται στα εξής χαρακτηριστικά:

- Καθαρισμός τραύματος
- Απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών
- Τοπικά αντιμικροβιακά σκευάσματα
- Μέσα απορρόφησης των εξιδρωμάτων
- Επιθέματα.



### **Θεραπεία βαθμού 1:**

- Σκοπός: πρόληψη λύσεως της συνέχειας του δέρματος και διευκόλυνση κυκλοφορίας αίματος.
- Άρση πίεσης (αλλαγή κάθε 1-2 ώρες).
- Διατήρηση καθαρού/στεγνού δέρματος.
- Σαπουνίσμα με χλιαρό νερό.
- Επάλειψη δέρματος με δερμοπροστατευτική κρέμα.
- Τοποθέτηση επιθέματος για πρόληψη της τριβής.



### **Θεραπεία βαθμού 2:**

- Σκοπός: πρόληψη επέκτασης ιστικής καταστροφής και θεραπεία εξέλκωσης.
- Πλύσιμο έλκους με NaCl 0.9 %.
- Με στοιχεία φλεγμονής: πλύση με ιωδιούχο αντισηπτικό διάλυμα και NaCl 0.9 %.
- Κάλυψη έλκους με επίθεμα ή υδροκολλοειδές σε κατάκλιση με εκροή υγρών.

### **Θεραπεία βαθμού 3:**

- Σκοπός: περιποίηση της περιοχής και αφαίρεση νεκρωμάτων.
- Χρησιμοποιούνται ειδικά επιθέματα και σκευάσματα ανάλογα με την ποσότητα εκκρίσεων της κατάκλισης, την παρουσία φλεγμονής και νεκρωτικών ιστών.

### **Θεραπεία βαθμού 4:**

- Σκοπός: η ελάττωση της ξηρότητας του έλκους και αφαίρεση νεκρωμάτων.
- Χρησιμοποιούνται ειδικά επιθέματα και σκευάσματα ανάλογα με την ποσότητα εκκρίσεων της κατάκλισης, την παρουσία φλεγμονής και νεκρωτικών ιστών.
- Αποφυγή μολύνσεων.

## Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Συχνά γύρισμα, προσεκτικό σήκωμα και κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.
2. Διατήρηση καλής ατομικής υγιεινής του αρρώστου, αποφυγή υψηλής θερμοκρασίας, απομάκρυνση υγρασίας και επάλειψη του δέρματος με ελαιώδεις ουσίες (spray, αλοιφές), ώστε να διατηρείται στεγνό, καθαρό και μαλακό.
3. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ειδικό κρεβάτι, με στρώμα αέρα, νερού ή ειδικών μαξιλαριών.
4. Επαρκή θρέψη του ασθενούς. Ισορροπημένη διατροφή με τα απαραίτητα για τις ανάγκες του οργανισμού στοιχεία.
5. Προσεκτική ενυδάτωση.
6. Πρόγραμμα κινησιοθεραπείας.
7. Απομάκρυνση απεκκριμάτων με σύγχρονα μέσα μιας χρήσεως που προσφέρει η νοσοκομειακή τεχνολογία και προσεκτικό πλύσιμο της περιοχής του περινέου.
8. Προστασία του ασθενούς από τις λοιμώξεις και υποστήριξη του ανοσοποιητικού συστήματος.
9. Συνεργασία με τον ασθενή και τους συγγενείς του για ενεργό συμμετοχή στην φροντίδα του.
10. Συχνός εργαστηριακός έλεγχος για τη διαπίστωση ελλειμμάτων και άμεση διόρθωσή τους.
11. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και των συγγενών για την αντιμετώπιση του προβλήματος με ψυχραιμία και θάρρος.<sup>89</sup>

---

<sup>89</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

### 3.8. ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ

Η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως, πολύ συχνά, διαταράσσεται στους ηλικιωμένους. Οι διαταραχές οφείλονται συνήθως σε παθοφυσιολογικά αίτια, τα οποία μπορεί να εκδηλωθούν με ένα ή και με περισσότερα από τα ακόλουθα προβλήματα.

- Δυσκοιλιότητα-διάρροια.
- Ακράτεια κοπράνων.
- Ακράτεια ούρων.
- Ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.<sup>90</sup>

**Η δυσκοιλιότητα:** είναι από τα πιο συνήθη προβλήματα και ειδικότερα οι ηλικιωμένοι εξαιτίας της μειωμένης εντερικής κινητικότητας η οποία συνοδεύεται με επιβράδυνση και δύσκολη έξοδο των κοπράνων. Συνήθως το άτομο αναφέρει αίσθημα ανεπαρκούς εκκενώσεως του εντέρου.

**Η διάρροια:** Μπορεί να θεωρηθεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα άνω των 70 ετών. Διάρροια είναι η συχνή έξοδος ασημάτιστων κοπράνων από το έντερο λόγω αυξημένης κινητικότητάς του ή εμπλοκή τους με τη φυσιολογική απορρόφηση νερού και θρεπτικών ουσιών από το έντερο.

### 3.9. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

Η ακράτεια κοπράνων μπορεί να συμβεί σε άτομα με οργανικές νευρικές μεταβολές όπως διαταραχής της νευρώσεως του ορθού, μείωση του αισθήματος πληρότητας του εξωτερικού σφιγκτήρα, αύξηση της ευερεθιστικότητας αυτού. Τοπικά αίτια μπορεί να είναι: διάφορες φλεγμονές, όπως η κολίτιδα, τα νεοπλάσματα, πρόπτωση δακτυλίου κ.λ.π.. Όμως η πιο κοινή αιτία της ακράτειας των κοπράνων είναι η δυσκοιλιότητα με κοπρόσταση στον αυλό του πρωκτού.<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα, «Η τρίτη ηλικία»

<sup>91</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Ο στόχος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αποβλέπει στην επαναφορά του εντέρου με:

- Εξάλειψη της δυσκοιλιότητας
- Διερεύνηση της κοπροστάσεως με δαχτυλική εξέταση ορθού
- Διευθέτηση της συγχύσεως που υπάρχει
- Διακοπή φαρμάκων που συμβάλλουν στο πρόβλημα
- Υποκλυσμούς μέχρι το έντερο να καθαρίσει
- Χρησιμοποίηση αποσμητικών αποσκευών για την εξουδετέρωση της κακοσμίας
- Σχολαστική ατομική υγιεινή και προσεκτική φροντίδα του δέρματος που αποτελεί και την πιο σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση.<sup>92</sup>

### **3.10. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ**

Η ακινησία, η σύγχυση και η απώλεια ούρων και κοπράνων συνθέτουν τις πιο κοινές αιτίες που οδηγούν τα ηλικιωμένα άτομα στην ιδρυματοποίηση. Ειδικότερα η απώλεια ελέγχου του εντέρου και της κύστεως επιφέρει στον ηλικιωμένο και στην οικογένειά του τεράστιες παθολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Τα άτομα που υφίστανται αυτή την κατάσταση νιώθουν ανάμεικτα αισθήματα ντροπής και κοινωνικής απόρριψης, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως δυσφορία, απομόνωση ή και κατάθλιψη, ενώ όσοι ασχολούνται με τη φροντίδα τους αισθάνονται ότι εκτελούν δυσάρεστο και στρεσογόνο έργο.<sup>93</sup>

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

- Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις στέφονται στην άρση του αιτίου.

---

<sup>92</sup> Χρυσάνθης Π. Πλατή

<sup>93</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα

- Ενθαρρύνεται ο ηλικιωμένος να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό.
- Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφορές και πιο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.
- Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πυέλου και με τη χρησιμοποίηση προς το τέλος και της συσκευής της βιοεπανατροφοδότησεως του Kegel. Συνεχίζονται με την επανεκπαίδευση της κύστεως, την αναχαίτιση του αισθήματος για ούρηση.
- Όταν τα αναφερόμενα μέσα δεν αποβούν αποτελεσματικά τότε τοποθετείται εξωτερικός ή εσωτερικός καθετήρας Folley μόνιμος. Το μέτρο αυτό χρησιμοποιείται εφόσον αποκλείεται η χειρουργική παρέμβαση ή ο διακεκομμένος καθετηριασμός.<sup>94</sup>

### 3.11. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η καλή διατροφή είναι εξαιρετικής σημασίας παράγοντας για τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα για εξασθενημένα, ανάπηρα, αβοήθητα και εξαρτημένα άτομα. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να προσλαμβάνουν καθημερινά ουσιώδη θρεπτικά συστατικά για να διατηρήσουν τη φυσική, την ψυχική και τη λειτουργική τους κατάσταση σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ακόμα η καλή διατροφή προάγει το αίσθημα ευεξίας και προσλαμβάνει επιπλοκές που συνοδεύουν την ακινησία και την εξάρτηση. Επιπλέον η καλή διατροφή είναι σημαντικός παράγοντας μακροζωίας.



Πολύ συχνά εξασθενημένα άτομα δεν διαθέτουν κινητικές δεξιότητες, ενέργεια η ικανότητα να πάρουν μόνοι τους το φαγητό και οδηγούνται σε υποσιτισμό.<sup>95</sup>

<sup>94</sup> Χρυσάνθης Π. Πλατή

<sup>95</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα

## Αιτία υποσιτισμού

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μεταβολή της θρέψεως ταξινομούνται σε τέσσερις ομάδες:

- Ανεπαρκής πρόληψη τροφής.
- Αυξημένες διατροφικές ανάγκες.
- Πλημμελής πέψη σιτίων.
- Ανεπαρκής απορρόφηση τροφής.<sup>96</sup>

## Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Διδάσκεται ο ηλικιωμένος ή οι συγγενείς του να χορηγούν τροφή σε ποσότητα και ποιότητα ανάλογη με τις ανάγκες του ηλικιωμένου.
2. Προσαρμόζονται τα σιτία με την κατάσταση του στόματος και των δοντιών και γενικότερα του πεπτικού συστήματος.
3. Δίνεται άνεση στον ηλικιωμένο να πάρει το φαγητό του χωρίς χρονικούς περιορισμούς.
4. Οι επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες, π.χ. αρθρίτιδα διευκολύνεται με ειδικά μαχαιροπήρουνα και άλλα είδη φαγητού τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα να μην σπάνε εύκολα και να είναι εύχρηστα.
5. Σε περίπτωση ανορεξίας το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό, ώστε, να αλλάξει τη διάθεση.
6. Ελέγχεται η σχέση της δράσεως των φαρμάκων που παίρνει ο ηλικιωμένος με την πέψη και απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών.
7. Ελέγχεται η θερμοκρασία του φαγητού αν είναι κανονική.
8. Όταν για τον υποσιτισμό, ευθύνονται παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις είναι αιτιολογικές και ακολουθούν την ιατρική οδηγία.
9. Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αδυνατεί να τραφεί από το στόμα, η τροφή χορηγείται μέσω καθετήρα σιτίσεως.<sup>97</sup>

---

<sup>96</sup> Αναστασίου, Σ. Δόντα

<sup>97</sup> Χρυσάνθης Π. Πλατή, «Γεροντολογική Νοσηλευτική»



### 3.12. ΘΑΝΑΤΟΣ

Ο θάνατος είναι η μεγαλύτερη απ' όλες τις θλίψεις που δοκιμάζει ο άνθρωπος. Στην εξαιρετικά δύσκολη αυτή φάση της ζωής, η προσφορά της νοσηλεύτριας είναι πολύτιμη και μοναδική.<sup>98</sup>



Εκεί, όπου, και η πιο περίπλοκη και υπερσύγχρονη θεραπεία αδυνατεί να βοηθήσει και ίσως διακόπτεται, η προσφορά της νοσηλείας συνεχίζεται και πραγματοποιεί ανώτερους και υψηλούς σκοπούς, την ανακούφιση και την υποστήριξη του αρρώστου, την προστασία των δικαιωμάτων του και την εκπλήρωση των αναγκών του.

Ανάγκη, από τη προσφορά νοσηλευτικών υπηρεσιών, έχει και ο υπερήλικας αλλά και η οικογένειά του, όταν αυτός βρίσκεται στην προθανάτια φάση, όταν πεθαίνει αλλά και μετά το θάνατο.

Για το άτομο που βρίσκεται στις δύο τελευταίες φάσεις της ζωής -προθανάτια και όταν πεθαίνει- ο ρόλος της νοσηλευτικής είναι η προσφορά συνεχούς και αδιάκοπης ανθρώπινης συμπαράστασης και νοσηλευτικής φροντίδας. Εκεί το σκληρό αυτό μέρος της ζωής του, η τραγωδία της αγωνίας του θανάτου -αποχωρισμός απ' τα πρόσκαιρα και μετάβαση στην αιωνιότητα για όσους βέβαια πιστεύουν στη μεταθανάτιο ζωή ή το τέλος των πάντων για τους μηδενιστές- απαλύνεται με το θερμό ενδιαφέρον και τη συμπαράσταση, την ψυχολογική υποβάσταξη, την ανακούφιση από το φυσικό πόνο και τη δυσφορία και τη διατήρηση την ανθρωπινής του αξιοπρέπειας.<sup>99</sup>

Τα φυσικά ενοχλήματα, τις περισσότερες φορές, μπορεί να μειωθούν αποτελεσματικά με τη νοσηλευτική παρέμβαση, η ικανότητα όμως του νοσηλευτικού προσωπικού να εκτιμήσει και κυρίως να ικανοποιήσει τις ψυχικές και συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει, πολύ σπάνια

<sup>98</sup> Μαρία Μαλγαρινού, Ειρήνη Γούλια, «Η Νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα», Αθήνα 1986

<sup>99</sup> Μαρία Μαλγαρινού, Ειρήνη Γούλια, Αθήνα 1986

είναι αναπτυγμένη. Για να μπορέσει η νοσηλεύτρια να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει, πρέπει να γνωρίζει την φιλοσοφία της θρησκείας του για τη ζωή και το θάνατο και το βαθμό που ο ίδιος είναι δεμένος μ' αυτή την ψυχολογία και το χαρακτήρα του ατόμου, την προηγούμενη ζωή του, τη θέση του υπερήλικα στην κοινωνία μέσα στην οποία ζει, αλλά και τις προσωπικές του αντιλήψεις για τη ζωή και το θάνατο καθώς και τα ήθη και έθιμα του τόπου του, σχετικά με το θάνατο. Απαραίτητη όμως προϋπόθεση γι' αυτό είναι να μπορεί πρώτα η νοσηλεύτρια να συμφιλιωθεί με το μυστήριο -φαινόμενο- του θανάτου, δηλαδή να βρει το τρόπο για τη προσέγγιση μ' αυτόν, να τον αποδεχθεί για τον εαυτό της, δηλαδή να ξεπεράσει την άρνηση και επομένως τη απόθεση του πιο πραγματικού γεγονότος της ζωής του κάθε ανθρώπου. Η ψυχολογική προετοιμασία της νοσηλεύτρια αλλά και η γνώση μαζί με την πείρα αποτελούν πηγή δύναμης για την υλοποίηση του ρόλου της και προσφέρουν την απαιτούμενη άνεση γι' αυτό.

Εφόσον η νοσηλεύτρια βρίσκεται σε συνεχή και διαρκή επαφή με τον άνθρωπο που πεθαίνει, είναι και σε θέση να αντιληφθεί τις προσωπικές του απόψεις για την αξία και το νόημα τις ζωής. Οι πιο πάνω γνώσεις επηρεάζουν το είδος της φροντίδας που προγραμματίζεται και στην συνέχεια προσφέρεται στον άρρωστο, τόσο από τη νοσηλευτική ομάδα, όσο και από όλα τα μέλη της ομάδας υγείας.

Στο άτομο που πεθαίνει η νοσηλεύτρια:

- i. Αποδέχεται τη συμπεριφορά του, οποιαδήποτε και αν είναι αυτή, δηλαδή αποδέχεται τη σιωπή του, την απόσυρση την πλήρη εξάρτηση από τη φροντίδα της ή την απόρριψη της βοήθειάς της, τη λύπη και τις αντιδράσεις του, την συναισθηματική αποσύνδεση από ανθρώπους και πράγματα.
- ii. Προσφέρει συνεχή και ανθρώπινη φροντίδα ικανοποιώντας τόσο τις φυσικές, όσο και τις συναισθηματικές, τις ψυχικές και πνευματικές ανάγκες του. Με την προσφορά ανθρώπινης φροντίδας μπορεί να κάνει τη τελευταία περίοδο της ζωής του πολύτιμη, γιατί μέσα απ' αυτήν την εμπειρία κάνει την ανακάλυψη του νοήματος και της αξίας της ζωής.

iii. Τον προστατεύει από απάνθρωπες και πολλές φορές εξευτελιστικές εμπειρίες και από την πολύ μεγάλη ψυχική και φυσική ταλαιπωρία που δημιουργούν ώρες αυτές στο άτομο.

Οι νοσηλεύτριες πρέπει να είναι έτοιμες και να έχουν αναπτύξουν την ικανότητα να μιλήσουν με τον υπερήλικα για τον θάνατο, ώστε να τον βοηθήσουν να τον αποδεχθεί και να προετοιμασθεί γι' αυτόν. Κάθε νοσηλεύτρια, ανεξάρτητα από τα προσωπικά της πιστεύω, από την προσωπική της φιλοσοφία για τη ζωή και το θάνατο, έχει την ευθύνη να προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζεται χωριστά ο καθένας υπερήλικας που πεθαίνει. Ακόμη έχει καθήκον να φέρει τον μελλοθάνατο σε επαφή με ιερέα για την καλύτερη αποδοχή του θανάτου.<sup>100</sup>

Δεν διαφεύγει ποτέ από την νοσηλεύτρια πως στον υπερήλικα που πεθαίνει πρέπει να προσφέρει τις καλύτερες, τις πιο αποδεκτές και αξιοπρεπείς συνθήκες περιβάλλοντος π.χ. οι περισσότεροι επιθυμούν να τους εξασφαλισθεί λίγη απομόνωση.

Ο άνθρωπος που πεθαίνει ίσως ποτέ δεν μπόρεσε να πει στη νοσηλεύτρια πόσο τον ανακούφισε η παρουσία της, η ομιλία μαζί της, η ακρόαση των όσων είπε... και όμως κατανοεί κάθε πλησίασμα και απέραντη ευγνωμοσύνη.<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> Μαρία Μαλγαρινού, Ειρήνη Γούλια, Αθήνα 1986

<sup>101</sup> Μαρία Μαλγαρινού, Ειρήνη Γούλια, Αθήνα 1986

# ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

---

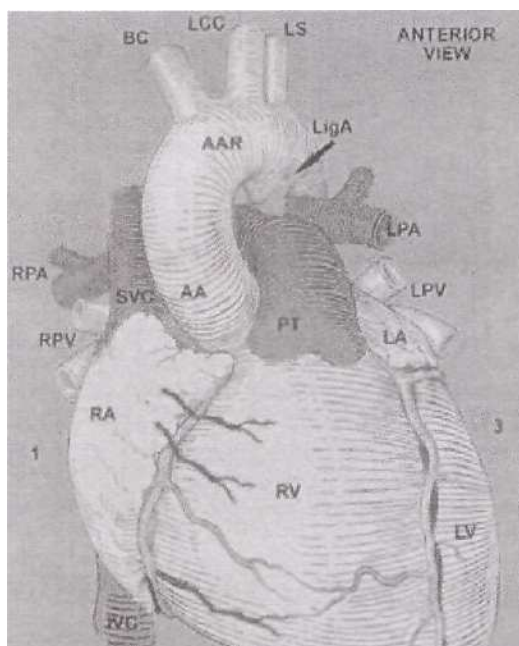
# ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ / ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ/ ΑΟΡΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ

### 1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η αλματώδης επιστημονική και τεχνολογική πρόοδος καθώς και ο τρόπος ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, κυρίως των μεγαλουπόλεων, έχουν αυξήσει σημαντικά τα θύματα των στεφανιαίων νοσημάτων, τα οποία συναγωνίζονται τα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων και του καρκίνου.

Ο μεγάλος και συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών και ιδιαίτερα άνω των 75 και 85 σημαίνει ότι σήμερα όλοι περίπου οι ιατροί παρακολουθούν ένα σημαντικό αριθμό ηλικιωμένων

ασθενών. Η εκτίμηση αυτή ισχύει για όλες σχεδόν τις ιατρικές ειδικότητες και τους τρόπους της πρακτικής εφαρμογής τους, πρέπει δε να αντιμετωπιστεί από γιατρούς με επαρκή γηριατρική εκπαίδευση έστω και αν είναι πολύ μικρή και ανύπαρκτη.



Οι γηριατρικές μας γνώσεις έχουν πρόσφατα αυξηθεί. Παράλληλα με την καλύτερη κατανόηση των βασικών βιολογικών διεργασιών της γήρανσης, νέα διαγνωστικά και

θεραπευτικά μέσα άρχισαν να χρησιμοποιούνται και νέες καλύτερες απόψεις σχετικές με την παρεχόμενη περίθαλψη άρχισαν να εφαρμόζονται.

Κατά συνεπεία, γίνεται επιτακτική η ανάγκη οι Νοσηλευτές να γνωρίζουν όσο είναι δυνατόν περισσότερα για τα νοσήματα των στεφανιαίων αρτηριών και των επιπλοκών τους, ώστε να μπορούν να συμμετάσχουν ενεργά

στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την θεραπεία των νοσημάτων αυτών.

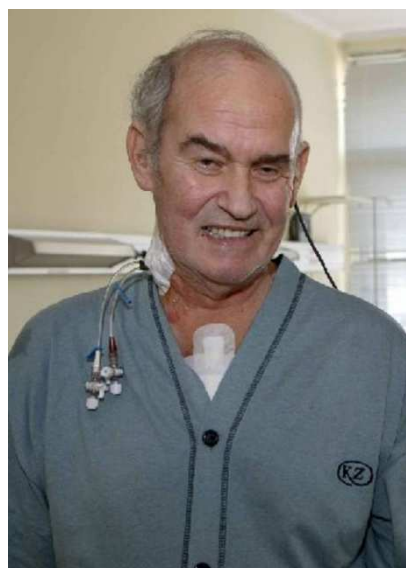
## **1.2. ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ / ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ**

### **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ:**

Έχει αποδειχθεί ότι η ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους που απειλούν την ζωή και προσβάλλει το 1/3 του πληθυσμού.

Η στεφανιαία νόσος προσβάλλει άνδρες κυρίως μεταξύ 45-65 ετών και γυναίκες μεταξύ 55-65 ετών. Συνήθως μετά την εμμηνόπαυση το ποσοστό των γυναικών πλησιάζει σε αριθμό περιστατικών αυτό των ανδρών.

Είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που έχει κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις και γι' αυτό συνεχίζουν να γίνονται μελέτες όσον αφορά τα μέτρα πρόληψης και την εξακρίβωση των αιτιολογικών παραγόντων που προκαλούν τη νόσο των στεφανιαίων αρτηριών, αφού δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία που να λύνει το πρόβλημα της αθηροσκλήρωσης, η οποία αποτελεί στο 90% των περιπτώσεων της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Μεγάλο ρόλο παίζει και η αύξηση τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής πίεσης (συστολική σε γηραιότερα άτομα και διαστολική σε νεαρότερα άτομα).



### **Η αντίσταση των στεφανιαίων αγγείων στην διαστολή της καρδιάς επηρεάζεται από:**

- τοπικούς παράγοντες
- υπολειπόμενο stress
- μερική πίεση O<sub>2</sub> και CO<sub>2</sub>
- προϊόντα του κυτταρικού μεταβολισμού

### **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ:**

Η ισχαιμική καρδιοπάθεια εκδηλώνεται αιφνίδια, ή μη, με τα παρακάτω:

- σταθερή στηθάγχη
- ασταθής στηθάγχη
- στηθάγχη Prinzmetal
- έμφραγμα μυοκαρδίου
- αιφνίδιος θάνατος
- αρρυθμίες
- καρδιακή ανεπάρκεια

### **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ:**

#### **Μη αναστρέψιμοι:**

- ηλικία
- φύλο
- φυλή
- κληρονομικότητα
- σακχαρώδη διαβήτη Ι

#### **Αναστρέψιμοι:**

- υπερλιπιδαιμία
- υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες
- χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες
- αρτηριακή υπέρταση
- κάπνισμα
- παχυσαρκία
- προσωπικότητα τύπου Α'
- καθιστική ζωή
- αντισύλληψη

### 1.3. ΑΟΡΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ

Το ανεύρυσμα είναι μια διάταση αρτηρίας. Η πιο κοινή αιτία των ανευρυσμάτων είναι η αρτηριοσκλήρωση. Άλλες αιτίες είναι εκφυλιστικές νόσοι του συνδετικού ιστού του μέσου χιτώνα, η σύφιλη, το τραύμα, λοιμώξεις πυογόνες ή μυκητιακές και συγγενής αδυναμία των αγγείων.

Το κύριο πρόβλημα είναι η αδυναμία του αρτηριακού τοιχώματος, οι διάφοροι τύποι του αορτικού ανευρύσματος και οι πιο συνηθισμένες εντοπίσεις τους είναι οι εξής:

1. **Το ατρακτοειδές.** Εντοπίζεται κυρίως στην κοιλιακή αορτή και στις λαγόνιες αρτηρίες
2. **Το σακοειδές.** Εντοπίζεται συχνότερα στην κοιλιακή αορτή και στις ιγνυακές αρτηρίες.
3. **Διαχωριστικό ανεύρυσμα.** Εντοπίζεται στην ανιούσα αορτή, μπορεί όμως να επεκτείνεται και σε άλλες αρτηρίες. Είναι το ανεύρυσμα που οφείλεται στο διαχωρισμό του τοιχώματος της αορτής.

#### **ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΥ ΕΙΝΑΙ:**

α) Η κυστική νέκρωση του μέσου χιτώνα και το διαχωριστικό ανεύρυσμα μπορεί να είναι επιπλοκές ισθμικής στένωσης της αορτής.

β) Η ρήξη του έσω χιτώνα και η πρόκληση αιμορραγίας στο μέσο χιτώνα.

#### **ΣΥΜΠΩΜΑΤΑ**

- Τα διευρυνόμενα σακοειδή ανευρύσματα προκαλούν συμπτώματα εξαιτίας συμπίεσης και φθοράς άλλων ιστών:
- - Πόνος, δύσπνοια, βήχας και ατελεκτασία, που οφείλονται στην συμπίεση δεξιού βρόγχου ή του παρεχύματος όταν το ανεύρυσμα εντοπίζεται στη θωρακική αορτή.
- Αιμόπτυση, αν το ανεύρυσμα διαβρώσει βρόγχο
- Βρόγχος φωνής, λόγω συμπίεσης του παλίνδρομου λαρυγγικού



νεύρου

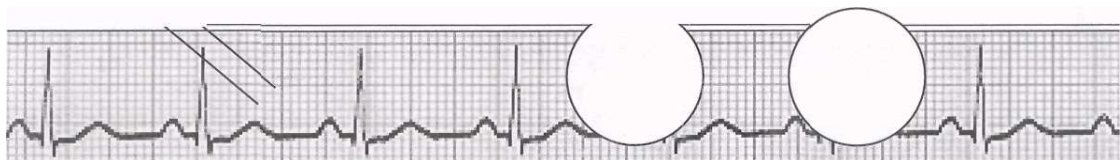
- Ψηλάφηση μάζας και σφυγμού στην κοιλιά, όταν το ανεύρυσμα εντοπίζεται στην κοιλιακή αορτή
- Ακρόαση συστολικού φυσήματος πάνω από το ανεύρυσμα.

#### 1.4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

**Ανίχνευση:** Ο νοσηλευτής τόσο στον κλινικό τομέα όσο και στον κοινοτικό συμπληρώνει ένα πλήρες ατομικό και γενετικό ιστορικό, το οποίο είναι πολύ σημαντικό για την αγωγή υγείας του ασθενή. Ακόμα ερευνάται το ψυχοκοινωνικό ιστορικό όπως και το περιβάλλον εργασίας. Επίσης είναι πολύ σημαντικό να προσδιοριστεί η στάση και τα πιστεύω του ασθενούς σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου αλλά και την καλύτερη προσέγγιση και διδασκαλία του ασθενή.

**Αγωγή υγείας:** Όταν υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες όπως φύλο, ηλικία, κληρονομικότητα κ.λ.π. θα πρέπει να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα και να τροποποιούνται οι αναστρέψιμοι παράγοντες κινδύνου όπως π.χ. το σταμάτημα ή η μείωση του καπνίσματος, η αλλαγή συμπεριφοράς και βελτίωση της ποιότητας ζωής, μείωση του stress κλπ. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να σεβαστεί την προσωπικότητα του ατόμου όπως και τον τρόπο ζωής που ακολουθούσε μέχρι τώρα. Με σωστή προσέγγιση θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για την ασθένειά του, όπως και για τον κίνδυνο και τις επιπτώσεις αν δεν ακολουθείται πρόγραμμα πρόληψης ή προαγωγής της νόσου.

1. Ακτινογραφία θώρακα, για ανευρύσματα της θωρακικής αορτής, για την εντόπιση ανευρύσματος και για την εκτίμηση της έκτασής του.
2. Η.Κ.Γ, για διαπίστωση καρδιακής πάθησης που συνυπάρχει με το ανεύρυσμα.
3. Ουρία αίματος για εκτίμηση της λειτουργικότητας των νεφρών.



## 1.5. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

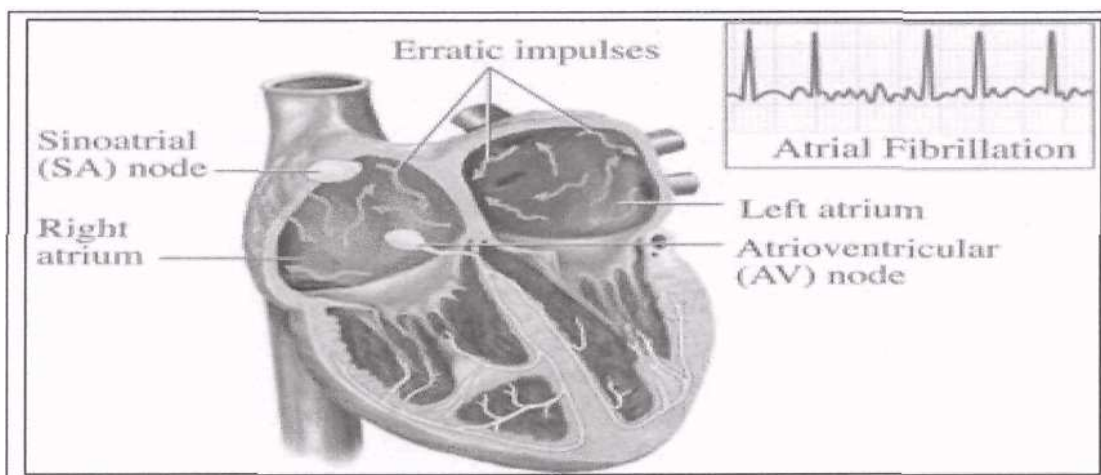
### *Διάγνωσης στεφανιαίας νόσου / ισχαιμικής καρδιοπάθειας/ανεύρυσμα αορτής*

- ακτινολογικός έλεγχος
- ουρία αίματος, για εκτίμηση της λειτουργικότητας των νεφρών.
- Αορτογραφία για την εντόπιση του ανευρύσματος
- υπερηχογράφημα καρδιάς (Doppler)
- καθετηριασμός καρδιάς - αγγειογραφία
- συνεχές ΗΚΓ (Holter-καρδιάς)
- δοκιμασία κοπώσεως
- σπινθηρογράφημα καρδιάς
- βιοχημικές εξετάσεις (-αέρια αίματος, ένζυμα, ηλεκτρολύτες).

## 1.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ / ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

### **ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ:**

Χρησιμοποιείται για την διεύρυνση στεφανιαίων αρτηριών που έχουν υποστεί στένωση ή έχουν φράξει από δημιουργία αθηρωματικής πλάκας της αρτηρίας.



Γίνεται τοπική αναισθησία, εισάγεται ένας καθετήρας ο οποίος

σταθεροποιείται και τοποθετείται μέσα στο στεφανιαίο αγγείο. Έπειτα από εκεί εισάγεται ο οδηγός καθετήρα 8-9 french και τοποθετείται στο στόμιο της στεφανιαίας αρτηρίας που έχει φράξει και πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Στη συνέχεια εκχύνεται σκιαγραφικό στην κυκλοφορία αιμάτωσης της καρδιάς για να δούμε πλήρη το πρόβλημα. Μετά ο καθετήρας μπαλόνι με τον οδηγό σύρμα περνούν στην στεφανιαία αρτηρία που πρόκειται να διασταλεί και αφού οριστεί η θέση του μπαλονιού αφαιρείται το σύρμα - οδηγός και παραμένει το μπαλόνι για δευτερόλεπτα ή λεπτά ώσπου να γίνει η διάνοιξη. Τέλος αφαιρείται και αυτό και με τη βοήθεια του οδηγού- σύρματος εκχύνεται και πάλι σκιαγραφικό και παρατηρείται η στεφανιαία κυκλοφορία.

#### ***ΕΝΔΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΕΣ ΠΡΟΣΘΕΣΕΙΣ (STENTS):***

Η τοποθέτηση των stents γίνεται για την αντιμετώπιση της οξείας απόφραξης μετά από αγγειοπλαστική και την πρόληψη επαναστένωσης. Ενισχύεται το τοίχωμα του αγγείου και αποτελεί το καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης των διαχωρισμών μετά την αγγειοπλαστική όπου σε οξεία φάση έχει καλή πρόγνωση.

#### ***ΑΟΡΤΟΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ (BY PASS):***

Σκοπός της θεραπείας είναι η απαλλαγή του ασθενούς από τα συμπτώματα, η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας του μυοκαρδίου και η παράταση της καλύτερης ποιότητας ζωής.

Γίνεται με τη βοήθεια μόσχευματος, παράκαμψη της στενωμένης στεφανιαίας, όπου το ένα άκρο συρράπτεται στην αρχή της αορτής και το άλλο στην στεφανιαία αρτηρία περιφερειακά. Προτιμάται μόσχευμα από το περιφερειακό τμήμα της σαφηνούς φλέβας λόγω σχεδόν ίσης διαμέτρου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

---

### ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

#### 2.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια πάθηση κατά την οποία το σώμα δεν παράγει η δεν χρησιμοποιεί σωστά την ινσουλίνη. Είναι μια μόνιμη διαταραχή της εσωτερικής χημείας του σώματος, που έχει σαν αποτέλεσμα την συσσώρευση υπερβολικής ποσότητας γλυκόζης (σάκχαρο) στο αίμα.

#### 2.2. ΤΥΠΟΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

*Υπάρχουν δύο βασικές κατηγορίες διαβήτη:*

**Διαβήτης Τύπου I:** Ο διαβήτης Τύπου I ή ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης, διαγιγνώσκεται συνήθως κατά τη διάρκεια της παιδικής ή εφηβικής ηλικίας, χωρίς βέβαια να αποκλείεται η εμφάνιση αυτής της μορφής σε μεγαλύτερη ηλικία. Στο διαβήτη Τύπου I, το πάγκρεας παράγει ελάχιστη ή και καθόλου ινσουλίνη.

**Διαβήτης Τύπου II:** Ο διαβήτης Τύπου II ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος ή διαβήτης των ενηλίκων, εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία, χωρίς βέβαια να αποκλείεται και η εμφάνιση αυτής της μορφής σε νεαρότερης ηλικίας άτομα. Συνήθως, όμως, κάνει την εμφάνισή του σε άτομα ηλικίας άνω των 40 χρονών. Η ινσουλίνη που παράγεται από τον οργανισμό στον διαβήτη Τύπου II δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά από τον οργανισμό.

#### 2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

**Τα διαγνωστικά κριτήρια** που έχουν θεσπιστεί για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη είναι τα ακόλουθα:

- Παρουσία κλασικών συμπτωμάτων του διαβήτη και τιμή γλυκόζης σε

οποιαδήποτε στιγμή > 200mg/dl

- Τιμή σακχάρου νηστείας (που λαμβάνεται δηλαδή μετά από 8 τουλάχιστον ώρες αποχής από την πρόσληψη τροφής) > 126mg/dl
- Τιμή σακχάρου 2 ώρες μετά από φόρτιση με 75g γλυκόζης από του στόματος > 200mg/dl

Ένας άλλος χρήσιμος δείκτης είναι η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Δεν χρησιμοποιείται για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη, αλλά για την παρακολούθηση της ρύθμισης του σακχάρου αίματος, αφού αντικατοπτρίζει τη μέση τιμή σακχάρου αίματος τους τελευταίους 3 μήνες πριν την εξέταση.

## 2.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

*Η κλασική συμπτωματολογία του σακχαρώδους διαβήτη περιλαμβάνει:*

- πολουρία
- πολυδιψία
- πολυφαγία
- απώλεια σωματικού βάρους.

*Τα κυριότερα συμπτώματα του διαβήτη είναι:*

- έντονη δίψα
- πολλά ούρα
- μεγάλη όρεξη
- χάσιμο βάρους
- διαταραχές στην ούρηση
- φαγούρα
- εύκολη κούραση και εξάντληση
- δυσκολία στο "κλείσιμο" των πληγών
- συχνές φλεγμονές και λοιμώξεις.

## 2.5. ΘΞΕΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

### *Υπερωσμωτικό μη κετωτικό κώμα*

Χαρακτηρίζεται από αύξηση της ωσμωτικότητας του πλάσματος (>350 mOsm/L), πολύ υψηλά επίπεδα σακχάρου αίματος (>600mg/dl) και απουσία κετοξέωσης. Προέχουν τα σημεία της αφυδάτωσης ενώ επίσης εμφανίζονται διαταραχές του επιπέδου συνείδησης και ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Διάφορες αιτίες μπορούν να πυροδοτήσουν την εμφάνιση του υπερωσμωτικού μη κετωσικού κώματος, όπως η σηψαιμία, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η παγκρεατίτιδα, η αιμορραγία από το πεπτικό και η λήψη φαρμάκων. Εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2.

### *Υπογλυκαιμία*

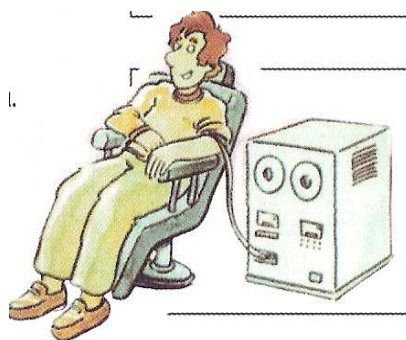
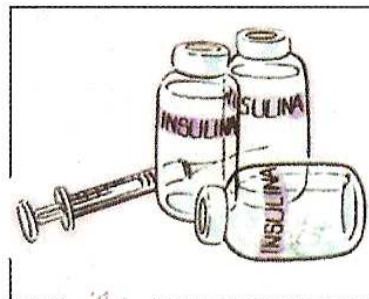
Αποτελεί ουσιαστικά επιπλοκή της θεραπείας του σακχαρώδους διαβήτη. Μπορεί να προκληθεί από λανθασμένη δοσολογία κατά τη χορήγηση ινσουλίνης (αυξημένη δόση), έντονη σωματική άσκηση ή μειωμένη λήψη τροφής ή υδατανθράκων.

Απαιτείται άμεση πρόσληψη γλυκόζης από το στόμα (γλυκά, σακχαρούχα αναψυκτικά κλπ) ή, σε περίπτωση που ο ασθενής είναι αναισθητος, ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης.



## 2.6. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

- Καθυστέρηση ή απουσία ενός γεύματος ή ανεπαρκής τροφή
- Υπερβολική δόση ινσουλίνης.
- Υπερβολική σωματική άσκηση, δίχως την κατάλληλη τροποποίηση στις δόσεις ινσουλίνης.
- Οινόπνευμα, ακόμη και μικρή υπέρβαση αυτού.
- Νεφρική ανεπάρκεια



## 2.7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Εάν σας παρουσιαστούν τα συμπτώματα, κάντε αυτομέτρηση για επιβεβαίωση πιθανής υπογλυκαιμίας.
- Να θυμάστε :
- Μπροστά στην αμφιβολία πάντα είναι καλύτερη η φροντίδα της πιθανής υπογλυκαιμίας.
- Πάρτε 10-20gr γλυκόζης ή τα αντίστοιχα της, τα οποία είναι:
- 2-3 κουταλιές ζάχαρη διαλυμένη στο νερό (βαριά υπογλυκαιμία).
- Χυμός φρούτων με ή χωρίς ζάχαρη (ελαφριά υπογλυκαιμία).
- Ένα ποτήρι γάλα.
- Κάντε νέα αυτομέτρηση σε 10-15 λεπτά και εάν είναι απαραίτητο



επαναλάβετε την προηγούμενη λήψη της γλυκόζης η του χυμού.

- Εάν είναι αναίσθητος μην προσπαθήσετε να του δώσετε στερεά η υγρή τροφή.
- Κάντε μία ένεση 1mg γλουκαγόνου.
- Αφού συνέλθει πρέπει να φάει ζάχαρη η κάποια ελαφριά τροφή.

## **2.8. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ**

- Να κάνετε αυτομέτρηση
- Μάθετε να αναγνωρίζετε τα συμπτώματα και να τα αντιμετωπίζετε με τον κατάλληλο τρόπον ζητάτε τη στήριξη συγγενών και φίλων.
- Να έχετε πάντα μαζί σας γλυκόζη.
- Να αποφεύγετε τα αίτια της υπογλυκαιμίας.
- έλλειψη σωστής διατροφής.
- επιπλέον δόση ινσουλίνης
- υπερβολική φυσική άσκηση
- αλκοόλ
- Εάν δεν διακρίνετε τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας κάντε συχνές αυτομετρήσεις .
- Οι νυχτερινές υπογλυκαιμικές κρίσεις είναι συχνές.
- Για την πρόληψη τους σας συνιστούμε να κάνετε αυτομέτρηση πριν πάτε για ύπνο.

## **2.9. ΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

### **Διαβητική μικροαγγειοπάθεια**

Προσβολή των τριχοειδών αγγείων που με τη σειρά της προκαλεί:

- **Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια:** Υπερπλασία των τριχοειδών στην επιφάνεια του αμφιβληστροειδή και προσβολή της ωχράς κηλίδας, που οδηγούν σε απώλεια όρασης. (Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί τη συχνότερη αιτία τύφλωσης στο Δυτικό κόσμο)



- **Διαβητική νεφροπάθεια:** Προσβολή των νεφρών με βλάβες του σπειράματος, των αγγείων και του διάμεσου ιστού που μπορεί να οδηγήσουν σε νεφρική ανεπάρκεια.
- **Διαβητική νευροπάθεια:** Μονο- ή πολυνευροπάθεια ή νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Συχνά εμφανίζεται απώλεια της αισθητικότητας (αρχικά στα κάτω άκρα) και στυτική δυσλειτουργία.
- **Διαβητική μακροαγγειοπάθεια:** Εμφάνιση αρτηριοσκλήρυνσης, νωρίτερα και σοβαρότερης μορφής από ότι σε μη διαβητικούς. Προσβολή αρτηριών μεσαίου και μεγάλου μεγέθους.
- **Στεφανιαία νόσος:** που μπορεί να οδηγήσει σε στηθάγχη ή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.
- **Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια:** κυρίως ισχαιμικού τύπου.
- Περιφερική αγγειακή νόσος.

## 2.10. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει τρία βασικά σκέλη:**

- την άσκηση
- τη δίαιτα
- τη φαρμακευτική αγωγή (υπογλυκαιμικά χάπια, ινσουλίνη).

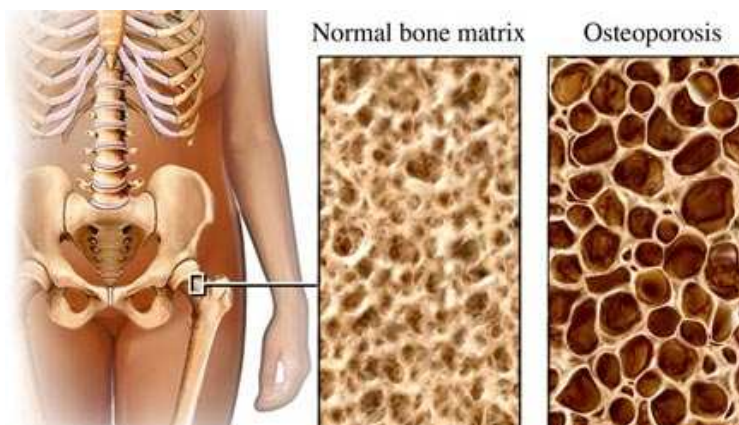
Με τα μέτρα αυτά γίνεται προσπάθεια για τη ρύθμιση της μεταβολικής διαταραχής και όχι την ίαση, δεδομένου ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία μόνιμη πάθηση που ρυθμίζεται και δεν θεραπεύεται ριζικά όπως ένα παροδικό νόσημα (π.χ. κρυολόγημα).

### ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

#### 3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Οστεοπόρωση είναι μια συστηματική σκελετική πάθηση που χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη οστική πυκνότητα και διαταραχή της αρχιτεκτονικής του οστού, με κάταγμα.

Η οστεοπόρωση εμφανίζεται συνήθως μετά την ηλικία των 50 ετών, είναι πολύ συχνότερη στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες και η συχνότητά της αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας. Σύμφωνα με τα ευρήματα επιδημιολογικών μελετών σε διάφορες χώρες, η οστεοπόρωση προσβάλλει το 25-35% των γυναικών και το

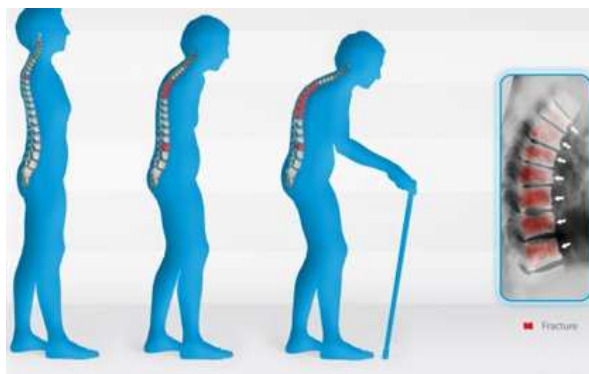


15-20% των ανδρών ηλικίας 50 ετών και πάνω. Σε ό,τι αφορά τη χώρα μας, στα πλαίσια της πρόσφατης πανελλήνιας επιδημιολογικής έρευνας για τις ρευματικές παθήσεις στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων, δηλ. ατόμων ηλικίας 19 ετών και πάνω, που οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, έγινε ξεχωριστή μελέτη για τη συχνότητα της οστεοπόρωσης σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών και πάνω. Στις γυναίκες αυτές έγινε μέτρηση της οστικής πυκνότητας στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στο άνω άκρο του μηριαίου οστού και βρέθηκε ότι **28,4% των Ελληνίδων 50 ετών και πάνω παρουσιάζουν οστεοπόρωση**. Είναι μάλιστα εξαιρετικά ενδιαφέρονσα η διαπίστωση σε αυτή την έρευνα ότι οι γυναίκες που έχουν οστεοπόρωση, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, δηλ. σε ποσοστό περίπου 75%, δεν το γνωρίζουν. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία και

αναδεικνύει την ανάγκη για τη διαφώτιση και τη συστηματική ενημέρωση του κοινού και ιδιαίτερα των γυναικών αναφορικά με τις σύγχρονες δυνατότητες τόσο για την έγκαιρη διάγνωση της οστεοπόρωσης, όσο και για την εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψής της.<sup>102</sup>

### 3.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΜΕΓΙΣΤΗ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ

Όπως προαναφέρθηκε, η μέγιστη οστική πυκνότητα είναι συνάρτηση μιας σειράς περιβαλλοντικών, γενετικών και ορμονικών παραγόντων. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε δίδυμα αδέρφια έχουν εκτιμήσει ότι το 70% με 80% της μέγιστης οστικής πυκνότητας καθορίζεται από γενετικούς παράγοντες.<sup>103</sup>



Επιπλέον η συμφωνία ως προς την οστική μάζα είναι πολύ μεγαλύτερη μεταξύ των ομοζυγωτικών διδύμων σε σύγκριση με αυτή των ετεροζυγωτικών. Ένα άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα της επίδρασης της κληρονομικότητας είναι οι διαφορές που παρατηρούνται ανάμεσα στη λευκή και τη μαύρη φυλή.<sup>104</sup> Η λευκή φυλή παρουσιάζει σημαντικά μικρότερη οστική μάζα σε σχέση με τη μαύρη. Πρόσφατα στοιχεία υποδεικνύουν ότι οι περισσότερες από τις διαφορές της οστικής μάζας μπορούν να αποδοθούν στην επίδραση ενός γονιδίου στενά συνδεδεμένου με το γονίδιο παραγωγής του υποδοχέα της βιταμίνης D.<sup>105</sup>

Το φύλο είναι ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας, καθώς οι άντρες επιτυγχάνουν μεγαλύτερη μέγιστη οστική μάζα απ' ότι οι γυναίκες. Η μέγιστη οστική μάζα καθορίζεται από ορμονικούς παράγοντες με σπουδαιότερες τις ορμόνες του φύλου καθώς σε κορίτσια και κατά τη δεύτερη δεκαετία της ζωής

<sup>102</sup> Ιστοσελίδα: <http://www.elire.gr>

<sup>103</sup> Morisson και συν 1994

<sup>104</sup> Λυρίτης 1996

<sup>105</sup> Sano και συν 1995

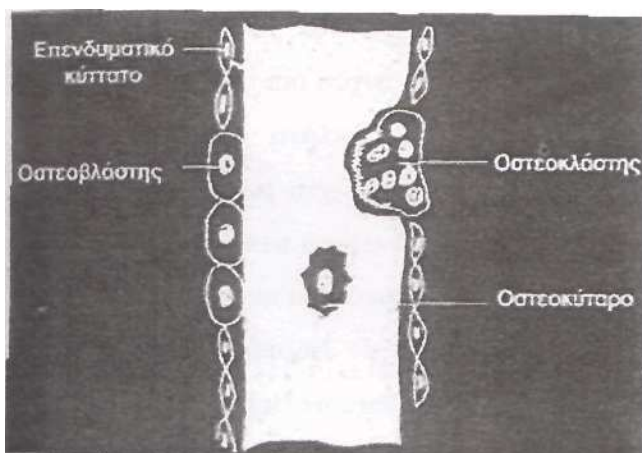
τους, η αύξηση της οστικής μάζας σχετίζεται ιδιαίτερα με την ωρίμανση των μονάδων. Στα κορίτσια τα οιστρογόνα αυξάνουν την οστεοβλαστική δραστηριότητα με αποτέλεσμα κατά την ενήβωση και όταν έχει πια σημανθεί η έναρξη της αναπαραγωγικής περιόδου να παρατηρείται ταχύτατη αύξηση του σκελετού. Με βάση τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι μία καθυστερημένη ηλικία εμμηναρχής συνεπάγεται χαμηλότερη μέγιστη οστική πυκνότητα. Στα αγόρια η έκκριση τεστοστερόνης προωθεί την αύξηση του πάχους των οστών και την εναπόθεση αλάτων ασβεστίου σε αυτά, προκαλώντας την αύξηση του συνολικού υποστρώματος και την κατακράτηση ασβεστίου. Στο φυσιολογικό μεταβολισμό και τη διατήρηση της ομοιόστασης του ασβεστίου υπεισέρχονται και οι ορμόνες, παραθορμόνη, καλσιτονίνη, αυξητική ορμόνη, των οποίων φυσιολογική λειτουργία διασφαλίζει τη φυσιολογική ανάπτυξη του σκελετού, καθώς και η βιταμίνη D.<sup>106</sup>

### 3.3. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΤΑΙ Η ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Δύο είναι οι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της οστεοπόρωσης:

- Το χαμηλό επίπεδο της κορυφαίας οστικής μάζας που αποκτά ένα άτομο στην ηλικία των 25 περίπου ετών.
- Η αυξημένη οστική απώλεια που μπορεί να συμβεί μετά την ηλικία των 45-50 ετών.

Το ποσό της οστικής μάζας που έχει ένα άτομο σε οποιαδήποτε ηλικία είναι αποτέλεσμα δυο βασικών και



<sup>106</sup> Guyton 1997

αλληλένδετων κυτταρικών λειτουργιών που πραγματοποιούνται συνεχώς μέσα στα οστά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής στα πλαίσια της λεγόμενης οστικής ανακατασκευής. Οι λειτουργίες αυτές είναι πρώτον η οστική απορρόφηση που προηγείται και δεύτερον η οστική παραγωγή που ακολουθεί. Η οστική απορρόφηση γίνεται από τα κύτταρα που λέγονται οστεοκλάστες και η οστική παραγωγή από τα κύτταρα που λέγονται οστεοβλάστες.

Φυσιολογικά, μέχρι την ηλικία περίπου των 25 ετών η οστική παραγωγή είναι μεγαλύτερη από την οστική απορρόφηση και έτσι η οστική μάζα αυξάνει συνεχώς, και μάλιστα πιο πολύ στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες, για να φθάσει στην

ηλικία αυτή των 25 ετών στο μέγιστο επίπεδό της, που είναι γνωστό ως κορυφαία οστική μάζα. Κατά τα επόμενα 20 περίπου χρόνια η οστική απορρόφηση είναι ίση με την οστική παραγωγή τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες



και επομένως η οστική μάζα παραμένει σταθερή. Μετά την ηλικία όμως των 45 ετών η εικόνα αρχίζει να αναστρέφεται. Η οστική απορρόφηση δηλαδή γίνεται μεγαλύτερη από την οστική παραγωγή και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες λόγω της μειωμένης παραγωγής των οιστρογόνων και τελικά της εγκατάστασης της εμμηνόπαυσης περί την ηλικία περίπου των 50 ετών.

Σε κάθε αρχική εκτίμηση ενός ασθενή με πιθανή οστεοπόρωση είναι απαραίτητο να γίνεται ακτινογραφικός έλεγχος της σπονδυλικής στήλης σε πλάγια λήψη για την ανάδειξη σπονδυλικών καταγμάτων. Τα σπονδυλικά κατάγματα μπορεί να είναι σφηνοειδή στα οποία καθιζάνει το πρόσθιο ύψος του σπονδυλικού σώματος ή αμφίκοιλα με καθίζηση στη μεσότητα του σπονδυλικού σώματος ή να έχει συμβεί συντριβή στο σπονδυλικό σώμα με καθίζηση και του οπισθίου ύψους του σπονδυλικού σώματος. Ένα κάταγμα

χαρακτηρίζεται σαν σφηνοειδές όταν ο λόγος του ύψους της πρόσθιας επιφάνειας προς το ύψος της οπίσθιας επιφάνειας του σπονδυλικού σώματος είναι μικρότερος από 0,8. Παρόμοια ένα κάταγμα χαρακτηρίζεται σαν αμφίκωλο όταν ο λόγος του ύψους στη μεσότητα του σπονδυλικού σώματος προς το ύψος της πρόσθιας επιφάνειας του σπονδυλικού σώματος είναι μικρότερος από 0,8. Τα σφηνοειδή κατάγματα είναι τα πιο συχνά και εντοπίζονται στη θωρακική και στη θωρακοσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Τα αμφίκωλα κατάγματα και τα συντριπτικά κατάγματα εντοπίζονται κυρίως στη θωρακοσφυϊκή και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Τα αμφίκωλα κατάγματα συσχετίζονται με χαμηλή οστική πυκνότητα και αποτελούν ενδεικτικό ακτινολογικό εύρημα οστεοπόρωσης. Αντιθέτως ένα σφηνοειδές κάταγμα στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής μπορεί να οφείλεται σε σπονδυλοαρθρίτιδα ενώ όταν εντοπίζεται στην οσφυϊκή μοίρα μπορεί να έχει σαν υποκείμενη αιτία κακοήθεια. Άλλα ακτινολογικά ευρήματα είναι η έντονη διαυγαστικότητα των τελικών σπονδυλικών πλακών, η έλλειψη οστεοφύτων και η εμφάνιση των σπονδυλικών σωμάτων με κάθετη γράμμωση που οφείλεται στην έντονη απεικόνιση της κάθετης δοκίδωσης του σπογγώδους οστού λόγω αραίωσης της οριζόντιας δοκίδωσης.

### **3.4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ**

Το 5-20% των ασθενών που έπαθαν ένα κάταγμα ισχίου θα πεθάνει στη διάρκεια του πρώτου χρόνου. Ο κίνδυνος θανάτου αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία και είναι μεγαλύτερος στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Από τους ασθενείς που επιβιώνουν οι μισοί δεν επανέρχονται στην προ του κατάγματος λειτουργική κατάσταση ενώ το 1/3 δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των καταγμάτων του ισχίου δεν πρέπει να αποδοθεί αποκλειστικά στο ίδιο το κάταγμα, αφού στο 30% των γυναικών και στο 40% των ανδρών προϋπάρχει ένα μείζον πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

### **3.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ & ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ**

Στην εποχή μας παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ασθενών με νοσήματα που χρειάζονται μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα ένα από αυτά είναι η οστεοπόρωση. Δεν υπάρχουν όρια ηλικίας για τους χρόνιους αρρώστους διότι η ασθένεια είναι δυνατόν να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Η οστεοπόρωση είναι μια αργή και ύπουλη διαδικασία με ελαφρά ή απαρατήρητη αρχή ενώ οι πάσχοντες δεν γνωρίζουν τα προβλήματά τους. Παλιότερα ο μοναδικός τρόπος για να καταλάβει κάποιος ότι πάσχει από οστεοπόρωση ήταν να υποστεί κάποιο κάταγμα και στη συνέχεια η πάθηση διακρινόταν καθαρά στην ακτινογραφία. Για να παρατηρηθεί όμως κάτι τέτοιο ο σκελετός έχει χάσει ήδη το 30% περίπου της οστικής του μάζας, πράγμα που σημαίνει ότι είναι πολύ αργά.

Η σύγχρονη νοσηλευτική δεν περιορίζεται σε μια μόνο άποψη του αρρώστου, δηλαδή μόνο στα συμπτώματα της ασθένειάς του. Σήμερα αναγνωρίζεται ότι, ενώ η γνώση των λειτουργικών και παθολογικοανατομικών αλλοιώσεων λόγω της ασθένειας είναι σημαντική εντούτοις δεν είναι αρκετή ώστε οι νοσηλευτές να προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας. Οι οστεοπορωτικοί άρρωστοι ανεξάρτητα από την ασθένεια που ελαττώνει τις ικανότητές τους σε πολλά επίπεδα, έχουν ορισμένες κοινές ανάγκες: μπορεί να χρειάζονται οικονομική βοήθεια, υπηρεσίες αποκατάστασης και ενίσχυσης, για να υπερνικήσουν τυχόν τις ψυχολογικές διαταραχές.

Η οστεοπόρωση ως χρόνια ασθένεια περιλαμβάνει όλες τις βλάβες ή αποκλίσεις από το φυσιολογικό που έχουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- είναι μόνιμες
- αφήνουν υπολειμματική ανικανότητα
- απαιτούν ειδική εκπαίδευση του αρρώστου
- δημιουργούν την ανάγκη μακροχρόνιας επίβλεψης παρακολούθησης και φροντίδας.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αντιμετωπίζουν τον άρρωστο σαν ολότητα, συμπεριφέροντας τις αλλαγές της συμπεριφοράς που μπορεί να επιφέρει η αδυναμία και η ανικανότητα του ασθενή να εκπληρώσει στοιχειώδεις ανάγκες της καθημερινής ζωής. Επίσης η μείωση της οστικής μάζας που επιφέρει η οστεοπόρωση μπορεί να προκαλέσει τρομερές αλλαγές στην ψυχολογία κυρίως του γυναικείου πληθυσμού που πάσχει από αυτήν. Όλοι οι ασθενείς χρειάζονται λοιπόν μεγάλη στήριξη τόσο από τους ειδικούς και γνώστες των περιπτώσεων όσο και από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους. Στόχος της νοσηλευτικής παρέμβασης δεν είναι μόνο η παράταση της ζωής των ατόμων με οστεοπόρωση αλλά και η υιοθέτηση αντιλήψεων και στάσεων (υγιεινή διατροφή, λήψη φαρμάκων, περιοδικός και συχνός έλεγχος) για να ζήσουν μια αξιοπρεπή ζωή. Αναλυτικότερα ο στόχος είναι η αυτοεξυπηρέτηση των ατόμων όλων των ηλικιών και η δυνατότητα συμμετοχής τους στην κοινωνική ζωή στοιχείο τελείως συνυφασμένο με την ανθρώπινη ψυχοσύνθεση.<sup>107 108</sup>

### **3.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Η Armstrong (1987) υποστηρίζει ότι υπάρχουν μερικοί βασικοί κανόνες, τους οποίους οφείλουν να γνωρίζουν οι νοσηλευτές που διέπουν την επαγγελματική σχέση του νοσηλευτή με τον χρόνια ασθενή και πιο συγκεκριμένα στην περίπτωσή μας με τον ασθενή που πάσχει από οστεοπόρωση:

*α)* Ο νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει επαρκή γνώση για το νόσημα από το οποίο πάσχει ο ασθενής, να διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες για την εφαρμογή απλών αλλά και σύνθετων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, καθώς επίσης και παρεμβάσεων αγωγής υγείας και συμβουλευτικής.

*β)* Να έχει ικανότητες να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένειά του για τη θέσπιση εφικτών στόχων υγείας και αυτοφροντίδας.

<sup>107</sup> [www.iatro.gr](http://www.iatro.gr).

<sup>108</sup> Γ, Λυρίτης 2009. «Ποια κατάσταση παρουσιάζει η γυναίκα με οστεοπόρωση»



γ) Να έχει ικανότητες ώστε να ανταποκρίνεται θετικά στις ανάγκες του ασθενούς για επαναδιαπραγμάτευση θεσπισμένων στόχων, όταν διαπιστώνεται ότι αυτοί δεν είναι εφικτοί,

δ) Να συνεργάζεται με τον ασθενή και την οικογένειά του για την υιοθέτηση αλλαγών στον τρόπο ζωής.

ε) Να διαθέτει υπομονή και ικανότητες για ανίχνευση και ενδυνάμωση των δυνατοτήτων των ασθενών, να προβούν σε αλλαγές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής.

Κάποια από τα σημαντικότερα όπλα του νοσηλευτή στην νοσηλευτική παρέμβαση είναι: Η ανάπτυξη καλής επικοινωνίας η οποία έχει θεραπευτικό χαρακτήρα γιατί ενδυναμώνει τους μηχανισμούς προσαρμογής, ανταπόκρισης και συμμόρφωσης του ασθενούς. Τέλος η συμβουλευτική, η αγωγή υγείας είναι έννοιες τελείως συνυφασμένες με την αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών.<sup>109</sup>

### **3.7. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Ο νοσηλευτικός ρόλος στη χρόνια ασθένεια βασίζεται στη αναγνώριση της φύσης της χρόνιας ασθένειας και των συνακολούθων της, καθώς επίσης στην επικέντρωση σε παρεμβάσεις που συμβάλουν στην αποτελεσματική διαχείριση της χρόνιας ασθένειας. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται με χρόνιους ασθενείς είναι λιγότερο του ατόμου που παρέχει άμεση φροντίδα και θεραπεία αλλά τείνει περισσότερο να είναι του επαγγελματία που παρέχει διευκολύνσεις υποστηρίζει και ενδυναμώνει τις συμπεριφορές που στοχεύουν στην αποτελεσματική αυτοφροντίδα.

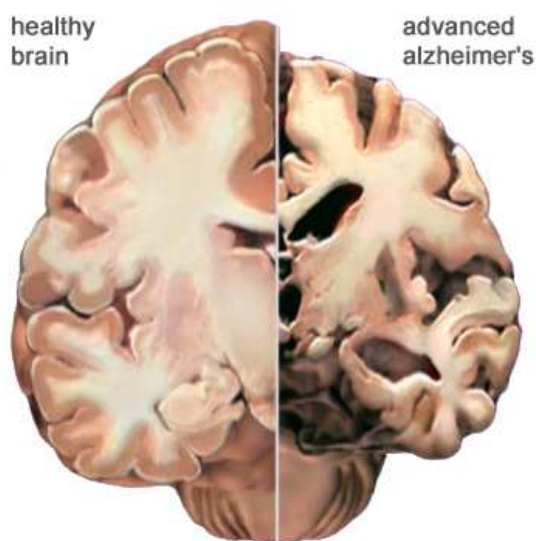
---

<sup>109</sup> Δέσποινα Σαμπουτζή-Κρέπια «Χρόνια Ασθένεια & Νοσηλευτική φροντίδα, μια ολιστική προσέγγιση» 2<sup>η</sup> έκδοση

### ALZHEIMER

Η νόσος του Alzheimer είναι μια εγκεφαλική διαταραχή που ονομάζεται έτσι για τον γερμανικής καταγωγής γιατρό Alois Alzheimer, ο οποίος πρώτος την περιέγραψε το 1906.

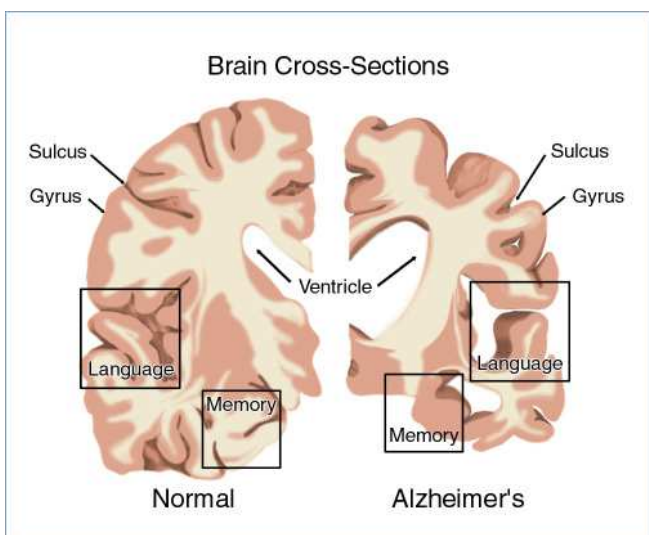
Είναι μια προοδευτική και θανατηφόρα ασθένεια του εγκεφάλου. Η Νόσος του Alzheimer καταστρέφει εγκεφαλικά κύτταρα, προκαλώντας προβλήματα με τη μνήμη, τη σκέψη και τη συμπεριφορά αρκετά σοβαρά για να επηρεάσουν την εργασία, τα δια βίου χόμπι ή την κοινωνική ζωή. Η Νόσος του Alzheimer γίνεται ακόμα χειρότερα με την πάροδο του χρόνου, και είναι θανατηφόρα.



Είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας, ένας γενικός όρος για την απώλεια μνήμης και άλλες πνευματικές ικανότητες αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάσει την καθημερινή ζωή.

#### 4.1. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ Ο ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

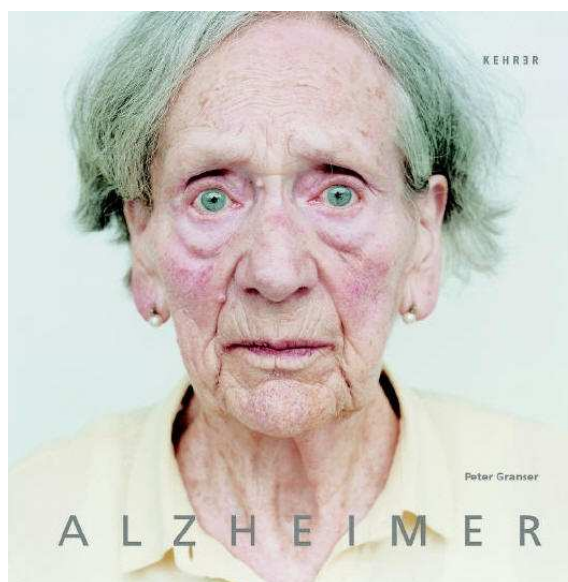
Ο εγκέφαλος έχει 100 δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα (νευρώνες). Κάθε κύτταρο επικοινωνεί με νεύρα και αυτά σχηματίζουν πολλά άλλα δίκτυα. Τα νευρικά κυτταρικά δίκτυα έχουν ειδικές θέσεις εργασίας. Ορισμένα εμπλέκονται στον τρόπο σκέψης, της μάθησης και της μνήμης. Άλλα μας βοηθήσουν να δούμε, να ακούμε, να οσφρηζόμαστε και μερικά λένε στους μυς να κινηθούν.



Στη νόσο του Alzheimer, μέρη του κυττάρου σταματούν να λειτουργούν καλά. Οι επιστήμονες δεν είναι σίγουροι ότι ακριβώς εκεί ξεκινά το πρόβλημα. Ως βλάβη τα κύτταρα χάνουν την ικανότητά τους να κάνουν τη δουλειά τους. Τελικά, θα πεθάνουν.

### **Εννέα προειδοποιητικά σημάδια της νόσου του Alzheimer:**

1. **Απώλεια μνήμης.** Ξεχνώντας πρόσφατα πληροφορίες είναι ένα από τα πιο κοινά πρώτα σημάδια άνοιας. Ένα πρόσωπο αρχίζει να ξεχνάει πιο συχνά και είναι σε θέση να θυμάται τις πληροφορίες αργότερα.
2. **Δυσκολία να εκτελούν καθήκοντα που είναι εξοικειωμένοι.** Άτομα με άνοια συχνά είναι δύσκολο να σχεδιάσουν ή να ολοκληρώσουν τις καθημερινές εργασίες.
3. **Προβλήματα με τη γλώσσα.** Άτομα με νόσο του Alzheimer συχνά ξεχνάνε απλές λέξεις ή ασυνήθιστες λέξεις, καθιστώντας την ομιλία ή γραφή δύσκολο να κατανοηθεί.
4. **Αποπροσανατολισμός σε χρόνο και τόπο.** Άτομα με νόσο του Alzheimer μπορούν να χαθούν στη δική τους γειτονιά, ξεχνάνε πού είναι και πώς έφτασαν εκεί, και δεν ξέρουν πώς να πάνε πίσω στο σπίτι.
5. **Η κακή ή μειωμένη απόφαση.** Εκείνοι με Alzheimer μπορεί να ντυθούν ακατάλληλα, φορώντας βαριά ένδυση για μια ζεστή μέρα ή



ελαφριά στο κρύο. Μπορούν να δείξουν κακή απόφαση, όπως δίνοντας μεγάλα χρηματικά ποσά σε telemarketers.

6. **Προβλήματα με την αφηρημένη σκέψη.** Κάποιος με νόσο του Alzheimer μπορεί να έχει ασυνήθιστη δυσκολία στην εκτέλεση πολύπλοκων ψυχικά καθηκόντων, όπως ξεχνώντας τι είναι οι αριθμοί και για τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να χρησιμοποιούνται.
7. **Αλλαγές στη διάθεση ή τη συμπεριφορά.** Κάποιοι με νόσο του Alzheimer μπορούν να παρουσιάζουν ταχεία διάθεση, η οποία ταλαντεύεται - από δάκρυα στην ηρεμία και στην οργή - χωρίς προφανή λόγο.
8. **Αλλαγές στην προσωπικότητα.** Η προσωπικότητα των ατόμων με άνοια μπορεί να αλλάξει δραματικά. Μπορούν να γίνουν πολύ συγκεχυμένοι, καχύποπτοι, φοβισμένοι ή εξαρτώνται από ένα μέλος της οικογένειας.
9. **Απώλεια της πρωτοβουλίας.** Ένα άτομο με νόσο του Alzheimer μπορεί να έχει πολύ παθητική στάση, να είναι καθιστικό μπροστά από την τηλεόραση για ώρες, να κοιμάται περισσότερο από ό,τι συνήθως ή δεν θέλει να κάνει συνηθισμένες δραστηριότητες.

#### 4.2. Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ALZHEIMER ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΜΝΗΜΗΣ ΑΛΛΑΓΕΣ.

**Κάποιος με συμπτώματα της νόσου του Alzheimer**

- Ξεχνάει ολόκληρες εμπειρίες
- Σπάνια θυμάται αργότερα
- Είναι σταδιακά σε θέση να ακολουθήσει γραπτές

**Κάποιος με κανονική ηλικία που σχετίζονται με τη μνήμη αλλαγές**

- Ξεχνάει μέρος της εμπειρίας
- Συχνά, θυμάται αργότερα
- Είναι συνήθως σε θέση να ακολουθήσει γραπτές

- κατευθύνσεις που ομιλούνται
- Είναι σταδιακά σε θέση να χρησιμοποιήσει τα χαρτονομίσματα
  - Είναι σταδιακά σε θέση να φροντίσει για τους αυτοαπασχολούμενους

- κατευθύνσεις που ομιλούνται
- Είναι συνήθως σε θέση να χρησιμοποιήσει τα χαρτονομίσματα
  - Είναι συνήθως σε θέση να περιθάλψει τους αυτοαπασχολούμενους

#### 4.3. ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- **Η Γεροντική Άνοια και η νόσος Alzheimer είναι το ίδιο πράγμα;**

Παλαιότερα ο όρος Γεροντική Άνοια ήταν πολύ συνηθισμένος. Σήμερα έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί και χρησιμοποιούμε τον όρο Νόσος Alzheimer.

- **Είναι η Νόσος Alzheimer η πιο συχνή μορφή Άνοιας;**

Ο όρος Άνοια είναι γενικός όρος. Σήμερα, αναγνωρίζουμε 100 είδη άνοιας εκτός από τη νόσο Alzheimer. Η νόσος Alzheimer είναι η συχνότερη μορφή άνοιας (60 % του συνόλου) από την οποία πάσχουν 160.000 άνθρωποι στην Ελλάδα, 6.000.000 στην Ευρώπη και 26.000.000 σ' όλο τον κόσμο.

- **Μπορεί κάποιος κάτω από τα 60 να πάσχει από τη νόσο Alzheimer;**

Η Νόσος Alzheimer εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, ενώ είναι πολύ σπάνια σε ηλικίες μικρότερες των 50 ετών.

- **Είναι η απώλεια της μνήμης φυσιολογικό και αναμενόμενο σύμπτωμα του γήρατος;**

Στο παρελθόν, ήταν κοινή η πεποίθηση ότι η απώλεια μνήμης είναι φυσιολογική συνέπεια του γήρατος. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις ανθρώπων που εκ των υστέρων εκτιμούμε ότι έπασχαν από νόσο Alzheimer. Τα άτομα αυτά, δεν έτυχαν ιατρικής παρακολούθησης, ακριβώς επειδή θεωρήθηκε από τους οικείους τους ότι απλά γέρασαν και "τα έχασαν". Αν και εξακολουθούν να γίνονται έρευνες σχετικά με το θέμα, φαίνεται ότι στη

φυσιολογική διεργασία γήρανσης εμπεριέχονται και οι δυσκολίες μνήμης. Το επίπεδο όμως των μνημονικών λειτουργιών στους μη ανοϊκούς ηλικιωμένους είναι επαρκώς υψηλό, επιτρέποντάς τους να βιώνουν την καθημερινότητα τους χωρίς ιδιαίτερα λειτουργικά προβλήματα. Αντίθετα, η λειτουργικότητα των ασθενών με νόσο Alzheimer εκπίπτει σημαντικά και σταθερά.

- **Μπορεί να εκδηλωθεί η Άνοια με συμπτώματα άλλα εκτός από την έκπτωση της μνήμης;**

Η Άνοια εκδηλώνεται με έκπτωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών (μνήμη, λόγος, κρίση, εκτελεστικές ικανότητες) η οποία συνοδεύεται από έκπτωση της λειτουργικότητας. Σε ορισμένες μορφές Άνοιας τα πρώτα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν διαταραχές συμπεριφοράς (ανησυχία, επιθετικότητα, καχυποψία, άρση αναστολών κ.ά.), απάθεια και κατάθλιψη.



- **Είναι η νόσος Alzheimer κληρονομική;**

Κληρονομική προδιάθεση υπάρχει σε ποσοστό μικρότερο του 5% των περιπτώσεων νόσου Alzheimer. Στις περιπτώσεις αυτές, η ηλικία έναρξης της νόσου είναι σχετικά μικρή, μεταξύ 40 και 60 ετών. Η νόσος είναι τόσο συχνή στους ηλικιωμένους, ώστε δεν είναι σπάνιο δύο ή περισσότερα μέλη μιας οικογένειας να πάσχουν από αυτή.

- **Υπάρχει κάποια εξέταση που μπορεί να προβλέψει αν κάποιος στο μέλλον θα νοσήσει από τη νόσο Alzheimer;**

Μόνο στις οικογένειες στις οποίες η νόσος έχει κληρονομική βάση μπορούμε με γενετικό έλεγχο να εντοπίσουμε τα υπεύθυνα γονίδια.

- **Υπάρχει πρόληψη για τη νόσο Alzheimer;**

Σήμερα αυξάνονται αλματωδώς οι επιστημονικές ενδείξεις που συνδέουν τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο (υπέρταση, διαβήτης, υπερχοληστερολαιμία, παχυσαρκία, κάπνισμα) και με τη νόσο Alzheimer, κάτι που επιτρέπει την πρόληψή της. Πρόσφατες σχετικές μελέτες δείχνουν ότι ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, του σωματικού βάρους, των επιπέδων σακχάρου και χοληστερόλης στο αίμα είναι τόσο ευεργετικός για τον εγκέφαλο όσο και για το καρδιαγγειακό σύστημα. Επίσης, η υγιεινή διατροφή, η διατήρηση σωματικής αλλά και πνευματικής εγρήγορσης φαίνεται ότι προστατεύουν από την άνοια. Πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι όσοι ασκούνται πνευματικά (σπουδάζοντας, διαβάζοντας, ...παιδεύοντας το μυαλό τους με σταυρόλεξα, επιτραπέζια παιχνίδια, κ.ά.) παθαίνουν νόσο Alzheimer σε μικρότερη συχνότητα και σε ηπιότερη μορφή.

- **Υπάρχει θεραπεία για την νόσο Alzheimer;**

Είναι αλήθεια ότι μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί κάποιο φάρμακο που να θεραπεύει ριζικά τη νόσο Alzheimer. Υπάρχουν όμως φαρμακευτικές και μη



θεραπείες που βοηθούν σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που υποφέρουν από τη νόσο Alzheimer έχουν ελαττωμένα επίπεδα ακετυλχολίνης, μίας ουσίας που παίζει σημαντικό ρόλο στη μνημονική διαδικασία. Σήμερα,

υπάρχουν συγκεκριμένα φάρμακα που μπορούν να αναστείλουν το ένζυμο που αποδομεί την ακετυλχολίνη, βελτιώνοντας με αυτό τον τρόπο τη μνήμη και καθυστερώντας την εξέλιξη της νόσου. Όσο νωρίτερα χορηγηθούν τα σκευάσματα αυτά, τόσο μεγαλύτερη είναι η αποτελεσματικότητά τους. Τα φάρμακα αυτά ονομάζονται "Αναστολείς της χολινεστεράσης" και είναι η δονεπεζίλη (Aricept), η ριβαστιγμίνη (Exelon), και η γκαλανταμίνη (Reminyl).

Πρόσφατα κυκλοφόρησε νέο φάρμακο, η μεμαντίνη (Ebixa) που ενδείκνυται για τη θεραπεία ασθενούς με μέτρια και σοβαρή νόσο Alzheimer. Επιπλέον, υπάρχει ένας αριθμός άλλων φαρμάκων που μπορούν να ανακουφίσουν την κατάθλιψη, τη σύγχυση, την αϋπνία και άλλα συμπτώματα συμπεριφοράς, που είναι πιθανόν να εμφανιστούν στην πορεία της νόσου.

- **Υπάρχουν τρόποι να βελτιώσουμε τη μνήμη μας;**

Αν θέλετε να βελτιώσετε τη μνήμη σας, προσπαθήστε να ασκηθείτε συστηματικά στους παρακάτω τομείς:

- Εκπαίδευση στην παρατήρηση: επιλογή/επικέντρωση, ανάλυση και σχολιασμός τη στιγμή που γίνεται η είσοδος και η εγγραφή της νέας πληροφορίας.
- Άνεση χρόνου: δώστε χρόνο στον εαυτό σας, ώστε να συνειδητοποιήσετε τι ακριβώς κάνετε.
- Χαλάρωση: απομακρύνοντας το άγχος και την ένταση, η εγγραφή των πληροφοριών γίνεται αποτελεσματικότερη.
- Εστίαση προσοχής: επιλέξτε την πληροφορία που θέλετε να θυμάστε και καθορίστε τον λόγο απομνημόνευσής της και το χρονικό διάστημα που επιθυμείτε να διατηρηθεί στη μνήμη σας.
- Συσχέτιση εικόνας: καταγράψτε την πληροφορία οπτικά, σαν να είχατε στο μυαλό σας μία κάμερα και συνδέστε διάφορες εικόνες μεταξύ τους. Κατ' αυτό τον τρόπο, μόλις θυμηθείτε τη μία εικόνα, αυξάνονται οι πιθανότητες να σας έρθει στο μυαλό αυτόματα και η άλλη.
- Λεκτική επεξεργασία: κάντε σχόλια, νοητικά και συναισθηματικά, πάνω στο θέμα με το οποίο ασχολείστε.

- **Σε ποιες περιπτώσεις δυσκολεύεται να λειτουργήσει η μνήμη;**

- Όταν βιαζόμαστε υπερβολικά
- Όταν είμαστε αφηρημένοι
- Όταν είμαστε αγχωμένοι ή συναισθηματικά φορτισμένοι
- Όταν διακόπτουν τον ειρμό των σκέψεων μας
- Όταν είμαστε κάτω από την επίδραση φαρμάκων ή αλκοόλ



- Όταν είμαστε πολύ κουρασμένοι
- **Εάν η μνήμη μου χειροτερεύει με το πέρασμα των χρόνων, είναι βέβαιο ότι θα παρουσιάσω την νόσο Alzheimer;**

Τα παράπονα σχετικά με μια ήπια δυσλειτουργία της μνήμης, είναι αναμενόμενα στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας και δεν εξελίσσονται απαραίτητως σε νόσο Alzheimer. Πολλοί ηλικιωμένοι βιώνουν δυσκολίες στο να ανακαλέσουν συγκεκριμένες πληροφορίες, όταν όμως τους δοθεί αρκετός χρόνος, τελικά τα καταφέρνουν. Το να ανησυχεί κανείς συνέχεια για τη μνήμη του, συχνά επιδεινώνει τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα. Πολλές καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη μνήμη. Έντονο άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα, ανωμαλίες στη λειτουργία του θυρεοειδούς κ.λπ. είναι μερικοί από τους συχνότερους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη μνήμη και μπορούν να βελτιωθούν με τους κατάλληλους χειρισμούς.

#### 4.4. ΑΙΤΙΕΣ

Οι περισσότερες περιπτώσεις της νόσου του Alzheimer δεν εμφανίζουν οικογενειακή κληρονομιά. Τουλάχιστον το 80% των περιπτώσεων αφορούν γενετικούς παράγοντες κινδύνου. Η Κληρονομικότητα θεωρείται ως παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη έως 50% της όψιμης έναρξης της νόσου του Alzheimer. Η παρουσία του γονιδίου allele μαζί με λοίμωξη από έρπητα απλό ιό τύπου 1 (HSV-1) αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο της νόσου του Alzheimer.

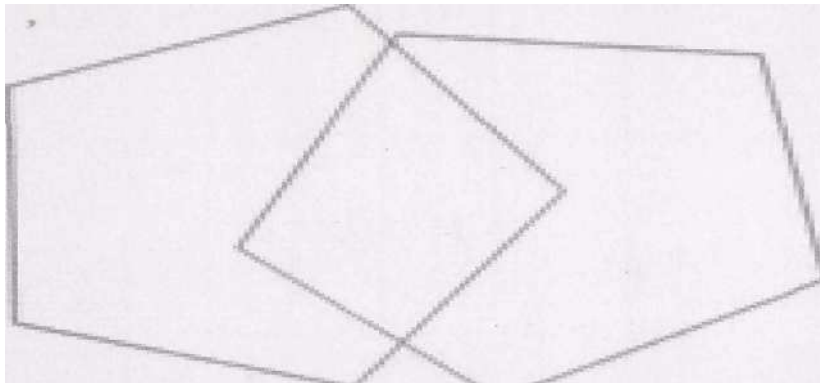


#### 4.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Προς το παρόν η νόσος του Alzheimer μπορεί να επιβεβαιωθεί μόνο με μικροσκοπική εξέταση του νευρικού ιστού, συνήθως στην νεκροτομή. Η αξονική τομογραφία δείχνει προοδευτική μείωση του εγκεφαλικού όγκου, μεγαλύτερου βαθμού από εκείνη του φυσιολογικού γήρατος. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου δείχνει μειωμένο τοπικό μεταβολισμό γλυκόζης και ελάττωση κατανάλωσης οξυγόνου, καθώς και μειωμένη αιματική ροή σε περιοχές του φλοιού. Διαδοχικές εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων νευροψυχολογικών δοκιμασιών, παρέχουν πληροφορίες για την προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης.

#### 4.6. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Νευροψυχολογικά τεστ ανίχνευσης μπορούν να συμβάλουν στη διάγνωση. Ο ασθενής πρέπει να αντιγράψει τα σχέδια παρόμοια με εκείνα που φαίνονται στην εικόνα, να θυμάται τα λόγια, να διαβάζει ή να αθροίζει.



#### 4.7. ΠΡΟΛΗΨΗ

Πνευματικές δραστηριότητες, όπως να παίζουν σκάκι ή τακτικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις έχουν συνδεθεί με μειωμένο κίνδυνο μ.Χ. σε επιδημιολογικές μελέτες, αν και δεν έχει βρεθεί αιτιώδη σχέση

Οι συνιστώσες μιας μεσογειακής διατροφής, που περιλαμβάνει φρούτα και λαχανικά, το ψωμί, το σιτάρι και άλλα δημητριακά, ελαιόλαδο, ψάρι, και κόκκινο κρασί, όλα μπορεί ατομικά ή από κοινού να συμβάλουν στη μείωση

του κινδύνου και στην πορεία της νόσου του Alzheimer. Βιταμίνες Α, Β, και C, ή φυλλικού οξέος φαίνεται να σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο μ.Χ., αλλά και άλλες μελέτες δείχνουν ότι δεν έχουν καμία σημαντική επίδραση στην εμφάνιση ή εξέλιξη της νόσου, ενώ την ίδια στιγμή μπορεί να έχουν σημαντικές δευτερογενείς επιπτώσεις σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες. Πνευματικές δραστηριότητες, όπως να παίζουν σκάκι, συμπληρώνοντας σταυρόλεξο παζλ ή τακτικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, μπορεί επίσης να καθυστερούν την εκδήλωση ή να μειώσουν τη σοβαρότητα της νόσου του Alzheimer. Διγλωσσία σχετίζεται επίσης με μια νεότερη εμφάνιση του Alzheimer.

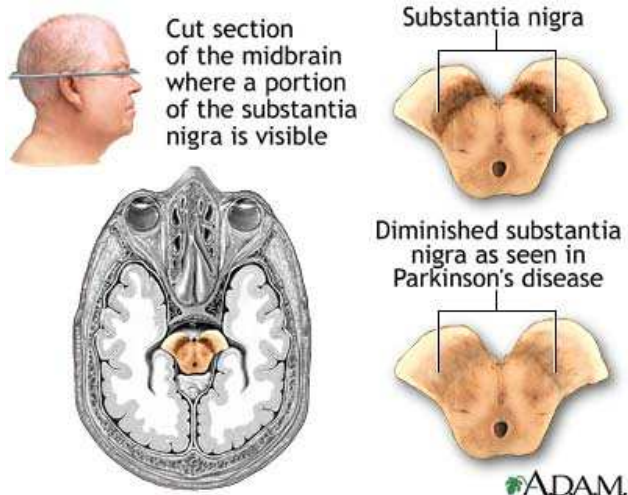
#### 4.8. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΙ

- Έως 5,2 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ ζουν με τη Νόσο του Alzheimer.
- 10 εκατομμύρια παιδικών γεννήσεων, τυχόν απότομη αύξηση της Νόσου του Alzheimer θα αναπτύξουν στη διάρκεια της ζωής τους.
- Κάθε 71 δευτερόλεπτα, κάποιος αναπτύσσει τη Νόσο του Alzheimer.
- Η Νόσος του Alzheimer είναι η έβδομη-κυριότερη αιτία θανάτου.
- Το άμεσο και έμμεσο κόστος της νόσου του Alzheimer ανέρχεται σε περισσότερα από \$ 148 δισεκατομμύρια κάθε χρόνο.



### PARKINSON

Η νόσος του Parkinson είναι μια προοδευτική, εκφυλιστική νευρολογική νόσος που χαρακτηρίζεται από τρόμο στην ηρεμία, μυϊκή δυσκαμψία και ακινησία. Τα άτομα με νόσο του Parkinson αντιμετωπίζουν πολλαπλά προβλήματα σε ότι αφορά την αυτονομία τους κατά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων



της καθημερινής τους ζωής, τη συναισθηματική τους ευεξία, την οικονομική τους ασφάλεια και τις σχέσεις τους με τα άτομα που τους παρέχουν του Parkinson είναι μια από τις συχνότερες νόσους που τους παρέχουν φροντίδα.

Η νόσος του Parkinson είναι μια από τις συχνότερες νευρολογικές νόσους που προσβάλλουν τους ηλικιωμένους. Οι πάσχοντες φθάνουν το ένα εκατομμύριο άτομα στις ΗΠΑ. Αν και μπορεί να εκδηλωθεί και σε νεότερης ηλικίας άτομα, η έναρξη της νόσου αυτής επέρχεται συχνότερα μετά την ηλικία των 40 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 60 έτη. Οι άντρες προσβάλλονται περισσότερο από τις γυναίκες.

#### 5.1. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PARKINSON

- Ετερόπλευρη μόνο συμμετοχή, με ελάχιστη συνήθως, ή και χωρίς καθόλου λειτουργική δυσχέρεια.
- Αμφοτερόπλευρη συμμετοχή ή συμμετοχή μέσης γραμμής, χωρίς διαταραχή της ισορροπίας.
- Πρώτη εκδήλωση διαταραχής της αντανακλαστικής επαναφοράς στην

μέση θέση, εκφραζόμενη ως αστάθεια καθώς ο ασθενής στρίβει ή εκδηλούμενη όταν ο ασθενής σπρώχνεται στο πλάι ενώ βρίσκεται σε όρθια θέση με τα πόδια ενωμένα και τα μάτια κλειστά. Λειτουργικά, ο ασθενής εμφανίζει κάποιους περιορισμούς στις δραστηριότητές του, πολλές φορές όμως μπορεί να έχει κάποια επαγγελματική ενασχόληση, ανάλογα με τη φύση του αντικειμένου της εργασίας του. Οι ασθενείς είναι σωματικά ικανοί να ζουν ανεξάρτητα και η αναπηρία τους είναι ήπια έως μέτρια.

- Πλήρης εκδήλωση της νόσου, με σοβαρή λειτουργική αναπηρία. Ο ασθενής μπορεί ακόμη να περπατά και να στέκεται όρθιος χωρίς βοήθεια, αλλά οι λειτουργικές ικανότητές του είναι σημαντικά περιορισμένες.
- Ο ασθενής είναι καθηλωμένος στο κρεβάτι ή στο αμαξίδιο, εκτός εάν υποβοηθείται.



## 5.2. ΑΙΤΙΑ ΝΟΣΟΥ PARKINSON

- Τα αίτια της πρωτοπαθούς νόσου του Parkinson, είναι άγνωστα.

## 5.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PARKINSON

Η νόσος του Parkinson αρχίζει με ήπια συμπτώματα. Οι ασθενείς παραπονιούνται ότι αισθάνονται καταπονημένοι και φαίνονται να κινούνται αργά. Ένας ελαφρός τρόμος μπορεί να συνοδεύει την κόπωση. Σε μικρή αναλογία ασθενών, η πρώτη εκδήλωση είναι η άνοια.

#### 5.4. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

- Τρόμος ηρεμίας. (Ξεκινά κυρίως από τα άνω άκρα. Σταματά με τις σκόπιμες εκούσιες κινήσεις και χειροτερεύει με το στρες και το άγχος. Οι ασθενείς παρουσιάζουν προοδευτικά αυξανόμενη δυσχέρεια στην εκτέλεση κινήσεων που απαιτούν επιδεξιότητα).



- Βραδυκίνησια ή ακινησία.
  - Επιβραδυνόμενες κινήσεις. Δυσχέρεια έναρξης των εκούσιων κινήσεων.
  - Βραδεία ομιλία, σιγανή φωνή.
  - Πτωχή άρθρωση των λέξεων.
  - Μειωμένες κινήσεις των οφθαλμών.
  - Ανέκφραστο πρόσωπο, σαν μάσκα.
- Δυσκαμψία. (Εκδηλώνεται με αυξημένη αντίσταση στις παθητικές κινήσεις. Αποτελείται από ακούσια σύσπαση όλων των σκελετικών μυών δυσκολεύοντας τόσο τις ενεργητικές όσο και τις παθητικές κινήσεις).

- Διαταραχές του ελέγχου της στάσης του σώματος και του βαδίσματος.
- Κορμός σε κάμψη προς τα εμπρός.
- Συρόμενο, γρήγορο.
- Οπισθώθηση.
- Επιπλοκές: Πτώσεις,



κατάγματα, δυσχέρεια επικοινωνίας, κοινωνική απομόνωση.

## **5.5. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ Α.Ν.Σ**

- Δερματικά προβλήματα.
- Σμηγματόρροια.
- Υπερβολική εφίδρωση του προσώπου και του τραχήλου, απουσία εφίδρωσης στον κορμό και τα άκρα.
- Διάστικτο δέρμα.
- Δυσανεξία στην ζέστη.
- Ορθοστατική υπόταση.
- Δυσκοιλιότητα.
- Επιπλοκές: Λύση της συνέχειας του δέρματος, ζάλη, πτώσεις.

## **5.6. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

- Άνοια.
  - Απώλεια μνήμης.
  - Έλλειψη οξύνοιας και ικανότητας επίλυσης προβλημάτων.
  - Εξασθένηση νοητικών ικανοτήτων.
- Άγχος.
- Κατάθλιψη.
- Επιπλοκές: Απώλεια της λειτουργικής ικανότητας, κοινωνική απομόνωση.

## **5.7. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

- Οφθαλμοκινητικές κρίσεις, κατά τις οποίες τα μάτια καθλώνονται σε μια πλάγια προς τα άνω θέση του βλέμματος.
- Παράνοια και ψευδαισθήσεις, που μπορεί να συνοδεύουν την άνοια.
- Δυσχέρεια επικοινωνίας, οφειλόμενη στις διαταραχές της ομιλίας, της γραφής και της εκφραστικότητας.

- Πτώσεις, λόγω διαταραχών της ισορροπίας, του ελέγχου της στάσης του σώματος και της κινητικότητας.
- Λοιμώξεις όπως η πνευμονία, σχετιζόμενες με την ακινησία.
- Διαταραχή της θρέψης, σχετιζόμενη με δυσφαγία και αδυναμία παρασκευής φαγητού.
- Διαταραχές του ύπνου, οφειλόμενες σε απώλεια ντοπαμίνης, ανεπιθύμητες αντιχολινεργικών (υπεραντανακλαστικότητα, μυϊκές δεσμιδώσεις), κατάθλιψη.
- Λύσεις της συνέχειας του δέρματος και έλκη από κατάκλιση σχετιζόμενα με ακράτεια ούρων, υποσιτισμό και μεταβολές της εφίδρωσης.
- Κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση.

## **5.8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Η πρόγνωση είναι πτωχή λόγω του προοδευτικού εκφυλιστικού χαρακτήρα της νόσου, η οποία τελικά προσβάλλει πολλαπλά συστήματα του οργανισμού και επηρεάζει την λειτουργία τους. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις είναι εξίσου καταστροφικές, και η οικογένεια χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη υποστήριξη όσο η ανικανότητα του ασθενούς αυξάνεται. Ολική αναπηρία συνήθως αναπτύσσεται μέσα σε δέκα έως είκοσι έτη από την διάγνωση της νόσου. Η κύρια αιτία θανάτου είναι η πνευμονία.

## **5.9. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

- Η λεβοντόπα μπορεί να μην έχει αποτελέσματα για αρκετές εβδομάδες ή μήνες.
- Μην αλλάζετε τις δόσεις των φαρμάκων. Παίρνοντας μεγαλύτερη δόση είναι δυνατόν να μην βελτιωθεί ο έλεγχος των συμπτωμάτων, αλλά αντίθετα να προκληθούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.



- Αποφεύγεται τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε πυριδοξίνη, όπως είναι το χοιρινό, το βοδινό, το χοιρομέρι, τα αβοκάντο, τα φασόλια και η βρώμη. Η λήψη των πρωτεϊνών θα πρέπει να μοιράζεται εξίσου σε όλα τα γεύματα της ημέρας.

- Η λεβοντόπα μπορεί να προκαλέσει αλλαγή στο χρώμα των ούρων, χωρίς καμία συνέπεια.



- Για να προλάβετε τις παρενέργειες: Αποφύγετε την ναυτία παίρνοντας φάρμακα μαζί με το φαγητό. Αλλάζεται θέση από ύπτια σε καθιστή και από καθιστή σε όρθια με αργούς ρυθμούς, ώστε να αποφύγετε απότομη μείωση της αρτηριακής πίεσης και τον κίνδυνο πτώσεων. Προλάβετε τη δυσκοιλιότητα αυξάνοντας την πρόσληψη υγρών και ασκούμενοι τακτικά.

- Ειδοποιείτε τον επαγγελματία υγείας, αν αρχίσετε να παρουσιάζετε δυσκολία στις εκούσιες κινήσεις, η εάν παρουσιαθούν καρδιακά ή ψυχολογικά προβλήματα.

- Παρακολουθείτε για το φαινόμενο «on-off» στο οποίο οι περίοδοι ελέγχου των συμπτωμάτων εναλλάσσονται με περιόδους όπου το φάρμακο αποτυγχάνει να ελέγξει τα συμπτώματα.

- Αποφύγετε τη χρήση κατασταλτικών και αλκοόλ.

- Σηκώνεστε με αργούς ρυθμούς από το κάθισμα ή το κρεβάτι για να αποφύγετε τις πτώσεις.

- Η ναυτία είναι συχνή στην αρχή της θεραπείας. Μη διακόπτετε απότομα τη λήψη φαρμάκων.

- Αναφέρετε τυχόν αυξημένη απώλεια του μυϊκού ελέγχου, κίτρινη χροιά του δέρματος ή των οφθαλμών, σκουρόχρωμα ούρα, ψευδαισθήσεις, σοβαρή διάρροια.

- Ενημερώνετε τον επαγγελματία υγείας εάν αρχίσετε να παίρνετε ένα νέο φάρμακο ή εάν παρατηρήσετε καινούργια συμπτώματα.

- Αποφεύγετε την έκθεση σε μεγάλη θερμοκρασία και παίρνετε προφυλάξεις για να αποφύγετε την θερμοπληξία: πίνετε άφθονα υγρά, παραμένετε σε δροσερό περιβάλλον και αποφεύγετε έντονες δραστηριότητες κατά τις ζεστές ημέρες.
- Πίνετε επαρκή ποσότητα υγρών για να ελαχιστοποιήσετε την δυσκοιλιότητα.
- Φροντίστε το οικιακό σας περιβάλλον να είναι ασφαλές ώστε να αποφύγετε τις πτώσεις σχετιζόμενες με θόλωση της όρασης.
- Να αποφεύγετε να παίρνετε αντισταμινικά φάρμακα ή υπνωτικά χάπια, διότι έχουν αντιχολινεργική δράση.
- Εξετάζετε κάθε χρόνο τα μάτια σας για γλαύκωμα. Φοράτε σκούρα γυαλιά.
- Μην διακόπτετε απότομα την λήψη αντιχολινεργικών φαρμάκων.

### ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### 6.1. ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ

Ο όρος **μελαγχολία** χρησιμοποιείται στην ιατρική για να αποδώσει το αρνητικό συναίσθημα της λύπης ή της θλίψης που καταλαμβάνει συχνά και σε ορισμένες περιπτώσεις βασανίζει ή αχρηστεύει τον άνθρωπο.



Η μελαγχολία, όπως όλες οι ψυχολογικές διαταραχές, θεωρείται ότι ξεπέρασε τα όρια μιας φυσιολογικής αντίδρασης όταν παρατείνεται, ενώ η αιτία έχει εκλείψει από καιρό - τουλάχιστον ένα μήνα-, όταν η

έντασή της δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στις σχέσεις του ατόμου με το περιβάλλον ή το κάνει ανίκανο να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις του ή όταν εκδηλώνεται χωρίς σοβαρή αιτία.

#### **6.1.1. ΠΩΣ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ Η ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ;**

Υπάρχει διάχυτη η αντίληψη στον κόσμο γύρω ότι η μελαγχολία είναι μια κατάσταση που γίνεται αντιληπτή από την πρώτη κιόλας στιγμή. Δυστυχώς τα πράγματα δεν είναι πάντοτε τόσο απλά. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις ασθενών που αυτοκτόνησαν πριν το περιβάλλον τους ή και ο γιατρός τους ακόμη αντιληφθεί ότι έπασχαν από βαριά μελαγχολία.

Αυτό συμβαίνει επειδή η μελαγχολία μπορεί να πάρει ποικίλες μορφές, εκδηλώνοντας κάποτε συμπτώματα που δίνουν την εντύπωση ότι δεν έχουν καμιά σχέση μ' αυτήν. Γι' αυτό το λόγο θα αναφερθούν εδώ τα κυριότερα συμπτώματα που προβάλλονται από τους ασθενείς.

- α) Ακεφιά, θλίψη, ιδέες ανικανότητας και αναξιοτήτας
- β) Κόπωση, αδυναμία, βραδυκινησία
- γ) Ανησυχία, φοβία, δυσκολία στη συγκέντρωση
- δ) Αϋπνία, ανορεξία, απώλεια βάρους, μείωση libido.

### **6.1.2. ΜΟΡΦΕΣ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑΣ**

Κατά καιρούς έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ταξινόμησης των ποικίλων μορφών της μελαγχολίας.

Οι πιο γνωστές και περισσότερο παραδεκτές είναι: Αντιδραστική μελαγχολία ή ενδογενής, πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής, μονοπολική ή διπολική (γνωστή πιο πολύ σαν μανιοκαταθλιπτική).



**Αντιδραστική** είναι η μορφή εκείνη της μελαγχολίας, που προκαλείται σαν αντίδραση σε δυσάρεστα γεγονότα ή καταστάσεις, όπως εγκατάλειψη, οικονομική κατάρρευση, επαγγελματική αποτυχία, μεγάλες και ανυπέρβλητες δυσκολίες και εμπόδια, επανειλημμένες απογοητεύσεις, σοβαρές ή ανίατες αρρώστιες που εκδηλώνουν ή δημιουργούν αναπηρίες και άλλα πολλά. Η αντιδραστική μελαγχολία δεν είναι συνήθως μακράς διάρκειας, ιδιαίτερα όταν η αιτία που την προκαλεί είναι δυνατό να εξαλειφθεί σύντομα.

Αντίθετα η **ενδογενής κατάθλιψη** εκδηλώνεται συχνά παρόλο που δεν υπάρχει κάποια σοβαρή αιτία που θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί. Είναι συνήθως μεγαλύτερης διάρκειας και δεν επηρεάζεται σημαντικά από τις αλλαγές ή τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του ασθενή. Τύψεις και ενοχές είναι πιο συχνές και πολύ εντονότερες στην ενδογενή απ' ό,τι στην αντιδραστική μελαγχολία.

Πρωτοπαθής ονομάζεται η μελαγχολία που εμφανίζεται χωρίς την ύπαρξη κάποιας άλλης παθολογικής κατάστασης του οργανισμού, ενώ

δευτεροπαθής όταν αυτή εμφανίζεται σαν αντίδραση ή σαν συνέπεια κάποιας άλλης οργανικής ασθένειας.

Μονοπολική είναι μελαγχολία που εκδηλώνεται μόνο με μελαγχολική φάση, ενώ διπολική όταν η μελαγχολική φάση εναλλάσσεται με φάση διέγερσης ή εκδηλώσεις ευφορίας (μανία).

Η διπολική μελαγχολία (υανιοκατάθλιψη). Οι δυσκολίες προσαρμογής, οι μεγάλες αποτυχίες, οι παρατεταμένες οικονομικές δυσχέρειες, η κοινωνική απόρριψη, οι συναισθηματικές αποτυχίες και τα σοβαρά οικογενειακά προβλήματα φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωσή της.

Το χαρακτηριστικότερο στοιχείο της αρρώστιας αυτής είναι ότι ο ασθενής μεταπηδά, αρκετά συχνά ξαφνικά, από τη φάση της κατάθλιψης στη διέγερση και από τη διέγερση στην κατάθλιψη.

### **6.1.3. ΠΩΣ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙΤΑΙ Η ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ;**

Κατά καιρούς έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες στην προσπάθεια να ερμηνευθεί το φαινόμενο της μελαγχολίας. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

*α) Επιθετικότητα που έχει στραφεί προς τα έσω (Karl Abraham S. Freud).* Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι υποσυνείδητη εχθρότητα ή επιθετική παρόρμηση, που αρχικά κατευθύνεται εναντίον ατόμων του στενού περιβάλλοντος του ασθενούς -που θεωρεί εμπόδια στην επίτευξη των σκοπών του- στρέφεται τελικά εναντίον του ίδιου του ατόμου, όταν η συνείδησή του δεν του επιτρέπει να την εκδηλώσει προς τα έξω.

*β) Απώλεια αντικειμενικού στόχου.* Όταν κάποιο άτομο δεν κατορθώσει να πετύχει κάτι που το θεωρεί σαν τον πιο βασικό σκοπό για τη ζωή του, μπορεί να καταληφθεί από μελαγχολία

*γ) Απώλεια της αυτοεκτίμησης του ατόμου (E. Bibring).* Οι αποτυχίες μπορούν να δημιουργήσουν στο άτομο αμφιβολία για τις ικανότητές του και σκέψεις αναξιοτήτας. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο άνθρωπος κατηγορεί τον εαυτό του για παραλήψεις, σφάλματα ή αναποφασιστικότητα που τον οδήγησαν στην αποτυχία ή την καταστροφή ή κάποιος άλλος μπορεί να κατηγορεί τον εαυτό

του για δειλία, επειδή δεν έχει την τόλμη να αντισταθεί και να διεκδικήσει το δίκιο του. Όλα αυτά δημιουργούν τύψεις ή ενοχές και προκαλούν μέσα του την εμφάνιση μελαγχολίας.

**δ) Αρνητική αντίληψη (Aaron T. Beck & Albert Ellis).** Όταν κάποιος βλέπει με τρόπο αρνητικό τον εαυτό του, τις εμπειρίες του όπως και το μέλλον του δεν θα αργήσει να καταληφθεί από μελαγχολία.

**ε) Απώλεια του προσωπικού ρόλου.** Κάθε άνθρωπος καθορίζει για τον εαυτό του ένα βασικό ρόλο που θα παίζει στη ζωή. Αν για διάφορους λόγους διαπιστώσει ότι δεν μπορεί να παίζει αυτό το ρόλο καταλαμβάνεται από μελαγχολία.

**στ) Απώλεια του νοήματος της ζωής.** Όταν κάποιος άνθρωπος πιστέψει ότι δεν έχει πια νόημα η ζωή του ή ότι η ύπαρξή του επάνω στη γη δεν έχει κάποιο προορισμό, μπορεί να καταληφθεί από μελαγχολία. Στα στρατόπεδα συγκέντρωσης του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου είχε διαπιστωθεί ότι όσοι κρατούμενοι έχαναν το νόημα της ζωής τους έπεφταν επάνω στα ηλεκτροφόρα καλώδια και αυτοκτονούσαν, ενώ αντίθετα εκείνοι που εξακολουθούσαν να πιστεύουν στο νόημα και την αξία της ζωής υπέμεναν με καρτερία τις κακουχίες.

**ζ) Διαταραχή ή μείωση ορισμένων νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο (MAAS, VAN PRAAG).** Νευροδιαβιβαστές ονομάζονται ορισμένες χημικές ουσίες (αμίνες, αμινοξέα ή νευροπεπτίδια) που χρησιμοποιούνται από το κεντρικό νευρικό σύστημα για τη μεταβίβαση νευρικών ώσεων προς την περιφέρεια.

Η παρατήρηση ότι ορισμένες μορφές μελαγχολίας, όπως η ενδογενής (μονοπολική ή διπολική) συνδέονται πάντοτε από συμπτώματα που ελέγχονται από τον υποθάλαμο (αϋπνία, ανορεξία, απώλεια βάρους, μείωση libido) και η διαπίστωση ότι ανταποκρίνονται καλά σε θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, οδήγησε στην ανάπτυξη της θεωρίας ότι η μελαγχολία μπορεί να οφείλεται σε διαταραχή ή μείωση ορισμένων νευρομεταβιβαστών, δηλαδή σε οργανικά αίτια.

#### **6.1.4. ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ;**

Όπως τονίστηκε και πιο πάνω η μελαγχολία ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό και ως προς την ένταση και ως προς τα αίτια που μπορούν να την προκαλέσουν. Γι' αυτό η αντιμετώπισή της δεν είναι τόσο εύκολη όσο νομίζουν μερικοί.

Σε γενικές γραμμές, η θεραπευτική αντιμετώπισή της είναι: ψυχολογική, φαρμακευτική ή ένας συνδυασμός και των δύο. Φυσικά σε ένα άρθρο σαν κι αυτό, που απευθύνεται στο πλατύ κοινό, δεν μπορεί να γίνει λεπτομερής ανάλυση των θεραπευτικών μεθόδων που χρησιμοποιούν οι ψυχίατροι στην αντιμετώπιση της μελαγχολίας. Θα αναφερθούν εδώ μόνο μερικά πολύ στοιχειώδη.

**α) Η ψυχολογική αντιμετώπιση** μπορεί να αποδώσει πολύ καλά αποτελέσματα όταν η αιτία της μελαγχολίας μπορεί όχι μόνο να εντοπιστεί αλλά και να εξαλειφθεί. Όταν για παράδειγμα, μπορούν να ξεπεραστούν ορισμένες σοβαρές δυσκολίες ή εμπόδια με την αλλαγή ή την τροποποίηση των συνθηκών της ζωής, όταν μπορεί να δοθεί βάσιμη ελπίδα σε κάποιον που την έχει χάσει ή όταν βρίσκει αναγνώριση και εκτίμηση τη στιγμή που ένιωθε τέλεια απόρριψη, η κατάστασή του μπορεί να βελτιωθεί ραγδαία.

**β) Συνδυασμός ψυχοθεραπείας με φάρμακα.** Ακόμη και στις περιπτώσεις που τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι η θεραπεία εκλογής, ο ασθενής χρειάζεται να βρει κάποια εξήγηση για συμπτώματα που του φαίνονται ανεξήγητα και να αντιληφθεί αν είναι δυνατόν τι ακριβώς του συμβαίνει. Ο ασθενής ζητάει όχι μόνο κατανόηση αλλά και φως στο σκοτάδι που τον έχει καλύψει, όπως και ελπίδα για θεραπεία. Αυτά μόνο μια σωστή ψυχολογική αντιμετώπιση μπορεί να τα δώσει. Επιπλέον είναι γνωστό ότι τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν αποδίδουν σημαντικά αποτελέσματα πριν περάσουν μερικές εβδομάδες θεραπείας. Αυτό δείχνει πόσο απαραίτητη είναι η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ακόμη και στις περιπτώσεις που τελικά τα φάρμακα θα δώσουν τη λύση.

## 6.2. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ



Κατά γενικό κανόνα η κατάθλιψη είναι πιο συχνή κατά το δεύτερο ήμισυ της ζωής και ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, αν και πολλοί ερευνητές δεν συμφωνούν. Είναι συχνότερες στις γυναίκες σε αναλογία 2/1, παρουσιάζουν ποικιλία κλινικών εικόνων και εξαρτώνται λιγότερο από κληρονομικούς παράγοντες, σε σύγκριση με την κατάθλιψη νεότερων ηλικιών. Στην ουσία, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από την κατάθλιψη στους άλλους ενήλικες. Αλλά η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα ιδίως όταν συνοδεύεται από διάχυτους πόνους.

### 6.2.1. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ (ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ).

Είναι γενικά παραδεκτό ότι το αληθινό ποσοστό καταθλιπτικής νόσου, ικανής να απαντήσει σε θεραπευτικά μέσα στην τρίτη ηλικία, κυμαίνεται γύρω στο 10-15% των ατόμων άνω των 60-65 ετών, που ζουν στην κοινότητα, ενώ οι μείζονες λεγόμενες καταθλίψεις (Major Depressive Disorders - MDD), εξ ορισμού ενδογενείς και σοβαρότερες, είναι σπανιότερες στην τρίτη ηλικία σε σύγκριση με νεότερες ηλικίες. Το ποσοστό τους ανέρχεται στο 3% περίπου, ενώ για τις μέσες και νέες ηλικίες το ποσοστό τους υπολογίζεται γύρω στο 10%.

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχουν από δυσθυμία.

Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως: δυσφορία,



μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου.

Τέλος, σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε αυτά τα ιδρύματα.

Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι:

1. Η δυσκολία στην αναγνώριση και στην διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισής της στους ηλικιωμένους
2. Η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων
3. Η υποτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κ.ά.

### **6.2.2. ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

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.

**Οι πιθανοί παράγοντες λοιπόν είναι:**

• **Γενετικοί παράγοντες:** Οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σε οικογένειες κατέδειξαν ότι ο κίνδυνος νόσησης (η πιθανότητα δηλαδή να νοσήσει κάποιος) από κατάθλιψη είναι: Για τους συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά) περίπου τριπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Για τους συγγενείς δεύτερου βαθμού (παππούδες, εγγόνια, θείοι, ανίψια) διπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Για τους συγγενείς τρίτου βαθμού (πρώτα ξαδέλφια) ελαφρώς αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η επικρατέστερη, σήμερα, άποψη είναι ότι κληρονομείται μια ευαισθησία (ευαλωτότητα) για τη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες.

• **Βιολογικοί παράγοντες:**

1. Από τη δεκαετία του '50, ήδη, έχουν προκύψει από ερευνητικά δεδομένα ισχυρές ενδείξεις, που κατοχυρώνουν το ρόλο ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Οι νευροδιαβιβαστές είναι βιοχημικές ουσίες, μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εστιασθεί στους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη και διαπιστώθηκε ότι στην κατάθλιψη τα νευροδιαβιβαστικά αυτά συστήματα υπολειτουργούν. Ο μηχανισμός δράσης, άλλωστε, των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία δρουν ενισχύοντας την νευροδιαβίβαση που επιτελείται μέσω την σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, έρχεται να συμφωνήσει με την υπόθεση αυτή.
2. Μερικές μη ψυχιατρικές νόσοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.), όπως η νόσος του Parkinson, η επιληψία, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι όγκοι, που επηρεάζουν τη λειτουργία περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες ρυθμίζουν το συναίσθημα, εκδηλώνονται με καταθλιπτικά συμπτώματα. Ενδοκρινικές διαταραχές

(π.χ. υποθυρεοειδισμός, νόσος του Gushing), λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα (πνευμονία, λοιμώδη μονοπυρήνωση, φυματίωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθριματώδης λύκος, AIDS), αναιμίες καθώς και όγκοι του γαστρεντερικού (π.χ. καρκίνος της κεφαλής του παγκρέατος) εκδηλώνονται επίσης με καταθλιπτικά συμπτώματα.

3. Αρκετές εξαρτησιογόνες ουσίες (ιδιαίτερα η κοκαΐνη και το αλκοόλ) και φάρμακα (αντιφλεγμονώδη, αναλγητικά, αντιυπερτασικά, κυτταροστατικά, ορμόνες και νευρολογικά) μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη.

**Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:** Από ερευνητικά δεδομένα έχει προκύψει ότι οι τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής, η αδυναμία να εκπληρώσουν το γονεϊκό ρόλο, οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, η έκθεση σε σωματική ή φυσική βία καθιστούν το άτομο επιρρεπές στο να αναπτύξει κατάθλιψη στο μέλλον. Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής είναι δυνατόν να δράσουν ως εκλυτικοί παράγοντες σε άτομα με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ή σε άτομα εκτεθειμένα σε χρόνιες ψυχοπρεστικές καταστάσεις, οι οποίες συνιστούν προδιαθεσικούς -για την εμφάνιση της κατάθλιψης- παράγοντες. Τέτοια γεγονότα είναι αυτά που εκλαμβάνονται από το άτομο ως απειλητικά και επικίνδυνα, εκείνα που συνδέονται με απώλειες (π.χ. χωρισμός, θάνατος) και εκείνα που αποτυπώνουν δυσαρμονία στις σχέσεις με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Ο τρόπος, τέλος, με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται, αντιλαμβάνονται και αναπαριστούν τον κόσμο και την πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, να επιδεινώσει την συμπτωματολογία της και να επιμηκύνει την διάρκειά της.

### **6.2.3. ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ- ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Από την άποψη της διάκρισης και της περιγραφής των διαφόρων κλινικών εικόνων της κατάθλιψης πρέπει να λεχθεί, ως γενική παρατήρηση, ότι είναι δύσκολη. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της ύπαρξης διαφορών μεταξύ των

δύο διαφορετικών ταξινομικών συστημάτων DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) και ICD-10 (International Classification of Diseases), και τα δύο, παρακινούμενα βέβαια από την ανάγκη για μια διαρκώς έγκυρη και αξιόπιστη επιστημονική έρευνα, χαρακτηρίζονται από υπερβολική προσπάθεια σχηματοποίησης και κατηγοριοποίησης των κλινικών εικόνων των ψυχικών παθήσεων. Έτσι ο ψυχίατρος που θα επιχειρήσει την περιγραφή τους, όχι μόνο δεν ξέρει σε ποιο από τα δύο συστήματα να παραμείνει πιστός, αλλά και η συνηθισμένη ασάφεια και ατυπία των κλινικών εικόνων της ψυχιατρικής τον καθιστούν ακόμα πιο διστακτικό και αμήχανο στη διάγνωσή του. Η γνωστή αντίληψη, έγκυρη για όλη την ιατρική, ότι «δεν υπάρχουν ασθένειες αλλά ασθενείς» επαληθεύεται συχνότερα σ' αυτόν το χώρο. Άλλωστε η εξαιρετική πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ψυχισμού δεν επιτρέπει γενικά πολύ σαφώς περιγεγραμμένες κλινικές οντότητες. Ο κλινικός ψυχίατρος ωθείται έτσι στις απλούστερες, ευρύτερες και πιο βολικές παλαιότερες διακρίσεις της αντιδραστικής, νευρωσικής, υποστροφικής, ενδογενούς κατάθλιψης ή μελαγχολίας ανάλογα με την ύπαρξη αιτίου προκλήσεως ή όχι, ηλικίας εμφάνισης κ.ο.κ..

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι περισσότερο συχνά σε ηλικιωμένους πάνω από 80 ετών και σε ηλικιωμένες γυναίκες, σε σχέση με ηλικιωμένους άνδρες. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετική εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συγκρινόμενοι με τους νεότερους, παρουσιάζοντας ειδικά περισσότερα σωματικά συμπτώματα και λιγότερο ανοικτά συμπτώματα από τη διάθεση.

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

#### **Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών:**

- ***Μείζων κατάθλιψη ή μελαγχολία***

Όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM-IV (της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας) και ICD-10 (της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας).

Ενδογενής και σπανιότερη στην τρίτη ηλικία απ' ότι σε νεότερες.

Μπορεί να είναι φάση διπολικής ή μονοπολικής ψυχώσεως (γνωστής από παλιά στο συγκεκριμένο άρρωστο ή με πρώτη εγκατάσταση στη γεροντική ηλικία) ή να αντιστοιχεί στην παλαιότερη υποστροφική κατάθλιψη. Είναι δυνατόν να παρουσιάζεται με ένα μοναδικό επεισόδιο ή να είναι υποτροπιάζουσα και να συνοδεύεται από ψυχωτικά χαρακτηριστικά, δηλαδή μελαγχολικό παραλήρημα και ψευδαισθήσεις, συνήθως ακουστικές και όχι σπάνια οπτικές. Η παραληρηματική θεματολογία, ως επί το πλείστον σταθερή, συνίσταται είτε στην ακλόνητη πεποίθηση του



αρρώστου ότι πάσχει από ανίατη νόσο, συνήθως καρκίνο, είτε σε ενοχές για μια ασήμαντη για τον παρατηρητή, αλλά εξαιρετικά ουσιαστική για τον πάσχοντα, πράξη του παρελθόντος, είτε σε δίωξη. Το βίωμα της δίωξης παίρνει συχνά τις διαστάσεις και την ατμόσφαιρα εφιαλτικού ονείρου, με ανάλογο περιεχόμενο ακουστικών και οπτικών ψευδαισθήσεων, που καθιστούν δύσκολη μερικές φορές τη διαφορική διάγνωση από την όψιμη σχιζοφρένεια. Συχνά η διάκριση βασίζεται στην πεποίθηση του αρρώστου ότι δίκαια υφίσταται τα διάφορα μαρτύρια, σε αντίθεση με τον σχιζοφρενή, που αγανακτεί γι' αυτά. Τα συναισθήματα ενοχής, αυτομομφής και μείωσης του Εγώ είναι έκδηλα και ο φόβος αυτοκτονίας πάντοτε παρών. Μάλιστα στην τρίτη ηλικία η μείζων κατάθλιψη είναι συχνά ολιγοσυμπτωματική και ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάζεται χαμογελαστός και ήρεμος, παρά την ακλόνητη παραληρηματική του πεποίθηση, έτσι ώστε να ξεγελά το περιβάλλον του και τον άπειρο γιατρό (γελαστή κατάθλιψη), ενώ οι απόπειρες αυτοκτονίας κατ' αυτήν συνήθως επιτυγχάνουν και πραγματοποιούνται συχνά με άγριο τρόπο.

Συγκεκριμένα απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για δύο τουλάχιστον εβδομάδες, όπως:

1. Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)
2. Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
3. Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και στη συγκέντρωση)
4. Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία) και
5. Κοινωνική απόσυρση

• *Δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία*

Η διαφορά της «δυσθυμικής διαταραχής» (dysthymic disorder) από τη λεγόμενη «ελάσσονα καταθλιπτική διαταραχή» (minor depressive disorder) του DSM-IV (ταξινομικό σύστημα) έγκειται στη διαφορετική χρονική διάρκειά τους περισσότερο παρά στη συμπτωματολογία. Έτσι η πρώτη κατάσταση είναι χρόνια ενώ οι πάσχοντες από τη δεύτερη δεν είναι καταθλιπτικοί κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια του χρόνου.

Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας και αντιστοιχεί ουσιαστικά στην παλαιότερη καταθλιπτική νεύρωση. 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.

Η κλασική συμπτωματολογία κατάθλιψης των νεότερων, δηλαδή οι ιδέες ενοχής, υποτιμήσεως του Εγώ και αυτοκατηγορίας, προερχόμενες, κατά την ψυχοδυναμική ερμηνεία, από την ενδοβολή αρχικά εχθρικών προς το «χαμένο αντικείμενο» (κατά την ψυχαναλυτική έννοια) συναισθημάτων, δεν είναι εδώ συχνές. Προεξάρχουν αντίθετα τα υποχονδριακά παράπονα, (κυρίως δυσαισθησίες κεφαλής και πεπτικού, σωματική κόπωση, κομμένα γόνατα) και μπορεί να υπάρχει επιθετικότητα προς τρίτους, άγχος και ευερεθιστότητα. Τα λιγότερα συναισθήματα ενοχής και τα πολλά υποχονδριακά παράπονα αποδίδονται στο γεγονός ότι η κατάθλιψη αυτής της ηλικίας δεν ακολουθεί την κλασική ασυνείδητη πορεία, που εκτέθηκε παραπάνω, αλλά προκαλείται αντίθετα από την απώλεια του αισθήματος αυτοεκτίμησης, εξαιτίας του

γήρατος, που εκφράζεται ακριβώς μέσω των πολλών υποχονδριακών-νευρασθενικών σωματικών αιτιάσεων. Έτσι η κατάθλιψη του ηλικιωμένου, αν και συχνά χαρακτηρίζεται ως άτυπη, είναι ουσιαστικά τυπική γι' αυτήν την ηλικία.

#### **6.2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

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 Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.) όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και η χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν εμφάνιση καταθλιπτικού συνδρόμου.

Ανάμεσα στις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ορισμένων από τις παραπάνω σωματικές νόσους είναι:

- Εξετάσεις θυρεοειδούς (FT3, FT4, TSH)
- Β12 και φολικό οξύ πλάσματος
- Ηλεκτρολύτες
- Γλυκόζη
- Ηπατικές δοκιμασίες
- Ταχύτητα καθίζησης

Τέλος σε ειδικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μια αξονική τομογραφία μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την ύπαρξη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή εκφυλιστικών παθήσεων του Κ.Ν.Σ. 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.

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.λ.π.).
- 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.

### **6.2.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Δεν υπάρχει τίποτα το δύσκολο στην θεραπεία της κατάθλιψης. Δεν πονάει. Δεν είναι δυσάρεστη. Αλλά είναι αλήθεια ότι το δυσκολότερο μέρος της είναι η αρχή:

- Είναι δύσκολο για ένα άτομο με κατάθλιψη να σηκωθεί και να ζητήσει βοήθεια.
- Μπορεί να είναι δύσκολο να βρεθεί κάποιος που θα κάνει τη σωστή διάγνωση.

Αφού ξεπεραστούν τα εμπόδια αυτά, ο δρόμος της ανάρρωσης είναι εύκολος.

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.

### **6.2.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Σύμφωνα με την Carnevali ο πρωταρχικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο (και την οικογένεια) να ανταποκριθεί

στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες. Τούτο γιατί τόσο οι απαιτήσεις όσο και οι δραστηριότητες επηρεάζουν και επηρεάζονται από την υγεία και την αρρώστια, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τον γενικότερο τρόπο ζωής του ατόμου.

Στο ηλικιωμένο άτομο η ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται. Μερικές δραστηριότητες περιορίζονται, αλλά και πολλές εξακολουθούν να υπάρχουν. Οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής λόγω της έκπτωσης των διαφόρων λειτουργιών αυξάνονται. Πηγές και μέσα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ηλικιωμένο, με αποτέλεσμα να υφίσταται πολλές απώλειες και να περιοριστεί πολύ η υποστηρικτική του ικανότητα. Το άτομο που ήταν μέχρι τώρα ανεξάρτητο σε όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, αναγκάζεται να στηριχθεί σε άλλους. Η ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων/αναγκών και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται και είναι δύσκολο γι' αυτόν να ανταποκριθεί χωρίς παρέμβαση και βοήθεια από το περιβάλλον.

Η αρρώστια μειώνει ακόμη περισσότερο τις φυσιολογικές και ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του ηλικιωμένου ατόμου. Προσθέτει δε περισσότερο βάρος στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, γιατί ο άρρωστος ηλικιωμένος αναγκάζεται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες:

- νέα συμπτώματα και προβλήματα
- διαγνωστικές εξετάσεις
- διάφορες θεραπείες για αντιμετώπιση προβλημάτων
- παρενέργειες θεραπειών και φαρμάκων
- αλλαγή περιβάλλοντος
- αλλαγές στο διαιτολόγιο
- παραβίαση της ατομικότητάς του
- απαιτήσεις για νέες γνώσεις και δεξιότητες.

Η Νοσηλευτική φροντίδα παρεμβαίνει για να βοηθήσει την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, αυξάνοντας τις υποστηρικτικές πηγές. Η προσαρμοστική του δυνατότητα θα εξαρτηθεί από το βαθμό «συνθηκολόγησης» ή συμμόρφωσης στα μέσα που προτείνονται για να

αντιμετωπιστεί η κατάσταση, πράγμα που και πάλι εξαρτάται από τον μέχρι τότε συνήθη τρόπο ζωής του ηλικιωμένου.

Όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στον ηλικιωμένο, σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες, που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, στην αποκατάστασή της σε περίπτωση αρρώστιας ή ακόμη και σε ένα ειρηνικό όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές μπορούσε να διεκπεραιώσει το άτομο μόνο του, εάν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση και γνώση.



### ΝΕΟΤΗΤΑ

#### 7.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η έννοια «νεότητα» είναι συνδεδεμένη με μια ορισμένη ηλικιακή κατηγορία και προσδιορίζει ουσιαστικά μια βιολογική φάση στην ανθρώπινη εξέλιξη. Ιστορικά αυτή η φάση δεν υπήρχε με την ίδια μορφή και έννοια στην αρχαιότητα ή το μεσαίωνα. Με τη σημερινή της έννοια είναι μια κοινωνική κατηγορία που εμφανίζεται στα τέλη του 18<sup>ου</sup> και 19<sup>ου</sup> αιώνα και είναι αποτέλεσμα κοινωνικών διεργασιών και μεταβολών που προκύπτουν από οικονομικοπολιτικές διαδικασίες συνδεδεμένες με την είσοδο στην βιομηχανική εποχή<sup>110</sup>.

Οι νέοι αποτελούν πλέον μια σημαντική κοινωνική ομάδα που επηρεάζει αφενός την κοινωνία, ενώ αφετέρου επηρεάζεται από τις γρήγορες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές της μεταβολές.

Με τον όρο «νέοι» ή «νεότητα» εννοείται η περίοδος εκείνη της ζωής κατά την οποία ο άνθρωπος αποκτά τις ικανότητες και τα εφόδια που θα τον προετοιμάσουν για να αναλάβει τις ευθύνες, αλλά και τις απολαβές της ανήλικης ζωής του. Είναι η γέφυρα που ενώνει την εξάρτηση της παιδικής ηλικίας με την ανεξαρτησία της ενηλικίωσης, το σχολείο με τον κόσμο της εργασίας.<sup>111</sup>

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η UNESCO, νεότητα είναι η περίοδος της ζωής στη διάρκεια της οποίας αποκτώνται οι προϋποθέσεις για την ανάληψη ευθυνών και την αποδοτική για το άτομο ένταξη στον κόσμο των ενηλίκων. Αποτελεί μια κρίσιμη πορεία που επηρεάζει συνολικά το άτομο, αφού το τέλος της χαρακτηρίζεται με την τελική ένταξη, τις περισσότερες φορές, στην παραγωγική διαδικασία και την αποσαφήνιση των ιδεολογικών

---

<sup>110</sup> Τσελίκια, 1991

<sup>111</sup> Κωνσταντοπούλου και συν., 2000

προσανατολισμών του.

Από την σκοπιά του νέου, όμως, η πραγματικότητα φαίνεται πάντοτε ρευστή. Πρώτον, επειδή η κοινωνία για την οποία προετοιμάζεται, μεταβάλλεται συνεχώς και δεύτερον, επειδή η ίδια η νεότητα χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις και συνεχείς αναζητήσεις και οδηγούν έτσι στην ρευστότητα της αντίληψης. Η ιδιαιτερότητα αυτή των νέων και η συνεχής αναπροσαρμογή των ρόλων τους, ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες που διαμορφώνονται, αποτελούν ένα ουσιαστικό και δημιουργικό ερέθισμα για επιστημονική μελέτη στο χώρο των κοινωνικών επιστημών.<sup>112</sup>

Η παιδαγωγική, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία είναι τρεις επιστημονικοί κλάδοι που ασχολούνται συστηματικά με τη μελέτη της νεότητας. Η πρώτη, δηλαδή η παιδαγωγική αναφέρει ότι οι νέοι είναι δέκτες παιδαγωγικών επιρροών. Είναι μια ηλικιακή κατηγορία όπου το άτομο γίνεται δέκτης, πολλαπλών δομικών στοιχείων και μηνυμάτων, πολλές φορές ασύμβατων μεταξύ τους, τα οποία αποτελούν μεταβατικά γνωρίσματα για το μέλλον. Ωστόσο, η σημερινή κοινωνία χαρακτηρίζεται από την πολλαπλή μετάδοση μηνυμάτων και πληροφοριών όπου μέσα σε αυτά παρεμβάλλονται και οι πολλαπλοί κανόνες ηθικής, τους οποίους ο σημερινός νέος καλείται να αναγνωρίσει και να αφομοιώσει.

Ένα από τα κυριότερα πλαίσια άσκησης αγωγής του νέου σήμερα είναι η οικογένεια. Η πρώτη συστηματική γνωριμία του παιδιού με τους κοινωνικούς ρόλους συντελείται μέσα από κάποιες λειτουργίες της όπως:

*α)* ανάπτυξη και εκτίμηση σχέσεων με τα υπόλοιπα μέλη (γονείς, αδέρφια),

*β)* οι ρόλοι που αναπτύσσονται (του πατέρα, της μητέρας) και οι μορφές διαπαιδαγώγησης αυτών,

*γ)* ο κοινωνικός έλεγχος που ασκεί η οικογένεια.

Οι κανόνες συμπεριφοράς των μελών και κατά πόσο γίνονται αποδεκτοί. Η εμπειρία του σχολείου, η εμπειρία, δηλαδή, της μάθησης, της σχέσης με τους συνομήλικους, με τους διδάσκοντες, τη συμμετοχή σε σχολικές

---

<sup>112</sup> Τσελίκια, 1991

δραστηριότητες, η προσπάθεια ή όχι καλής επίδοσης, ο επαγγελματικός προσανατολισμός, επηρεάζει τη συμπεριφορά και γενικότερα την προσωπικότητα των νέων μέσα από τις λειτουργίες του. Το σχολείο αποτελεί γενικά έναν θεσμικό χώρο δράσης των νέων.

Η επιστήμη της ψυχολογίας, ορίζει τη νεότητα ως τη φάση του ατόμου της εξέλιξης και της μετάβασης των ιδιοτήτων. Σύμφωνα με τον Erickson, νεότητα σημαίνει πέρασμα από το καθεστώς του «παιδιού» στο καθεστώς του «ενήλικου». Η ψυχολογία βλέπει την νεότητα ως μια ηλικιακή φάση του ατόμου, στην οποία η προσωπικότητά του βρίσκεται υπό διαμόρφωση. Η οικογένεια, το σχολείο, οι ομάδες συνομηλίκων, καθώς και το αξιακό σύστημα που βιώνει ο νέος στα παραπάνω πλαίσια συντελούν σημαντικά στην εκδήλωση και διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. Σε αυτή τη φάση το άτομο κάνει συχνά αναθεώρηση της αυτοεικόνας του και κυρίως στους κοινωνικούς κανόνες, στους κανόνες της αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους του και τους ώριμους. Η ιστορία της νεότητας δημιουργείται μέσα από τις συγκρούσεις, τις αντιφάσεις και τις προσπάθειες αυτονόμησης στην εφηβική ηλικία. Η εφηβική ηλικία δηλαδή και ο τρόπος που βιώνεται από το άτομο, καθορίζει και την εξέλιξή του στις επόμενες γενιές και ιδιαίτερα στη νεότητα.<sup>113</sup>

Η κοινωνιολογική θεώρηση της νεότητας, έχει συγκριτικό χαρακτήρα δεδομένου ότι διαφορετικές κοινωνίες και εποχές χαρακτηρίζουν με διαφορετικό γνώμονα τα βιώματα του ατόμου, τις συμπεριφορές του και τους ρόλους του. Σήμερα η νεότητα αποτελεί μια ηλικιακή κατηγορία κατά την οποία παράμετροι αποκλεισμού, προετοιμασίας και εξάρτησης, επηρεάζουν το άτομο και την κοινωνική του πραγματικότητα. Μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικό πλαίσιο τα βιώματά του αλληλοτροφοδοτούνται και γονιμοποιούνται, όπου το τελικό αποτέλεσμα καθορίζει και δεσμεύει το νέο σε συγκεκριμένες λειτουργίες, αντιλήψεις, σχέσεις και μελλοντικές προοπτικές. Η νεότητα δηλαδή αποτελεί μια κοινωνική κατηγορία, η οποία διαμορφώνεται και συσχετίζεται με την ιστορία των ευρύτερων κοινωνικών θεσμών και αξιών.

---

<sup>113</sup> Γκοτοβός, 1996

Η κοινωνική αυτή λοιπόν κατηγορία είναι μια δομική κατηγορία, που προέρχεται μέσα από την εκάστοτε εποχή και το εκάστοτε κοινωνικό γίνεσθαι.<sup>114</sup>

## 7.2. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Τα βασικά χαρακτηριστικά των νέων, πέρα από τις κληρονομικές τους καταβολές, πηγάζουν από τη σύνθεση τριών παραμέτρων:

1. Τα προσωπικά βιώματα της παιδικής ηλικίας
2. Τις παρορμήσεις και τις ανάγκες της ηλικίας του
3. Τη δομή, τη λειτουργία και τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος.

Ο νέος συνοδεύεται από απειρία, πλαστικότητα, ευαισθησία, ζωτικότητα και έντονη επιθυμία για αναγνώριση και καταξίωση. Δεν υποκύπτει εύκολα στις συνθήκες ύπαρξης του κόσμου, αλλά αντιδρά, αντιστέκεται και διαρκώς αντιπαρατίθεται σε κανόνες, αξίες και τρόπους ζωής που του επιβάλλονται. Έχει ενθουσιασμό, βλέπει τον κόσμο με αισιοδοξία και ορισμένες φορές παρασύρεται εύκολα σε απερίσκεπτες ενέργειες που χαρίζουν την ένταση της στιγμής. Είναι σε μεγάλο βαθμό ανιδιοτελής, πιστεύει σε ιδέες και γι' αυτό απογοητεύεται εύκολα από τις διακρίσεις, πολλές φορές της πραγματικότητας. Η σκέψη του νέου δεν έχει πολλές από τις προκαταλήψεις των μεγαλύτερων και είναι διατεθειμένος να δεχτεί το νέο, το παράξενο, το αντίθετο, το διαφορετικό. Γενικά έχει μια τάση αμφισβήτησης και υποκειμενικής ερμηνείας όλων των προβλημάτων της καθημερινής ζωής και μια έντονη εξωστρέφεια όσον αφορά τα συναισθήματα που βιώνει σ' αυτή. Παρατηρείται επίσης, μια συναισθηματική αστάθεια και ρευστότητα στην ψυχική κατάστασή του χωρίς συγκεκριμένη αιτία.

Οι νέοι της εποχής που διανύουμε αποτελούν κατεξοχήν γενιά της καταναλωτικής κοινωνίας. Οι περισσότεροι από αυτούς συνειδητοποιούν τις δυσκολίες και τα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν και αναζητούν τρόπους να τα ξεπεράσουν όχι όμως πάντα με κάποιο θετικό γι' αυτούς

---

<sup>114</sup> Γκοτοβός, 1996



αποτέλεσμα. Βρίσκονται αντιμέτωποι με πολλά προβλήματα, όπως η αύξηση της ανεργίας και της εγκληματικότητας, για παράδειγμα, όπου συνδέονται με την τάση της κοινωνικής περιθωριοποίησης, απομόνωσης, συναισθηματικής αβεβαιότητας, εγκατάλειψης και ανησυχίας για το μέλλον.

Γενικότερα θα μπορούσαμε να αντιληφθούμε τη σημερινή νεολαία να αναπτύσσεται μέσα από ορισμένες κοινωνικές συνθήκες. Οι συνθήκες αυτές είναι:

- Θεσμικά υπαγορευμένη υποχρέωση για εκπαίδευση.
- Εξάρτηση από την οικογένεια τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.
- Τοποθέτηση εκτός της αγοράς εργασίας ή αναστολή του οικονομικού ρόλου του νέου, σε σχέση απασχόλησης.
- Αναστολή του αναπαραγωγικού ρόλου (μετάθεση στο μέλλον). Εδώ βέβαια υπογραμμίζονται κάποιες διαφοροποιήσεις, αλλά και από φύλο σε φύλο, οι οποίες είναι σημαντικές
- Επιλογή κατεύθυνσης της σταδιοδρομίας. Η επιλογή του επαγγέλματος και γενικά οι προσπάθειες του νέου.<sup>115</sup>

Ο σημερινός νέος επίσης βιώνει συνθήκες στις οποίες δεν υπάρχει συμφωνία ως προς τη συγκρότηση δομικών στοιχείων και τα μεταβατικά γνωρίσματα όπως είναι:

A) Η ιδεολογική πολυφωνία. Ο σημερινός νέος δέχεται πολλά και διαφορετικά μηνύματα, μερικές φορές, τελείως ασύμβατα μεταξύ τους. Οι πολλαπλοί κανόνες ηθικής και η πολλαπλή πληροφόρηση γενικά, παρεμβάλλονται στην καθημερινή ζωή του.

B) Η πολυπολιτισμικότητα των σύγχρονων κοινωνιών με τις μετακινήσεις ατόμων από άλλες περιοχές του πλανήτη σε όλες σχεδόν τις χώρες. Η διεθνοποίηση της αγοράς και της απασχόλησης ευνοούν βεβαίως τάσεις ομογενοποίησης, ενιαία και καθολικά κριτήρια, μια καθολική «νοοτροπία» απέναντι στην εργασία ως διαδικασία, αλλά και στα προϊόντα της εργασίας. Ταυτόχρονα αναδυόμενοι εθνικισμοί ως ιδεολογικά συστήματα

---

<sup>115</sup> Γκοτοβός, 1996

διαφοροποίησης μέσω των μηχανισμών του αποκλεισμού και της ενσωμάτωσης, αποτελούν την αντίρροπη τάση, η οποία κάτω από συνθήκες πολυπολιτισμικότητας, μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικές εντάσεις και συγκρούσεις ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης ή σε περιόδους πολιτικής κρίσης.

Γ) Η μόδα. Με την ευρύτερη σημασία συγκροτεί μια ιδεολογία της αυτοπροβολής του ατόμου, ένα σύστημα συντεταγμένων μέσων των οποίων ορίζεται το αισθητικό και κατ' επέκταση το κοινωνικό του στίγμα. Στη μόδα ανήκουν, τάσεις όπως για παράδειγμα η γενικότερη εξωτερική εμφάνιση του νέου, η οργάνωση του ελεύθερου χρόνου, η γλώσσα, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η σχέση με το άλλο φύλο. Με άλλα λόγια η μόδα αποτελεί το πρόγραμμα του νέου. Το άτομο δεν είναι και τόσο ελεύθερο στις επιλογές του. Δομικά και περιστασιακά μεταβατικοί περιορισμοί στενεύουν τα περιθώρια επιλογών του.<sup>116</sup>

Στις σύγχρονες αναπτυγμένες κοινωνίες είναι διαδεδομένα κινήματα διαμαρτυρίας και πρότυπα συμπεριφοράς της «νεανικής κουλτούρας». Η κοινωνική θέση (status) των νέων έχει μεταβληθεί σημαντικά και η μεταβολή αυτή έχει επιπτώσεις στις στάσεις, την κοινωνική συμπεριφορά και το στυλ της ζωής τους. Ο καταλογισμός των κοινωνικών θέσεων του «νέου» και του «ενηλίκου» καθορίζεται σε κάθε κοινωνία μόνο σε πολύ γενικές γραμμές από την βιολογική ηλικία, ενώ η συγκεκριμένη ένταξη των ατόμων σ' αυτές τις θέσεις και οι διαδικασίες της μετάβασης από την πρώτη στη δεύτερη είναι θεσμοθετημένες σε συνάρτηση με την συγκεκριμένη κατανομή καθηκόντων και υπευθυνοτήτων η οποία διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία. Σε προηγούμενες κοινωνίες οι νέοι αναλάμβαναν νωρίς κοινωνικούς ρόλους και καθήκοντα, ώστε η φάση της «νεότητας» ανάμεσα στην παιδική ηλικία και στην πλήρη ανάληψη της θέσης του ενηλίκου ήταν σύντομη.<sup>117</sup> Σήμερα οι νέοι ζουν σε διαφορετικές συνθήκες με αυτές των μεγαλύτερων γενιών, με αποτέλεσμα να έχουν άλλους στόχους και άλλες προσδοκίες. Η επιτυχία την

---

<sup>116</sup> Γκοτοβός, 1996

<sup>117</sup> Κελπανίδης, 1997

οποία η κοινωνία επιβάλλει, αποτελεί συνάρτηση της οικονομικής επιφάνειας. Η αντίδρασή τους έγκειται μέσα από την απόρριψη των πολιτικών και των κομμάτων, το στιγματισμό του εκπαιδευτικού συστήματος και γενικότερα των παραδοσιακών αξιών.<sup>118</sup>

### 7.3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΝΕΩΝ - ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Στην προσπάθειά μας να κατανοήσουμε τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ νέων και ηλικιωμένων ατόμων, θα πρέπει πρώτα να διαβάσουμε την κοινωνική πραγματικότητα και τις συνθήκες στις οποίες καλούνται να αναπτυχθούν οι σχέσεις αυτές. Η νεότητα είναι ένα στάδιο της ζωής του ατόμου, το οποίο βρίσκεται σε μια μεταβατική φάση. Βρίσκεται δηλαδή στη φάση της προετοιμασίας για την ανάληψη των ρόλων των ενηλίκων. Από την άλλη πλευρά, η τρίτη ηλικία αποτελεί τη φάση εκείνη της ζωής του ατόμου που έχει βιώσει αξίες και ρόλους, έχει δοκιμαστεί από αντιξοότητες και δυσκολίες ξεπερνώντας με σωστό ή λάθος τρόπο. Έχει αποκτήσει δηλαδή εμπειρία που δίνει τη δυνατότητα στο ηλικιωμένο άτομο να υποστηρίξει τις προσωπικές του αντιλήψεις. Συγκρίνοντας λοιπόν, τις δυο παραπάνω γενιές θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για έναν «ανταγωνισμό», μια αντίθεση μεταξύ τους. Ο ανταγωνισμός αυτός έχει ιδεολογικό, πνευματικό και κοινωνικό χαρακτήρα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται χάσμα μεταξύ τους, αφού έχει να κάνει με συγκρούσεις κάποιων γενικών χαρακτηριστικών των δυο γενεών. Την πείρα των ηλικιωμένων με την απειρία των νέων, τη νηφαλιότητα με τη βιασύνη, το ρεαλισμό με τον ιδεαλισμό, το συντηρητισμό με την ανανέωση, την προσαρμογή με την επαναστατικότητα αντίστοιχα.



Στις σύγχρονες κοινωνίες η συμμετοχή της οικογένειας δεν αρκεί για

---

<sup>118</sup> Κωνσταντοπούλου και συν. 2000

την εμφάνιση των προκαθορισμένων ρόλων, εξαιτίας της ευρύτητας και της συνθετότητας των ρόλων που τις χαρακτηρίζουν. Οι πρωτογενείς φορείς κοινωνικοποίησης και κυρίως η οικογένεια μεταδίδουν μόνο μέρη των αναγκαίων ρόλων και ικανοτήτων που είναι απαραίτητα για την κοινωνία των ενηλίκων. Ως αποτέλεσμα έχουμε το χάσμα της νεολαίας με τις παραδοσιακές κοινωνικές ομάδες (οικογένεια, συγγένεια, κοινότητα). Η αποσύνδεση αυτή κάνει τη νεολαία να κοινωνικοποιείται και από άλλους φορείς εκτός οικογένειας, όπως το σχολείο και αργότερα η εργασία. Επιπλέον λόγω της διάχυτης κατάστασης οι επιδράσεις πάνω στους νέους πληθαίνουν. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι: η έλλειψη ξεκάθαρων και σταθερών ρόλων, όπου κάνει τους νέους να ζουν σε μια κατάσταση αβεβαιότητας και έλλειψης ασφάλειας ή έλλειψης προτύπων συμπεριφοράς, καθώς και ελλιπούς προδιαγραφής κοινωνικών ρόλων.

Τα στοιχεία εκείνα που καθορίζουν και επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η εφηβεία και μετά η νεότητα, είναι οι τρόποι και οι θεσμοί που υιοθετούν οι κοινωνίες και καθορίζουν μεταξύ άλλων



και τις σχέσεις ανάμεσα στις γενιές. Η εξέλιξη του ανθρώπου συγκρούεται, στην εφηβεία με τις δομές της κατεστημένης κοινωνίας και πιο συγκεκριμένα με τους θεσμούς της οικογένειας, της εκπαίδευσης και της εργασίας. Μέσα από τις συγκρούσεις που δημιουργούνται, τις αντιφάσεις που υπάρχουν και τις προσπάθειες αυτονόμησης που κινητοποιούνται από το άτομο στην εφηβεία, δημιουργείται η ιστορία της εκάστοτε νεανικής ηλικίας.<sup>119</sup> Οι αξίες που επιτάσσει η σύγχρονη καταναλωτική κοινωνία ως βασικό στόχο στην νεότητα, περιστρέφονται γύρω από την εργασία και την εξέλιξη σε αυτή. Ακόμη και η

<sup>119</sup> Τσελίκια, 1991

οικογένεια με την εκπαίδευση, γίνονται παράμετροι για την επιτυχημένη και δημιουργική ενσωμάτωση του ατόμου στο παραγωγικό σύστημα. Η κοινωνική εξέλιξή του και η ευημερία του περνάει μέσα από την επιτυχία και την πρόοδο στον επαγγελματικό χώρο.

Η εργασία όμως, δεν αποτελεί κοινωνικό κριτήριο μόνο για τους νέους, αλλά επηρεάζει και την τρίτη ηλικία. Είναι το στάδιο στο οποίο το άτομο συνταξιοδοτείται και αποσύρεται σταδιακά από την παραγωγική διαδικασία. Η οριοθέτηση της τρίτης ηλικίας δε γίνεται μόνο με κριτήριο την ηλικία, αλλά συμβάλλουν και άλλοι κοινωνικοί, πολιτικοί και οικονομικοί παράγοντες. Η επίδραση των νεοφιλελεύθερων πρακτικών, η αυξανόμενη ανεργία ιδιαίτερα των νέων, η μεταναστευτική εισροή και η αύξηση νέου εργατικού δυναμικού, δημιουργούν πιέσεις προς την κατεύθυνση της συνταξιοδότησης και της απομάκρυνσης των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Οι κοινωνικές και κρατικές λοιπόν πρακτικές αναπαράγουν αντιφάσεις και δημιουργούν ανταγωνισμό ανάμεσα στις γενιές αφού διαμορφώνεται μια νέα κοινωνική αντίληψη, η οποία έχει ως βασική αξία, την αξία της εργασίας και της παραγωγής. Η νέα γενιά προσπαθεί να εισχωρήσει σ' αυτή και η τρίτη ηλικία είτε αγωνίζεται να προσαρμοστεί για να παραμείνει σε αυτή, είτε απομακρύνεται.

Οι γρήγορες εξελίξεις στην κοινωνία και κυρίως η μετάβαση από τη βιομηχανική στη μεταβιομηχανική εποχή, η ανάπτυξη της τεχνολογίας, η εξειδίκευση της εργασίας και ο ανταγωνισμός, προκάλεσαν ανακατάταξη στους θεσμούς και στην προσωπική ζωή του ατόμου. Στην Ελλάδα η αλλαγή στη μορφή της κοινωνικής οργάνωσης με κυρίαρχο στοιχείο την αλλαγή στην ενδοοικογενειακή ιεραρχία, αναπροσδιόρισε και το σύστημα αξιών όπου οι ηλικιωμένοι είχαν περίοπτη θέση και αμφισβήτησε σταδιακά την κοινωνική υπεροχή τους. Από την εμπειρική διερεύνηση του Μωυσίδη (2002), προέκυψε ότι ηλικιωμένοι σε αγροτικές περιοχές εμφανίζουν υψηλό βαθμό φυσικής, οικονομικής και ψυχολογικής εξάρτησης. Βρίσκονται στα όρια ή μέσα στη διαδικασία της περιθωριοποίησης.

Η κοινωνία κατά την Townsend (1986) δημιουργεί ένα πλαίσιο θεσμών και κανόνων μέσα στους οποίους, αναφύονται ή πράγματι κατασκευάζονται

προβλήματα των ηλικιωμένων. Η κατάσταση εξάρτησης στην οποία πέφτουν ορισμένοι ηλικιωμένοι δεν αποτελεί αναπόφευκτο αποτέλεσμα της φυσικής διαδικασίας της γήρανσης, αλλά δομείται κοινωνικά ένα σύνολο μέτρων και θεσμών, τα οποία μπορούν είτε να προωθούν, είτε να παρεμποδίζουν ή να καθυστερούν την κοινωνική μεταβολή. Η αντίληψη της απόσυρσης, της



μείωσης συμμετοχής και των ικανοτήτων, δημιουργούνται μέσα από τις τάσεις που επιβάλουν οι πολιτικές της αγοράς για τους ηλικιωμένους. Βέβαια δεν μπορούμε να παραβλέψουμε πολλές φορές και την αύξηση της αποδοχής, της προσωπικής αξίας μέσα σε

ένα φάσμα σχέσεων αποδοτικότητας και προσωπικής αναγνώρισης που υφίσταται πολλές φορές. Δημιουργείται μια διττή σχέση ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους, όπου η κοινωνική πολιτική καλείται να αναζητήσει τις ισορροπίες ανάμεσα σε αυτή τη σχέση.<sup>120</sup>

Το φαινόμενο λοιπόν της διαλεκτικής αντίθεσης των γενεών, είναι ένα κυκλικό φαινόμενο που δεν έλειψε ποτέ από την ιστορία των κοινωνιών και επαναλαμβάνεται σχεδόν «νομοτελειακά», όσο μεταλλάσσονται και οι κοινωνίες. Εκδηλώνεται με αρνητικές ή και θετικές συνέπειες και εκφράζει σταθερά μια δυναμική αμφισβήτησης των κατεστημένων θέσεων. Υπάρχουν σταθερές αιτίες που το προκαλούν και τις αναζητούμε στον κοινωνικό περίγυρο, καθώς και στην ψυχοσυγκινησιακή και κοινωνική σφαίρα της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Δεν παύει όμως να είναι ένα φαινόμενο με παροδικό και μεταβατικό χαρακτήρα. Η διαδικασία αυτή της σύγκρουσης των γενεών αποτελεί και την εξέλιξη της κοινωνικής και πολιτικής μεταβολής. Η σύγκρουση αυτή σε συνδυασμό με τα στοιχεία της κοινωνικής πραγματικότητας, είναι ικανή να

<sup>120</sup> Στασινοπούλου, 1996

προκαλέσει ανανεωτικά κίνητρα. Η οικογένεια και η εκπαίδευση καλούνται να παίξουν σημαντικό ρόλο, τόσο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των νέων, όσο και στη παροχή των απαραίτητων γνώσεων για την κοινωνική τους σταδιοδρομία. Καθώς επίσης καλούνται να προφυλάξουν το έργο και την αξία των ηλικιωμένων και να το μεταδώσουν με το σωστό τρόπο στις επόμενες γενιές.

Το «σύνδρομο» του εγωκεντρικού συμφέροντος σήμερα κυριαρχεί στις διαπροσωπικές σχέσεις, την οικογένεια, τις κοινωνίες και τους πολιτισμούς και κάνει την ανθρώπινη επικοινωνία ακόμη πιο δύσκολη. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι εκδηλώσεις των νέων πρέπει να αντιμετωπίζονται με καθαρά ψυχολογικούς τρόπους και άλλες που πρέπει να αντιμετωπίζονται ως καθαρά κοινωνικές. Για παράδειγμα οι αρχικές αντιδράσεις του έφηβου προς τους μεγάλους, είναι ένα φαινόμενο καθαρά ψυχολογικό και έτσι δεν μπορεί να αντιμετωπιστούν οι αρχικές αντιδράσεις των εφήβων προς τους μεγάλους με ερμηνείες βασικά κοινωνιολογικές. Όταν συμβαίνει αυτό, τότε έχουμε φαινόμενα που συντηρούν ένα χάσμα ανάμεσα στις γενιές και εγκαταλείπονται οι προσπάθειες να αποκομίσει η μια γενιά από την άλλη τα θετικά στοιχεία.

#### **7.4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΗΝ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΝΕΩΝ - ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που αναπτύχθηκαν στην ελληνική κοινωνία συνέβαλαν στην διαδικασία μετασχηματισμού και προσαρμογής προτύπων, ρόλων και αξιών. Επέδρασαν καταλυτικά στην οργάνωση του δημόσιου και ιδιωτικού βίου του ατόμου και δημιούργησαν νέες συνθήκες ανάπτυξης και εξέλιξής του. Βασικό μετασχηματισμό στη ζωή του σύγχρονου ατόμου αποτελεί και η αλλαγή των σχέσεών του, τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο. Μελετώντας τις σχέσεις των νέων ατόμων με τους ηλικιωμένους, βλέπουμε και εδώ να σημειώνονται αλλαγές μεταξύ τους ως απόρροια των κοινωνικών εξελίξεων. Στις αλλαγές αυτές μπορούν να υπογραμμιστούν ορισμένοι παράγοντες που επέδρασαν και συμβάλουν στην

αναπροσαρμογή και το σχηματισμό νέων δεδομένων στην ελληνική πραγματικότητα, επηρεάζοντας την συνύπαρξή τους.

Η αστικοποίηση και η εγκατάλειψη του αγροτικού χώρου κυρίως από τους νέους, τους απομάκρυνε από τους ηλικιωμένους αφού οι δεύτεροι παραμένουν σε μεγαλύτερο βαθμό στις αγροτικές περιοχές. Η επικοινωνία λοιπόν μεταξύ νέων και ηλικιωμένων εντοπίζεται σε μικρή συχνότητα, αφού έρχονται σε επαφή λίγο χρονικό διάστημα, κυρίως κατά την περίοδο των διακοπών ή των έκτακτων περιπτώσεων. Η οργάνωση του τρόπου ζωής αυτών των δύο γενεών, διαφέρει σε πολύ σημαντικό βαθμό και είναι άγνωστος ο τρόπος που αναπτύσσεται αντίστοιχα. Είναι δύσκολο έτσι να υπάρξει κατανόηση των αναγκών τους και των αξιών τους και να συνυπάρξουν ομαλά, αν αυτό χρειαστεί. Οι σχέσεις τους περιορίζονται στην απόλαυση των συναισθημάτων που γεννιούνται στην ολιγοήμερη συναναστροφή τους, καθώς τα αισθήματα της μοναξιάς, της έλλειψης και της νοσταλγίας κυρίως από τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές για τα αγαπημένα τους πρόσωπα είναι πολύ έντονα.

Η αλλαγή της δομής της οικογένειας που προήλθε και αυτή μέσα από τις κοινωνικές μεταβολές, δηλαδή από εκτεταμένη οικογένεια σε συζυγική, επέφερε και αυτή αλλαγή στις αξίες της. Τα ηλικιωμένα άτομα δεν μένουν πλέον με την οικογένεια και έτσι η επιρροή σε αυτή μειώθηκε. Οι ηλικιωμένοι τοποθετούνται πλέον έξω από τον κύκλο ζωής των νέων.<sup>121</sup>

Η συγκατοίκηση και η προσωπική αλληλεπίδραση των μελών μιας εκτεταμένης οικογένειας δημιουργούσαν στο παρελθόν ένα πνεύμα αλληλεγγύης που θεωρείται δείγμα του παραδοσιακού χαρακτήρα της οικογένειας. Σ' αυτό το πλαίσιο οι γονείς φρόντιζαν τα παιδιά στην παιδική ηλικία και σε ανταπόδοση τα παιδιά, τους φρόντιζαν στα γηρατεία. Αυτή η αλληλεξάρτηση των γενεών καλλιεργούσε και κάλυπτε ένα σύστημα αξιών στο οποίο ο σεβασμός για τους ηλικιωμένους αποτελούσε ηθικό καθήκον. Η φροντίδα των ηλικιωμένων από τους νεότερους ήταν υποχρέωση. Η οικογενειακή και συγγενική αλληλεγγύη στην εκτεταμένη οικογένεια ήταν

---

<sup>121</sup> Κατάκη, 1998



καθήκον και υποχρέωση, αποτελούσε κοινωνική αξία. Βασικό δομικό στοιχείο της ήταν η αυστηρή ενδοοικογενειακή ιεραρχία στην οποία προϊστάτο ο πατέρας και συνήθως ο ηλικιωμένος πατέρας. Η κοινωνική αυτή υπεροχή των ηλικιωμένων αντικαταστάθηκε μέσα από την έντονη αμφισβήτηση. Τα μεγαλύτερα άτομα ήταν οι φορείς των γνώσεων, των εμπειριών και των ισχυόντων κωδίκων ηθικής. Με την προσπάθεια όμως της αμφισβήτησης του κοινωνικού κατεστημένου, τις απαιτήσεις της σύγχρονης παραγωγής, άλλαξε και η θέση των ηλικιωμένων μέσα από την αλλαγή της μορφής της οικογένειας.<sup>122</sup>

Στην Ελλάδα αν και γενικότερα επικρατεί μια αντίληψη χαλάρωσης των οικογενειακών δεσμών, δεν επιβεβαιώνεται πλήρως, αφού υπάρχουσες μελέτες για τους ηλικιωμένους δείχνουν ότι σε ένα σημαντικό ποσοστό οι ηλικιωμένοι εξακολουθούν να «ζουν μαζί» με τα παιδιά τους ή να έχουν συχνή επικοινωνία και σχέσεις αλληλοϋποστήριξης. Ωστόσο οι εκτιμήσεις από προγράμματα που απευθύνονται σε ηλικιωμένους, όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», είναι ότι ένα ποσοστό των ηλικιωμένων με ανάγκες φροντίδας ζουν μόνοι είτε συνεχώς είτε εποχιακά.<sup>123</sup>

Όλες αυτές οι αλλαγές στην δομή υπηρεσιών, θεσμών και αξιών των μελών της κοινωνίας, είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της επιρροής της οικογένειας στα μέλη της. Οι θεσμοί χαλάρωσαν και το νέο κοινωνικό σύστημα απαιτεί ανεξαρτησία του ατόμου από την πρωτογενή του ομάδα. Η ακύρωση των συλλογικών λειτουργιών της οικογένειας, η μείωση των μελών σε συνδυασμό με τις νέες γνώσεις, τις αυξανόμενες δυνατότητες εργασιακής κινητικότητας, «απελευθέρωσαν» τους νέους από το οικονομικό δέσιμο με την οικογένεια μέσω της εκμετάλλευσης της οικογενειακής κληρονομιάς, συνεπώς και από την εξουσία των ηλικιωμένων που ασκούσαν έλεγχο προνομιακά μέσω αυτής. Παράλληλα, η υιοθέτηση αστικών προτύπων διαβίωσης και νέων προτύπων κατανάλωσης αποτελεί ένα ακόμη στοιχείο σύγκρουσης μεταξύ των γενεών, καθώς και η υιοθέτηση των νέων προτύπων, χρησιμοποιείται από τις

---

<sup>122</sup> Μουσούρου, 1998

<sup>123</sup> Στασινοπούλου, 1996

νέες γενιές πολλές φορές ως πεδίο αμφισβήτησης της αυθεντίας των ηλικιωμένων με στόχο τη δημιουργία ανεξάρτητων νοικοκυριών.<sup>124</sup>

Αν και η εγκατάλειψη των ηλικιωμένων ατόμων είναι δείγμα νεωτερικής συμπεριφοράς των ατόμων, ωστόσο τα μέλη της ελληνικής οικογένειας κατά ένα ποσοστό, δεν υιοθετούν αυτή τη συμπεριφορά. Η δύναμη των δεσμών μεταξύ των γενεών, με κύριο συνδετικό κρίκο τους γονείς, υφίσταται ακόμη ως ένα βαθμό.

Πλέον παρατηρείται μείωση της προσήλωσης σε κανόνες που επέβαλαν κυρίως οι μεγαλύτερες γενιές στις νεότερες. Η ρευστότητα αυτή των αξιών που γίνεται ολοένα και πιο έντονη στην εποχή μας, αλλάζει και την πολιτισμική αντίληψη του ατόμου και γενικότερα των γενεών. Η αλλαγή των παραδοσιακών μορφών ψυχαγωγίας, διασκέδασης και αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου από γενιά σε γενιά, αποτελεί τροχοπέδη στις μεταξύ τους σχέσεις. Είτε μέσα από κάποιες παραδοσιακές λειτουργίες της ψυχαγωγίας, είτε από την ανάπτυξη της τεχνολογίας και τη γέννηση νέων μορφών αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου, καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη η επικοινωνία και η συνύπαρξη μεταξύ των νέων και των ηλικιωμένων όσον αφορά την πολιτισμική τους έκφραση. Τα μέλη της οικογένειας δεν συμμετέχουν από κοινού σε κάποιες οικογενειακές ψυχαγωγικές δραστηριότητες, έχουν απελευθερωθεί από την υποχρέωση να διασκεδάζουν με άλλα μέλη της οικογένειας. Επίσης η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας, με την εισχώρηση της τηλεόρασης, του Η/Υ καθώς και άλλων τεχνολογικών μέσων διασκέδασης ή ψυχαγωγίας, επιδρούν στις συλλογικές δυνατότητες ψυχαγωγίας και επικοινωνίας. Η χρήση των νέων μέσων από τους νέους καθιστά αδύνατη την επικοινωνία και την κοινή αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου με τους ηλικιωμένους, καθώς οι δεύτεροι είναι ανήμποροι να προσαρμοστούν στις τόσο γρήγορες τεχνολογικές εξελίξεις.

Η αλλαγή των αξιών καθώς και τα νέα τεχνολογικά επιτεύγματα επέφεραν αλλαγές και στην παροχή υπηρεσιών των προνοιακών συστημάτων. Οι σύγχρονες απαιτήσεις κυρίως όσον αφορά την παραγωγική διαδικασία

---

<sup>124</sup> Μωυσίδης, 2002

επέβαλαν αλλαγές. Οι ανάγκες και η φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων, πλέον δεν καλύπτονται από τις νεότερες γενιές αλλά αποτελεί κρατική μέριμνα. Τα διάφορα κοινωνικοπρονοιακά προγράμματα που αναπτύσσονται είναι απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών κυρίως των ηλικιωμένων ατόμων, αφού αντικαθιστούν την παροχή φροντίδας που άλλοτε προέρχονταν μέσα από την οικογένεια. Πέραν όμως από τις μεγαλύτερες γενιές και οι νεότερες χρησιμοποιούν την κρατική ή ιδιωτική παροχή υπηρεσιών για την κάλυψη αναγκών που άλλοτε ήταν δεδομένη μέσα από τα συγγενικά πρόσωπα, όπως για παράδειγμα η φύλαξη των παιδιών που σήμερα καλύπτεται από τους παιδικούς σταθμούς. Παρατηρείται λοιπόν η εισχώρηση άλλων συντελεστών στις μεταξύ σχέσεις των ατόμων και έτσι δυσχεραίνεται ολοένα και περισσότερο η δημιουργία ισχυρών δεσμών.<sup>125</sup>

Ακόμη η τυποποίηση της ηλικίας σε συνδυασμό με την εξειδίκευση της εργασίας που προήλθαν μέσα από την τεχνολογική ανάπτυξη, οδηγούν τα ηλικιωμένα άτομα στον αποκλεισμό από την παραγωγική διαδικασία, καθώς είναι δύσκολο να ανταγωνιστούν τη νέα γενιά και να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις. Έχουμε έτσι την ελαχιστοποίηση της συνύπαρξης των δυο ηλικιών - νέων και ηλικιωμένων, όσον αφορά στη διαδικασία παραγωγής και κατ' επέκταση στην επικοινωνία τους σε όλα τα επίπεδα.

Παρατηρώντας και καταγράφοντας τις συνθήκες που βιώνουν τόσο οι ηλικιωμένοι, όσο και οι νέοι της σημερινής εποχής, ένα κύριο κοινό σημείο που θα μπορούσαμε να επισημάνουμε είναι η συνεχής προσπάθεια για προσαρμογή στις γρήγορες αλλαγές. Οι ηλικιωμένοι βρίσκονται απέναντι σε αλλαγές που επηρεάζουν τις αξίες τους, τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις τους, την οργάνωση του τρόπου ζωής τους. Έχουν γεννηθεί νέες ανάγκες και καλούνται να ανταποκριθούν σε αυτές για να μην περιθωριοποιηθούν από τις νεότερες γενιές. Ενώ από την άλλη πλευρά οι νέοι βρίσκονται μπροστά σε μια κοινωνία πολυπολιτισμική, με αυξημένες, πάντα απαιτήσεις αλλά χωρίς ξεκάθαρους ρόλους, αξίες και κανόνες. Η κριτική θεώρηση από την άλλη πλευρά των νέων για τα ζητήματα και τις συνθήκες ζωής τους δεν προλαβαίνει

---

<sup>125</sup> Μουσούρου, 1998

να αναπτυχθεί και αναγκάζονται έτσι να τις δεχτούν χωρίς περιθώρια αντίδρασης.

Από τα παραπάνω διακρίνεται, λοιπόν, η αδυναμία των δυο γενιών να βρεθούν και να επικοινωνήσουν μεταξύ τους, εκ των πραγμάτων, μιας και οι ανάγκες τους διαφέρουν. Σημαντικό ρόλο επικοινωνίας μεταξύ τους εξακολουθεί να αποτελεί η οικογένεια που εξακολουθεί να προσφέρει τις λειτουργίες της και μέσα από αυτές να καλλιεργεί και την σχέση των νέων με τους ηλικιωμένους. Η επικοινωνία αυτή μπορεί σε πρώτο στάδιο να είναι με τους ηλικιωμένους συγγενείς, αποτελεί όμως την βάση για την ευαισθητοποίηση των νέων, αργότερα και προς άλλους ηλικιωμένους πολίτες.

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

#### **8.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

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

#### **8.2. ΣΤΑΣΕΙΣ, ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

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

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

Υπάρχουν βάσιμοι λόγοι να πιστεύει κανείς ότι ένας ομαλός ώριμος άνθρωπος γίνεται περισσότερο πλούσιος συναισθηματικά με την πάροδο της ηλικίας και ότι βασικά οι ηλικιωμένοι διαπνέονται από αλτρουιστικά και

γενναιόδωρα συναισθήματα για τις νεότερες γενεές.

Οι νέοι άνθρωποι κυριαρχούνται από τα ανάμικτα συναισθήματα σεβασμού για τους ηλικιωμένους σαν κατόχους σοφίας και ώριμης κρίσεως ταυτόχρονα με συναισθήματα αντιπάθειας προς αυτούς σαν σύμβολα συνειδήσεως. Η άπωση αυτή των νέων προς τους ηλικιωμένους οφείλεται κατά τον Κρεομάλη (1991) στον κοινωνικό φόβο για τον θάνατο και στο γεγονός ότι ο ηλικιωμένος είναι το σύμβολο της θνησιμότητας. Εξαιτίας αυτού, όπως πιστεύει ο συγγραφέας, γίνεται παραβίαση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας.



Οι ηλικιωμένοι στις μεγάλες πόλεις δεν αισθάνονται συναισθήματα εχθρότητας ούτε αγένειας, αλλά ο σεβασμός που έδειχναν άλλοτε οι νέοι ιδιαίτερα στα μέσα μαζικής μεταφοράς βαθμιαία εξαφανίζεται.<sup>126</sup>

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

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

Οι ευαισθητοποίηση των ηλικιωμένων για τα εγγόνια τους είναι πολύ θετικές. Τα θεωρούν καλά, χαρούμενα, γεμάτα υγεία, όμορφα και γρήγορα. Αντίστοιχες αντιλήψεις - ευαισθητοποιήσεις έχουν οι ηλικιωμένοι για τους

---

<sup>126</sup> Μαρκετάκης, 1993

νέους, τους οποίους περιέγραψαν ως απαιτητικούς, ανυπάκουους, ευέξαπτους και εγωκεντρικούς. Υπάρχει σαφώς ευνοϊκότερη ευαισθητοποίηση για τα εγγόνια τους που τα περιέγραψαν μόνο με θετικά επίθετα.<sup>127</sup>

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

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

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

---

<sup>127</sup> Μαρκετάκης, 1993

σχέσεων.

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

Στην Ελλάδα, το χάσμα των γενεών παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονο στη εποχή μας. Αμφισβητείται η εμπειρία των ηλικιωμένων ατόμων, κάτι που δεν συνέβαινε στο παρελθόν και αντίθετα έχει δοθεί προτεραιότητα στα θέματα που απασχολούν τους νέους με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται πολλές φορές παραγκωνισμένοι από τη νεότερη γενιά. Στο ερώτημα πως τους αντιμετωπίζουν οι νέοι, το 86% θεωρεί αρνητική τη συμπεριφορά των νέων απέναντι στους ηλικιωμένους και μόνο το 14% απαντά ότι αντιμετωπίζονται από τις νεότερες γενιές με αγάπη, σεβασμό και κατανόηση.<sup>128</sup>

### **8.3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΤΙΚΕΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ALZHEIMER**

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

Οι ερευνητές γνωρίζουν αρκετά για το σεξισμό και το ρατσισμό αλλά διαθέτουν συγκριτικά λίγα στοιχεία για τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που βασίζονται στον παράγοντα ηλικία. Οι προκαταλήψεις για την ηλικία είναι ένα από τα περισσότερο κοινωνικώς



<sup>128</sup> Μαρκετάκης, 1993



αποδεκτά και καθιερωμένα είδη προκαταλήψεων, κι αυτό ίσως αποτελεί την αιτία της παράβλεψής τους από τους ερευνητές.<sup>129</sup>

Η καθιέρωση των ηλικιακών προκαταλήψεων έχει τις ρίζες του στον αυξημένο αρνητικό τρόπο που οι Η.Π.Α. προσεγγίζουν τα ηλικιωμένα άτομα. Στις Η.Π.Α., τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας τείνουν να περιθωριοποιούνται και να αποποιούνται των ευθυνών, της δύναμης και εν τέλει της αξιοπρέπειάς τους.<sup>130</sup>

Στην πιο δύσκολη θέση, σύμφωνα με τους Moniz-Cook,<sup>131</sup> βρίσκονται οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από άνοια και καλούνται να ξεπεράσουν το διπλό στίγμα της ηλικίας και της πάθησής τους. Και οι δύο παραπάνω παράγοντες επιδρούν αναπόφευκτα στην ποιότητα ζωής που έχουν, στις υπηρεσίες που απολαμβάνουν και στις διεθνείς πολιτικές που δομούν αυτές τις υπηρεσίες.

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

Σύμφωνα με τον Goffman (1963), μπορούμε να εντοπίσουμε τρεις τύπους στίγματος.<sup>132</sup> Ο πρώτος συνδέεται με τις αλλαγές που εμφανίζονται στο ανθρώπινο σώμα. Η άνοια συνδέεται ιδιαίτερα με φόβους για τις κινητικές ικανότητες και ζωτικές λειτουργίες του σώματος όπως η διαδικασία της πρόσληψης τροφής, αυτοφροντίδας, κ.ά. Ο δεύτερος τύπος αναφέρεται στην κατάσταση των ατόμων που έχουν ατομικά ψεγάδια που επιδρούν αρνητικά στη κοινωνική τους θέση. Τα άτομα με άνοια έχουν αδιαμφισβήτητα αρνητικά γνωρίσματα έλλειψης της πλήρους νοητικής λειτουργίας, κοινωνικά απαράδεκτης συμπεριφοράς και ακράτειας. Κλείνοντας, ο τρίτος τύπος αναφέρεται στην ομαδοποίηση των ατόμων με βάση την ηλικία τους και την ικανότητά τους να αποκτούν νέα γνώση. Τα άτομα με άνοια δεν έχουν την ικανότητα να παίρνουν αποφάσεις λόγω έλλειψης της επίγνωσης και του φόβου μέσα στην οικογένεια για την κληρονομική φύση υπαιτιότητας της

---

<sup>129</sup> Nelson, 2002a, Palmore, 1999

<sup>130</sup> Nelson, 2002a

<sup>131</sup> Moniz-Cook, 2005

<sup>132</sup> Goffman, 1963

νόσου. Συχνά η κατάληξη είναι η ιδρυματοποίηση των ατόμων με άνοια.

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

#### **8.4. ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ: ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Βασικός δείκτης των προκαταλήψεων των νέων για τους ηλικιωμένους είναι ο τρόπος επικοινωνίας που επιλέγουν. Δύο τύποι αρνητικής επικοινωνίας έχουν οριστεί από τους επιστήμονες και αυτοί είναι: ο τύπος της υπεράνεσης-υπερπροστατευτικότητας και ο τύπος της παιδικής ομιλίας (baby talk).<sup>133</sup>

Στον πρώτο τύπο, τα νεαρά άτομα γίνονται υπερβολικά ευγενικά, μιλάνε δυνατά και πιο αργά, τονίζουν υπερβολικά τις προτάσεις τους και χρησιμοποιούν πολύ απλές λέξεις. Αυτό βασίζεται στην προκατάληψη ότι οι ηλικιωμένοι έχουν προβλήματα ακοής, χαμηλότερη διανοητική ικανότητα και αργό ρυθμό σκέψης.<sup>134</sup>

Στον δεύτερο τύπο, υπάρχει μία υπεραπλούστευση του τρόπου ομιλίας σε συνδυασμό με τον υψηλό τόνο της φωνής. Αυτός ο τύπος συνδέεται με το στερεότυπο ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ελλείμματα γενικών ικανοτήτων και γι' αυτό χρειάζεται ένας ειδικός τρόπος ομιλίας σε ένα πιο αργό και πιο απλό επίπεδο.<sup>135</sup>

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

---

<sup>133</sup> Nelson, 2002a

<sup>134</sup> Giles, Fox, Harwood, & Williams, 1994

<sup>135</sup> Carporael, 1981

# ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

## 9.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στα άτομα της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται συνήθως από γενικεύσεις. Είναι πολύ διαδεδομένη η γνώμη ότι τρίτη ηλικία σημαίνει απομόνωση, μοναξιά, εξάρτηση, ανάγκη για βοήθεια και μείωση των νοητικών ικανοτήτων. Το ηλικιωμένο άτομο δεν θεωρείται πια αποδοτικό και παραμένει έξω από την παραγωγική διαδικασία. Υποστηρίζεται ότι η τρίτη ηλικία είναι πρωταρχικά κοινωνική συνάρτηση και στη συνέχεια λειτουργική και οργανική αλλαγή.

Σύμφωνα με τους Stroebe και Insko (1989), «**στερεότυπο** είναι ένα σύνολο πεποιθήσεων που αφορούν στα προσωπικά χαρακτηριστικά μιας ομάδας ανθρώπων». Όταν δηλαδή αποδίδουμε γνωρίσματα σε κάθε άτομο μιας ορισμένης ομάδας, χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη τις πραγματικές διαφορές και ποικιλίες, τότε η στάση μας παρουσιάζει μια υπεργενίκευση και αποτελεί ένα στερεότυπο.

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για τα στερεότυπα. Σύμφωνα με την κοινωνικό-πολιτισμική προσέγγιση, τα στερεότυπα αποκτώνται και διατηρούνται μέσω της κοινωνικής μάθησης και της κοινωνικής ενίσχυσης. Αποκτώνται μέσω της παρατήρησης των συμπεριφορών και υπαγορεύονται από τους κοινωνικούς ρόλους, οι οποίοι διαμορφώνονται από την κοινωνικο-οικονομική δομή της εκάστοτε κοινωνίας. Για τη γνωστική προσέγγιση, τα στερεότυπα αποτελούν γνωστικές δομές που περιέχουν τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες που έχει ένα άτομο για μια ομάδα. Τέλος για τη θεωρία της ρεαλιστικής σύγκρουσης, τα στερεότυπα και η προκατάληψη είναι

αποτέλεσμα της σύγκρουσης συμφερόντων μεταξύ δυο ομάδων.<sup>136</sup>

**Προκατάληψη**, είναι η στάση απέναντι σε μια ομάδα και στηρίζεται στο στερεότυπο που έχουμε για τη συγκεκριμένη ομάδα. Αν μια στάση μας είναι έντονα θετική ή έντονα αρνητική, χωρίς όμως να συνοδεύεται από επαρκή και αντικειμενική πληροφόρηση, τότε μιλάμε για προκατάληψη.<sup>137</sup> Μια στάση που εκδηλώνεται απόλυτα και δεν αφήνει περιθώρια διαφοροποίησης, είναι πολύ εύκολο να μεταβληθεί σε προκατάληψη, σε εσφαλμένη δηλαδή τοποθέτηση.

## **9.2. ΕΙΔΗ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Για τις σύγχρονες κοινωνίες το κρίσιμο σημείο καθορισμού έναρξης της κοινωνικής εισόδου στην κατηγορία των ηλικιωμένων είναι το όριο ηλικίας εξόδου από την ενεργό οικονομική δραστηριότητα, δηλαδή την επίσημη απασχόληση.

Για τους άντρες που ταυτίζονται περισσότερο με το δημόσιο χώρο η αίσθηση της απώλειας κοινωνικής θέσης, της αποχώρησης από έναν κοινωνικό χώρο σημαντικό για τη διαμόρφωση της ιδιότητάς τους ως πολίτες είναι πιο έντονη. Για τις γυναίκες, η ταύτισή τους με το ιδιωτικό/οικιακό και προσωπικό χώρο μειώνει σημαντικά την αίσθηση αυτή. Οι συνθήκες και οι τρόποι με τους οποίους βιώνουν τα δύο φύλα την εξάρτηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό διαφέρουν. Ο διαχωρισμός "ιδιωτικού" και "δημοσίου" και η αντίστοιχη, διαφορετική ένταξη των δυο φύλων στις δυο σφαίρες αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην εδραίωση και αναπαραγωγή των «ηλικιακών διακρίσεων» και ειδικότερα της αρνητικής εικόνας των ηλικιωμένων ως αντικειμένων φροντίδας και κοινωνικού βάρους.

Η τρίτη ηλικία ως βιολογική εξέλιξη, συνδυάζει ένα μίγμα αντιλήψεων, στάσεων και συναισθημάτων, το οποίο εξαρτάται πάντα από τις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες.<sup>138</sup>

---

<sup>136</sup> Βοσνιάδου, 2000

<sup>137</sup> Παπαδόπουλος και Ζάχος, 1985

<sup>138</sup> Στασινοπούλου, 1996

Σήμερα με τις αλλαγές στον τρόπο παραγωγής, στη δομή της μορφής της οικογένειας και την εξέλιξη της τεχνολογίας, άλλαξε και η στάση της κοινωνίας απέναντι στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Με την αναδιάρθρωση των κοινωνικών παραδοσιακών προτύπων συμπεριφοράς και την αλλαγή των κωδικών ηθικής, και στάσεων, ο ηλικιωμένος έχασε την υπεροχή του. Τα στερεότυπα που δημιουργούνται γύρω από την τρίτη ηλικία, έχουν βιολογικά, κοινωνικό καθώς και πολιτισμικό χαρακτήρα.

Η σύγχρονη παραγωγή απαιτεί εξειδικευμένο, γρήγορο και ευέλικτο εργατικό δυναμικό. Τα ηλικιωμένα άτομα λόγω της φυσικής τους αδυναμίας και βιολογικής εξέλιξης, γίνονται δέκτες στερεοτύπων και προκαταλήψεων που έχουν να κάνουν με τη βιολογική, όπως αναφέραμε αδυναμία τους.

Η ενσωμάτωση των ηλικιωμένων στην κοινωνία, απαιτεί και την προσαρμογή τους στο σύγχρονο τρόπο ζωής. Πολλές φορές λόγω των γρήγορων εξελίξεων, το άτομο δυσκολεύεται να προσαρμοστεί σ' αυτές με αποτέλεσμα να υφίσταται κοινωνική περιθωριοποίηση και αδυναμία να αντεπεξέλθει στις σύγχρονες απαιτήσεις. Δημιουργείται έτσι η άποψη ότι είναι άχρηστο πια και ότι πρέπει να αποσυρθεί.

Επίσης η τάση για τη διεθνοποίηση ιδεολογιών, εθνών και την ενοποίηση από τις νέες γενιές, βρίσκει τα ηλικιωμένα άτομα αντιμέτωπα και αδύναμα να προσαρμοστούν, καθώς παραμένουν υπερασπιστές των παραδοσιακών αξιών, αντιμετωπίζοντας έτσι την άποψη ότι οπισθοδρομούν και δυσκολεύουν την πρόοδο των κοινωνιών.

### **9.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ**

Οι νέες τεχνολογικές απαιτήσεις στην παραγωγή, σε συνδυασμό με τη φυσική καμπή που χαρακτηρίζει τα άτομα τρίτης ηλικίας, οδηγούν στην αποπομπή τους από την παραγωγική διαδικασία. Δημιουργείται έτσι η εντύπωση ότι οι ηλικιωμένοι είναι δύσκολο να αντεπεξέλθουν σ' αυτές τις απαιτήσεις και αποκόβονται, έτσι σιγά-σιγά από αυτά. Παράλληλα η έναρξη

της συνταξιοδότησής τους, δημιουργεί την εντύπωση της απόσυρσης του ατόμου από την κοινωνική δυναμική και περιθωριοποιεί την ομάδα αυτή. Η αύξηση της ανεργίας των νέων ατόμων, επίσης οδηγεί στην ανάπτυξη προγραμμάτων που απευθύνονται σ' αυτούς κυρίως, απομονώνοντας έτσι τους ηλικιωμένους.

Οι κοινωνικές δομές που έχουν διαμορφωθεί, κυρίως στο οικογενειακό σύστημα, περιορίζουν το ρόλο των ηλικιωμένων και βοηθούν στη δημιουργία ορισμένων στερεοτύπων. Οι νέοι οικογενειακοί θεσμοί σε συνδυασμό με την κατάσταση υγείας τους, κυρίως αν αυτή είναι κακή, γεννούν αρνητικές τοποθετήσεις γύρω από την αξία αυτής της ηλικιακής ομάδας.

Επίσης αίτιο αρνητικών ή θετικών τοποθετήσεων απέναντι στους ηλικιωμένους, αποτελεί το επίπεδο εκπαίδευσης και μόρφωσής τους. Το επίπεδο αυτό καθορίζει και την ενασχόληση του ατόμου πια με αντίστοιχες δραστηριότητες. Αν το επίπεδο εκπαίδευσής τους, είναι υψηλό, οι ηλικιωμένοι, δε δυσκολεύονται πολύ να προσαρμοστούν στις νέες απαιτήσεις της εποχής και να δραστηριοποιηθούν μαζί με τις νεότερες γενιές. Αν όμως είναι αρκετά χαμηλό, τότε υπάρχει μεγάλη δυσκολία στη συνύπαρξη και κατανόηση μεταξύ αυτών και των νεότερων γενιών.

#### **9.4. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ**

Η ύπαρξη στερεοτύπων και προκαταλήψεων γενικότερα απέναντι σε οποιαδήποτε ομάδα ατόμων, δεν μπορεί παρά να έχει αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στην ίδια όσο και στην κοινωνία. Η προκατάληψη και τα στερεότυπα γεννιούνται από την έλλειψη πληροφόρησης. Όταν λοιπόν, δεν υπάρχει κατανόηση για την προσφορά της τρίτης ηλικίας, τις δυνατότητες της, την αξία της, τις ανάγκες και τα προβλήματά τους, τότε υπάρχει δυσκολία στην λειτουργικότητα του ατόμου μέσα στην κοινωνική πραγματικότητα.

Η κοινωνία αντιμετωπίζοντας προκατειλημμένα τα ηλικιωμένα άτομα, χάνει μια πολύ σημαντική ομάδα και τη δυναμικότητά της. Από την άλλη οι

ηλικιωμένοι αποκλείονται από τις κοινωνικές συνθήκες και αντιμετωπίζουν καταστάσεις όπως αποξένωση, μοναξιά-απομόνωση. Οι πραγματικές ανάγκες των ηλικιωμένων, δε συγκαλύπτονται και τα προβλήματά τους διογκώνονται ακόμη περισσότερο. Παράλληλα με την επικράτηση νέων θεσμών, δίνεται περισσότερη έμφαση στα προβλήματα των νέων ατόμων και παραγκωνίζονται έτσι τα προβλήματα των ηλικιωμένων. Αυτό βέβαια είναι και απόρροια της άποψης ότι οι ηλικιωμένοι έχουν πάψει να είναι χρήσιμα μέλη της κοινωνίας και έτσι εστιάζεται το ενδιαφέρον σε άλλες ηλικιακές κατηγορίες.

Επίσης με τη γρήγορη συνταξιοδότηση και την απομάκρυνση των ηλικιωμένων από την παραγωγική διαδικασία δημιουργείται η οικονομική δυσκολία των ηλικιωμένων, καθώς το ύψος της σύνταξής τους είναι συνήθως χαμηλό, και είναι η μόνη πηγή εισοδήματος, με την οποία αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εποχής. Έχουμε έτσι πολλές φορές την οικονομική εξαθλίωση των ηλικιωμένων ατόμων, και τον κοινωνικό αποκλεισμό τους.

Η οικονομική εξαθλίωση των ηλικιωμένων ατόμων, η οποία δυσκολεύει την διαχείριση των καθημερινών προβλημάτων τους, σε συνδυασμό με την απομόνωση και την αποχή από κοινωνικές εκδηλώσεις, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά και την ψυχική τους κατάσταση. Καθώς η έλλειψη φροντίδας των καθημερινών αναγκών, η κατάσταση της υγείας τους, η έλλειψη επικοινωνίας με συγγενικά τους πρόσωπα γεννούν αρνητικά συναισθήματα απόρριψης και μοναξιάς στα ηλικιωμένα άτομα.

## **9.5. ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Υπάρχουν ελάχιστες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών για τα ηλικιωμένα άτομα, ενώ είναι σχεδόν ανύπαρκτες όσες αφορούν στις στάσεις φοιτητών της Νοσηλευτικής προς αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Μια έρευνα που έγινε στο Hong Kong έδειξε ότι αν και η κοινωνία ζητά

περισσότερη ευαισθησία των ομάδων υγείας προς τους ηλικιωμένους, αντίθετα οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες παρουσιάζουν έλλειψη ευαισθητοποίησης προς αυτά τα ευπαθή άτομα και τάσεις απόρριψης. Άλλα στοιχεία δείχνουν ότι οι επαγγελματίες που συνεργάζονται με ηλικιωμένα άτομα ασθενείς, τα αντιμετωπίζουν ως φυσικά ανίκανους και αποκρουστικούς και ότι εξαρτώνται από άλλους για βοήθεια. Αυτά τα συμπεράσματα έρχονται σε αντίθεση με τους επαγγελματικούς κώδικες των επαγγελματιών ομάδων υγείας και υποδηλώνουν ότι η προκατάληψη μπορεί να επικρατήσει και μεταξύ των Νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών, όπως και στο γενικό πληθυσμό.<sup>139</sup>

Η προκατάληψη είναι τόσο κυρίαρχη όσο άλλες μορφές διάκρισης όπως ο σεξισμός και ο ρατσισμός. Αναφέρεται στη διαφορετική κρίση και μεταχείριση ενός προσώπου εξαιτίας της ηλικίας του, όπου η κρίση και η επεξεργασία είναι πιθανώς ανεπιθύμητες για το πρόσωπο. Η προκατάληψη και η διάκριση ενάντια στους ηλικιωμένους, τα στερεότυπα και ο φόβος για την τρίτη ηλικία, είναι κοινοί δείκτες της προκατάληψης. Τα στερεότυπα αναφέρονται στην υπεραπλούστευση των χαρακτηριστικών, όπως η φυσική φθορά, η έλλειψη κοινωνικότητας και η εμπειρία ζωής, σε όλους ή τους περισσότερους ηλικιωμένους. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προκατάληψης, υφίστανται όχι μόνο σε ένα άτομο, αλλά και στα πολιτικά όργανα που σχεδιάζουν ή εφαρμόζουν προγράμματα για τους ηλικιωμένους. Η προκατάληψη εντοπίζεται επίσης στις κρατικές παροχές, όταν αυτές περικόπτονται για να αναπτυχθούν προγράμματα που αφορούν κυρίως την νεολαία. Οι πολιτικές αυτές είναι απόρροια των πεποιθήσεων ότι οι ηλικιωμένοι 1) έχουν οικονομική ευημερία, 2) είναι άπληστοι και 3) μειώνουν σταδιακά τους δημόσιους πόρους. Η αυξανόμενη τάση του ηλικιωμένου πληθυσμού, μειώνει την ανάπτυξη της οικονομίας στις δυτικές χώρες με αποτέλεσμα να υπάρχει αντιπαράθεση μεταξύ των νέων και των παλιότερων γενεών. Πέραν όμως από τον πολιτικό χώρο, υπάρχουν κοινωνίες και πολιτισμοί όπου εξιδανικεύουν την νεότητα και κατακερματίζουν την γήρανση. Γενικότερα, οι δυτικές κοινωνίες τείνουν να είναι εχθρικές προς την

---

<sup>139</sup> Cheung C.K., Chan C.M., Lee J.J., 1999



γήρανση και μερικοί ερευνητές διαπιστώνουν ότι η προκατάληψη και τα στερεότυπα ως προς τους ηλικιωμένους είναι καθολικά στο διαπολιτισμικό πλαίσιο.

Η προκατάληψη αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα επειδή έρχεται σε αντίθεση με ηθικούς και επιστημονικούς κανόνες, υπονομεύει δημοκρατικές αρχές, προκαλεί καταστρεπτικές συνέπειες για την κοινωνία, καθώς και για τους ηλικιωμένους. Οι δημοκρατικές αρχές ορίζουν ότι το κάθε άτομο έχει δικαίωμα να ζει ελεύθερα, ανεξάρτητα από την ηλικία και άλλες ιδιότητες. Η προκατάληψη συμβάλλει στην διαφορετική μεταχείριση του ατόμου ανάλογα με την ηλικία του και παραβιάζει την δημοκρατική αρχή της ελευθερίας, αφού διαχωρίζει τους ηλικιωμένους ως ένα σύνολο προσαρμογής. Επίσης η προκατάληψη έχει κοινωνικές συνέπειες αφού δημιουργεί τη σύγκρουση μεταξύ νέων και παλιότερων γενεών. Τα στερεότυπα για τους ηλικιωμένους είναι αδικαιολόγητα αφού βάση της επιστήμης, τα άτομα μεγαλύτερης γενιάς έχουν σαφώς πιο ολοκληρωμένη προσωπικότητα με γνωστικές, φυσικές και κοινωνικές διαστάσεις.<sup>140</sup>

Ο αυξανόμενος πληθυσμός και η ανεπαρκής οικονομία φαίνεται να συμβάλλουν στην δημιουργία των κοινωνικών προκαταλήψεων. Όσον αφορά τα στερεότυπα για τους ηλικιωμένους σε προσωπικό επίπεδο, καθοριστικό ρόλο παίζει ο αυτοσεβασμός των ατόμων, η κοινωνική εκμάθηση και ο κοινωνικός τους ρόλος.

Πρωταρχικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η εξέταση των διαφορών των στάσεων και των αντιλήψεων μεταξύ των Νοσηλευτών και άλλων ατόμων. Η κύρια ερευνητική υπόθεση ήταν ότι οι Νοσηλευτές θα παρουσιάζουν λιγότερες προκαταλήψεις και στερεότυπα σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Ειδικότερα δε εκείνοι που ασχολούνταν με την τρίτη ηλικία ή είχαν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Η παραπάνω προσδοκία προκύπτει από τις τρεις θεωρίες: την κοινωνική θεωρία της μάθησης, την κοινωνική θεωρία του ρόλου και την θεωρία των αποδιοπομπαίων τράγων.<sup>141</sup>

---

<sup>140</sup> Cheung C.K., Chan C.M., Lee J.J., 1999

<sup>141</sup> Cheung C.K., Chan C.M., Lee J.J., 1999

Μια από τις υποθέσεις της έρευνας ήταν ότι οι γυναίκες θα είχαν περισσότερο θετικές στάσεις σε σύγκριση με τους άντρες και η άποψη αυτή στηρίζεται στο ότι το ανδρικό φύλο είναι πιο επιθετικό και ανταγωνιστικό, ενώ το γυναικείο πιο ευαίσθητο όσον αφορά τα κοινωνικά θέματα. Επίσης, οι παντρεμένοι ερωτηθέντες θα εκδήλωναν πιο θετικές στάσεις απέναντι στους ηλικιωμένους από ό,τι οι άγαμοι, λόγω του ρόλου τους, δηλαδή την φροντίδα που έχουν αναλάβει για την οικογένειά τους.

Επιπλέον οι συγκεκριμένοι ερευνητές υπέθεσαν ότι άτομα με χαμηλό αυτοσεβασμό θα υιοθετούσαν περισσότερο αρνητική στάση προς τους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με την θεωρία των αποδιοπομπαίων τράγων είναι ένας τρόπος υπεράσπισης του Εγώ με την προβολή των αρνητικών τους χαρακτηριστικών σε άλλους ανθρώπους. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι είναι πιθανώς αποδιοπομπαίοι τράγοι επειδή αποτελούν μια ευπαθή ομάδα. Ακόμη, σύμφωνα με την ίδια θεωρία τα άτομα με χαμηλή επαγγελματική θέση και ενδεχομένως με χαμηλό αυτοσεβασμό είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν αρνητική στάση προς τους ηλικιωμένους και να έχουν περισσότερες προκαταλήψεις προς την τρίτη ηλικία.

Οι προηγούμενες θεωρίες οδήγησαν τους παραπάνω ερευνητές στις κεντρικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης:

1. Η στάση του γεροντολόγου Νοσηλευτή θα είναι περισσότερο θετική προς τους ηλικιωμένους, σε σύγκριση με άλλους ερωτηθέντες.
2. Τα άτομα με υψηλό αυτοσεβασμό, εκδηλώνουν πιο θετικές στάσεις προς τους ηλικιωμένους.
3. Ο γεροντολόγος Νοσηλευτής είναι θετικότερος ως προς τους ηλικιωμένους, αφού επηρεάζεται από την ηλικία, την εκπαίδευση και την επαγγελματική του θέση.

Επιπλέον, η μελέτη είχε ως στόχο να εξετάσει την υπόθεση επαφών που προέρχονταν από την κοινωνική θεωρία της μάθησης και αν αυτό επηρεάζει τις στάσεις προς τους ηλικιωμένους.

Οι υποθέσεις 1 και 3 δεν επαληθεύτηκαν και δημιουργούν την αμφιβολία για την κοινωνική εξήγηση της μάθησης και των στερεοτύπων. Η

κοινωνική μάθηση προέρχεται πιθανώς από την εκπαίδευση στην Νοσηλευτική κατάρτιση και την επαφή με τους ηλικιωμένους. Η Νοσηλευτική εκπαίδευση και η κατάρτιση στο συγκεκριμένο αντικείμενο εργασίας εμφανίστηκαν να έχουν την ελάχιστη επίδραση στις πεποιθήσεις των γεροντολόγων Νοσηλευτών και των Νοσηλευτών που ασχολούνται με τη νεότητα. Επιπλέον, ο Νοσηλευτής δεν παρουσίασε θετικότερη στάση σε σύγκριση με σπουδαστές της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Γενικότερα, η θετική επίδραση της γεροντολογικής Νοσηλευτικής αποδόθηκε στην εκπαίδευση της Νοσηλευτικής με την συμβολή της στην δημιουργία θετικών πεποιθήσεων για την κοινωνική επάρκεια των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ενθαρρυντικά για την εκπαίδευση της Νοσηλευτικής, οπωσδήποτε όμως, η εκπαίδευση και η κατάρτιση δεν είναι αρκετά αποτελεσματικές ώστε να υποστηρίξουν μέσω της κοινωνικής μάθησης τις θετικές πεποιθήσεις του επαγγελματία πλέον του Νοσηλευτή για τους ηλικιωμένους.<sup>142</sup>

Όσον αφορά την υπόθεση επαφής, η οποία ενσωματώνεται στην θεωρία της κοινωνικής μάθησης, δεν φαίνεται να ευνοεί στην δημιουργία θετικών στάσεων προς τους ηλικιωμένους, όπως υπέθετε η μελέτη στην αρχή. Δηλαδή ότι οι γεροντολόγοι Νοσηλευτές θα έχουν θετικότερη στάση προς τους ηλικιωμένους λόγω της μεγαλύτερης επαφής τους με αυτά τα άτομα. Οι τρεις δείκτες επαφής που χρησιμοποιήθηκαν δεν φαίνεται να σχετίζονται με περισσότερο θετικές πεποιθήσεις. Η πιθανή αγχωτική εμπειρία με ηλικιωμένα άτομα ενδεχομένως να εξουδετερώνει την θετική επίδραση της επαφής.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η εκπαίδευση στην Νοσηλευτική και η κατάρτιση δεν συνέβαλαν άμεσα στις θετικές πεποιθήσεις προς τους ηλικιωμένους. Η προσδοκία, έτσι, της μελέτης ότι Νοσηλευτής και η κατάρτιση παράγουν απαραίτητως τις ευνοϊκές πεποιθήσεις για τους ηλικιωμένους, φαίνεται να μην επαληθεύεται στο Hong Kong.<sup>143</sup>

Γενικότερα, οι πεποιθήσεις για τους ηλικιωμένους στο Hong Kong απεικονίζουν την κυρίαρχη επιρροή μιας κοινωνίας στο άτομο και αυτή η

---

<sup>142</sup> Cheung C.K., Chan C.M., Lee J.J., 1999

<sup>143</sup> Cheung C.K., Chan C.M., Lee J.J., 1999

κοινωνική επίδραση φαίνεται να είναι σημαντική για την προκατάληψη προς τους ηλικιωμένους. Στο κοινωνικό επίπεδο η προκατάληψη εμφανίζεται ως αποτέλεσμα του εκσυγχρονισμού, της οικονομικής δυσκολίας και της αύξησης του γεροντικού πληθυσμού. Στις προηγούμενες δεκαετίες της γρήγορης εκβιομηχάνισης, η κοινωνία του Hong Kong ενδιαφέρονταν μόνο για τον χρηστικό ρόλο των ηλικιωμένων. Ένας πρόσφορος τρόπος, λοιπόν, όπως προτείνεται μέσα από τη μελέτη, είναι να διαδοθεί η εικόνα της παραγωγικής γήρανσης, έτσι ώστε να είναι ακόμα παραγωγικοί και χρήσιμοι.<sup>144</sup>

Η κάθε μορφή προκατάληψης και γενικότερα η γενικευμένη αντιμετώπιση κάθε ατόμου ή ομάδας έχει ως απόρροια να χάνεται η μοναδικότητα και τα ιδιαίτερα γνωρίσματα της προσωπικότητάς τους. Όσον αφορά στα ηλικιωμένα άτομα, η προσπάθεια μείωσης ή και εξάλειψης ακόμη των προκαταλήψεων που δέχονται, ξεκινάει από την αντίληψη και τη φιλοσοφία των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής που σχεδιάζονται για την τρίτη ηλικία, και συνεχίζεται στα επαγγέλματα που καλούνται να εφαρμόζουν τα προγράμματα αυτά. Η κρατική, λοιπόν, μέριμνα σε συνδυασμό με την αντίληψη για την χρησιμότητα των ηλικιωμένων είναι μια προσπάθεια, ώστε τα ηλικιωμένα άτομα να μπορούν να απολαμβάνουν αυτό το στάδιο της ζωής τους.

---

<sup>144</sup> Cheung C.K., Chan C.M., Lee J.J., 1999

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

#### 10.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο **εκπαίδευση** εννοούμε την απόκτηση ορισμένων δεξιοτήτων που βοηθούν το άτομο ν' ανταποκριθεί σ' ορισμένες ανάγκες. Δε συνεπάγεται αναγκαστικά και καλλιέργεια της νόησης, ή ανάπτυξη, και ολοκλήρωση της προσωπικότητας. Οι λειτουργίες αυτές περιγράφονται με τον όρο **παιδεία**, όπου αναφέρεται στο σύνολο της προσωπικότητας, στην ολόπλευρη πνευματική και ηθική ολοκλήρωσή της, τη διαδικασία δηλαδή όπου το άτομο αποκτά ανθρώπινη υπόσταση. Οι έννοιες παιδεία και εκπαίδευση τείνουν να γίνουν ταυτόσημες στο βαθμό που η εκπαίδευση γίνεται παιδαγωγική εκπαίδευση.

Το άτομο ξεκινά την εκπαίδευσή του, από μικρή ηλικία, δηλαδή την προσχολική. Με τη θεσμοθέτηση του Παιδικού Σταθμού και του Νηπιαγωγείου, μπαίνουν οι βάσεις για τη διαπαιδαγώγηση της προσωπικότητάς του. Τα ιδρύματα Προσχολικής αγωγής και εκπαίδευσης, συντελούν σημαντικά στην απόκτηση εμπειριών, γνώσεων και εξασφαλίζουν δυνατότητες ανάπτυξης και κοινωνικοποίησης των ατόμων. Στη συνέχεια το άτομο βρίσκεται σε ένα μεγαλύτερο κοινωνικό σύνολο, το Σχολείο. Εδώ απαιτείται α) "νοητική" μάθηση πληροφοριών, τεχνικών δεξιοτήτων, και β) η εκμάθηση κοινωνικής συμπεριφοράς. Αναπτύσσονται δηλαδή, ρόλοι και λειτουργίες που αφορούν τόσο την τροφοδότηση του ατόμου για την απόκτηση τεχνικών, δεξιοτήτων και γνώσεων, όσο και τη δημιουργία κοινωνικής συνείδησης. Στη συνέχεια έχουμε το Γυμνάσιο όπου αυξάνεται η συχνότητα γνώσεων και μεγιστοποιούνται οι παραπάνω λειτουργίες. Μετέπειτα το Λύκειο όπου, το άτομο δέχεται τον επαγγελματικό του προσανατολισμό.<sup>145</sup>

Το Σχολείο λοιπόν σήμερα είναι ο κοινωνικός εκείνος θεσμός που

---

<sup>145</sup> Καζάζη, 1993

επίσημα, μεταδίδει γνώσεις και ο μόνος που έχει το δικαίωμα να πιστοποιήσει την κατοχή τους. Επισημοποιεί και νομιμοποιεί τις γνώσεις σε μια κοινωνία. Επίσης μεταδίδει επιλογή γνώσεων, ορισμένη παιδεία, (κουλτούρα), ορισμένη μορφή εθνικής γλώσσας, αρχές και αξίες της κοινωνίας. Διαμορφώνει τις νεότερες γενιές ώστε να ενταχθούν στην κοινωνία, στο οικονομικό σύστημα οργάνωσης και καταμερισμό εργασίας και να συμμετέχουν στο πολιτικό σύστημα οργάνωσης της κοινωνίας. Κατά τον Μαρξ το σχολείο, δεν μεταδίδει μόνο γνώσεις, αλλά συγχρόνως αξίες και αρχές, κανόνες της ατομικής και της κοινωνικής ζωής. Ο θεσμός αυτός συμβάλλει στην διαίωνιση της κοινωνικής ισορροπίας, μεταβιβάζοντας στις νεότερες γενιές ένα σύνολο από κανόνες, αρχές, υλικές κατηγορίες, σύνολο αξιών (καλό, κακό, ηθικό, ανήθικο). Επίσης υπερασπίζεται την κοινωνική δομή και καλλιεργεί την αποδοχή της από τους νέους.

Επίσης κατά τον Μαρξ σκοπός της αγωγής είναι να διαμορφώσει το άτομο έτσι ώστε να ταιριάζει σε ένα κοινωνικό περιβάλλον ή σε ένα πολιτικό σύστημα. Η παιδεία έχει ως σκοπό να μεταδώσει και να εγείρει, να αναπτύξει στο άτομο έναν ορισμένο αριθμό προδιαθέσεων, φυσικών, διανοητικών και ηθικών, που απαιτούνται από το περιβάλλον που ζει. Έχει επίσης σκοπό να προετοιμάσει το άτομο να είναι ικανό να συμβάλλει στη συνεχή βελτίωση της κοινωνίας. Ο σκοπός αλλάζει όταν αλλάξουν οι συνθήκες παραγωγής και ανασυσχετιστούν σε νέα βάση οι δυνάμεις παραγωγής και κατά συνέπεια οι κοινωνικές σχέσεις. Οι σκοποί συσχετίζονται και με την ιδεολογία της κοινωνίας.

Η λειτουργία κάθε σχολικού συστήματος είναι στην πραγματικότητα ο βασικός συντελεστής της κοινωνικής διατήρησης. Το εκπαιδευτικό σύστημα χαράζει την παραδοσιακή κουλτούρα και πετυχαίνει την διατήρηση της παραδοσιακής δομής. Σήμερα την ανάπτυξη σε όλα τα επίπεδα την κερδίζουν όσες χώρες έχουν καλύτερα εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό, όσες χώρες διαθέτουν πολίτες με κοινωνική αγωγή, σταθερές πολιτιστικές βάσεις και σίγουρες γνώσεις, πάνω στις οποίες μπορούν να οικοδομηθούν τόσο η παραγωγή όσο και η εφαρμογή νέων γνώσεων, μεθόδων και τεχνολογιών. Τα

τελευταία χρόνια στην παιδεία επικράτησε η τάση για ποσοτικές αυξήσεις φοιτητών, χωρίς ανάλογη χρηματοδότηση, στελέχωση, προγραμματική αναβάθμιση και τελικά χωρίς την απαιτούμενη ποιοτική πρόοδο.<sup>146</sup>

Η εξέλιξη του πολιτισμού μας τείνει προς μια "κοινωνία απόδοσης" η οποία έχει αυξημένες απαιτήσεις από τα μέλη της. Η οικονομική ανάπτυξη εξαρτάται από το επίπεδο μόρφωσης των μελών της. Η οικογένεια δίνει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη σημασία στην επίδοση. Ο βαθμός επιτυχίας οδηγεί τον εκπαιδευόμενο στην αποδοχή των κοινωνικών ρόλων, την οποία παράγει ή αναπαράγει η κοινωνία. Η οικονομία σχετίζεται με την εκπαίδευση στο ότι της παρέχει την υλική βάση, ενώ η εκπαίδευση "τροφοδοτεί" την οικονομία. Το εκπαιδευτικό σύστημα παρέχει στην οικονομία, έναν αριθμό εκπαιδευόμενου προσωπικού. Οι αλλαγές που προέρχονται στην εκπαίδευση, προκύπτουν και από τις αλλαγές στις μεθόδους παραγωγής στις προκύπτουσες απαιτήσεις και στα προσόντα, ώστε να αυξηθεί η παραγωγή. Αναπτύσσεται έτσι μια δυναμική σχέση.

Αυτή η δυναμική σχέση, παρατηρούμε να διαμορφώνει και τη στενή σχέση ανάμεσα στην εκπαίδευση και τη μελλοντική εργασία του ατόμου. Σκοπός της εκπαίδευσης πια αποτελεί η δημιουργία ατόμων, με «πιστοποιημένα» και «ειδικά» προσόντα, με σκοπό την απορρόφηση και ενσωμάτωση στο σύστημα παραγωγής. Ο εκσυγχρονισμός του εκπαιδευτικού συστήματος περιλαμβάνει την προσπάθεια για μεγαλύτερη σύνδεση του ατόμου, με το χώρο της παραγωγής, την αυξημένη "επιχειρησιακή" λειτουργία του, την αύξηση της αποτελεσματικότητας με κριτήριο την αγορά.

Η έντονη εξειδίκευση των επιστημών, είναι δυνατόν να οδηγήσουν στον κατακερματισμό της γνώσης, και ο ρόλος της εκπαίδευσης να έχει μόνο μια τεχνοκρατική αντίληψη. Τέτοιου είδους αντιλήψεις είναι πιθανόν να εντείνουν την υποβάθμιση των Κοινωνικών Επιστημών. Σαφώς και το εκπαιδευτικό σύστημα θα πρέπει να συμβαδίζει με τις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες και τις εκάστοτε τεχνολογικές μεταβολές. Ο ρόλος της εκπαίδευσης όμως δεν θα πρέπει να είναι μόνο η προετοιμασία του ατόμου για την παραγωγή. Αλλά θα

---

<sup>146</sup> Τσαούσης, 1990

πρέπει να συμπεριλαμβάνει και το ρόλο της «διαμόρφωσης» πολιτών.

Στόχος της παιδείας και της εκπαίδευσης, που είναι ενταγμένη στην προοπτική συνολικής εξέλιξης, δεν πρέπει να είναι ούτε η υποταγή, ούτε η προσαρμογή της στην παραγωγή, αλλά η σύνδεση μαζί της. Με τον όρο εξέλιξη δεν θα πρέπει να εννοούμε μόνο τη βελτίωση κάποιων οικονομικών μεγεθών, αλλά μια διαδικασία που καλύπτει το σύνολο της κοινωνικής, πολιτικής, οικονομικής και πολιτιστικής ζωής του τόπου, διαδικασία στην οποία συμμετέχει ενεργά ο άνθρωπος.<sup>147</sup>

Οι αυξημένες ανάγκες της καπιταλιστικής παραγωγής σε εξειδικευμένο, δυναμικό, αλλά και η τάση των κατώτερων και μεσαίων στρωμάτων για κοινωνική άνοδο, δημιούργησαν τη λεγόμενη «εκπαιδευτική έκρηξη», με άμεσο επακόλουθο τη διεύρυνση των εκπαιδευτικών θεσμών και την αύξηση των δημοσίων εκπαιδευτικών παροχών.<sup>148</sup> Η μαζικοποίηση της εκπαίδευσης, που παρατηρήθηκε μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, αποτελεί ένα φαινόμενο με ευρύτερες και μακροπρόθεσμες κοινωνικές συνθήκες. Οι επιπτώσεις του δεν περιορίστηκαν μόνο στις αλλαγές των δομών, λειτουργιών και του περιεχομένου της εκπαίδευσης αλλά επεκτείνονται και στο κοινωνικό και πολιτικό πεδίο.

- Η ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας διεύρυναν κατά πολύ τον αριθμό των τεχνολογικών, οικονομικών και κοινωνικών επαγγελμάτων και των θέσεων που απαιτούν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων και προϋποθέτουν ανώτερες σπουδές.
- Η συνθετότητα της οργάνωσης των σύγχρονων ανεπτυγμένων κοινωνιών έκανε αναγκαία την άνοδο του επιπέδου των γενικών γνώσεων για να είναι σε θέση οι πολίτες να προσαρμοστούν κατά ενεργό τρόπο σε μια ταχύρυθμα μεταβαλλόμενη κοινωνία.

Η εκπαίδευση όμως σήμερα παράγει περισσότερους με «πιστοποιημένα» προσόντα, απ' όσους μπορεί να απορροφήσει η εργασία, έτσι δημιουργείται το φαινόμενο της ανεργίας, των νέων, της καθυστέρησής τους

---

<sup>147</sup> Μπουζάκη, 1986

<sup>148</sup> Ζαμπέτα, 1993



και της απόστασής τους από την παραγωγική διαδικασία, την ανάπτυξη μερικής απασχόλησης, όπως επίσης και στην καθυστέρησή τους στην ανάληψη κοινωνικών ρόλων. Οι νέοι καθυστερούν να αναλάβουν υπεύθυνους, κοινωνικούς ρόλους, και περιμένουν στην κατάσταση μιας «θεσμοθετημένης» παράτασης, σε μια σημαντική περίοδο της ζωής τους. Η καθυστέρηση αυτή οδηγεί στην έλλειψη ρεαλιστικού προσανατολισμού και διαφοροποιημένης θεώρησης της κοινωνίας.

## **10.2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ**

Σtereότυπα χαρακτηρίζονται η ποιοτική γνώμη προς ένα πρόσωπο, ένα αντικείμενο. Τα στερεότυπα είναι γενικά οικονομικά και εύκολοι τρόποι κωδικοποίησης των γνώσεων και των εμπειριών των ατόμων για γεγονότα, θεσμούς, έθνη, ανθρώπους κ.τ.λ. Τα στερεότυπα που δημιουργεί η εκπαίδευση σήμερα γεννούνται μέσα από τις υπάρχουσες κοινωνικές συνθήκες στις οποίες αναπτύσσεται και το εκπαιδευτικό σύστημα.

Στις σύγχρονες ανεπτυγμένες κοινωνίες η κοινωνική θέση (status) των νέων έχει μεταβληθεί σημαντικά και η μεταβολή αυτή έχει ευρείες επιπτώσεις στις στάσεις, την κοινωνική συμπεριφορά και το στυλ της ζωής τους. Σε προηγούμενες κοινωνίες οι νέοι αναλάμβαναν νωρίς κοινωνικούς ρόλους και καθήκοντα, ώστε η φάση της νεότητας ανάμεσα στην παιδική ηλικία και στην πλήρη ανάληψη της θέσης του ενήλικου ήταν σύντομη.

Με τη διεύρυνση και σταδιακή μαζικοποίηση της εκπαίδευσης μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο, ένα αυξανόμενο ποσοστό των νέων δεν εισέρχεται στο χώρο της παραγωγής αλλά παραμένει στα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Η καθυστέρηση αυτή της ανάληψης κοινωνικών ρόλων και η απόσταση από την εργασία, των νέων, δημιουργεί έναν κοινωνικό διαχωρισμό, των νέων από τους ενήλικες. Η συχνότητα επικοινωνίας μεταξύ τους μειώνεται σε μεγάλο βαθμό. Επίσης η επέκταση αυτή της φοίτησης στα εκπαιδευτικά ιδρύματα, έχει ως αποτέλεσμα να διευρυνθεί η ποικιλία συμπεριφοράς του νέου, στο στυλ ζωής του, να συμπεριληφθούν νέες νόρμες, νέα καταναλωτικά πρότυπα, και

κοινωνικό-πολιτικές συνθήκες. Οι νέοι πια της "αντίδρασης" αποκλείονται από την ανάληψη υπεύθυνων καθηκόντων και ρόλων. Η ευημερία τους που είναι συνεχώς αυξανόμενη, παρέχεται όχι από δική τους εργασία, αλλά από την οικογένεια.

Η οικογένεια λοιπόν σήμερα αναλαμβάνει την υποστήριξη των νέων κατά την φοίτησή τους, σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης (Πρωτοβάθμια έως και Τριτοβάθμια). Καλλιεργείται μέσα από αυτή δηλαδή το στερεότυπο, όπου το άτομο, για να θεωρηθεί επιτυχημένο και ικανό, πρέπει να φοιτά με επιτυχία στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και στη συνέχεια πρέπει να εισαχθεί στην Τριτοβάθμια. Έτσι προκειμένου, να εξασφαλίσει την κοινωνική του καταξίωση και την άνοδό του, αφιερώνεται εξ' ολοκλήρου, στην παροχή όλων των εφοδίων που είναι απαραίτητα στο σημερινό νέο, για τον παραπάνω σκοπό που περιγράψαμε. Οικοδομεί έτσι το νέο άτομο με στοιχεία που θα τον οδηγήσουν στην απόκτηση ενός πτυχίου με αυξημένο κοινωνικό κύρος.

Η εκπαίδευση συνεχίζει και συμπληρώνει παράλληλα με την οικογένεια τη δημιουργία των στερεότυπων που αναφέρονται τόσο στην κοινωνική θέση των νέων ατόμων, η οποία συσχετίζεται και απορρέει από την εκπαίδευση, όσο και από την επιλογή του επαγγέλματος και στο κοινωνικό κύρος που καλλιεργεί γύρω από αυτά. Η εκπαίδευση στη δεύτερη βαθμίδα της επηρεάζει σε αρκετά σημαντικό βαθμό τα άτομα στην επιθυμία και επιλογή του επαγγέλματος. Δημιουργεί θετικά στερεότυπα γύρω από κάποια επαγγέλματα και αρνητικά γύρω από κάποια άλλα. Επηρεάζει έτσι τον νέο και προετοιμάζεται γι' αυτά ανάλογα.

Όλα βέβαια τα επαγγέλματα που προωθούνται μέσα από την εκπαίδευση, προϋποθέτουν και την φοίτηση στην τρίτη βαθμίδα της. Αφορούν κυρίως την απασχόληση που θα τους δίνει κοινωνικό κύρος και αυξημένες οικονομικές απολαβές. Έτσι παρατηρείται έντονο ενδιαφέρον για την επιλογή σχολών στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση και στη συνέχεια επαγγελμάτων, οικονομικού αντικειμένου και λιγότερο άλλων αντικειμένων.

Πιστεύουμε ότι, αυτή η τάση, των σύγχρονων κοινωνιών για

ενασχόληση με επαγγέλματα οικονομικού ενδιαφέροντος και αντικειμένου, επηρεάζει και τη Σχολή Νοσηλευτικής η οποία έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Τα άτομα που εισέρχονται στη σχολή αυτή, χωρίς να αποτελεί η ίδια πρώτη επιλογή, είναι δυνατόν να παρουσιάζουν έλλειψη ενδιαφέροντος για κάποια αντικείμενα άσκησης του επαγγέλματος του Νοσηλευτή.

Οι επιδράσεις λοιπόν από τους γονείς σε συνδυασμό με την εκπαίδευση, η οποία παρουσιάζεται ως πλευρά της οικονομικής ανάπτυξης και τη μεγάλη διαθεσιμότητα πληροφοριών του κοινωνικού περιγύρου, επηρεάζουν τα νεαρά άτομα στο σχηματισμό στάσεων και στερεοτύπων θετικών ή αρνητικών απέναντι σε άλλα άτομα και κοινωνικές ομάδες.

### 10.3. ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ

Παρακάτω παραθέτονται τα βασικά στερεότυπα που έχουν δημιουργηθεί στους νέους για την τρίτη και τέταρτη ηλικία.<sup>149</sup>

- **Ο μύθος ότι τα γηρατειά είναι ασθένεια**

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

- **Ο μύθος της γεροντικής άνοιας**

Υπάρχει η αντίληψη ότι η άνοια αποτελεί ένα περίπου αναπόφευκτο γνώρισμα της τρίτης ηλικίας. Ωστόσο, τα χάσματα της μνήμης, η αδυναμία συγκέντρωσης, η πτώση γενικά της πνευματικής ζωής δεν αποτελούν την αναπότρεπτη έκβαση του γήρατος. Τα συμπτώματα αυτά όταν εμφανίζονται σε

---

<sup>149</sup> Πουλοπούλου, Η., 1999

ορισμένα μόνο ηλικιωμένα άτομα, είναι αποτέλεσμα ανεπανόρθωτων εγκεφαλικών βλαβών όπως π.χ. αρτηριοσκλήρωση ή άνοια. Πολλές συμπεριφορές που υπάρχει τάση να χαρακτηρίζονται σαν συμπτώματα άνοιας, στην πραγματικότητα είναι το αποτέλεσμα του αποκλεισμού των ηλικιωμένων από έναν ενεργητικό ρόλο. Όλοι όσοι πάσχουν από Alzheimer δεν είναι ηλικιωμένοι: οι γιατροί δεν θεωρούν τη νόσο αυτή σπάνια σε άτομα 50 ετών.

- **Ο μύθος της γεροντικής κατάθλιψης**

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

Άλλα στερεότυπα που μπορούν να αναφερθούν είναι ότι οι ηλικιωμένοι είναι ανίκανοι να εργασθούν, δεν έχουν σεξουαλική ζωή, είναι απομονωμένοι και έχουν πολιτική δύναμη.<sup>150</sup>

#### **10.4. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ**

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

##### **A. Λειτουργική θεωρία**

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

---

<sup>150</sup> Palmore, E. 1990

μεγάλων ηλικιών και την προοπτική ένταξής τους σε αυτές μελλοντικά.<sup>151</sup>

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

Μεγαλώνοντας μαθαίνουμε ότι το να είσαι καλός σημαίνει να είσαι προστατευμένος (γονική έγκριση και προστασία). Η αυτοεκτίμηση γίνεται ασπίδα προστασίας και βοηθά τους ανθρώπους να αρνηθούν την θνησιμότητά τους. Εξαιτίας της σύνδεσης των μεγάλων σε ηλικία ανθρώπων με τον θάνατο, οι νέοι υιοθετούν συμπεριφορές και στάσεις με στόχο την διατήρηση απόστασης μεταξύ των ίδιων και των ηλικιωμένων.<sup>152</sup>

Άλλα αίτια γένεσης των προκαταλήψεων αναφέρονται:

- η άγνοια ή παρεξήγηση των στοιχείων που αφορούν το φυσικό πέρασμα των ανθρώπων στην τρίτη και τέταρτη ηλικία και τις διανοητικές διαταραχές και τις μεθόδους θεραπείας τους
- εσωτερίκευση των ιδεών-στιγμάτων (αυτοστιγματισμός) από τους ασθενείς, τις οικογένειες αυτών και των φροντιστών.<sup>153</sup>

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

- Πολιτιστικούς παράγοντες (διαφορές στα πιστεύω)
- Κοινωνική και οικονομική αστάθεια και κρίση (π.χ. πόλεμος, μετανάστευση)
- Η έλλειψη ή ανεπάρκεια των στρατηγικών πρόληψης και φροντίδας
- Η έλλειψη ενός συστήματος πληροφόρησης για την εκπαίδευση των επαγγελματιών και ενημέρωση του κοινού
- Η ύπαρξη διακρίσεων ανάλογα με το φύλο
- Οποιαδήποτε επιβράβευση αυτών που προωθούν τον στιγματισμό ή/και στιγματίζουν (οικονομική, βελτίωση κοινωνικής θέσης, βελτίωση του επιπέδου του αυτοσεβασμού, κ.ά.).<sup>154</sup>

---

<sup>151</sup> Edwards, Weltzer, 1998

<sup>152</sup> Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1986

<sup>153</sup> W.H.O., 2002

<sup>154</sup> W.H.O., 2002

## 10.5. Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ ΣΕ ΒΑΡΟΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

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

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

Σύμφωνα με τους Arluke and Levin, (1984),<sup>155</sup> παρατηρείται έντονα το φαινόμενο της αυτοεκπληρούμενης προφητείας. Οι ηλικιωμένοι καταλήγουν να αποδέχονται και να πιστεύουν ότι δεν μπορούν να είναι πια ανεξάρτητοι και χρήσιμοι πολίτες. Έτσι χάνουν την αυτοκριτική τους. Όταν φθάνουν στο σημείο να πιστεύουν και να δρουν με βάση τους μύθους και τα στερεότυπα που υπάρχουν για αυτούς, ενισχύεται η διατήρηση των στερεοτύπων αυτών και οι ειδικές στάσεις και συμπεριφορές των νέων δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο.<sup>156</sup>

Ο Palmore δίνει τέσσερις κοινές αντιδράσεις των ηλικιωμένων που αφορούν τις προκαταλήψεις εις βάρος τους. Η πρώτη όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω είναι η αποδοχή και ταύτιση του ατόμου με την αντίληψη του περιβάλλοντός του για τον ίδιο. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να έχουμε ως αποτέλεσμα την προκατάληψη του ατόμου εναντίον του εαυτού του, την μείωση του αυτοσεβασμού του, την εμφάνιση ενός αισθήματος μίσους για τον εαυτό του, την ντροπή, την κατάθλιψη, και/ή την αυτοκτονία σε εξαιρετικές περιπτώσεις. Η άρνηση είναι μία άλλη αντίδραση που έχει επίσης αρνητικά αποτελέσματα και περιλαμβάνει, το ψεύδος για την πραγματική ηλικία του ατόμου, την αισθητική χειρουργική, τα εμφυτεύματα μαλλιών, την χρήση προϊόντων αντιγήρανσης κ.ά. Η τρίτη πιθανή αντίδραση των ηλικιωμένων που υφίστανται διακρίσεις είναι η προσπάθεια αποφυγής συμπεριφορών οι οποίες παραπέμπουν σε άτομο μεγάλης ηλικίας. Τα αποτελέσματα είναι η

---

<sup>155</sup> Arluke and Levin in Grant, 1996

<sup>156</sup> Grant, 1996

αυτοεπιβολή μοναχικής ζωής, ο αλκοολισμός, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η αυτοκτονία. Το τελευταίο πρότυπο του Palmore είναι η στάση της "antithesis", η οποία αναφέρεται στα άτομα εκείνα που αναγνωρίζουν τις προκαταλήψεις που υπάρχουν εις βάρος τους και προσπαθούν να τις μειώσουν με ατομικές ή με ομαδικές προσπάθειες μέσω δυναμικών ομάδων όπως η Ένωση Συνταξιούχων στην Αμερική.

## **10.6. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΡΙΤΗΣ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

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

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

Κοινωνικά αποκλεισμένοι είναι εκείνοι που "η ζωή τους οδηγεί στο περιθώριο, εκεί όπου τα κοινωνικά δικαιώματα καταργούνται στην πράξη και η κοινωνική προκατάληψη τους στιγματίζει ανεξίτηλα - αποκλεισμένοι από κάθε είδους αγαθά και κοινωνικές υπηρεσίες, στερούνται ό,τι απολαμβάνει η πλειοψηφία των πολιτών... Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν σημαίνει μόνο ανεπαρκές εισόδημα. Υπερβαίνει ακόμη και τη συμμετοχή στην εργασιακή ζωή, εκδηλώνεται σε τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση, η υγεία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες. Θίγει όχι μόνο άτομα που έχουν υποστεί σοβαρή οπισθοδρόμηση, αλλά και κοινωνικές ομάδες, ιδιαίτερα σε αστικές και αγροτικές περιοχές, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο διάκρισης".<sup>157</sup>

Το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων δεν είναι πρόσφατο. Ανέκαθεν η κοινωνία έδειχνε αμυδρά μια αποστροφή προς τους

---

<sup>157</sup> Τσιάκαλος, Γ. 1998: 4-6

γέροντες. Όμως, το πρόβλημα της απομόνωσης της τρίτης ηλικίας φαίνεται να επιτείνεται στις μέρες μας από την ανάπτυξη της τεχνολογίας και τους βιομηχανικούς ρυθμούς ζωής στην σύγχρονη πόλη.

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

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

#### **10.7. ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

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

«Η διαδικασία της απεμπλοκής μπορεί να αρχίσει από τον ηλικιωμένο ή από τους άλλους σε μια δεδομένη κατάσταση».<sup>158</sup>

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

Δυστυχώς, η ελληνική κοινωνία όπως και των άλλων Ευρωπαϊκών

---

<sup>158</sup> Τσαλίκογλου, 1973



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

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

Σημαντική είναι και η θεωρία του Groen που αφορά την απώλεια του κοινωνικού συστήματος όταν αυτό θα αποκρούσει τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας ολοκληρωτικά από τους κόλπους του.<sup>159</sup>

Τέλος, η θεωρία του Butler (1986),<sup>160</sup> περιγράφει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο και τα προβλήματα που τους οδηγούν στην απομόνωση. Οι θέσεις του Butler είναι οι παρακάτω:

1. Αποστροφή από το γήρας γενικά. Η έννοια της γεροντο-απόρριψης υποβόσκει στην συμπεριφορά όλων.
2. Το άτομο που γεννά, απωθεί τα αρνητικά του συναισθήματα, πετυχαίνοντας μια προσωρινή ψυχική ασφάλεια με αποτέλεσμα όταν προχωρήσουν πια τα συμπτώματα να είναι δυστυχής αφού έτσι γίνεται

---

<sup>159</sup> Groen στο Παπαϊωάννου, 1988

<sup>160</sup> Butler στο Παπαϊωάννου, 1988

αντιληπτός από την κοινότητα.

3. Η αλλαγή κατοικίας για λόγους οικονομίας ή και φυσικής αδυναμίας δημιουργεί σοβαρά προβλήματα.
4. Η πάγια αντίληψη της κοινότητας που θεωρεί ότι οι γέροι έχουν και πρέπει να έχουν λιγότερες ανάγκες και απαιτήσεις.

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

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

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

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

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

να ενταχθεί. Όταν η κοινωνία του αρνείται την ένταξη και αναμένει από αυτόν την αυτοαπόσυρση όπως προαναφέραμε, τότε, τον οδηγεί στην απομόνωση, στην μοναξιά και στην κατάθλιψη.

## **10.8. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

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

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

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

στη ζωή.

Γενικά, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προκαταλήψεων τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας θα πρέπει να ενθαρρυνθούν να μιλήσουν ανοιχτά για την ηλικία τους, την ασθένειά τους, τον στιγματισμό τους, να συμμετάσχουν σε ενημερωτικές και εκπαιδευτικές εκστρατείες, να γίνουν μέλη ομάδων και οργανισμών, να εκφράσουν τις ανάγκες τους στις δημόσιες υπηρεσίες, στις μη κυβερνητικές οργανώσεις, και στην κυβέρνηση, να αναφέρουν οποιεσδήποτε επαγγελματικές πρακτικές που προωθούν τον στιγματισμό και τις προκαταλήψεις.

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

## **10.9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΥΝΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

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

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

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

Η Νοσηλευτική Επιστήμη πάνω στο θέμα αυτό έχει και μπορεί να

διαδραματίσει σπουδαίο και σημαντικό έργο αρκεί να έχει την υποστήριξη της κοινωνίας και της οικογένειας. Οι γνώσεις που διαθέτει ο Νοσηλευτής τον βοηθούν ώστε να προσεγγίζει τα βαθύτερα αίτια των προβλημάτων και να εστιάζει την προσοχή του σε αυτά. Ο Νοσηλευτής πρέπει να αναλαμβάνει την ευθύνη ώστε χρησιμοποιώντας τις επαγγελματικές του ικανότητες να κινητοποιεί το άτομο προσφέροντας όλη την κατανόηση, οξυδέρκεια, προσωπική και οργανωτική ελαστικότητα την οποία απαιτεί η μέθοδος της Νοσηλευτικής Τέχνης.

Ο ρόλος του Νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος όσον αφορά τους ηλικιωμένους. Κατά την άποψη των Πουλοπούλου και Βάγια (1991) περιλαμβάνει ενέργειες στο χώρο της ιατρικής περίθαλψης, της στέγασης, της επιμόρφωσης και της ψυχολογικής υποστήριξης, των οικονομικών παροχών και της ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων. Ο Νοσηλευτής επίσης, μέσα στα πλαίσια της άσκησης της κοινοτικής Νοσηλευτικής Τέχνης ενήμερη την κοινή γνώμη για τα προβλήματα συμβίωσης της οικογένειας του ηλικιωμένου και συμβάλλει με την κινητοποίηση της κοινότητας στην συλλογική επίλυση των προβλημάτων.

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

# ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## **1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στο Τ.Ε.Ι. Κρήτης και απευθύνθηκε σε σπουδαστές και σπουδάστριες της Σ.Ε.Υ.Π. και συγκεκριμένα του τμήματος Νοσηλευτικής. Η έρευνα αφορά τις στάσεις και αντιλήψεις των σπουδαστών από το Α' έως και ΣΤ' εξαμήνου, καθώς και τα Ζ ή μεγαλύτερα εξάμηνα για τα άτομα τρίτης ηλικίας. Η επιλογή αυτή έγινε ώστε να εξετάσουμε εάν η φοίτηση στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, και η παρακολούθηση των μαθημάτων γύρω από την τρίτη ηλικία ευαισθητοποιούν τους νέους γύρω από τα θέματα αυτά. Καθώς τα μαθήματα Γηριατρική Νοσηλευτική και Κοινωνική Νοσηλευτική διδάσκονται στο Ζ εξάμηνο.

Στόχος μας ήταν να συλλέξουμε περίπου 100 ερωτηματολόγια από κάθε ομάδα (Α-ΣΤ και Ζ-Πτυχία), ώστε να γίνει σύγκριση των απόψεων των σπουδαστών στην αρχή και στο τέλος της παρακολούθησης του προγράμματος σπουδών της Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη διανομή αυτοσυμπληρούμενου δομημένου ερωτηματολογίου στην αίθουσα διδασκαλίας, το οποίο έχει κατασκευαστεί από εμάς τους ίδιους. Στη συνέχεια η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS.

### **ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

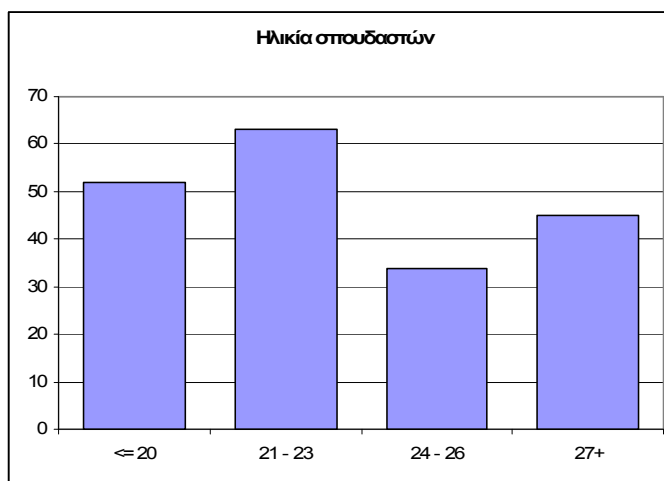
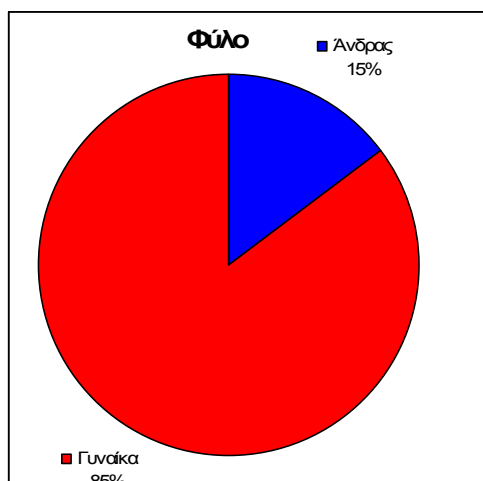
Η πιο σημαντική δυσκολία που αντιμετωπίσαμε είναι η εξεύρεση των σπουδαστών, διότι αρκετοί από αυτούς δεν παρακολουθούν τα μαθήματα για διάφορους λόγους. Το πρόβλημα ήταν εντονότερο αναφορικά με τους σπουδαστές της δεύτερης ομάδας, δηλαδή για σπουδαστές Ζ εξαμήνου και πτυχίο Α. Για να προσπεραστεί το πρόβλημα αυτό διευρύναμε την ομάδα Β και σε μεγαλύτερα πτυχία, έως και ΠΔ, ώστε να συμπληρωθεί ο απαιτούμενος αριθμός του δείγματος.

## 2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Συνολικά εκατόν ενενήντα επτά (197) σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηρακλείου πήραν μέρος στην έρευνα αυτή. Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει την κατανομή των σπουδαστών στα εξάμηνα παρακολούθησης μαθημάτων. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν εκατόν ένα (101) σπουδαστές από τα εξάμηνα Α έως ΣΤ και στη δεύτερη ομάδα ανήκουν ενενήντα έξι (96) σπουδαστές από το Ζ ή μεγαλύτερα εξάμηνα. Επομένως, έχει επιτευχθεί ο αρχικός μας στόχος να συμπληρωθούν περίπου εκατό ερωτηματολόγια από κάθε ομάδα.

ΟΜΑΔΑ Α			ΟΜΑΔΑ Β		
ΕΞΑΜΗΝΟ	N	%	ΕΞΑΜΗΝΟ	N	%
A	41	40,6%	Z	54	56,3%
B	13	12,9%	ΠΑ	32	33,3%
Γ	2	2,0%	ΠΒ	6	6,3%
Δ	33	32,7%	ΠΓ	2	2,1%
E	3	3,0%	ΠΔ	2	2,1%
ΣΤ	9	8,9%			
Σύνολο	101	100,0%		96	100,0%

Από το σύνολο των σπουδαστών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο για την τρίτη ηλικία η πλειοψηφία (85%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν 24.73 έτη (τυπική απόκλιση 6.325) με ηλικίες που κυμαίνονται από 18 έως 49 ετών.





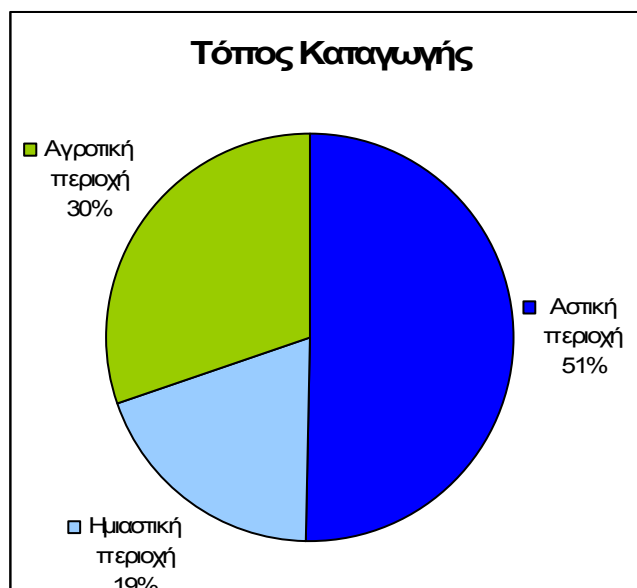
Αναφορικά με την οικογένειά τους, οι σπουδαστές δήλωσαν ότι η ηλικία του πατέρα τους κυμαίνεται από 38 έως 91, με μέση τιμή τα 54.31 έτη (τυπική απόκλιση 9.314), ενώ της μητέρας τους από 32 έως 83 έτη, με μέση τιμή τα 48.73 έτη (τυπική απόκλιση 9.209).

Ηλικία πατέρα			Ηλικία μητέρας		
	N	%		N	%
<b>&lt;= 48</b>	49	28.2	<b>&lt;= 42</b>	58	31.0
<b>49 - 53</b>	38	21.8	<b>43 - 46</b>	36	19.3
<b>54 - 60</b>	52	29.9	<b>47 - 54</b>	48	25.7
<b>61+</b>	35	20.1	<b>55+</b>	45	24.1
<b>Σύνολο</b>	174	100.0	<b>Σύνολο</b>	187	100.0

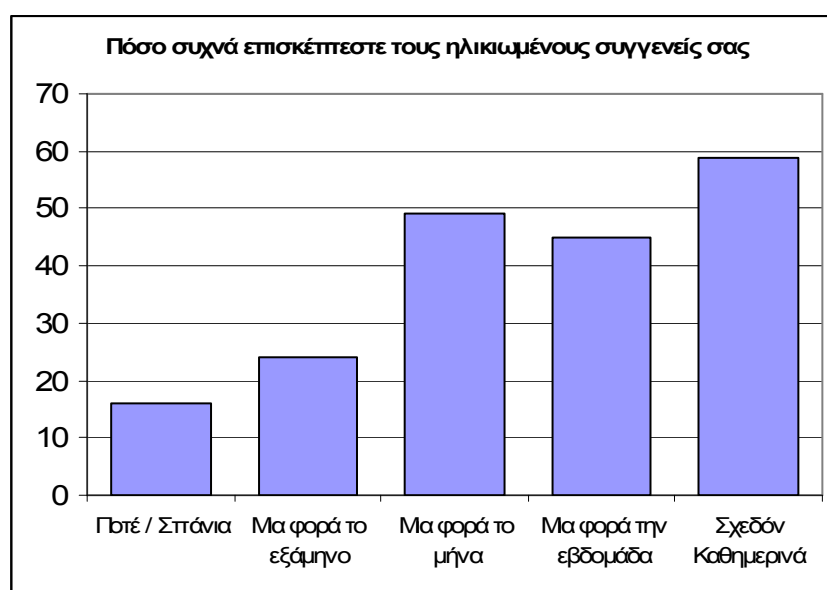
Επίσης, οι σπουδαστές ερωτήθηκαν για το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων τους. Παρατηρούμε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα είναι ελαφρώς χαμηλότερο εφόσον έχουν μεγαλύτερα ποσοστά δημοτικού και γυμνασίου από αυτά της μητέρας, με ποσοστά 63.6% και 48.4%, αντίστοιχα. Παρ' όλ' αυτά, το ποσοστό αποφοίτων ΑΕΙ/ ΤΕΙ είναι λίγο μεγαλύτερο για τους πατεράδες (19.6% έναντι 18.0%).

Εκπαίδευση πατέρα			Εκπαίδευση μητέρας		
	N	%		N	%
<b>Δημοτικό</b>	60	32.6	<b>Δημοτικό</b>	53	27.3
<b>Γυμνάσιο</b>	57	31.0	<b>Γυμνάσιο</b>	41	21.1
<b>Λύκειο</b>	31	16.8	<b>Λύκειο</b>	65	33.5
<b>ΤΕΙ/ ΑΕΙ</b>	36	19.6	<b>ΤΕΙ/ ΑΕΙ</b>	35	18.0
<b>Σύνολο</b>	184	100.0	<b>Σύνολο</b>	194	100.0

Οι περισσότεροι σπουδαστές (51%) κατάγονται από αστικές περιοχές, ενώ 19% από ημιαστικές και 30% από αγροτικές περιοχές.



Σχετικά με τους παππούδες τους, δηλαδή τους γονείς των γονιών τους, στην πλειοψηφία τους βρίσκονται στη ζωή (74.4%), αλλά δεν διαμένουν μαζί με τους γονείς των σπουδαστών (76.9%). Σχεδόν ένας στους τρεις σπουδαστές (30.6%) επισκέπτεται τους ηλικιωμένους συγγενείς του σχεδόν καθημερινά, ενώ ένας στους τέσσερις μια φορά τη βδομάδα ή μια φορά το μήνα (23.3% και 25.4%, αντίστοιχα). Τέλος, πολύ λιγότεροι τους επισκέπτονται μία φορά το εξάμηνο (12.4%) ή σπάνια/ ποτέ (8.3%).



Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να εξετάσουμε εάν οι απόψεις των

σπουδαστών για την τρίτη ηλικία διαφέρουν μεταξύ των σπουδαστών που έχουν παρακολουθήσει τα σχετικά μαθήματα και αυτών που δεν τα έχουν παρακολουθήσει. Επομένως, τα αποτελέσματα σχετικά με τις απόψεις και τις στάσεις των σπουδαστών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης παρουσιάζονται παρακάτω συγκριτικά για τις δύο αυτές ομάδες.

Ξεκινώντας από το θέμα της ενημέρωσης των σπουδαστών, και πιο συγκεκριμένα με την ερώτηση εάν θεωρούν γενικά ότι υπάρχει ενημέρωση για τα θέματα της τρίτης ηλικίας στις μέρες μας. Συνολικά, οκτώ στους δέκα σπουδαστές (79.1%) πιστεύουν ότι υπάρχει λίγη ή καθόλου ενημέρωση για το θέμα αυτό. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην άποψη των δύο ομάδων, παρά το ότι, η ομάδα Β έχει διπλάσιο ποσοστό στο «αρκετά».

	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>		<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Καθόλου</b>	20	19,8%	19	20,0%
<b>Λίγο</b>	65	64,4%	51	53,7%
<b>Αρκετά</b>	14	13,9%	25	26,3%
<b>Πολύ</b>	2	2,0%	0	0,0%
<b>Σύνολο</b>	101	100,0%	95	100,0%

Η δημοφιλέστερη πηγή ενημέρωσης των σπουδαστών για θέματα τρίτης ηλικίας είναι το οικογενειακό περιβάλλον (57,9%), ενώ ακολουθούν η σχολή (49,7%), τα Μ.Μ.Ε (35,5%) και τα βιβλία (35,0%). Τα σεμινάρια/ διαλέξεις και οι σύλλογοι/ φορείς/ ιδρύματα αποτελούν σπανιότερες πηγές ενημέρωσης με ποσοστά μόλις 11,2% και 8,6%, αντίστοιχα. Συγκριτικά για τις δύο ομάδες, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην ενημέρωση από τη σχολή ( $\chi^2=8,528$  p-value=0,003). Για την ομάδα Α η οικογένεια παραμένει η δημοφιλέστερη πηγή ενημέρωσης, ενώ στην ομάδα Β, η σχολή συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό και βρίσκεται στην πρώτη θέση της επιλογής τους με ποσοστό 60,4%, έναντι 39,9% για την ομάδα Α.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Οικογενειακό περιβάλλον</b>	62	61,4%	52	54,2%
<b>Σεμινάρια/ Διαλέξεις</b>	9	8,9%	13	13,5%
<b>Συλλόγους/ φορείς/ ιδρύματα</b>	8	7,9%	9	9,4%
<b>Βιβλία</b>	38	37,6%	31	32,3%
<b>Μ.Μ.Ε.</b>	40	39,6%	30	31,3%
<b>Από τη σχολή μου</b>	40	39,6%	58	60,4%

Επίσης, στατιστικά σημαντικά διαφέρει ο βαθμός ευαισθητοποίησης των σπουδαστών των δύο ομάδων ( $\chi^2=9,261$  p-value=0,026). Η ομάδα Β δηλώνουν σαφώς πιο ευαισθητοποιημένοι απέναντι στα άτομα τρίτης ηλικίας, με ποσοστό 38,5% να δηλώνουν «πολύ» ευαισθητοποιημένοι, έναντι 19,8% της ομάδας Α.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	4	4,0%	5	5,2%
<b>Λίγο</b>	15	14,9%	9	9,4%
<b>Αρκετά</b>	62	61,4%	45	46,9%
<b>Πολύ</b>	20	19,8%	37	38,5%
<b>Σύνολο</b>	101	100,0%	96	100,0%

Από τους σπουδαστές που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ζητήθηκε να αξιολογήσουν οκτώ προτάσεις σχετικά με την ενημέρωση από κρατικούς φορείς (πρόνοια, εκπαιδευτικά ιδρύματα), από τα ΜΜΕ ή από σεμινάρια και διαλέξεις γύρω από τα θέματα τρίτης ηλικίας. Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τα σχετικά αποτελέσματα. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με τις απόψεις των σπουδαστών των δύο ομάδων στις προτάσεις αυτές.

Πιστεύετε ότι:		ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
		N	%	N	%
Το κράτος παρέχει επαρκή κονδύλια για την κάλυψη των αναγκών τους	Ναι	6	6,0%	5	5,2%
	Όχι	94	94,0%	91	94,8%
Η κοινωνική πρόνοια παρουσιάζει ελλείψεις στην κάλυψη των κοινωνικοοικονομικών αναγκών τους	Ναι	78	78,0%	78	81,3%
	Όχι	22	22,0%	18	18,8%
Τα ΜΜΕ ενημερώνουν το κοινό για τις κοινωνικοοικονομικές τους ανάγκες	Ναι	43	43,0%	46	47,9%
	Όχι	57	57,0%	50	52,1%
Τα ΜΜΕ φροντίζουν με κατάλληλα προγράμματα να ευαισθητοποιούν τον κόσμο σχετικά με την ένταξή τους στην κοινωνία	Ναι	25	25,5%	22	23,2%
	Όχι	73	74,5%	73	76,8%
Πραγματοποιούνται επαρκή σεμινάρια/ διαλέξεις από φορείς/ συλλόγους	Ναι	20	20,0%	16	17,0%
	Όχι	80	80,0%	78	83,0%
Το νομοθετικό πλαίσιο του ελληνικού κράτους είναι αποτελεσματικό για την πλήρη κάλυψη των κοινωνικοοικονομικών τους αναγκών	Ναι	9	9,0%	5	5,2%
	Όχι	91	91,0%	91	94,8%
Στην πρωτοβάθμια/ δευτεροβάθμια εκπαίδευση γίνεται μεγάλη προσπάθεια για ευαισθητοποίηση των μαθητών/ -τριών	Ναι	20	20,0%	29	30,2%
	Όχι	80	80,0%	67	69,8%
Υπάρχουν επαρκή ιδρύματα/ φορείς/ σύλλογοι στην Ελλάδα που να μπορούν να καλύπτουν οποιαδήποτε ανάγκη τους	Ναι	33	33,0%	23	24,2%
	Όχι	67	67,0%	72	75,8%

Επομένως, και οι δύο ομάδες συμφωνούν ότι το κράτος δεν παρέχει επαρκή κονδύλια για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά 94,0% και 94,8%. Συμφωνούν επίσης στο ότι η κοινωνική πρόνοια και το νομοθετικό πλαίσιο του ελληνικού κράτους παρουσιάζουν ελλείψεις και αδυνατούν να καλύψουν τις κοινωνικοοικονομικές τους ανάγκες. Μεγάλες ελλείψεις αναγνωρίζουν οι σπουδαστές στην προσπάθεια ευαισθητοποίησης μέσα από την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, καθώς και στην παρουσία επαρκών ιδρυμάτων/ φορέων/ συλλόγων για την κάλυψη των αναγκών τους. Τέλος, σύμφωνα με τις απαντήσεις των σπουδαστών, ούτε τα ΜΜΕ καταφέρνουν να ευαισθητοποιήσουν το κοινό σχετικά με τις κοινωνικοοικονομικές ανάγκες και την ένταξη των ατόμων

τρίτης ηλικίας στην Ελληνική κοινωνία.

Οι δύο ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν στόχο τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των νέων και των ατόμων τρίτης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, διερευνούν εάν πιστεύουν οι σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής ότι οι ηλικιωμένοι εκτιμούν τη γνώμη και τις ικανότητες των νέων.

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση εάν οι ηλικιωμένοι υπολογίζουν τη γνώμη των νέων. Από τον πίνακα που ακολουθεί παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις των σπουδαστών των δύο ομάδων είναι σχεδόν ίδιες.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	9	9,1%	5	5,3%
<b>Λίγο</b>	45	45,5%	47	49,5%
<b>Αρκετά</b>	38	38,4%	37	38,9%
<b>Πολύ</b>	7	7,1%	6	6,3%
<b>Σύνολο</b>	99	100,0%	95	100,0%

Ομοίως, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ερώτηση εάν οι ηλικιωμένοι πιστεύουν στις ικανότητες των νέων. Αν και παρατηρούμε ότι η ομάδα Α είναι ελαφρώς πιο αισιόδοξη, με μεγαλύτερα ποσοστά στις επιλογές «αρκετά» (58,0%) και «πολύ» (11,0%), έναντι 47,4% και 7,4% αντίστοιχα.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	8	8,0%	7	7,4%
<b>Λίγο</b>	23	23,0%	36	37,9%
<b>Αρκετά</b>	58	58,0%	45	47,4%
<b>Πολύ</b>	11	11,0%	7	7,4%
<b>Σύνολο</b>	100	100,0%	95	100,0%

Ολοκληρώνοντας την ενότητα της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των σπουδαστών για θέματα τρίτης ηλικίας, οι συμμετέχοντες κλίθηκαν να

απαντήσουν εάν συμφωνούν ή διαφωνούν με δεκαεφτά προτάσεις που εξετάζουν κυρίως σε ποιο βαθμό είναι εξοικειωμένοι με τα γηρατειά, καθώς και τις απόψεις τους για την προσωπική επαφή τους με άτομα τρίτης ηλικίας.

Ξεκινώντας την παρουσίαση αυτών των αποτελεσμάτων, η πρώτη πρόταση ήταν εάν οι σπουδαστές «απολαμβάνουν την παρέα με ηλικιωμένα άτομα». Γενικά, οι σπουδαστές απαντούν θετικά σε πολύ υψηλά ποσοστά που ξεπερνούν το 80% και στις δύο ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, για την ομάδα Α 85,2% συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα και για την ομάδα Β το αντίστοιχο ποσοστό είναι 84,0%. Δεν υπάρχει επομένως, στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	22	21,8%	30	31,9%
<b>Συμφωνώ</b>	64	63,4%	49	52,1%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	0	0,0%	3	3,2%
<b>Διαφωνώ</b>	15	14,9%	12	12,8%
<b>Σύνολο</b>	101	100,0%	94	100,0%

Η δεύτερη πρόταση ήταν «Φοβάμαι ότι όταν θα είμαι ηλικιωμένος όλοι μου οι φίλοι θα έχουν πεθάνει». Και σε αυτήν την ερώτηση οι απαντήσεις των σπουδαστών των δύο ομάδων ταυτίζονται. Επίσης, παρατηρούμε μία διασπορά στις απαντήσεις με τους μισούς περίπου σπουδαστές να συμφωνούν και τους άλλους μισούς να διαφωνούν με την πρόταση αυτή.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	15	14,9%	14	14,7%
<b>Συμφωνώ</b>	33	32,7%	29	30,5%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	26	25,7%	25	26,3%
<b>Διαφωνώ</b>	27	26,7%	27	28,4%
<b>Σύνολο</b>	101	100,0%	95	100,0%

Η τρίτη πρόταση ήταν «μου αρέσει να επισκέπτομαι τους μεγαλύτερους

σε ηλικία συγγενείς μου». Ομοίως με την πρώτη πρόταση, εννιά στους δέκα σπουδαστές, δηλαδή σχεδόν 90%, συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με την πρόταση αυτή. Υπάρχει όμως σε αυτή την περίπτωση στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες αναφορικά με το βαθμό που συμφωνούν ( $\chi^2=17,084$   $p$ -value=0,001). Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των σπουδαστών της ομάδας Β που συμφωνούν απόλυτα είναι διπλάσιο του ποσοστού της ομάδας Α, 34,0% έναντι 17,2%.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	17	17,2%	32	34,0%
<b>Συμφωνώ</b>	74	74,7%	52	55,3%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	5	5,1%	0	,0%
<b>Διαφωνώ</b>	3	3,0%	10	10,6%
<b>Σύνολο</b>	99	100,0%	94	100,0%

Η τέταρτη πρόταση ήταν «φοβάμαι ότι θα είναι πολύ δύσκολο για μένα να βρω ικανοποίηση / ευχαρίστηση όταν θα είμαι ηλικιωμένος». Οι απαντήσεις των σπουδαστών είναι και σε αυτή την περίπτωση σχεδόν ίδιες για τις δύο ομάδες. Επίσης, οι απαντήσεις των σπουδαστών είναι μοιρασμένες μεταξύ αυτών που συμφωνούν και αυτών που διαφωνούν.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	18	18,0%	18	18,9%
<b>Συμφωνώ</b>	32	32,0%	35	36,8%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	21	21,0%	22	23,2%
<b>Διαφωνώ</b>	29	29,0%	20	21,1%
<b>Σύνολο</b>	100	100,0%	95	100,0%

Η επόμενη πρόταση ήταν «θα έχω πολλά πράγματα να κάνω όταν θα είμαι ηλικιωμένος». Στην πρόταση αυτή υπάρχουν μικρές διαφορές στις απαντήσεις των σπουδαστών των δύο ομάδων, χωρίς όμως να είναι στατιστικά



σημαντικές. Από την πρώτη ομάδα 58,0% συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα και από τη δεύτερη ομάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 51,6%.

	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>		<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	12	12,0%	15	16,1%
<b>Συμφωνώ</b>	46	46,0%	33	35,5%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	14	14,0%	15	16,1%
<b>Διαφωνώ</b>	28	28,0%	30	32,3%
<b>Σύνολο</b>	100	100,0%	93	100,0%

Η έκτη πρόταση ήταν «με προβληματίζει η σκέψη ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για μένα όταν θα είμαι ηλικιωμένος». Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των δύο ομάδων. Η πλειοψηφία των σπουδαστών συμφωνεί με την πρόταση αυτή.

	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>		<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	12	12,0%	20	21,5%
<b>Συμφωνώ</b>	54	54,0%	48	51,6%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	13	13,0%	7	7,5%
<b>Διαφωνώ</b>	21	21,0%	18	19,4%
<b>Σύνολο</b>	100	100,0%	93	100,0%

Η έβδομη πρόταση ήταν «δεν με ενοχλεί καθόλου να φαντάζομαι τον εαυτό μου ηλικιωμένο». Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των δύο ομάδων. Οι σπουδαστές της ομάδας Β φαίνονται λίγο πιο εξοικειωμένοι με την ιδέα του γήρατος, καθώς συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα σε σχετικά μεγαλύτερο ποσοστό 62,3%, έναντι 48,0% της ομάδας Α.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	14	14,3%	15	16,1%
<b>Συμφωνώ</b>	33	33,7%	43	46,2%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	23	23,5%	12	12,9%
<b>Διαφωνώ</b>	28	28,6%	23	24,7%
<b>Σύνολο</b>	98	100,0%	93	100,0%

Η όγδοη πρόταση είναι όμοια με την πρώτη και την τρίτη, εξετάζοντας τη σχέση των νέων με τους ηλικιωμένους. Πιο συγκεκριμένα ήταν «απολαμβάνω να συζητώ με ηλικιωμένους». Ούτε σε αυτή την ερώτηση έχουμε διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες, ενώ τα ποσοστά αυτών που συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα είναι ιδιαίτερα υψηλά, και ξεπερνούν το 80% (86,9% και 84,4% αντίστοιχα) .

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	20	20,2%	26	27,1%
<b>Συμφωνώ</b>	66	66,7%	55	57,3%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	3	3,0%	9	9,4%
<b>Διαφωνώ</b>	10	10,1%	6	6,3%
<b>Σύνολο</b>	99	100,0%	96	100,0%

Η ένατη πρόταση ήταν «πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά για τη ζωή όταν θα είμαι ηλικιωμένος». Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες. Συνολικά, οι σπουδαστές συμφωνούν με την πρόταση αυτή, θεωρούν δηλαδή ότι τα γηρατειά δεν θα πρέπει να τους κάνουν να νοιώθουν άσχημα για τη ζωή τους.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	13	13,7%	12	13,3%
<b>Συμφωνώ</b>	48	50,5%	56	62,2%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	19	20,0%	8	8,9%
<b>Διαφωνώ</b>	15	15,8%	14	15,6%
<b>Σύνολο</b>	95	100,0%	90	100,0%

Η δέκατη πρόταση ήταν «δεν έχω ποτέ φοβηθεί την ημέρα που θα κοιταχτώ στον καθρέφτη και θα βλέπω γκρίζα μαλλιά». Αν και δεν υπάρχουν ούτε σε αυτή την περίπτωση διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, υπάρχει διαφοροποίηση στη στάση που κρατούν οι σπουδαστές σε σχέση με άλλες προτάσεις που αφορούν το γήρας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι τα «γκρίζα μαλλιά» είναι ένα εξωτερικό, άρα και εμφανές, χαρακτηριστικών των γηρατειών.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	16	16,2%	16	17,2%
<b>Συμφωνώ</b>	39	39,4%	42	45,2%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	20	20,2%	15	16,1%
<b>Διαφωνώ</b>	24	24,2%	20	21,5%
<b>Σύνολο</b>	99	100,0%	93	100,0%

Η ενδέκατη πρόταση αφορά και πάλι την επαφή των σπουδαστών με άτομα τρίτης ηλικίας, και ήταν «αισθάνομαι πολύ άνετα όταν βρίσκομαι με ηλικιωμένα άτομα». Όπως και στις προηγούμενες σχετικές ερωτήσεις δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των δύο ομάδων. Παρά το ότι, η ομάδα Β έχει μεγαλύτερο ποσοστό στο «συμφωνώ απόλυτα», και οι δύο ομάδες απαντούν θετικά σε ποσοστό περίπου 80% (78,1% και 83,1%).

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	17	17,7%	29	30,5%
<b>Συμφωνώ</b>	58	60,4%	50	52,6%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	7	7,3%	10	10,5%
<b>Διαφωνώ</b>	14	14,6%	6	6,3%
<b>Σύνολο</b>	96	100,0%	95	100,0%

Στην δωδέκατη πρόταση παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των δύο ομάδων ( $\chi^2=8,279$  p-value=0,041). Η πρόταση αυτή ήταν «δεν με φοβίζει να δείχνω μεγαλύτερος από την ηλικία μου». Παρατηρούμε ότι οι σπουδαστές της ομάδας Α διαφωνούν με την πρόταση αυτή σε ποσοστό διπλάσιο αυτού της ομάδας Β, 32,3% έναντι 16,1% .

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	11	11,5%	20	21,5%
<b>Συμφωνώ</b>	44	45,8%	47	50,5%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	10	10,4%	11	11,8%
<b>Διαφωνώ</b>	31	32,3%	15	16,1%
<b>Σύνολο</b>	96	100,0%	93	100,0%

Προχωρώντας στην επόμενη πρόταση «πιστεύω ότι θα έχω ακόμα την διάθεση να ασχολούμαι με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος» δεν έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των δύο ομάδων. Συνολικά, όλοι οι σπουδαστές συμφωνούν ότι τα γηρατειά δεν θα πρέπει να είναι λόγος για να σταματήσουν να ασχολούνται με τον εαυτό τους.

	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>		<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	21	22,8%	26	27,4%
<b>Συμφωνώ</b>	53	57,6%	47	49,5%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	6	6,5%	8	8,4%
<b>Διαφωνώ</b>	12	13,0%	14	14,7%
<b>Σύνολο</b>	92	100,0%	95	100,0%

Η δέκατη τέταρτη πρόταση ήταν «φοβάμαι ότι δεν θα υπάρχει κανένα νόημα στη ζωή μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος». Οι σπουδαστές διαφωνούν με την πρόταση αυτή σε ποσοστό που ξεπερνά το 60%. Όπως και στις παρόμοιες ερωτήσεις δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των δύο ομάδων.

	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>		<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	12	12,0%	16	17,4%
<b>Συμφωνώ</b>	24	24,0%	20	21,7%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	29	29,0%	30	32,6%
<b>Διαφωνώ</b>	35	35,0%	26	28,3%
<b>Σύνολο</b>	100	100,0%	92	100,0%

Η δέκατη πέμπτη πρόταση ήταν «πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος». Και αυτή η ερώτηση αφορά στο πως πιστεύουν οι νέοι ότι θα νοιώθουν όταν θα είναι ηλικιωμένοι. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των δύο ομάδων, ενώ επτά στους δέκα σπουδαστές δηλώνουν ότι θα νοιώθουν καλά με τον εαυτό τους όταν θα είναι ηλικιωμένοι.

	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>		<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	17	17,3%	21	22,3%
<b>Συμφωνώ</b>	54	55,1%	53	56,4%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	17	17,3%	7	7,4%
<b>Διαφωνώ</b>	10	10,2%	13	13,8%
<b>Σύνολο</b>	98	100,0%	94	100,0%

Φτάνοντας προς το τέλος, η δέκατη έκτη ερώτηση ήταν «μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους ηλικιωμένους». Ούτε και εδώ βρίσκουμε διαφορές στις απαντήσεις των σπουδαστών, καθώς όλοι συμφωνούν ότι η προσφορά βοήθειας σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι απολύτως θεμιτή.

	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>		<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	25	25,0%	28	30,4%
<b>Συμφωνώ</b>	61	61,0%	50	54,3%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	8	8,0%	7	7,6%
<b>Διαφωνώ</b>	6	6,0%	7	7,6%
<b>Σύνολο</b>	100	100,0%	92	100,0%

Τέλος, η δέκατη έβδομη ερώτηση ήταν «όταν κοιτάζω στον καθρέφτη, με ενοχλεί να βλέπω πως έχει αλλάξει η εμφάνιση μου με τα χρόνια». Ελάχιστες διαφορές παρατηρούνται και πάλι ανάμεσα στις δύο ομάδες. Πιθανότατα, καθώς τα σημάδια των χρόνων δεν έχουν γίνει ακόμη αισθητά στους σπουδαστές λόγω του νεαρού της ηλικίας τους. Συνολικά, οι απόψεις φαίνεται να διχάζονται στην τελευταία αυτή πρόταση, καθώς 48,0% από την ομάδα Α και 36,9% από την ομάδα Β δηλώνουν ότι δεν ενοχλούνται από τις αλλαγές στην εμφάνισή τους με τα χρόνια.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	21	21,0%	23	24,2%
<b>Συμφωνώ</b>	31	31,0%	37	38,9%
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	15	15,0%	12	12,6%
<b>Διαφωνώ</b>	33	33,0%	23	24,2%
<b>Σύνολο</b>	100	100,0%	95	100,0%

Συνοπτικά, οι απόψεις των σπουδαστών που έχουν διδαχθεί τα μαθήματα Γηριατρική Νοσηλευτική και Κοινωνική Νοσηλευτική, τα οποία αφορούν σε θέματα τρίτης ηλικίας, δεν διαφέρουν από αυτούς από μικρότερα εξάμηνα. Σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μόνο για τις προτάσεις 3 και 12. Όλοι οι σπουδαστές δηλώνουν θετικοί στην επαφή με άτομα τρίτης ηλικίας, δηλαδή στο να επισκέπτονται, να συζητούν και να βοηθούν τους ηλικιωμένους. Επίσης, δηλώνουν εξοικειωμένοι με τα γηρατειά, και δεν είναι κάτι το οποίο φαίνεται να τους τρομάζει.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά στην ενημέρωση, στις γνώσεις και στην εμπειρία που έχουν αποκομίσει οι σπουδαστές για θέματα της τρίτης ηλικίας από το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης.

Αρχικά, οι σπουδαστές ερωτήθηκαν σε ποιους από τους έξι τομείς που παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα, πιστεύουν ότι έχει συμβάλει η παρακολούθηση του προγράμματος σπουδών στο τμήμα νοσηλευτικής, σε σχέση με τα θέματα τρίτης ηλικίας. Σαφώς, η ομάδα Α απάντησε σε σχέση με το γενικότερο εκπαιδευτικό πλαίσιο και όχι έχοντας παρακολουθήσει συγκεκριμένα μαθήματα.

		ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
		N	%	N	%
Έχω εμπλουτίσει τις θεωρητικές μου γνώσεις.	Ναι	63	67,7%	80	87,9%
	Όχι	30	32,3%	11	12,1%
Έχω αποκτήσει προσωπική εμπειρία μέσα από την πρακτική άσκηση.	Ναι	60	64,5%	74	81,3%
	Όχι	33	35,5%	17	18,7%
Έχω αναπτύξει εθελοντική πρωτοβουλία για ανάμειξή μου σε φορείς/ υπηρεσίες.	Ναι	36	38,7%	53	58,9%
	Όχι	57	61,3%	37	41,1%
Έχω αλλάξει στάση.	Ναι	54	58,1%	65	73,0%
	Όχι	39	41,9%	24	27,0%
Έχω αποβάλλει αρνητικές σκέψεις που είχα στο παρελθόν.	Ναι	57	61,3%	71	78,0%
	Όχι	36	38,7%	20	22,0%
Έχω ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα αυτό.	Ναι	75	80,6%	85	93,4%
	Όχι	18	19,4%	6	6,6%

Αρχικά, όσον αφορά τις θεωρητικές γνώσεις παρατηρούμε διαφορά είκοσι ποσοστιαίων μονάδων μεταξύ των δύο ομάδων ( $\chi^2=10,805$  p-value=0,001). Οι σπουδαστές που έχουν παρακολουθήσει τα σχετικά μαθήματα δηλώνουν ότι έχουν εμπλουτίσει τις θεωρητικές τους γνώσεις σε ποσοστό 87,9%.

Στατιστικά σημαντική είναι και η διαφορά για την απόκτηση προσωπικής εμπειρίας μέσα από την πρακτική άσκηση ( $\chi^2=6,562$  p-value=0,010). Οι σπουδαστές της ομάδας Β δήλωσαν ότι έχουν αποκτήσει προσωπική εμπειρία σε ποσοστό 81,3%, έναντι 64,5% της ομάδας Α.

Ομοίως για την ανάπτυξη εθελοντικής πρωτοβουλίας για την ανάμειξη των σπουδαστών σε φορείς/ υπηρεσίες ( $\chi^2=7,455$  p-value=0,006). Παρατηρούμε, βέβαια, ότι τα ποσοστά εθελοντικής συμμετοχής είναι σαφώς μικρότερα (58,9% και 38,7% αντίστοιχα).

Ο τέταρτος τομέας αφορά την αλλαγή στάσης των σπουδαστών απέναντι στα θέματα τρίτης ηλικίας, όπου και πάλι βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ( $\chi^2=4,502$  p-value=0,034). Το ποσοστό των σπουδαστών από την ομάδα Β που δήλωσαν ότι άλλαξαν στάση



λόγω των μαθημάτων της σχολή ήταν 73,0%, ενώ της ομάδας A ήταν 58,1%.

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε και στον αριθμό των σπουδαστών που δήλωσαν ότι έχουν αποβάλλει αρνητικές σκέψεις που είχαν στο παρελθόν ( $\chi^2=6,082$   $p\text{-value}=0,014$ ). Οκτώ στους δέκα σπουδαστές (78,0%) της ομάδας B έχουν αποβάλλει αρνητικές σκέψεις, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα A ήταν 61,3%.

Τέλος, η μεγαλύτερη αλλαγή που δήλωσαν οι σπουδαστές ήταν ότι έχουν ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα της τρίτης ηλικίας σε ποσοστά 80,6% για την ομάδα A και 93,4% για την ομάδα B. Σαφώς και σε αυτή την περίπτωση βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά των δύο ομάδων.

Έπειτα οι σπουδαστές ερωτήθηκαν σε ποιο βαθμό τους έχει βοηθήσει η παρακολούθηση του προγράμματος σπουδών στο τμήμα νοσηλευτικής, σε σχέση με τα θέματα τρίτης ηλικίας, στην προσωπική και επαγγελματική τους ζωή. Πιο συγκεκριμένα, η συμμετοχή των σπουδαστών σε εθελοντικές δραστηριότητες φαίνεται να αυξάνεται σε μικρό βαθμό με την παρακολούθηση των μαθημάτων, χωρίς όμως η διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική.

	ΟΜΑΔΑ A		ΟΜΑΔΑ B	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	27	28,7%	19	21,1%
<b>Λίγο</b>	37	39,4%	30	33,3%
<b>Αρκετά</b>	25	26,6%	32	35,6%
<b>Πολύ</b>	5	5,3%	9	10,0%
<b>Σύνολο</b>	94	100,0%	90	100,0%

Το πρόγραμμα σπουδών έχει επίσης βοηθήσει στις διαπροσωπικές σχέσεις των σπουδαστών, χωρίς όμως να είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά. Και οι δύο ομάδες σπουδαστών δηλώνουν θετική αλλαγή σε ποσοστό 58,1% και 69,3% για τις ομάδες A και B, αντίστοιχα («αρκετά» και «πολύ»).

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	17	18,3%	11	12,1%
<b>Λίγο</b>	22	23,7%	17	18,7%
<b>Αρκετά</b>	34	36,6%	32	35,2%
<b>Πολύ</b>	20	21,5%	31	34,1%
<b>Σύνολο</b>	93	100,0%	91	100,0%

Στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των σπουδαστών των δύο ομάδων βρέθηκε σχετικά με το βαθμό που το πρόγραμμα σπουδών έχει βοηθήσει στην καλύτερη προσέγγιση των ηλικιωμένων ( $\chi^2=8,540$  p-value=0,036).

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	12	12,8%	10	11,1%
<b>Λίγο</b>	21	22,3%	15	16,7%
<b>Αρκετά</b>	50	53,2%	39	43,3%
<b>Πολύ</b>	11	11,7%	26	28,9%
<b>Σύνολο</b>	94	100,0%	90	100,0%

Σε μικρότερο βαθμό έχει βοηθήσει το πρόγραμμα σπουδών στην πλήρη αποδοχή των ηλικιωμένων από τους σπουδαστές. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	18	19,1%	9	9,9%
<b>Λίγο</b>	23	24,5%	21	23,1%
<b>Αρκετά</b>	42	44,7%	44	48,4%
<b>Πολύ</b>	11	11,7%	17	18,7%
<b>Σύνολο</b>	94	100,0%	91	100,0%

Σχετικά μικρή είναι η επίδραση που έχει το πρόγραμμα σπουδών στη συνέχιση των σπουδών τους στον τομέα της τρίτης ηλικίας. Χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, το ποσοστό της ομάδας Β είναι ελαφρώς μεγαλύτερο από αυτό της ομάδας Α (55,0% και 50,5% αντίστοιχα).

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	23	24,7%	17	18,7%
<b>Λίγο</b>	23	24,7%	24	26,4%
<b>Αρκετά</b>	39	41,9%	32	35,2%
<b>Πολύ</b>	8	8,6%	18	19,8%
<b>Σύνολο</b>	93	100,0%	91	100,0%

Αντιθέτως στατιστικά σημαντική είναι η επίδραση που έχει το πρόγραμμα σπουδών στην οικογενειακή ζωή των σπουδαστών ( $\chi^2=10,681$  p-value=0,014). Το ποσοστό των σπουδαστών από την ομάδα Β οι οποίοι δήλωσαν ότι τους έχει βοηθήσει «πολύ» στην οικογενειακή τους ζωή (44,4%) είναι διπλάσιο από το ποσοστό των σπουδαστών από την ομάδα Α (21,7%).

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	12	13,0%	9	10,0%
<b>Λίγο</b>	18	19,6%	13	14,4%
<b>Αρκετά</b>	42	45,7%	28	31,1%
<b>Πολύ</b>	20	21,7%	40	44,4%
<b>Σύνολο</b>	92	100,0%	90	100,0%

Τέλος, οι σπουδαστές δήλωσαν ότι το πρόγραμμα σπουδών τους έχει βοηθήσει λιγότερο στην κατανόηση των ψυχο-κοινωνικοοικονομικών αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας. Αν και φαίνεται κάποια μικρή διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, δεν είναι στατιστικά σημαντική.

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	N	%	N	%
<b>Καθόλου</b>	11	11,7%	11	12,1%
<b>Λίγο</b>	13	13,8%	12	13,2%
<b>Αρκετά</b>	52	55,3%	35	38,5%
<b>Πολύ</b>	18	19,1%	33	36,3%
<b>Σύνολο</b>	94	100,0%	91	100,0%

Επομένως, το πρόγραμμα σπουδών φαίνεται να βοηθά τους σπουδαστές κυρίως στην καλύτερη προσέγγιση των ατόμων τρίτης ηλικίας στο οικογενειακό τους περιβάλλον και λιγότερο στους τομείς εθελοντικής και επαγγελματικής ενασχόλησης με αυτούς.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Συνολικά, το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης βρέθηκε να επιδρά θετικά στις απόψεις και στάσεις των σπουδαστών απέναντι σε θέματα της τρίτης ηλικίας. Σε όλες τις ερωτήσεις υπάρχει μία τάση οι σπουδαστές που έχουν παρακολουθήσει τα μαθήματα Γηριατρικής Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Νοσηλευτικής, δηλαδή η ομάδα Β, να είναι περισσότερο εξοικειωμένοι και θετικοί με τα θέματα αυτά. Ακόμα και στις περιπτώσεις που οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας είναι ότι για την ομάδα Β σημαντικότερη πηγή ενημέρωσης είναι η σχολή, ενώ για την ομάδα Α η ενημέρωση από τη σχολή βρίσκεται στην τρίτη θέση, μαζί με τα ΜΜΕ. Επίσης, ο βαθμός ευαισθητοποίησης για θέματα τρίτης ηλικίας των σπουδαστών που έχουν παρακολουθήσει τα σχετικά μαθήματα είναι σημαντικά μεγαλύτερος.

Όλοι οι σπουδαστές συμφωνούν ότι οι κρατικές δομές, όπως η κοινωνική πρόνοια και το νομοθετικό πλαίσιο, δεν παρέχουν επαρκή κονδύλια για να καλύψουν τις κοινωνικοοικονομικές ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας. Μεγάλες ελλείψεις αναγνωρίζουν οι σπουδαστές και στην ευαισθητοποίηση των νέων μέσα από την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια

εκπαίδευση, καθώς και άλλων φορέων ή συλλόγων. Τέλος, ούτε τα ΜΜΕ καταφέρνουν να ευαισθητοποιήσουν το κοινό σχετικά με τις κοινωνικοοικονομικές ανάγκες και την ένταξη των ατόμων τρίτης ηλικίας στην Ελληνική κοινωνία.

Όλοι οι σπουδαστές δηλώνουν θετικοί στην επαφή με άτομα τρίτης ηλικίας, δηλαδή στο να επισκέπτονται, να συζητούν και να βοηθούν τους ηλικιωμένους. Επίσης, δηλώνουν εξοικειωμένοι με τα γηρατειά, και δεν είναι κάτι το οποίο φαίνεται να τους τρομάζει.

Το πρόγραμμα σπουδών βρέθηκε να επιδρά σε πολύ μεγάλο βαθμό στην ενημέρωση των σπουδαστών για την τρίτη ηλικία. Ιδιαίτερα σημαντικές διαφορές υπάρχουν στους τομείς, για τους οποίους οι σπουδαστές δηλώνουν ότι τα μαθήματα τους έχουν βοηθήσει, όπως οι θεωρητικές γνώσεις η απόκτηση προσωπικής εμπειρίας μέσα από την πρακτική άσκηση η ανάπτυξη εθελοντικής πρωτοβουλίας για την ανάμειξη τους σε σχετικούς φορείς και υπηρεσίες. Δηλώνουν ταυτόχρονα ότι τους βοήθησε να αλλάξουν στάση απέναντι στα θέματα τρίτης ηλικίας και να αποβάλλουν αρνητικές σκέψεις που είχαν στο παρελθόν. Τέλος, εννέα στους δέκα σπουδαστές δήλωσαν ότι έχουν ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα της τρίτης ηλικίας λόγω του προγράμματος σπουδών.

Ολοκληρώνοντας, το πρόγραμμα σπουδών βοηθά τους σπουδαστές στην καλύτερη προσέγγιση των ατόμων τρίτης ηλικίας, κυρίως όμως στο οικογενειακό τους περιβάλλον και λιγότερο στους τομείς εθελοντικής και επαγγελματικής ενασχόλησης με αυτούς.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

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

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

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

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

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

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

ζωή.

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

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

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

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

Χρήσιμο θεωρείται να αναφερθεί, το εδώ και πολλά χρόνια πρωτοποριακό και αρκετά επιτυχημένο πρόγραμμα ανάδοχων οικογενειών για ηλικιωμένους που βρίσκεται σε εφαρμογή στην Αμερική, το οποίο με την κατάλληλη υποδομή, νομοθετική ρύθμιση και ευαισθητοποίηση του κοινού μπορεί να εφαρμοστεί και στην Ελλάδα.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να εφαρμοστούν τα παραπάνω είναι:

α) Η εναρμόνιση της ελληνικής κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους με την αντίστοιχη πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην οποία

ανήκουμε και τις αποφάσεις της οφείλουμε να σεβόμαστε και να αποδεχόμαστε. Μόνο τότε η κοινωνική πολιτική και για τους ηλικιωμένους θα αναχθεί σε εθνική κοινωνική πολιτική, θα είναι σύμφωνη με τα σύγχρονα δεδομένα και τα διεθνή πρωτοποριακά πρότυπα.

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

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

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

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

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



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### ***ΕΛΛΗΝΙΚΗ***

- Ακύρου Δ., Εγχειρίδιο Καρδιολογικής Νοσηλευτικής, Γ' έκδοση, Αθήνα 2005.
- Δόντος Α. (1981), «Η Τρίτη ηλικία και οι δυνατότητές της», Αθήνα: Γρηγόριος Παρισσιανός.
- Γκότοβος Α. (1996), «Νεολαία και κοινωνική μεταβολή», Αθήνα: Gutenberg.
- Δαρδαβέσης, Θ., Κώστα Τσολάκη, Μ., Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α., Μπένος, Α., Νούσκας, Ι., Πανερά, Ε., Χατζηχρήστου, Δ., Χουσιαδάς, Λ., «Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας». Επιμέλεια έκδοσης: Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999) Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Έκμε - Πουλοπούλου, Η. (1999), «Ελληνες ηλικιωμένοι πολίτες – παρελθόν, Παρόν, και μέλλον», Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- Ελληνική Γεροντολογική Εταιρία (2004), Αθήνα.
- Ιατρική στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, American College of Physicians, Δομική (New York - Athens) 1999.
- Κυριακίδου Ε., «Κοινωνική Νοσηλευτική».
- Μαλγαρινού Μ., Γούλια Ε., «Η Νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα» Αθήνα 1986.
- Μαρκετάκης Ν. (1993), «Ο ρόλος του ηλικιωμένου στην σύγχρονη ελληνική Οικογένεια», Πτυχιακή εργασία από το Τ.Ε.Ι. Πάτρας.
- Πλατή Χ., «Γεροντολογική Νοσηλευτική».
- Πλέσσα Στ. «Φυσιολογία του ανθρώπου: Φυσιολογία του κυττάρου», Αθήνα, εκδόσεις Τύπος, 1994.

- Πολύζος Ν. «Δημογραφική Πρόσκληση, Υπογεννητικότητα και πρόσκληση στην Ελλάδα», Αθήνα: ΈΛΛΗΝ .
- Σταθόπουλος Π. (1999), «Κοινωνική Πρόνοια: μια γενική θεώρηση», Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- Τσιάκαλος Γ. (1998), «Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική εμπειρία», Αθήνα: Κέντρο κοινωνικής μορφολογίας και κοινωνικής πολιτικής.

### ***ΞΕΝΗ***

- Carporael, L.R (1981) “the paralanguage of caregiving” Journal of personality and social psychology, 40.
- Edwards, H.,& Welzer, P.(1998). “Perceptions of overaccommodations used in nurses communications with the elderly”. Journal of language& social psychology ,12(3), 207-223
- Goffman , E. (1963). “stigma: notes on the management of spoiled identity”, p.137-138.
- Grant. L. (1996). “effects of ageism on individual and health care providers’ responses to the healthy aging”. Health and social work, 21,9-15.
- Greenberg, G.,Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). “The causes and consequences of a need for self- esteem: A terror management theory. In R. F Baumeister” public self and private self (pp. 188-212). New York: springer.
- Moniz- Cook,(2005) “dementia” 4:163.
- Nelson. T. D.(ed).(2002A). “ageism: stereotyping and prejudice against older adults”. Cambridge, MA: MIT press.

- Palmore, E.(1999). “ageism: negative and positive”. New York: springer.

### ***INTERNET***

- on line: [www.Amerikanheart.org](http://www.Amerikanheart.org)
- on line: [www.nhibi.nih.gov](http://www.nhibi.nih.gov)
- [www.iatrotek.org/search01.asp](http://www.iatrotek.org/search01.asp)
- [www.medline.com](http://www.medline.com)
- [www.medlook.net/category.asp?category=109](http://www.medlook.net/category.asp?category=109)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

#### 1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

##### *Μέρος Α: κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία*

1. Φύλο: Άνδρας   
Γυναίκα

2. Ηλικία: \_\_\_\_\_.

3. Εξάμηνο Σπουδών: \_\_\_\_\_.

4. Ηλικία γονέων: Πατέρα: \_\_\_\_\_.  
Μητέρα: \_\_\_\_\_.

5. Επίπεδο Εκπαίδευσης Γονέων:

	Πατέρα	Μητέρα
1. Δημοτικό		
2. Γυμνάσιο		
3. Λύκειο		
4. ΤΕΙ/ ΑΕΙ		

6. Τόπος καταγωγής: Αστική περιοχή   
Ημιαστική περιοχή   
Αγροτική περιοχή

7. Οι γονείς των γονιών σας ζουν; Ναι   
Όχι

8. Εάν ναι, διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τους γονείς σας; Ναι   
Όχι

9. Επισκέπτεστε τους ηλικιωμένους συγγενείς σας;

Ποτέ / Σπάνια   
Μια φορά το εξάμηνο   
Μια φορά το μήνα   
Μια φορά την εβδομάδα   
Σχεδόν Καθημερινά

## **Μέρος Β: Ενημέρωση – απόψεις για την τρίτη ηλικία**

10. Κατά πόσο θεωρείτε ότι υπάρχει ενημέρωση γύρω από το θέμα της τρίτης ηλικίας στις μέρες μας;

- Καθόλου   
Λίγο   
Αρκετά   
Πολύ

11. Ποιες από τις παρακάτω πηγές ενημέρωσης έχετε χρησιμοποιήσει για να ενημερωθείτε σχετικά με θέματα της τρίτης ηλικίας;

- Οικογενειακό περιβάλλον   
Σεμινάρια/ Διαλέξεις   
Συλλόγους/ φορείς/ ιδρύματα   
Βιβλία   
Μ.Μ.Ε.   
Από τη σχολή μου

12. Πόσο ευαισθητοποιημένος/ -η αισθάνεστε απέναντι σε άτομα της τρίτης ηλικίας;

- Καθόλου   
Λίγο   
Αρκετά   
Πολύ

13. Πιστεύετε ότι:

	Ναι	Όχι
Το κράτος παρέχει επαρκή κονδύλια για την κάλυψη των αναγκών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η κοινωνική πρόνοια παρουσιάζει ελλείψεις στην κάλυψη των κοινωνικοοικονομικών αναγκών τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα ΜΜΕ ενημερώνουν το κοινό για τις κοινωνικοοικονομικές τους ανάγκες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα ΜΜΕ φροντίζουν με κατάλληλα προγράμματα να ευαισθητοποιούν τον κόσμο σχετικά με την ένταξή τους στην κοινωνία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πραγματοποιούνται επαρκή σεμινάρια/ διαλέξεις από φορείς/ συλλόγους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Το νομοθετικό πλαίσιο του ελληνικού κράτους είναι αποτελεσματικό για την πλήρη κάλυψη των κοινωνικοοικονομικών τους αναγκών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στην πρωτοβάθμια/ δευτεροβάθμια εκπαίδευση γίνεται μεγάλη προσπάθεια για ευαισθητοποίηση των μαθητών/ -τριών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υπάρχουν επαρκή ιδρύματα/ φορείς/ σύλλογοι στην Ελλάδα που να μπορούν να καλύπτουν οποιαδήποτε ανάγκη τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Πιστεύετε ότι οι ηλικιωμένοι υπολογίζουν τη γνώμη των νέων;

- Καθόλου   
Λίγο   
Αρκετά   
Πολύ

15. Κατά την γνώμη σας, οι ηλικιωμένοι πιστεύουν στις ικανότητες των νέων;

- Καθόλου   
Λίγο   
Αρκετά   
Πολύ

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

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ
Απολαμβάνω την παρέα με ηλικιωμένα άτομα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φοβάμαι ότι όταν θα είμαι ηλικιωμένος όλοι μου οι φίλοι θα έχουν πεθάνει.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μου αρέσει να επισκέπτομαι τους «μεγαλύτερους» σε ηλικία συγγενείς μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φοβάμαι ότι θα είναι πολύ δύσκολο για μένα να βρω ικανοποίηση / ευχαρίστηση όταν θα είμαι ηλικιωμένος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα έχω πολλά πράγματα να κάνω όταν θα είμαι ηλικιωμένος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Με προβληματίζει η σκέψη ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για μένα όταν θα είμαι ηλικιωμένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δεν με ενοχλεί καθόλου να φαντάζομαι τον εαυτό μου ηλικιωμένο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Απολαμβάνω να συζητώ με ηλικιωμένους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά για τη ζωή όταν θα είμαι ηλικιωμένος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δεν έχω ποτέ φοβηθεί την ημέρα που θα κοιταχτώ στον καθρέφτη και θα βλέπω γκριζα μαλλιά.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αισθάνομαι πολύ άνετα όταν βρίσκομαι με ηλικιωμένα άτομα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δεν με φοβίζει να δείχνω μεγαλύτερος από την ηλικία μου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύω ότι θα έχω ακόμα την διάθεση να ασχολούμαι με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φοβάμαι ότι δεν θα υπάρχει κανένα νόημα στη ζωή μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους ηλικιωμένους.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όταν κοιτάζω στον καθρέφτη, με ενοχλεί να βλέπω πως έχει αλλάξει η εμφάνιση μου με τα χρόνια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Μέρος Γ: Το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής

17. Σε ποιους από τους παρακάτω τομείς, πιστεύετε ότι έχει συμβάλει η παρακολούθηση του προγράμματος σπουδών στο τμήμα νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηρακλείου, σε σχέση με τα θέματα τρίτης ηλικίας;

	Ναι	Όχι
Έχω εμπλουτίσει τις θεωρητικές μου γνώσεις.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω αποκτήσει προσωπική εμπειρία μέσα από την πρακτική άσκηση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω αναπτύξει εθελοντική πρωτοβουλία για ανάμειξή μου σε φορείς/ υπηρεσίες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω αλλάξει στάση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω αποβάλλει αρνητικές σκέψεις που είχα στο παρελθόν.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα αυτό.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Σε ποιο βαθμό σας έχει βοηθήσει η παρακολούθηση του προγράμματος σπουδών στο τμήμα νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηρακλείου, σε σχέση με τα θέματα τρίτης ηλικίας;

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
Στην επαγγελματική σας ζωή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σε εθελοντικές δραστηριότητες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στις διαπροσωπικές σας σχέσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στην καλύτερη προσέγγισή τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στην πλήρη αποδοχή τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στη συνέχιση των σπουδών σας στον τομέα αυτό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στην οικογενειακή σας ζωή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικοοικονομικών τους αναγκών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Τι προτάσεις έχετε να κάνετε σχετικά με την εκπαίδευσή σας στον τομέα της τρίτης ηλικίας;

---

---

---

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### Πίνακες αποτελεσμάτων Στατιστικής Ανάλυσης

#### ΕΞΑΜΗΝΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A	41	20,8	20,8	20,8
	B	13	6,6	6,6	27,4
	Γ	2	1,0	1,0	28,4
	Δ	33	16,8	16,8	45,2
	E	3	1,5	1,5	46,7
	Z	54	27,4	27,4	74,1
	ΠΑ	32	16,2	16,2	90,4
	ΠΒ	6	3,0	3,0	93,4
	ΠΓ	2	1,0	1,0	94,4
	ΠΔ	2	1,0	1,0	95,4
	ΣΤ	9	4,6	4,6	100,0
	Total		197	100,0	100,0

#### ΟΜΑΔΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	101	51,3	51,3	51,3
	2	96	48,7	48,7	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

#### ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	28	14,2	14,8	14,8
	Γυναίκα	161	81,7	85,2	100,0
	Total	189	95,9	100,0	
Missing	System	8	4,1		
Total		197	100,0		

#### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΗΛΙΚΙΑ	194	18	49	24,73	6,325
ΗΛΙΚΙΑ_ΠΑΤΕΡΑ	174	38	91	54,31	9,314
ΗΛΙΚΙΑ_ΜΗΤΕΡΑΣ	187	32	83	48,73	9,209
Valid N (listwise)	168				



**ΗΑΙΚΙΑ (Binned)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 20	52	26,4	26,8	26,8
	21 - 23	63	32,0	32,5	59,3
	24 - 26	34	17,3	17,5	76,8
	27+	45	22,8	23,2	100,0
	Total	194	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		197	100,0		

**ΗΑΙΚΙΑ\_ΠΑΤΕΡΑ (Binned)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 48	49	24,9	28,2	28,2
	49 - 53	38	19,3	21,8	50,0
	54 - 60	52	26,4	29,9	79,9
	61+	35	17,8	20,1	100,0
	Total	174	88,3	100,0	
Missing	System	23	11,7		
Total		197	100,0		

**ΗΑΙΚΙΑ\_ΜΗΤΕΡΑΣ (Binned)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 42	58	29,4	31,0	31,0
	43 - 46	36	18,3	19,3	50,3
	47 - 54	48	24,4	25,7	75,9
	55+	45	22,8	24,1	100,0
	Total	187	94,9	100,0	
Missing	System	10	5,1		
Total		197	100,0		

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ\_ΠΑΤΕΡΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	60	30,5	32,6	32,6
	Γυμνάσιο	57	28,9	31,0	63,6
	Λύκειο	31	15,7	16,8	80,4
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ	36	18,3	19,6	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ\_ΜΗΤΕΡΑΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	53	26,9	27,3	27,3
	Γυμνάσιο	41	20,8	21,1	48,5
	Λύκειο	65	33,0	33,5	82,0
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ	35	17,8	18,0	100,0
	Total	194	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		197	100,0		

**ΤΟΠΟΣ\_ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αστική περιοχή	96	48,7	50,3	50,3
	Ημιαστική περιοχή	37	18,8	19,4	69,6
	Αγροτική περιοχή	58	29,4	30,4	100,0
	Total	191	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		197	100,0		

**Οι γονείς των γονιών σας ζουν;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	145	73,6	74,4	74,4
	Όχι	50	25,4	25,6	100,0
	Total	195	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		197	100,0		

**Εάν ναι, διαμένουν στο ίδιο σπίτι με τους γονείς σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	33	16,8	23,1	23,1
	Όχι	110	55,8	76,9	100,0
	Total	143	72,6	100,0	
Missing	System	54	27,4		
Total		197	100,0		

**Επισκέπτεστε τους ηλικιωμένους συγγενείς σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ποτέ / Σπάνια	16	8,1	8,3	8,3
	Μια φορά το εξάμηνο	24	12,2	12,4	20,7
	Μια φορά το μήνα	49	24,9	25,4	46,1
	Μια φορά την εβδομάδα	45	22,8	23,3	69,4
	Σχεδόν Καθημερινά	59	29,9	30,6	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		197	100,0		

**Κατά πόσο θεωρείτε ότι υπάρχει ενημέρωση γύρω από το θέμα της τρίτης ηλικίας στις μέρες μας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	39	19,8	19,9	19,9
	Λίγο	116	58,9	59,2	79,1
	Αρκετά	39	19,8	19,9	99,0
	Πολύ	2	1,0	1,0	100,0
	Total	196	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		197	100,0		

**Οικογενειακό περιβάλλον**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	114	57,9	57,9	57,9
	Όχι	83	42,1	42,1	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

**Σεμινάρια/ Διαλέξεις**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	22	11,2	11,2	11,2
	Όχι	175	88,8	88,8	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

**Συλλόγους/ φορείς/ ιδρύματα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	17	8,6	8,6	8,6
	Όχι	180	91,4	91,4	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

**Βιβλία**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	69	35,0	35,0	35,0
	Όχι	128	65,0	65,0	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

**M.M.E.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	70	35,5	35,5	35,5
	Όχι	127	64,5	64,5	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

**Από τη σχολή μου**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	98	49,7	49,7	49,7
	Όχι	99	50,3	50,3	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

**Πόσο ευαισθητοποιημένος/-η αισθάνεστε απέναντι σε άτομα της τρίτης ηλικίας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	9	4,6	4,6	4,6
	Λίγο	24	12,2	12,2	16,8
	Αρκετά	107	54,3	54,3	71,1
	Πολύ	57	28,9	28,9	100,0
	Total	197	100,0	100,0	

**Το κράτος παρέχει επαρκή κονδύλια για την κάλυψη των αναγκών τους**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	11	5,6	5,6	5,6
	Όχι	185	93,9	94,4	100,0
	Total	196	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		197	100,0		

**Η κοινωνική πρόνοια παρουσιάζει ελλείψεις στην κάλυψη των κοινωνικοοικονομικών αναγκών τους**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nαι	156	79,2	79,6	79,6
	Όχι	40	20,3	20,4	100,0
	Total	196	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		197	100,0		

**Τα ΜΜΕ ενημερώνουν το κοινό για τις κοινωνικοοικονομικές τους ανάγκες**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nαι	89	45,2	45,4	45,4
	Όχι	107	54,3	54,6	100,0
	Total	196	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		197	100,0		

**Τα ΜΜΕ φροντίζουν με κατάλληλα προγράμματα να ευαισθητοποιούν τον κόσμο σχετικά με την ένταξή τους στην κοινωνία**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nαι	47	23,9	24,4	24,4
	Όχι	146	74,1	75,6	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		197	100,0		

**Πραγματοποιούνται επαρκή σεμινάρια/ διαλέξεις από φορείς/ συλλόγους**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nαι	36	18,3	18,6	18,6
	Όχι	158	80,2	81,4	100,0
	Total	194	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		197	100,0		

**Το νομοθετικό πλαίσιο του ελληνικού κράτους είναι αποτελεσματικό για την πλήρη κάλυψη των κοινωνικοοικονομικών τους αναγκών**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nαι	14	7,1	7,1	7,1
	Όχι	182	92,4	92,9	100,0
	Total	196	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		197	100,0		

**Στην πρωτοβάθμια/ δευτεροβάθμια εκπαίδευση γίνεται μεγάλη προσπάθεια για ευαισθητοποίηση των μαθητών/τριών**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	49	24,9	25,0	25,0
	Όχι	147	74,6	75,0	100,0
	Total	196	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		197	100,0		

**Υπάρχουν επαρκή ιδρύματα/ φορείς/ σύλλογοι στην Ελλάδα που να μπορούν να καλύπτουν οποιαδήποτε ανάγκη τους**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	56	28,4	28,7	28,7
	Όχι	139	70,6	71,3	100,0
	Total	195	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		197	100,0		

**Πιστεύετε ότι οι ηλικιωμένοι υπολογίζουν τη γνώμη των νέων;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	14	7,1	7,2	7,2
	Λίγο	92	46,7	47,4	54,6
	Αρκετά	75	38,1	38,7	93,3
	Πολύ	13	6,6	6,7	100,0
	Total	194	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		197	100,0		

**Κατά την γνώμη σας, οι ηλικιωμένοι πιστεύουν στις ικανότητες των νέων;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	15	7,6	7,7	7,7
	Λίγο	59	29,9	30,3	37,9
	Αρκετά	103	52,3	52,8	90,8
	Πολύ	18	9,1	9,2	100,0
	Total	195	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		197	100,0		

**Απολαμβάνω την παρέα με ηλικιωμένα άτομα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	52	26,4	26,7	26,7
	Συμφωνώ	113	57,4	57,9	84,6
	Διαφωνώ απόλυτα	3	1,5	1,5	86,2
	Διαφωνώ	27	13,7	13,8	100,0
	Total	195	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		197	100,0		

**Φοβάμαι ότι όταν θα είμαι ηλικιωμένος όλοι μου οι φίλοι θα έχουν πεθάνει.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	29	14,7	14,8	14,8
	Συμφωνώ	62	31,5	31,6	46,4
	Διαφωνώ απόλυτα	51	25,9	26,0	72,4
	Διαφωνώ	54	27,4	27,6	100,0
	Total	196	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		197	100,0		

**Μου αρέσει να επισκέπτομαι τους «μεγαλύτερους» σε ηλικία συγγενείς μου.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	49	24,9	25,4	25,4
	Συμφωνώ	126	64,0	65,3	90,7
	Διαφωνώ απόλυτα	5	2,5	2,6	93,3
	Διαφωνώ	13	6,6	6,7	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		197	100,0		

**Φοβάμαι ότι θα είναι πολύ δύσκολο για μένα να βρω ικανοποίηση / ευχαρίστηση όταν θα είμαι ηλικιωμένος.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	36	18,3	18,5	18,5
	Συμφωνώ	67	34,0	34,4	52,8
	Διαφωνώ απόλυτα	43	21,8	22,1	74,9
	Διαφωνώ	49	24,9	25,1	100,0
	Total	195	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		197	100,0		

**Θα έχω πολλά πράγματα να κάνω όταν θα είμαι ηλικιωμένος.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	27	13,7	14,0	14,0
	Συμφωνώ	79	40,1	40,9	54,9
	Διαφωνώ απόλυτα	29	14,7	15,0	69,9
	Διαφωνώ	58	29,4	30,1	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		197	100,0		

**Με προβληματίζει η σκέψη ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για μένα όταν θα είμαι ηλικιωμένος**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	32	16,2	16,6	16,6
	Συμφωνώ	102	51,8	52,8	69,4
	Διαφωνώ απόλυτα	20	10,2	10,4	79,8
	Διαφωνώ	39	19,8	20,2	100,0
	Total	193	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		197	100,0		

**Δεν με ενοχλεί καθόλου να φαντάζομαι τον εαυτό μου ηλικιωμένο.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	29	14,7	15,2	15,2
	Συμφωνώ	76	38,6	39,8	55,0
	Διαφωνώ απόλυτα	35	17,8	18,3	73,3
	Διαφωνώ	51	25,9	26,7	100,0
	Total	191	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		197	100,0		

**Απολαμβάνω να συζητώ με ηλικιωμένους.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	46	23,4	23,6	23,6
	Συμφωνώ	121	61,4	62,1	85,6
	Διαφωνώ απόλυτα	12	6,1	6,2	91,8
	Διαφωνώ	16	8,1	8,2	100,0
	Total	195	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		197	100,0		



**Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά για τη ζωή όταν θα είμαι ηλικιωμένος.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	25	12,7	13,5	13,5
	Συμφωνώ	104	52,8	56,2	69,7
	Διαφωνώ απόλυτα	27	13,7	14,6	84,3
	Διαφωνώ	29	14,7	15,7	100,0
	Total	185	93,9	100,0	
Missing	System	12	6,1		
Total		197	100,0		

**Δεν έχω ποτέ φοβηθεί την ημέρα που θα κοιταχτώ στον καθρέφτη και θα βλέπω γκριζα μαλλιά.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	32	16,2	16,7	16,7
	Συμφωνώ	81	41,1	42,2	58,9
	Διαφωνώ απόλυτα	35	17,8	18,2	77,1
	Διαφωνώ	44	22,3	22,9	100,0
	Total	192	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		197	100,0		

**Αισθάνομαι πολύ άνετα όταν βρίσκομαι με ηλικιωμένα άτομα.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	46	23,4	24,1	24,1
	Συμφωνώ	108	54,8	56,5	80,6
	Διαφωνώ απόλυτα	17	8,6	8,9	89,5
	Διαφωνώ	20	10,2	10,5	100,0
	Total	191	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		197	100,0		

**Δεν με φοβίζει να δείχνω μεγαλύτερος από την ηλικία μου.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	31	15,7	16,4	16,4
	Συμφωνώ	91	46,2	48,1	64,6
	Διαφωνώ απόλυτα	21	10,7	11,1	75,7
	Διαφωνώ	46	23,4	24,3	100,0
	Total	189	95,9	100,0	
Missing	System	8	4,1		
Total		197	100,0		

**Πιστεύω ότι θα έχω ακόμα την διάθεση να ασχολούμαι με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	47	23,9	25,1	25,1
	Συμφωνώ	100	50,8	53,5	78,6
	Διαφωνώ απόλυτα	14	7,1	7,5	86,1
	Διαφωνώ	26	13,2	13,9	100,0
	Total	187	94,9	100,0	
Missing	System	10	5,1		
Total		197	100,0		

**Φοβάμαι ότι δεν θα υπάρχει κανένα νόημα στη ζωή μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	28	14,2	14,6	14,6
	Συμφωνώ	44	22,3	22,9	37,5
	Διαφωνώ απόλυτα	59	29,9	30,7	68,2
	Διαφωνώ	61	31,0	31,8	100,0
	Total	192	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		197	100,0		

**Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	38	19,3	19,8	19,8
	Συμφωνώ	107	54,3	55,7	75,5
	Διαφωνώ απόλυτα	24	12,2	12,5	88,0
	Διαφωνώ	23	11,7	12,0	100,0
	Total	192	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		197	100,0		

**Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους ηλικιωμένους.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	53	26,9	27,6	27,6
	Συμφωνώ	111	56,3	57,8	85,4
	Διαφωνώ απόλυτα	15	7,6	7,8	93,2
	Διαφωνώ	13	6,6	6,8	100,0
	Total	192	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		197	100,0		

**Όταν κοιτάζω στον καθρέφτη, με ενοχλεί να βλέπω πως έχει αλλάξει η εμφάνιση μου με τα χρόνια.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	44	22,3	22,6	22,6
	Συμφωνώ	68	34,5	34,9	57,4
	Διαφωνώ απόλυτα	27	13,7	13,8	71,3
	Διαφωνώ	56	28,4	28,7	100,0
	Total	195	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		197	100,0		

**Έχω εμπλουτίσει τις θεωρητικές μου γνώσεις.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	143	72,6	77,7	77,7
	Όχι	41	20,8	22,3	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**Έχω αποκτήσει προσωπική εμπειρία μέσα από την πρακτική άσκηση.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	134	68,0	72,8	72,8
	Όχι	50	25,4	27,2	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**Έχω αναπτύξει εθελοντική πρωτοβουλία για ανάμειξή μου σε φορείς/ υπηρεσίες.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	89	45,2	48,6	48,6
	Όχι	94	47,7	51,4	100,0
	Total	183	92,9	100,0	
Missing	System	14	7,1		
Total		197	100,0		

**Έχω αλλάξει στάση.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	119	60,4	65,4	65,4
	Όχι	63	32,0	34,6	100,0
	Total	182	92,4	100,0	
Missing	System	15	7,6		
Total		197	100,0		

**Έχω αποβάλλει αρνητικές σκέψεις που είχα στο παρελθόν.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	128	65,0	69,6	69,6
	Όχι	56	28,4	30,4	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**Έχω ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα αυτό.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	160	81,2	87,0	87,0
	Όχι	24	12,2	13,0	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**Στην επαγγελματική σας ζωή**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	41	20,8	22,3	22,3
	Λίγο	41	20,8	22,3	44,6
	Αρκετά	86	43,7	46,7	91,3
	Πολύ	16	8,1	8,7	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**Σε εθελοντικές δραστηριότητες**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	46	23,4	25,0	25,0
	Λίγο	67	34,0	36,4	61,4
	Αρκετά	57	28,9	31,0	92,4
	Πολύ	14	7,1	7,6	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**Στις διαπροσωπικές σας σχέσεις**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	28	14,2	15,2	15,2
	Λίγο	39	19,8	21,2	36,4
	Αρκετά	66	33,5	35,9	72,3
	Πολύ	51	25,9	27,7	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**Στην καλύτερη προσέγγισή τους**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	22	11,2	12,0	12,0
	Λίγο	36	18,3	19,6	31,5
	Αρκετά	89	45,2	48,4	79,9
	Πολύ	37	18,8	20,1	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**Στην πλήρη αποδοχή τους**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	27	13,7	14,6	14,6
	Λίγο	44	22,3	23,8	38,4
	Αρκετά	86	43,7	46,5	84,9
	Πολύ	28	14,2	15,1	100,0
	Total	185	93,9	100,0	
Missing	System	12	6,1		
Total		197	100,0		

**Στη συνέχιση των σπουδών σας στον τομέα αυτό**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	40	20,3	21,7	21,7
	Λίγο	47	23,9	25,5	47,3
	Αρκετά	71	36,0	38,6	85,9
	Πολύ	26	13,2	14,1	100,0
	Total	184	93,4	100,0	
Missing	System	13	6,6		
Total		197	100,0		

**Στην οικογενειακή σας ζωή**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	21	10,7	11,5	11,5
	Λίγο	31	15,7	17,0	28,6
	Αρκετά	70	35,5	38,5	67,0
	Πολύ	60	30,5	33,0	100,0
	Total	182	92,4	100,0	
Missing	System	15	7,6		
Total		197	100,0		

**Στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικοοικονομικών τους αναγκών**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	22	11,2	11,9	11,9
	Λίγο	25	12,7	13,5	25,4
	Αρκετά	87	44,2	47,0	72,4
	Πολύ	51	25,9	27,6	100,0
	Total	185	93,9	100,0	
Missing	System	12	6,1		
Total		197	100,0		