ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας & Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

της

ΒΑΣΙΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑΣ (ΥΚ 4519)

ΕΠΟΠΤΡΙΑ: ΜΙΧΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας

Μάρτιος 2021

ΔΗΛΩΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ

Copyright@ 2020 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥΠ, ΕΛΜΕΠΑ Κρήτης. http://sw.hmu.gr

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε.(Οικογενειακά δίκτυα και υποκειμενική αντίληψη της υγείας των ηλικιωμένων) αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της συγγραφέως Βασιλάκη Μαρίας, της επιβλέπουσας καθηγήτριας Μιχελή Αικατερίνης και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛΜΕΠΑ Κρήτης και προστατεύεται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η φοιτήτρια του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛΜΕΠΑ Κρήτης, Βασιλάκη Μαρία, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

Οικογενειακά Δίκτυα και Υποκειμενική Αντίληψη της Υγείας των Ηλικιωμένων

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μου δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνω ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή σύνολό της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος εργασίας: Οικογενειακά δίκτυα και υποκειμενική αντίληψη της υγείας των ηλικιωμένων.

Επιμέλεια: Βασιλάκη Μαρία.

Εποπτεία – καθοδήγηση: Μιχελή Αικατερίνη.

Ημερομηνία: Μάρτιος 2021.

Εισαγωγή: Η δημιουργία και η διατήρηση ισχυρών και πολυάριθμων οικογενειακών δικτύων με υψηλή συχνότητα οικογενειακών επαφών συντελεί στη μείωση της λειτουργικής ανικανότητας του ηλικιωμένου και στην αύξηση της πιθανότητας ανάρρωσης. Αντίθετα οι ηλικιωμένοι που προέρχονται από μικρά σε μέγεθος οικογενειακά δίκτυα, διατηρούν περιορισμένες επαφές ή αλληλεπιδρούν λιγότερο μεταξύ τους είναι περισσότερο δεκτικοί σε καταθλιπτικά συμπτώματα και στη λειτουργική ανικανότητα.

Σκοπός μελέτης: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αντικειμενική αναζήτηση και διερεύνηση των οικογενειακών σχέσεων και των συνεπειών τους στην υποκειμενική αντίληψη της υγείας των ηλικιωμένων.

Υλικά και Μέθοδοι: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, και συστηματική ανάλυση, η οποία οδηγεί στον εντοπισμό και την αναλυτική επεξεργασία 12 αγγλικών άρθρων σχετικών με το θέμα της έρευνας. Η αναζήτηση των άρθρων πραγματοποιείται σε 2 παγκόσμιες ακαδημαϊκές online βάσεις δεδομένων, την Pub Med και την Google Scholar, σύμφωνά με συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά.

Αποτελέσματα: Η ύπαρξη παιδιών, η υψηλή χωρική εγγύτητα, η υψηλή συχνότητα οικογενειακών επαφών, η οικογενειακή οικειότητα και οι ποιοτικές οικογενειακές σχέσεις προσδίδουν ικανοποίηση στον ηλικιωμένο, ενώ ταυτόχρονα ισχυροποιούν τους οικογενειακούς δεσμούς. Επίσης οι θετικές οικογενειακές σχέσεις οδηγούν σε μεγαλύτερα οικογενειακά δίκτυα και στην αποδοχή περισσότερης οικογενειακής υποστήριξης, η οποία συμβάλλει στην ευεξία του ηλικιωμένου.

Συμπεράσματα: Οι οικογενειακοί δεσμοί είναι θετικό να αναδεικνύονται, να ενδυναμώνονται, να χαρακτηρίζονται ως ποιοτικοί, να έχουν διάρκεια και γενικά να

επηρεάζουν θετικά την καθημερινότητα των ηλικιωμένων. Οι οικογενειακές σχέσεις πρέπει να είναι θετικές, να πολλαπλασιάζονται με την πάροδο του χρόνου, να στοχεύουν στην φροντίδα του ηλικιωμένου, στην υποστήριξή του και στην άντληση ικανοποίησης.

Λέξεις κλειδιά: Ηλικιωμένος, οικογενειακοί δεσμοί, οικογενειακές σχέσεις, υποκειμενική αντίληψη υγείας.

ABSTRACT

Assignment's title: Family networks and self rated health of the elderly.

Diligence: Vasilaki Maria.

Supervision - guidance: Micheli Aikaterini.

Date: March 2021.

Introduction: Creating and maintaining strong and numerous family networks with a high frequency of family contacts helps to reduce the functional incapacity of the elderly and increase the likelihood of recovery. In contrast, older people who come from small family networks, maintain limited contacts or interact less with each other are more susceptible to depressive symptoms and functional disability.

Aim of the study: The purpose of this study is the objective search and investigation of family relationships and their consequences on the self rated health of the elderly.

Materials and Methods: The literature review, and systematic analysis, which leads to the identification and detailed processing of 12 English articles related to the research topic. Articles are searched in two global academic online databases, Pub Med and Google Scholar, according to specific keywords.

Results: Having children, high spatial proximity, high frequency of family contacts, family intimacy and qualitative family relationships give satisfaction to the elderly, while at the same time strengthening family ties. Also, positive family relationships lead to larger family networks and the acceptance of more family support, which contributes to the Well - being of the elderly.

Conclusions: It is positive for family ties to stand out, to be strengthened, to be characterized as qualitative, to have duration and in general to positively affect the daily life of the elderly. Family relationships should be positive, multiply over time, aim at caring for the elderly, supporting them and gaining satisfaction.

Key words: elderly, family ties, family relationships, self rated health.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΔΗΛΩΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ 2

ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ 3

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 4

ABSTRACT 5

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{Ο} 9

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ 9

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ 10

1.3 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ 12

1.3.1 ΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ 12

1.3.2 ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ 14

1.3.3 ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ 16

1.4 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ 18

1.5 Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ 22

1.6 ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ 24

1.7 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ 26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{Ο} 29

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΔΕΣΜΩΝ 29

2.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΔΟΜΗ 30

2.3 ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ 33

2.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ 37

2.5 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΔΕΣΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ 40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{Ο} 44

3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ 44

3.2 ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΑΝΕΠΙΣΗΜΑ-ΕΠΙΣΗΜΑ)..... 46
3.3 ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ..... 53
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ..... 55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^{Ο} 55
4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 55
4.2 ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ 62
4.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 134
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 138

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{Ο}

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Το γήρας αποτελεί μία περίοδο σταδιακής φθοράς του ατόμου. Σε βιολογικό επίπεδο συνδέεται με την καταστροφή μεγάλης ποικιλίας μορίων και κυττάρων, με τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ασθενειών, καθώς και με τη μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου, η οποία μπορεί να επιφέρει το θάνατο. Ήδη από την ηλικία των 60, το άτομο αρχίζει να επιβαρύνεται από την απώλεια της ακοής, της όρασης και της κίνησης ή από την εκδήλωση χρόνιων ασθενειών (π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνος, άνοια, αναπνευστικές διαταραχές κ.α.) που δυσχεραίνουν σημαντικά την επικοινωνία με άλλα πρόσωπα.

Έχει δειχθεί ότι το γήρας συνιστά μία περίοδο αλλαγών / μεταβολών οι οποίες δεν είναι ούτε γραμμικές, ούτε σταθερές, ούτε αυστηρά συνδεδεμένες με την χρονολογική ηλικία του ατόμου. Γι' αυτό παρατηρείται ότι κάποιοι εβδομηντάχρονοι απολαμβάνουν μία καλή σωματική και ψυχική υγεία, ενώ άλλοι είναι περισσότερο εύθραυστοι / ευάλωτοι με αποτέλεσμα να χρειάζονται σημαντική υποστήριξη για να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες. Αυτό συμβαίνει διότι οι αλλαγές του γήρατος επέρχονται τυχαία / απρογραμμάτιστα και οφείλονται στο περιβάλλον και στη συμπεριφορά του ηλικιωμένου ατόμου. (WHO, 2015)

Πέρα από όσα σημειώθηκαν παραπάνω, το γήρας συνεπάγεται και άλλες σημαντικές αλλαγές. Σε αυτές περιλαμβάνονται: οι αλλαγές ρόλων και κοινωνικών θέσεων, η απώλεια στενών συγγενικών προσώπων, η επίτευξη των πιο σημαντικών στόχων, η προσπάθεια εξοικείωσης με τη νέα τεχνολογία μέσω της διαρκούς εξάσκησης, η εφεύρεση νέων τρόπων για την ολοκλήρωση μίας εργασίας / δραστηριότητας, οι αλλαγές σε συναισθηματικές προτεραιότητες και προτιμήσεις, η απαξίωση του ματεριαλισμού, αλλά και η αυξανόμενη ψυχολογική ευημερία για τα άτομα που αναλαμβάνουν νέους ρόλους, υιοθετούν διαφορετικές απόψεις και δημιουργούν νέα συγγενικά δίκτυα / κοινωνικά πλαίσια.

Καθώς το γήρας είναι ένα σύνθετο φαινόμενο, οι ειδικοί καλούνται να εφαρμόσουν θεωρίες / προσεγγίσεις που θα βοηθήσουν το άτομο να ξεπεράσει την αίσθηση της απώλειας που σχετίζεται με την τρίτη ηλικία. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι η εφαρμογή των ορθών θεωριών / προσεγγίσεων από τους ειδικούς συμβάλλει στην ανάρρωση, στην προσαρμογή του ατόμου στις νέες συνθήκες και στην ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη. Σε κάθε περίπτωση η ενδυνάμωση του ηλικιωμένου ατόμου, η εύρεση των απαιτούμενων πόρων και η ισότιμη πρόσβασή του στο σύστημα υγείας πρέπει να είναι πρωταρχικό μέλημα. (WHO, 2015)

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Σε κοινωνικό επίπεδο η έννοια του γήρατος χαρακτηρίζεται από μία διάσταση απόψεων. Δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των κοινωνιών σχετικά με το πότε αρχίζει το γήρας. Σε οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες η αρχή του γήρατος συμπίπτει με την χρονολογική ηλικία των εξήντα πέντε (65) ετών. Σε αυτή την ηλικία το άτομο συνήθως συνταξιοδοτείται. Άρα αφήνει πίσω εργασιακές υποχρεώσεις και ρόλους. Σε οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες το γήρας δεν οριοθετείται με βάση την χρονολογική ηλικία και τη συνταξιοδότηση. Οι χώρες αυτές δε δίνουν έμφαση στην οικονομική κατάσταση στην οποία περιέρχεται το άτομο με το πέρασμα του χρόνου. Απεναντίας το γήρας γι' αυτές οριοθετείται με βάση την κοινωνική κατάσταση του ατόμου, δηλαδή την ικανότητά του να αναλαμβάνει ακόμα νέους κοινωνικούς ρόλους ή να εγκαταλείπει κάποιους λόγω σωματικής εξασθένησης.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η ύπαρξη συνοσηρότητας. Η συνοσηρότητα έχει τόσο βιολογικές, όσο και κοινωνικές επιπτώσεις. Σε βιολογικό επίπεδο ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων μπορεί να πάσχει από περισσότερα του ενός χρόνια νοσήματα. Συνήθως πρόκειται για εγκεφαλικά – αγγειακά επεισόδια, μειωμένη κινητικότητα, ακράτεια και διανοητικές διαταραχές. Τα ηλικιωμένα άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα κινητικότητας είναι πιο επιρρεπή σε πτώσεις ή ατυχήματα. Σε κοινωνικό επίπεδο οι διάφορες βαθμίδες υγείας οφείλουν να επικεντρώνονται στις ιδιαιτερότητες των νοσημάτων, στην παρουσία διαφορετικών συμπτωμάτων από άτομο σε άτομο, στην ευθύνη για σωστή διάγνωση και

αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών. Αυτό που προέχει είναι η διατήρηση της υγείας του ηλικιωμένου ατόμου σε καλό επίπεδο, έτσι ώστε να ενισχυθεί η αυτονομία και η αυτοδυναμία του. (Αναστασιάδου, χ.χ.)

Η πλειοψηφία των ατόμων τρίτης ηλικίας γίνονται αποδέκτες αρνητικών στερεοτύπων, δηλαδή παγιωμένων αρνητικών ιδεών / αντιλήψεων σε σχέση με την κατάσταση της υγείας τους και τις δυνατότητές τους. Συγκεκριμένα σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο πιστεύεται ότι οι ηλικιωμένοι είναι χαμηλής ευφυΐας, σεξουαλικά ανενεργοί, μη – αποδοτικοί, ακλόνητοι στις πεποιθήσεις τους, αυστηροί στα πιστεύω τους, περιθωριοποιημένοι κοινωνικά κλπ. Η απόδοση αυτών των χαρακτηριστικών αποτελεί μία έμμεση ενίσχυση απόσυρσης των ηλικιωμένων από το κοινωνικό γίγνεσθαι. Επίσης η θεώρηση των ηλικιωμένων ως άρρωστων, ανάπηρων, εξασθενημένων και αδύναμων αποτελεί μία έμμεση παρότρυνση συχνότερης χρήσης των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας. Έτσι δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα στα συστήματα περίθαλψης, τα οποία πρέπει να διαθέσουν περισσότερους πόρους για να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση.

Το γήρας είναι μία περίοδος ζωής κατά την οποία το άτομο ίσως νοσεί περισσότερο και συχνότερα. Αυτό δείχνει ότι ο ανθρώπινος οργανισμός είναι σε μεγάλο βαθμό ατελής, εύθραυστος και ευάλωτος. Επίσης η διαδικασία της γήρανσης είναι πολύπλοκη, καθώς προκαλεί στο άτομο σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που είναι αναπόφευκτες και συχνά ταυτίζονται με τα συμπτώματα μιας νόσου. Ωστόσο η νόσος δεν οδηγεί υποχρεωτικά στη γήρανση του ατόμου, απλώς μπορεί να απαιτεί ιατρικές / θεραπευτικές παρεμβάσεις ώστε να αποφευχθεί ένας πρόωρος θάνατος. Άλλωστε κάθε ασθένεια έχει συγκεκριμένα αίτια που την προκαλούν, τα οποία μπορούν να εντοπιστούν και να αποθεραπευτούν ή να εξαλειφθούν. Αντίθετα το γήρας είναι μία κατάσταση που βιώνουν όλοι οι άνθρωποι ανεξαιρέτως, η αιτιολογία της δεν προσδιορίζεται με ευκολία, ενώ έχει ως μοναδική κατάληξη το θάνατο. Είναι χαρακτηριστικό ότι το γήρας, σε αντίθεση με τη νόσο, δε μπορεί ούτε να θεραπευτεί ούτε να εξαλειφθεί. «Το ανθρώπινο είδος δεν είναι αθάνατο αλλά προορισμένο να αντικαθίσταται από απογόνους που γεννώνται κατά την αναπαραγωγική φάση της ζωής.» ((Αναστασιάδου, χ.χ.:18)

1.3 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

1.3.1 ΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα σωματικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι πολλαπλά. Οι ηλικιωμένοι πάσχουν συνηθέστερα από σωματικές παθήσεις που θεωρούνται «χρόνιες» (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, αρθριτικά, ρευματισμούς κλπ.). Επίσης οι ηλικιωμένοι υφίστανται μεταβολές ως προς το ύψος, το βάρος και την κατανομή του σωματικού λίπους. Συγκεκριμένα είναι κοντύτεροι από τους νέους, το βάρος τους μειώνεται, ενώ παρατηρείται αύξηση του λίπους γύρω από τη μέση. Γενικά η εξωτερική εμφάνιση του ηλικιωμένου (π.χ. το αραίωμα ή το άσπρισμα των μαλλιών, η τριχοφυΐα του σώματος) δείχνει τη διαδικασία της πρώιμης ή όψιμης μετάβασης προς το γήρας. (Καστενμπάουμ, 1982)

Λόγω του γήρατος συμβαίνουν σημαντικές μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα και στις αρθρώσεις. Όσον αφορά το μυοσκελετικό σύστημα υπάρχει μείωση στη μυϊκή δύναμη και στην αντοχή των οστών. Συγκεκριμένα τα οστά έχουν την τάση να χάνουν το ασβέστιο τους, να γίνονται λεπτότερα και πιο εύθραυστα. Έτσι σε περίπτωση ατυχήματος ένα κάταγμα μπορεί να αποβεί εξαιρετικά επικίνδυνο, καθώς δεν είναι εφικτή μία γρήγορη και τέλεια αποκατάσταση. Επίσης τα προβλήματα στο μυοσκελετικό σύστημα επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και δυσκολεύουν την εκτέλεση λεπτών κινήσεων με τα χέρια (δάχτυλα). Όσον αφορά τις αρθρώσεις η λειτουργία τους φθίνει συνεχώς και με επιταχυνόμενους ρυθμούς. Η φθορά των αρθρώσεων προκαλεί πόνους και έλλειψη ευλυγισίας στα πόδια. Εξαιτίας αυτού το ηλικιωμένο άτομο περπατά με πιο αργούς ρυθμούς και δυσκολεύεται να ανέβει τη σκάλα ή να καθίσει στην καρέκλα. (Ευκλείδη – Κωσταρίδου, 1999)

Η υψηλή πίεση στο αίμα (Υπέρταση) οφείλεται στην αύξηση του σωματικού βάρους, στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, στην αύξηση της πρόσληψης άλατος και στη μείωση της σωματικής δραστηριότητας. Η Υπέρταση μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο σε αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα από εγκεφαλικά και στεφανιαία επεισόδια, αλλά και σε αιφνίδιο θάνατο. (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000)

Με την αύξηση της ηλικίας τα νεφρά παύουν πλέον να λειτουργούν αποτελεσματικά. Η αναποτελεσματικότητα αυτή προκύπτει, όταν υπάρχουν μεγάλες αυξομειώσεις στα επίπεδα των υγρών του σώματος. «Η αναποτελεσματική λειτουργία των νεφρών έχει ως συνέπεια το βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων από το σώμα, έτσι που ακόμα και σχετικά χαμηλές δόσεις φαρμάκων να σωρεύονται στο αίμα και να έχουν παρενέργειες αντί για το επιθυμητό αποτέλεσμα.» (Ευκλείδη – Κωσταρίδου, 1999:77)

Η ακράτεια ούρων παρατηρείται περισσότερο στις ηλικιωμένες γυναίκες και ακόμη περισσότερο σε ηλικιωμένους που ζουν στο σπίτι τους άλλα πάσχουν από άνοια. Η ακράτεια ούρων στις γυναίκες συμβαίνει, όταν προσπαθούν να γελάσουν δυνατά, να φταρνιστούν, να σκύψουν ή να σηκώσουν βαρέα αντικείμενα. Η ακράτεια ούρων στους άνδρες εμφανίζεται κατά την προσπάθεια αφόδευσης – κένωσης και μπορεί να είναι αποτέλεσμα υπερτροφίας ή άλλων ασθενειών του προστάτη.

Εξαιτίας της γήρανσης εμφανίζονται κάποιες αλλαγές στη διατροφή των ηλικιωμένων, που οφείλονται στην απώλεια των δοντιών και στη μείωση της όσφρησης και της γεύσης. Λόγω των μεταβολών στις αισθήσεις οι ηλικιωμένοι δε χαίρονται πλέον τα φαγητά, χάνουν την όρεξη τους και διατρέφονται άσχημα.

Μία από τις βασικές λειτουργίες του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ) που επηρεάζεται, καθώς η ηλικία αυξάνεται, είναι η αυτορρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος. Πράγματι η τρίτη ηλικία παρουσιάζει δυσκολία προσαρμογής στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Η ελαττωμένη προσαρμοστικότητα δημιουργεί μεγάλη δυσφορία στα ηλικιωμένα άτομα ενώ μπορεί να προκληθεί θάνατος από την έκθεση σε υπερβολική ζέστη (καύσωνα) ή παγωνιά.

Η μείωση της όρασης δυσκολεύει την ικανότητα του ηλικιωμένου να ζει αυτόνομα / ανεξάρτητα, δηλαδή να φροντίζει για το φαγητό, το ντύσιμο και τα ψώνια του. Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται δυνατό φωτισμό, καθώς δε βλέπουν καθόλου καλά στο σκοτάδι και στο ημίφως. Τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι ο καταρράκτης και η μείωση της κόρης του οφθαλμού (γεροντική μείωση). Η κόρη του οφθαλμού μειώνεται σε μέγεθος κι έτσι ανταποκρίνεται λιγότερο στις εναλλαγές του φωτός. Γι’ αυτό οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να διαχωρίσουν το φως από το σκοτάδι και τις σκιές. Επίσης οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από γεροντική μείωση δυσκολεύονται να διαχωρίσουν μία επίπεδη επιφάνεια από ένα σκαλοπάτι. Έτσι ο κίνδυνος πτώσης είναι αυξημένος. Ο καταρράκτης θολώνει την όραση και διαχέει το

φως. Γι' αυτό χρειάζεται η ένταση του φωτός να είναι τέτοια ώστε να επιτρέπει την επαρκή οπτική επίδοση. Το ίδιο το άτομο καλείται να αποφασίσει ποιο επίπεδο φωτισμού είναι καταλληλότερο για το ίδιο.

Οι ηλικιωμένοι, τέλος, αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την οπτική οξύτητα. Δε μπορούν να δουν καλά σε απόσταση, ούτε να δουν λεπτομέρειες. Γι' αυτό το λόγο οι λεπτομέρειες (π.χ. στα σήματα του δρόμου) πρέπει να είναι μεγαλύτερες και πιο έντονες, ώστε να διακρίνονται σωστά από τους ηλικιωμένους. (Ευκλείδη – Κωσταρίδου, 1999).

1.3.2 ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων ποικίλουν. Συγκεκριμένα η μετάβαση στην τρίτη ηλικία συνδέεται με την έκπτωση ορισμένων ψυχονοητικών λειτουργιών. Η μνήμη εξασθενεί, η νοημοσύνη και η οξύτητα των αισθήσεων (π.χ. της ακοής, της όρασης κλπ.) υποβαθμίζονται, η ικανότητα για μάθηση κι η σεξουαλική δραστηριότητα μειώνονται, ο χρόνος απαντήσεως στα ερεθίσματα επιμηκύνεται. (Χριστοδούλου, 1975)

Επιπλέον οι ηλικιωμένοι είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι μία συναισθηματική διαταραχή που προσβάλλει συνήθως άτομα ιδιόρρυθμα, σωματικά νοσηρά και λιγότερο συνεργάσιμα. Είναι πιθανόν η συγκεκριμένη διαταραχή να έχει ήδη εκδηλωθεί πριν το γήρας. Επίσης η κατάθλιψη συνδέεται με στρεσογόνους παράγοντες όπως το πένθος, τη μοναξιά, τις ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης, την αποχώρηση των παιδιών από την οικογένεια κλπ. Τα καταθλιπτικά ηλικιωμένα άτομα έχουν κυρίως χαμηλή αυτοεκτίμηση, αναπτύσσουν έντονη σχέση εξάρτησης με τους άλλους, κάνουν αρνητική αυτοκριτική, σπάνια ανανεώνουν τα ενδύματά τους, ενώ ακόμα πιο σπάνια αναπτύσσουν νέα ενδιαφέροντα και νέες συνήθειες. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση τα καταθλιπτικά αυτά άτομα είναι συνήθως διαζευγμένα. Συνεπώς δε διατηρούν στενές συναισθηματικές σχέσεις με τον σύντροφό τους. Ακόμη μπορεί να στερούνται ένα καλό υποστηρικτικό δίκτυο από τα άτομα της οικογένειας ή να έχουν υποστεί σημαντικές για τα ίδια απώλειες (π.χ. θάνατος αγαπημένων προσώπων / σημαντικών άλλων). http://nefeli.lib.teicrete.gr [πρόσβαση 9 Ιανουαρίου 2020].

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να επιβαρύνει την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων είναι το ψυχολογικό στρες. Συνήθως τα άτομα βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις, όταν αδυνατούν να ανταποκριθούν στις αυξημένες οικογενειακές ή εργασιακές τους υποχρεώσεις. Επίσης το ψυχολογικό στρες εμφανίζεται, όταν το άτομο αισθάνεται ότι απειλείται από κάτι ή κάποιον και αυξάνεται, όταν το άτομο χάνει την εργασία του ή αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας. Παράλληλα με το ψυχολογικό στρες εκδηλώνονται κι άλλα αρνητικά συναισθήματα από το άτομο, όπως ο θυμός ή η θλίψη. Το ψυχολογικό στρες μπορεί ακόμα να προκαλέσει διάσπαση προσοχής, έλλειψη συγκέντρωσης, δυσκολία μνήμης και κρίσης, αϋπνία ή μετατραυματική στρεσογόνα διαταραχή. (Ευκλείδη – Κωσταρίδου, 1999).

Ένα ακόμη πρόβλημα των ηλικιωμένων είναι η αϋπνία. Σύμφωνα με έρευνες πάνω από το ένα τρίτο των ατόμων ηλικίας εξήντα πέντε ετών και άνω αντιμετωπίζει προβλήματα αϋπνίας. Τα προβλήματα αυτά οφείλονται στο στρες, σε ορμονικές διαταραχές, στην έλλειψη δραστηριότητας / απραξία, στην κατάχρηση καφεΐνης ή οινοπνευματωδών, σε προβλήματα ψυχικής υγείας (π.χ. κατάθλιψη, άνοια) και στην φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνεται. Συνήθως τα άτομα αυτά ξυπνούν πιο εύκολα, ενώ η διάρκεια του ύπνου τους μειώνεται τη νύχτα και αυξάνεται τη μέρα. http://www.didaktorika.gr [πρόσβαση 9 Ιανουαρίου 2010].

Καθώς τα χρόνια περνούν, οι ηλικιωμένοι υφίστανται ελαφριά απώλεια μνήμης. Η απώλεια αυτή οφείλεται στη μικρή ελάττωση των νευρικών κυττάρων σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου (π.χ. στον ιππόκαμπο, στον κροταφικό φλοιό, στο βρεγματικό φλοιό, στον ινιακό φλοιό, στην παρεγκεφαλίδα κ.α.). Όταν τα νευρικά κύτταρα ελαττωθούν κατά 40%, τότε συμπεραίνεται ότι το άτομο βρίσκεται σε προχωρημένο γήρας, εξαιτίας του οποίου έχει χάσει την ευλυγισία του, οι κινήσεις του είναι πιο βραδείς, έχει καμπουριάσει και περπατά με μικρά συρόμενα βήματα. Όταν τα νευρικά κύτταρα ελαττωθούν κατά 70%, τότε συμπεραίνεται ότι το άτομο πάσχει από κάποια σπάνια μορφή άνοιας (π.χ. Parkinson). (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000)

Στη νόσο του Alzheimer (ΝΑ) οφείλονται πάνω από τις μισές περιπτώσεις της άνοιας. Επίσης στη νόσο του Alzheimer περιλαμβάνεται και οι γεροντική άνοια, που σήμερα είναι γνωστή ως «γεροντική άνοια τύπου Alzheimer». Η αμνησία, η αφασία,

η αγνωσία και η απραξία αποτελούν σημαντικά νοητικά συμπτώματα της νόσου. Η αμνησία σχετίζεται με την απώλεια της πρόσφατης μνήμης, ενώ με την πάροδο του χρόνου διαταράσσεται και η μακροχρόνια μνήμη. Η αφασία σχετίζεται με διαταραχές του λόγου. Συνήθως οι ηλικιωμένοι ανοϊκοί ασθενείς μιλούν γενικά και αόριστα, είναι φλύαροι, με ασυνάρτητο λόγο και αδυνατούν να κατανοήσουν τις συγκροτημένες ομιλίες των υγιών ατόμων. Η αγνωσία σχετίζεται με την αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίζει οικεία πρόσωπα – πράγματα ή σοβαρές ασθένειες από τις οποίες πάσχει. Η απραξία σχετίζεται με την έκπτωση της κινητικής δραστηριότητας του ατόμου. Συνήθως το άτομο δυσκολεύεται ακόμα και να ντυθεί μόνο του ή να φάει. Οι ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο του Alzheimer εμφανίζουν πιο συχνά «σύνδρομα διαταραχής της διάθεσης», όπως κατάθλιψη, μανία ή άγχος. Επιπλέον μπορεί να εμφανίζουν «ψυχωσικά συμπτώματα», όπως παρανοϊκές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Οι παρανοϊκές ιδέες κάνουν τον ασθενή να πιστεύει ψευδώς ότι δε βρίσκεται στο σπίτι του, ότι οι άλλοι τον κλέβουν ή προσπαθούν να τον βλάψουν με κάποιο τρόπο. Οι ψευδαισθήσεις είναι συνήθως ακουστικές και οπτικές. Το άτομο ακούει ή βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν. Οι παρανοϊκές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις συνοδεύονται από επιθετική συμπεριφορά, κλάματα και φωνές ακατανόητες ή ανεξέλεγκτες. (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000).

1.3.3 ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η σταδιακή αστικοποίηση και βιομηχανοποίηση της χώρας φέρνει τους ηλικιωμένους αντιμέτωπους με ποικίλα κοινωνικά προβλήματα. Οι κοινωνικές διακρίσεις σε βάρος των ηλικιωμένων που ανήκουν σε κατώτερες κοινωνικές τάξεις ολοένα και αυξάνονται. Η κοινωνία ουσιαστικά αρχίζει να αποκλείει πολλούς από τους ηλικιωμένους των κατώτερων κοινωνικών τάξεων από την εργασία και συνεπώς από την απόκτηση εισοδήματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλοί ηλικιωμένοι να αισθάνονται λιγότερο χρήσιμοι αλλά και αδύναμοι να καλύψουν σε (ικανοποιητικό) βαθμό βασικές βιοτικές τους ανάγκες. Λόγω των έντονων οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, πολλοί ηλικιωμένοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε δαπάνες υγείας ή μετακίνησης. Σύμφωνα με έρευνες «σε αστικές περιοχές απασχολείται μόνο

το 5% των ηλικιωμένων, λόγω έλλειψης εκπαίδευσης και εξειδίκευσης, ενώ στις αγροτικές περιοχές οι ηλικιωμένοι μπορούν να συνεχίζουν απασχολούμενοι, όσο τους το επιτρέπουν οι φυσικές τους δυνάμεις.» (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000: 242)

Παρατηρείται ότι τα ποσοστά των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα, λόγω αναλφαβητισμού ή χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, είναι ιδιαίτερα υψηλά. Το γεγονός αυτό δυσχεραίνει όλο και περισσότερο την επικοινωνία των ηλικιωμένων με άτομα νεαρής ηλικίας, τα οποία έχουν γενικά καταφέρει να βελτιώσουν το μορφωτικό τους επίπεδο. Επίσης ο αναλφαβητισμός οδηγεί τους ηλικιωμένους σε κοινωνική απομόνωση, αφού τους αποκλείει από ποικίλες πνευματικές δραστηριότητες. Δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που αδυνατούν να διαβάσουν έστω τους υπότιτλους μιας εφημερίδας ή να συμπληρώσουν μία απλή αίτηση για να εγγραφούν στο μητρώο μίας υπηρεσίας κλπ. (Ευκλείδη – Κωσταρίδου, 1999).

Σχετικά με τον τομέα της ψυχαγωγίας έχει δειχθεί ότι οι ηλικιωμένοι που συχνάζουν σε λέσχες, συμμετέχουν σε εκδρομές και γενικά σε δραστηριότητες διαφόρων σωματείων ή οργανώσεων έχουν οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας. Τα αντίθετα ισχύουν για ένα υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων, το οποίο αδυνατεί να περάσει ευχάριστα και δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο του. Γι' αυτό υπάρχουν τα Κέντρα Κοινοτικής Φροντίδας Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.ΑΠΗ) που διοργανώνουν δωρεάν και ανά τακτά χρονικά διαστήματα ποικίλες ψυχαγωγικές εκδηλώσεις (π.χ. θεατρικές / μουσικές παραστάσεις, εκδρομές κλπ.) ανοιχτές για το κοινό. (Ευκλείδη – Κωσταρίδου, 1999)

Η αθρόα μετακίνηση των ηλικιωμένων από τα χωριά στις πόλεις οδηγεί στην οικοδόμηση νέου τύπου κατοικιών και στην υιοθέτηση ενός νέου τρόπου ζωής. Η παλαιά εξοχική κατοικία αντικαθίσταται από τα μικρά, πολυώροφα διαμερίσματα που δεν έχουν μεγάλες αυλές γεμάτες λουλούδια αλλά μικρούς εξώστες που, στην καλύτερη περίπτωση, βλέπουν σε φωταγωγούς. Επίσης στα διαμερίσματα υπάρχουν σκάλες, που οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να τις ανέβουν ή πιο σπάνια ανελκυστήρες που αδυνατούν να τους χρησιμοποιούν. Γενικά οι ηλικιωμένοι δεν είναι εξοικειωμένοι με τη νέα τεχνολογία. Δε γνωρίζουν να χρησιμοποιούν τις ηλεκτρικές συσκευές και η άγνοια τους δημιουργεί ανασφάλεια, δυσαρέσκεια και φόβο. Ως προς τον τρόπο ζωής τους αξιοσημείωτο είναι ότι οι ηλικιωμένοι δε

γνωρίζουν να κυκλοφορούν μόνοι τους σε μια μεγαλούπολη ή να χρησιμοποιούν τα μέσα μαζικής μεταφοράς. Έτσι η επικοινωνία με άλλους ανθρώπους γίνεται πιο δύσκολη και η αποκοπή τους από τον έξω κόσμο είναι πλέον αισθητή. (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000)

Η μοναξιά είναι ένα από τα σοβαρότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Συνήθως οι μοναχικοί ηλικιωμένοι αρνούνται να αναζητήσουν τη βοήθεια κάποιου ειδικού (π.χ. ψυχολόγου, γεροντολόγου, κοινωνικού λειτουργού κ.α.). Επίσης δε διατηρούν έμμεσες κοινωνικές επαφές, καθώς δεν επισκέπτονται τον κινηματογράφο, το θέατρο, το καφενείο, δεν παρακολουθούν διαλέξεις και γενικά απέχουν από ποικίλες κοινωνικές εκδηλώσεις. Έχουν εμμονή με τον παλαιό τρόπο ζωής. Δε δημιουργούν δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, καθώς δεν έχουν επαφές με συγγενείς, φίλους, γνωστούς και γενικά με τους άλλους. Πολλές φορές οι μοναχικοί ηλικιωμένοι προσφεύγουν στο έγκλημα, εξαρτώνται από το ποτό, τα ναρκωτικά και μπορεί να φτάσουν μέχρι και την αυτοκτονία. (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000)

Η κακή υγεία μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν, λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν. Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης σημαίνει δυσκολία ανταπόκρισης σε καθημερινές ασχολίες / δραστηριότητες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, την φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση. Ο ηλικιωμένος ασθενής έχει την ανάγκη συνεχούς φροντίδας και προστασίας από την οικογένειά του ή από στενούς συγγενείς. Αν κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό καταφεύγει στην παροχή φροντίδας από τρίτα πρόσωπα έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος ή αποφασίζει να εισαχθεί σε κάποιο ίδρυμα. (Ευκλείδη – Κωσταρίδου, 1999)

1.4 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Είναι κοινώς παραδεκτό ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ομάδα ατόμων που χρειάζεται ειδική φροντίδα – μέριμνα κι ιεράρχηση ως προς την κάλυψη των

αναγκών τους. Οι ανάγκες τους πρέπει να καλύπτονται ορθολογικά, προκειμένου η ποιότητα ζωής τους να βελτιώνεται. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) θέτει τη διατήρηση του καλύτερου δυνατού επιπέδου υγείας ως πρωταρχική ανάγκη για τους ηλικιωμένους. Είναι εύλογο ότι κάθε υγιής ηλικιωμένος έχει ανάγκη να νοιώθει συναισθηματικά, κοινωνικά πιο αποδεκτός και οικονομικά πιο παραγωγικός. Η συναισθηματική αποδοχή επιτυγχάνεται με την επίδειξη συναισθημάτων αγάπης, τρυφερότητας, σεβασμού, εκτίμησης, συμπάθειας και κατανόησης προς τους ηλικιωμένους. Η κοινωνική αποδοχή σχετίζεται με την ανάγκη του ηλικιωμένου να παραμείνει στο οικογενειακό του περιβάλλον καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Κάτι τέτοιο κρίνεται αναγκαίο, καθώς είναι δύσκολο για τον ηλικιωμένο να αλλάξει τις συνήθειες του και να σταματήσει να προσφέρει τις καλύτερες και μη αμειβόμενες υπηρεσίες στο οικογενειακό σύνολο. Η οικονομική αποδοτικότητα είναι αναγκαία για τους ηλικιωμένους και τους εντάσσει μακροχρόνια στον κορμό του εργατικού δυναμικού, κρατώντας τους πιο ενεργούς και κάνοντας τους πιο παραγωγικούς. (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000)

Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη αναγνώρισης της αξίας τους από σημαντικά γι' αυτούς πρόσωπα (π.χ. συγγενείς, φίλοι, γείτονες) ειδικότερα και από την κοινωνία γενικότερα. Η αξία τους αναγνωρίζεται, όταν τα μέλη της οικογένειας εκπληρώνουν τις επιθυμίες τους. Για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι δεν επιθυμούν να συγκατοικούν με τα παιδιά τους ή με τα εγγόνια τους, διότι με αυτόν τον τρόπο περιορίζεται η ανεξαρτησία τους / χάνουν την αυτονομία τους. Σε αυτήν την περίπτωση τόσο οι ηλικιωμένοι, όσο και τα παιδιά ή τα εγγόνια είναι αναγκαίο να επιδιώκουν την «οικειότητα εξ αποστάσεως» ή αλλιώς τη «γειτονική συγκατοίκηση.» Αυτού του είδους η γειτνίαση δείχνει την ανάγκη των ηλικιωμένων να πραγματοποιούν μονάχα συχνές επαφές με άτομα διαφορετικών γενεών (π.χ. παιδιά, εγγόνια) και να προσφέρουν υλική ή ηθική συμπαράσταση σε αυτά. Η κοινωνία είναι επίσης αναγκαίο να αναγνωρίζει την αξία των ηλικιωμένων ατόμων. Κάθε ηλικιωμένο άτομο είναι ωφέλιμο για την κοινωνία, καθώς συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη. Επομένως η κοινωνία πρέπει να ενθαρρύνει αφενός τη δημιουργία ειδικών τμημάτων στα κέντρα υγείας για τα άτομα τρίτης ηλικίας και αφετέρου τη διδασκαλία της Γηριατρικής και της Γεροντολογίας στις ιατρικές σχολές και σε άλλες σχολές επαγγελμάτων υγείας μαζί με την απόκτηση σχετικές ειδικότητας από τους φοιτητές. (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000)

Η διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας είναι κάτι πολύ αναγκαίο για τους ηλικιωμένους. Αναγνωρίζεται ότι κάθε ηλικιωμένος είναι ο ίδιος υπεύθυνος για την σωματική και ψυχική του υγεία και οφείλει να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα για να την προφυλάσσει. Η λήψη μέτρων είναι αναγκαία και προϋποθέτει όχι μόνο καλά οργανωμένες υπηρεσίες υγείας, αλλά και σωστή – υπεύθυνη πληροφόρηση από κατάλληλα εκπαιδευμένα στελέχη. Είναι σαφές ότι η έγκαιρη και αντικειμενική ενημέρωση βοηθά το ηλικιωμένο άτομο να αλλάξει πρόωρα τον τρόπο ζωής του, εγκαταλείποντας ορισμένες επιβλαβείς συνήθειες. Εξάλλου η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι ισότιμη, δίκαια και χωρίς διακρίσεις για το σύνολο των ηλικιωμένων. Είναι αναγκαίο κάθε ηλικιωμένος να ωφελείται από την παροχή προληπτικών και θεραπευτικών ιατρικών υπηρεσιών και όχι να αποκλείεται από τις ιατρικές υπηρεσίες λόγω του υψηλού κόστους. Γι' αυτό το λόγο το κράτος πρέπει να ακολουθεί πολιτικές στήριξης όχι μόνο των ηλικιωμένων αλλά και της οικογένειας. Συγκεκριμένα το κράτος πρέπει να μεριμνά για την παροχή δωρεάν νοσοκομειακής ή ιδρυματικής περίθαλψης σε εξυπηρετούμενους ηλικιωμένους που το έχουν ανάγκη. Η οικογένεια πρέπει να αναλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό την ευθύνη για την φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου, κάτι που ισχύει ήδη στις παραδοσιακές κοινωνίες. (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000)

Όπως προαναφέρθηκε οι ηλικιωμένοι είναι αναγκαίο να παραμένουν στα σπίτια τους μέχρι το τέλος της ζωής τους. Η απομάκρυνση από τον χώρο κατοικίας τους πρέπει να επιχειρείται μόνο όταν υπάρχουν ανυπέρβλητα εμπόδια. Για παράδειγμα μια σοβαρή αρρώστια που απαιτεί μακροχρόνια διαμονή σε νοσοκομείο, ο θάνατός του / της συζύγου κλπ. Σχετικές έρευνες δείχνουν ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα είναι χαμηλότερο από το 5,6%. Αυτό συμβαίνει διότι το κόστος της ιδρυματικής περίθαλψης και φροντίδας είναι πιο υψηλό (συγκρινόμενο με εκείνο της κατ' οίκον φροντίδας.) Επίσης η διαμονή σ' έναν ξένο χώρο δημιουργεί στους ηλικιωμένους αισθήματα ανασφάλειας και χαμηλού κύρους. Επιπλέον τους αποκλείει από τις συναναστροφές με άλλες ηλικιακές ομάδες (π.χ. παιδιά, μεσήλικες.) Οι ηλικιωμένοι παύουν πλέον να αυτενεργούν, ιδιαίτερα όταν η είσοδό τους στο γηροκομείο είναι καταναγκαστική και ακούσια. (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000)

Η παροχή υπηρεσιών ψυχολογικής, κοινωνικής και οικονομικής υποστήριξης είναι αναγκαία για τους ηλικιωμένους. Όπως είναι γνωστό η καλή ψυχική υγεία είναι

συνυφασμένη με την καλή σωματική υγεία. Γι' αυτό η ψυχολογική υποστήριξη κρίνεται πολύ σημαντική για τα ηλικιωμένα άτομα. Στα πλαίσια της υποστήριξης αυτής προβλέπεται έγκαιρη ενημέρωση των ηλικιωμένων σχετικά με τις ψυχολογικές αλλαγές που επέρχονται κατά το γήρας, ώστε να είναι σε θέση να τις υποδεχθούν και να τις αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά. Η ψυχολογική υποστήριξη προϋποθέτει τη συνεργασία τριών βασικών ειδικοτήτων – ψυχιάτρου, ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού – προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Έχει αποδειχθεί ότι ο ηλικιωμένος που αναζητά ψυχολογική υποστήριξη ωφελείται πολλαπλά, καθώς του δίνεται η ευκαιρία να «μοιραστεί» τις εμπειρίες του με τον / την ειδικό. Έτσι απολαμβάνει καλύτερη υγεία κι ευεξία κι η μνήμη του βελτιώνεται. Οι κοινωνικές υπηρεσίες πρέπει να συνεργάζονται, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο, προκειμένου να συμβάλλουν στην κοινωνική υποστήριξη / υπεράσπιση του ηλικιωμένου ατόμου. Η θετική επαφή του ηλικιωμένου με τα μέλη της οικογένειας του πρέπει να ενθαρρύνεται. Η κοινωνική επικοινωνία μεταξύ των ηλικιωμένων πρέπει να προάγεται μέσω της διοργάνωσης εκδρομών, κοινωνικών κι εορταστικών εκδηλώσεων, ακόμη και προβολής ταινιών σε διαμορφωμένες αίθουσες, διατήρησης βιβλιοθηκών κλπ. www.didaktorika.gr [πρόσβαση 9 Μαρτίου 2020]

Σε ό, τι αφορά την οικονομική υποστήριξη των ηλικιωμένων στα περισσότερα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προβλέπονται παροχές εκπτώσεων στα μέσα μαζικής μεταφοράς, στην παρακολούθηση ή συμμετοχή τους σε πολιτισμικές κι επιμορφωτικές δραστηριότητες. «Συγκεκριμένα στη χώρα μας παρέχονται εκπτώσεις για την είσοδο των ατόμων τρίτης ηλικίας σε μουσεία, υπάρχει προσφορά αεροπορικών εισιτηρίων εσωτερικού, έστω και σε περιορισμένη κλίμακα. Υπάρχουν ακόμη εκτεταμένα προγράμματα κοινωνικού τουρισμού και χορήγησης δωρεάν εισιτηρίων για θεατρικές παραστάσεις σε συνταξιούχους του ΙΚΑ.» (Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000:244)

Η υιοθέτηση σωστών διατροφικών συνηθειών είναι αναγκαία για τους ηλικιωμένους για πολλούς λόγους. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κυρίως σε οικονομικά αναπτυγμένες χώρες οι κακές διατροφικές συνήθειες καθιστούν το ηλικιωμένο άτομο περισσότερο ευάλωτο σε παθολογικές καταστάσεις, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος. Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από τέτοιες χρόνιες παθήσεις πρέπει να τηρούν αναγκαστικά ειδικό διαιτολόγιο περιορίζοντας σε σημαντικό βαθμό την ποικιλία και

την ποσότητα των τροφών που λαμβάνουν. Επίσης οι ηλικιωμένοι πρέπει να υπακούουν στις οδηγίες και τις συμβουλές των ειδικών και να τροποποιούν τυχόν προγενέστερες αντιλήψεις και προτιμήσεις σε ζητήματα διατροφής, εφόσον αυτό κρίνεται αναγκαίο. Όσοι ηλικιωμένοι ζουν μόνοι τους δεν πρέπει να αδιαφορούν για την προετοιμασία του φαγητού τους. Αντίθετα πρέπει να θέτουν το μαγείρεμα ως καθημερινό, πρωταρχικό στόχο τους, ακόμα κι αν η ποσότητα τροφής που χρειάζεται να μαγειρέψουν είναι πολύ μικρή. Η σίτιση σε εστιατόρια ή fast food πρέπει να αποφεύγεται, καθώς οι ηλικιωμένοι προσλαμβάνουν μεγαλύτερες ποσότητες άλατος από τις ενδεδειγμένες, ενώ ταυτόχρονα απολαμβάνουν ποιοτικά κατώτερες τροφές. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι λόγω της κακής κατάστασης των δοντιών και των ούλων, της ανεπαρκούς έκκρισης σιέλου ή των γενικότερων προβλημάτων στη στοματική κοιλότητα είναι αναγκαίο να αποφεύγουν την κατανάλωση «σκληρών τροφών» όπως το κρέας, τα σκληρά φρούτα κ.α. (Ευκλείδη – Κωσταρίδου, 1999)

Οι ηλικιωμένοι είναι αναγκαίο να λαμβάνουν επαρκείς ποσότητες τροφής, ώστε να αποφεύγεται τόσο η υποθρεψία, όσο και η αθρεψία, που συντελούν στην εξασθένηση των ποικίλων συστημάτων (π.χ. ανοσοποιητικό, γαστρεντερικό, αναπνευστικό σύστημα) και λειτουργιών (π.χ. διανοητική λειτουργία) του ατόμου. Πράγματι λόγω της υποθρεψίας και της αθρεψίας ο ανοσοποιητικός μηχανισμός εξασθενεί κι έτσι οι ηλικιωμένοι γίνονται πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση λοιμώξεων. Κάποια όργανα του γαστρεντερικού συστήματος οδηγούνται σε ατροφία, η οποία πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εξάπλωσης λοιμώξεων σε όλα τα υπόλοιπα συστήματα. Οι ηλικιωμένοι λόγω της υποθρεψίας της αθρεψίας και άλλων παραγόντων πάσχουν συχνά από δυσκοιλιότητα. Η γενική μείωση της μυϊκής δύναμης επηρεάζει τους αναπνευστικούς μύες δημιουργώντας δυσκολίες στην αποβολή φλέγματος με απόπτυση και στο βήχα. Η πιθανότητα εκδήλωσης πνευμονικών λοιμώξεων αυξάνεται. Η υποθρεψία και η αθρεψία επηρεάζουν και τη διανοητική λειτουργία. Τα άτομα που υποσιτίζονται εκδηλώνουν ως επί το πλείστον κατάθλιψη, άρνηση επανενεργοποίησης και κοινωνικής επανένταξης, αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης. (Ευκλείδη – Κωσταρίδου, 1999).

1.5 Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Ο όρος «Δημογραφική μετάβαση» αναφέρεται στις πληθυσμιακές μεταβολές που επέρχονται λόγω της αυξομείωσης των δεικτών γονιμότητας και θνησιμότητας.

Στις πρωτόγονες και παραδοσιακές αγροτικές κοινωνίες του 18ου αιώνα οι ηλικιωμένοι αποτελούν μία πολυπληθή ομάδα που κινδυνεύει να αποδεκατιστεί λόγω της εξάπλωσης ασθενειών και επιδημιών (π.χ. χολέρα, κίτρινος πυρετός) και της ελλιπούς ή ανύπαρκτης ιατρικής περίθαλψης. Ο δείκτης θνησιμότητας συγκλίνει με το δείκτη γονιμότητας. Δηλαδή παρατηρείται αύξηση των γεννήσεων και ταυτόχρονα αύξηση των θανάτων. http://ikee.lib.auth.gr [πρόσβαση 10 Σεπτεμβρίου 2020]

Κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα η σταδιακή εκβιομηχάνιση των χωρών συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του επιπέδου θνησιμότητας και στη διατήρηση της γονιμότητας σε υψηλά επίπεδα. Η παραγωγή τροφίμων με καινοτόμες μεθόδους, η διευκόλυνση μεταφοράς τους προς τα αστικά κέντρα και η δίκαιη διανομή τους διευκολύνουν την καθημερινότητα και αναβαθμίζουν το βιοτικό επίπεδο όλων των πληθυσμιακών ομάδων (επομένως και των ηλικιωμένων.) Εκτός από την αύξηση της παραγωγής τροφίμων και τη βελτίωση της διατροφής, η εκβιομηχάνιση επέφερε και άλλες αλλαγές στα οικογενειακά δίκτυα. Οι νεότεροι σε ηλικία μετακινούνται από την οικογενειακή εστία αναζητώντας εργασία και καλύτερες συνθήκες ζωής. Καθημερινά συναναστρέφονται και αλληλεπιδρούν με άτομα εκτός οικογενειακού δικτύου/περιβάλλοντος . Έτσι οι οικογενειακοί δεσμοί, παρόλο που δεν υποτιμούνται, χαλαρώνουν και οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας μένουν τελικά αβοήθητοι και μόνοι. Αυτή η τάση φυγής των παιδιών από τον τόπο κατοικίας οδηγεί σε απώλεια μιας σημαντικής πηγής βοήθειας και υποστήριξης. Όταν ο ηλικιωμένος έχει ανάγκη από περισσότερη και πιο ουσιαστική φροντίδα δεν υπάρχουν διαθέσιμα άτομα που θα μπορούσαν να βοηθήσουν ή είναι λιγότερα σε αριθμό. http://ikee.lib.auth.gr [πρόσβαση 11 Σεπτεμβρίου 2020], (Μιχελή, 2019)

Στα τέλη του 19ου αιώνα η θνησιμότητα των ηλικιωμένων συνεχίζει να είναι καθοδική. Αυτό συμβαίνει διότι παρατηρείται πρόοδος στον τομέα της ιατρικής και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Παράλληλα και η γονιμότητα παρουσιάζει σημάδια συρρίκνωσης λόγω κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών όπως η αστικοποίηση, η αστυφιλία, η αύξηση των μισθών, η εμπορευματοποίηση της γεωργίας κ.α. «Εξαιτίας της μείωσης της γονιμότητας δύο πράγματα μπορούν να συμβούν. Κατ' αρχάς

μειώνεται ο αριθμός των διαθέσιμων παιδιών που θα μπορούσαν να αναλάβουν να βοηθήσουν τους ευάλωτους ηλικιωμένους γονείς τους. Κατά δεύτερον όπως προκύπτει από διεθνείς έρευνες οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερο αριθμό παιδιών απ' όσα είχαν οι δικοί τους γονείς. Επομένως οι ηλικιωμένοι δέχονται λιγότερη βοήθεια και υποστήριξη από τα παιδιά τους απ' όση τους πρόσφεραν οι ίδιοι, όταν ήταν υγιείς και λειτουργικοί.» (Μιχελή, 2019:23) Κατά τη διάρκεια αυτού του αιώνα ο μέσος όρος ζωής των ηλικιωμένων αυξάνεται. Αυτό σημαίνει ότι ο πληθυσμός έχει περισσότερα εξαρτώμενα άτομα (αύξηση του δείκτη εξάρτησης των ηλικιωμένων) και μικρότερο ποσοστό ανθρώπων οι οποίοι βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία εργασίας με αποτέλεσμα την αποδυνάμωση των εργασιακών ευκαιριών και της οικονομικής ανάπτυξης. Με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, η ποιότητα ζωής καλυτερεύει και οι άνθρωποι ζουν περισσότερα χρόνια. . http://ikee.lib.auth.gr [πρόσβαση 12 Σεπτεμβρίου 2020], (Μιχελή, 2019)

Από τον 20ο αιώνα κι έπειτα τα επίπεδα γονιμότητας / γεννητικότητας και θνησιμότητας εξισορροπούνται σε χαμηλά ποσοστά. Ο πληθυσμός χαρακτηρίζεται ώριμος / γηράσκων και το προσδόκιμο επιβίωσης σταθερά ανοδικό. Οι ηλικιωμένοι ζουν σε ανεπτυγμένες και αστικοποιημένες κοινωνίες όπου σημειώνεται συνεχής πρόοδος της ιατρικής επιστήμης, το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι προηγμένο, ενώ υιοθετείται το μοντέλο της πυρηνικής οικογένειας. http://ikee.lib.auth.gr [πρόσβαση 12 Σεπτεμβρίου 2020]

Πέρα απ' όσα σημειώθηκαν παραπάνω η δημογραφική μετάβαση σχετίζεται με τα εξής επιπλέον χαρακτηριστικά: «την αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζουν ανεξάρτητα και των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους, είτε ανεξάρτητα είτε όχι, την προ – συζυγική (εκτός γάμου) συμβίωση, την αναβολή και καθυστέρηση της τεκνοποίησης, την υψηλή μη έγγαμη γονιμότητα, τα υψηλά ποσοστά διάλυσης γάμων, την υψηλή αναλογία ατόμων που δεν παντρεύονται καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους και ηθελημένα δεν αποκτούν παιδιά κ.α.» (Μιχελή, 2019:22)

Στις μέρες μας το μοντέλο της δημογραφικής μετάβασης εξακολουθεί να υπάρχει και να βρίσκει εφαρμογή. Συγκεκριμένα παρατηρείται πτώση του δείκτη γονιμότητας / γεννητικότητας σε πολύ χαμηλά επίπεδα και μάλιστα κάτω από το όριο αναπλήρωσης των γενεών. Η μείωση των γεννήσεων οφείλεται στην παγκόσμια οικονομική κρίση και στη δυσκολία συνδυασμού οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής. Ο γηράσκων

πληθυσμός υπερτερεί αριθμητικά και η θνησιμότητα κυριαρχεί οδηγώντας σε καταστάσεις πληθυσμιακής συρρίκνωσης. http://ikee.lib.auth.gr [πρόσβαση 13 Σεπτεμβρίου 2020]

1.6 ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Τα στερεότυπα αποτελούν εσφαλμένες αντιλήψεις, συμπεριφορές και υποθέσεις για τους ηλικιωμένους. Επίσης εμποδίζουν την ανάπτυξη ενός εύρωστου συστήματος δημόσιας υγείας για την τρίτη ηλικία. Παρόλο που υπάρχουν απτές αποδείξεις για τη συνεισφορά των ηλικιωμένων στην κοινωνία, συχνά τους αποδίδονται χαρακτηρισμοί όπως αδύνατος/η, ασθενικός/ή, ανέπαφος /η με τους άλλους, αρκετά επιφορτισμένος / η, και εξαρτώμενος/η. Οι χαρακτηρισμοί αυτοί συμβάλλουν, ώστε ο ηλικιωμένος να μην αντιλαμβάνεται τα πραγματικά του προβλήματα και τις πραγματικές του ικανότητες. Τα στερεότυπα θεωρούνται ξεπερασμένα αλλά επηρεάζουν την εξέλιξη της ζωής, της οποίας τα στάδια είναι καθορισμένα και συγκεκριμένα. Για παράδειγμα στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες τα στάδια ζωής κατηγοριοποιούνται ως εξής: παιδική ηλικία, μαθητική ηλικία – σπουδές, καθορισμένη περίοδος εργασίας, συνταξιοδότηση. Αντίθετα στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες η έννοια της συνταξιοδότησης είναι σχετικά καινούργια και δε σχετίζεται απαραίτητα με τη μετάβαση στην τρίτη ηλικία. Αυτό δείχνει ότι τα στερεότυπα αποτελούν κοινωνικές κατασκευές που μπορεί να διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα. Τα στερεότυπα συνδέονται με την έννοια της μακροζωίας. Τα επιπλέον χρόνια ζωής θεωρείται ότι απλά επεκτείνουν την περίοδο της συνταξιοδότησης. Ακόμα κι αν οι ηλικιωμένοι ζουν περισσότερα χρόνια και απολαμβάνουν καλή υγεία, είτε δεν υπάρχουν προοπτικές αξιοποίησης των χρόνων αυτών, είτε υπάρχει αυστηρή οριοθέτηση στη χρησιμοποίησή του. Για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι αρχικά έχουν μεγαλώσει τα παιδιά τους, παράλληλα έχουν εισέλθει στο εργατικό δυναμικό και τελικά έχουν συνταξιοδοτηθεί. (WHO, 2015)

Με την πάροδο του χρόνου όμως – στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες- διαμορφώνονται πολιτικές που επιτρέπουν την απόκλιση από αυτόν τον παραδοσιακό τρόπο ζωής και από τις στερεοτυπικές καταστάσεις. Οι αλλαγές που συμβαίνουν ωφελούν όχι μόνο τα ηλικιωμένα άτομα αλλά και την κοινωνία, η οποία προσφέρει

περισσότερες ευκαιρίες συμμετοχής των ατόμων τρίτης ηλικίας στο εργατικό δυναμικό και σε άλλες κοινωνικές δραστηριότητες. Έρευνες δείχνουν ότι η πλειονότητα των ανθρώπων πλησιάζει την ηλικία της συνταξιοδότησης αλλά στην πραγματικότητα δεν επιθυμεί να συνταξιοδοτηθεί. Για μερικούς η συνταξιοδότηση οδηγεί στην φτώχεια και δείχνει ότι είναι αναγκαίο να συνεχίσει κανείς να δουλεύει. Αλλά για τους περισσότερους είναι ιδιαίτερα σημαντικό να παραμείνουν κοινωνικά ενεργοί για περισσότερα χρόνια. Οι ηλικιωμένοι ζητούν ευελιξία και ευκαιρίες για αλλαγή καριέρας, μερική απασχόληση ή έναρξη επιχείρησης. Αυτό δείχνει ότι πράγματι παραμένουν δραστήριοι, φιλόδοξοι και δεκτικοί στις αλλαγές. Στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες η πορεία ζωής δεν είναι οριοθετημένη. Η φτώχεια κυριαρχεί, καθώς οι ηλικιωμένοι δε μορφώθηκαν κατά τη νεότητά τους. Συνεπώς είναι πιθανόν να συνεχίσουν να εργάζονται ακόμα και σε προχωρημένη ηλικία αν δεν έχουν οικογένεια να τους υποστηρίξει. Αλλά η κατάσταση στις χώρες αυτές δεν είναι απόλυτα στερεοτυπική. Η σταδιακή κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη επιτρέπει τη λήψη έστω και χαμηλών συντάξεων. Ενώ γίνεται σταδιακά αποδεκτό ότι η σύνταξη είναι ζωτικής σημασίας, προσδίδει ασφάλεια στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα σ' εκείνους που έχουν εργαστεί στο ανεπίσημο εργατικό δυναμικό (π.χ. γυναίκες – φροντιστές ή άνδρες – γεωργούς). (WHO, 2015)

1.7 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ηλικιωμένοι είναι μία πολυπληθής ηλικιακή ομάδα που καλείται να διεκδικήσει τα δικαιώματά της. Σε κάθε δημοκρατική κοινωνία η ελευθερία πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό και αναφαίρετο ανθρώπινο δικαίωμα. Αυτό σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και το βαθμό εξάρτησης τους από τρίτα πρόσωπα πρέπει να απολαμβάνουν την ελευθερία τους και να την προστατεύουν με κάθε τρόπο. Άλλωστε η ελευθερία του ηλικιωμένου ατόμου συνεπάγεται την ανεξαρτησία, την αξιοπρεπή διαβίωση και την ενεργή συμμετοχή του στην κοινωνική και πολιτισμική ζωή του τόπου του. Επίσης βασικό συστατικό της ελευθερίας είναι η πολυφωνία. Κάθε ηλικιωμένος έχει το δικαίωμα να εκφράζει την προσωπική του άποψη και ταυτόχρονα να σέβεται και να εισακούει / να αποδέχεται τις απόψεις των άλλων, οι οποίες είναι πιθανόν να διαφοροποιούνται από τις δικές του. Ένα άλλο

βασικό χαρακτηριστικό της ελευθερίας είναι η ανεξιθρησκία. Κάθε ηλικιωμένος μπορεί να στρέφεται υπέρ ή εναντίον μίας θρησκείας, ενός δόγματος ή φιλοσοφικού κινήματος. Έχει επίσης το δικαίωμα να υπακούει σε θρησκευτικούς κανόνες, να λαμβάνει πνευματική υποστήριξη – καθοδήγηση, όταν το επιθυμεί και να συμμετέχει σε θρησκευτικές δραστηριότητες – συναθροίσεις που θα τον βοηθήσουν να διευρύνει ακόμη περισσότερο τους κοινωνικούς και πνευματικούς του ορίζοντες. Ακόμα ο ηλικιωμένος έχει δικαίωμα σε ελεύθερες επιλογές και ελεύθερες αποφάσεις. Συγκεκριμένα ο ίδιος πρέπει να οριοθετεί την ζωή του στο βαθμό που του το επιτρέπει η σωματική και η πνευματική του υγεία. Μέχρι την τελευταία στιγμή ο ηλικιωμένος έχει το δικαίωμα να διαχειρίζεται την περιουσία του, τα εισοδήματά του και να μετέχει αυτοπροσώπως σε όλες τις οικονομικές και νομικές συναλλαγές με το κράτος. Επίσης ο ίδιος πρέπει να συμβουλεύεται τα κατάλληλα πρόσωπα (οικεία ή μη) και τις αρμόδιες υπηρεσίες, ώστε να πετυχαίνει τους σκοπούς και τους στόχους που έχει θέσει. Σε αντίθετη περίπτωση ο ηλικιωμένος έχει το δικαίωμα να επιλέξει τα πρόσωπα που επιθυμεί να παίρνουν αποφάσεις γι' αυτόν και να συνηγορούν υπέρ του. http://www.age-platform.eu [πρόσβαση 3 Οκτωβρίου 2020]

Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό για κάθε άνθρωπο. Γι' αυτό ο σεβασμός και η διαφύλαξη της σωματικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής ευεξίας / ευημερίας των ηλικιωμένων πρέπει να αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα. Πιο συγκεκριμένα τόσο οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι όσο και τα άτομα που ασχολούνται με την φροντίδα τους έχουν δικαίωμα να επιδιώκουν τη σωματική αρτιμέλεια και την προφύλαξη από κάθε μορφή σωματικής κακοποίησης (π.χ. κακομεταχείριση, παραμέληση, υποσιτισμός, αφυδάτωση, έκθεση σε υπερβολικό κρύο ή ζέστη κ.α.). Σε ό, τι αφορά την ψυχολογική και συναισθηματική υγεία των ηλικιωμένων έχουν δικαίωμα να επιζητούν προφύλαξη από κάθε απόπειρα αποκοπής από το οικείο περιβάλλον τους. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι παραμένουν με τους οικείους τους μέχρι το τέλος της ζωής τους, εφόσον το επιθυμούν. Επίσης οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να απαιτήσουν από τον οικογενειακό τους περίγυρο ή / και από τρίτα πρόσωπα τη μη πρόκληση εσκεμμένης αναστάτωσης, ταλαιπωρίας, αρνητικών συναισθημάτων ή κατάθλιψης. Ακόμα τόσο το οικείο περιβάλλον όσο και οι υπηρεσίες φροντίδας έχουν δικαίωμα να προφυλάσσουν τους ηλικιωμένους από την ακατάλληλη, μη απαραίτητη ή υπερβολική ιατρική περίθαλψη και χρήση φαρμάκων. Ενώ σε περίπτωση αρνητικής διάγνωσης δεν πρέπει να τους αρνούνται την απαραίτητη ιατρική θεραπεία.

Επιπρόσθετα οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα υγειονομικής ασφάλισης, ώστε να τους επιτρέπεται η πρόσβαση στη δωρεάν περίθαλψη και στην οικονομικά πιο προσιτή μακροχρόνια φροντίδα. Τόσο η περίθαλψη όσο και η φροντίδα πρέπει να παρέχεται έγκαιρα, χωρίς διακρίσεις, να είναι υψηλής ποιότητας και να ανταποκρίνεται στις προσωπικές ανάγκες και επιθυμίες των ηλικιωμένων. Τα άτομα που περιθάλπουν τους ηλικιωμένους πρέπει να είναι ικανά προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της φροντίδας, να διαθέτουν τους απαραίτητους τεχνικούς – οικονομικούς πόρους και να εκπαιδεύονται διαρκώς για να φέρουν σε πέρας το δύσκολο έργο που έχουν αναλάβει. http://www.age-platform.eu [πρόσβαση 4 Οκτωβρίου 2020]

Η επικοινωνία και η ενεργός συμμετοχή στην πολιτική ζωή, στη δια βίου μάθηση και στις πολιτισμικές δραστηριότητες δεν πρέπει να παρεμποδίζεται λόγω ηλικίας. Συγκεκριμένα κάθε ηλικιωμένος έχει το δικαίωμα να επικοινωνεί με άλλους ανθρώπους ίδιας ή διαφορετικής ηλικίας μ' εκείνον. Στην προκειμένη περίπτωση η αλληλεπίδραση περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών και ευκαιριών για εθελοντική συμμετοχή στην κοινωνική ζωή ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές του. Μέσω της αλληλεπίδρασης ο ηλικιωμένος ενημερώνεται, αποκτά πρόσβαση σε έμμισθη ή εθελοντική εργασία και επιλέγει αν θα συμμετέχει ή όχι στη δια βίου μάθηση. Η αλληλεπίδραση βοηθά ακόμα να ληφθούν υπόψη οι επικοινωνιακές ανάγκες και προσδοκίες του ηλικιωμένου και να εκπληρωθούν. Επίσης κάθε ηλικιωμένος έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται για τις πολιτικές εξελίξεις και να ασκεί όλα τα πολιτικά του δικαιώματα, με κυρίαρχο το δικαίωμα της ψήφου. Κανένας ηλικιωμένος δεν πρέπει να αποκλείεται από τη συμμετοχή σε πολιτισμικές δραστηριότητες. Πολλοί ηλικιωμένοι λαμβάνουν μέρος σε ομιλίες – διαλέξεις, μουσικές – θεατρικές παραστάσεις, εκδρομές – περιπάτους που περιέχουν ξεναγήσεις κλπ. http://www.age-platform.eu [πρόσβαση 5 Οκτωβρίου 2020]

Όταν ο ηλικιωμένος διανύει τα τελευταία στάδια της ζωής του και οδεύει προς το θάνατο έχει το δικαίωμα να περιστοιχίζεται από άτομα που τον συμπονούν και σέβονται τις επιθυμίες του. Έτσι διασφαλίζεται ότι η πορεία του προς το τέλος της ζωής είναι πιο αξιοπρεπής και υποφερτή. Επίσης κάθε ηλικιωμένος έχει δικαίωμα να απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας, που έχουν αναλάβει να τον φροντίζουν στο τελευταίο στάδιο της ζωής του, να συμπεριλάβουν στην φροντίδα πρόσωπα από το οικείο περιβάλλον του με τα οποία διατηρεί στενές σχέσεις. Εκείνος αποφασίζει αν

θα ξεκινήσει ή θα συνεχίσει την ιατρική περίθαλψη και αν θα παρθούν μέτρα παράτασης της ζωής του. Σε περίπτωση που είναι διανοητικά μη ικανός έχει το δικαίωμα να τηρηθούν οι επιθυμίες που έχει δηλώσει εκ των προτέρων. http://www.age-platform.eu [πρόσβαση 6 Οκτωβρίου 2020]

Οι ηλικιωμένοι, εκτός από δικαιώματα, έχουν και υποχρεώσεις. Συγκεκριμένα είναι υποχρεωμένοι να σέβονται τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων που ζουν και εργάζονται στο ίδιο περιβάλλον μ' εκείνους. Τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους πρέπει να εισπράττουν συμπεριφορές ευγένειας και όχι να υφίστανται παρενοχλήσεις και κακοποίηση. Επίσης οι ηλικιωμένοι πρέπει να αγαπούν την κοινότητά τους και να σέβονται τα συμφέροντα των ανθρώπων που την απαρτίζουν. Ακόμα οι ηλικιωμένοι πρέπει να κάνουν σχέδια για το μέλλον τους. Δηλαδή να παίρνουν οι ίδιοι αποφάσεις για την ζωή τους ή να ορίσουν ένα άτομο της επιλογής τους που θα παίρνει αποφάσεις και θα συνηγορεί γι' αυτούς. Το άτομο αυτό συνήθως προέρχεται από τον κύκλο των άμεσων συγγενών. Οι αποφάσεις αφορούν σε θέματα υγείας – φροντίδας – θεραπείας, διαχείρισης περιουσίας και πρέπει να είναι σύμφωνες με τις επιθυμίες τους. Τέλος οι ηλικιωμένοι πρέπει να ενημερώνουν τις αρμόδιες αρχές και τους ανθρώπους που τους περιβάλλουν για καταστάσεις κακοποίησης, κακομεταχείρισης ή παραμέλησης που βιώνουν ή παρατηρούν. http://www.age-platform.eu [πρόσβαση 6 Οκτωβρίου 2020]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{Ο}

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΔΕΣΜΩΝ

Οι οικογενειακοί δεσμοί βασίζονται σε συμπεριφορές που υπαγορεύουν την τιμή και τον σεβασμό προς τους ηλικιωμένους. Αρχικά συνδέονται με τις εκτεταμένες οικογενειακές δομές, οι οποίες παίζουν, για πολλά χρόνια, κυρίαρχο ρόλο στην φροντίδα και την ευημερία των ηλικιωμένων. Αυτό σημαίνει ότι σε διαφορετικό βαθμό τα ηλικιωμένα άτομα ζουν σε πολυ – γενεακά νοικοκυριά στα οποία τα παιδιά, οι σύζυγοι και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μπορούν να βασίζονται για υλική υποστήριξη και φροντίδα. Οι οικογενειακοί δεσμοί αναδεικνύουν την οικογένεια σε βασική και προνομιούχα κοινωνική μονάδα, η οποία τηρεί τις θρησκευτικές παραδόσεις κι έτσι προάγει την οικογενειακή τιμιότητα. Ταυτόχρονα η οικογένεια αποτελεί ένα ανεπίσημο σύστημα φροντίδας, που απαλλάσσει τις κυβερνήσεις από την εδραίωση ενός επίσημου – δημόσιου συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Παρ' όλα αυτά οι δημογραφικές μεταβάσεις – μεταβολές, οι αλλαγές στις κοινωνικές νόρμες, η οικονομική στενότητα μαζί με την πρόοδο στον τομέα της ιατρικής οδηγούν σταδιακά σε απόκλιση από το εκτεταμένο – παραδοσιακό μοντέλο οικογένειας, επαναπροσδιορίζουν την έννοια των οικογενειακών δεσμών και επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στην φροντίδα της τρίτης ηλικίας. (Kronfol et al., 2015)

Η διαγενεακή συμπαράσταση, που απορρέει από τους οικογενειακούς δεσμούς, εξακολουθεί να υπάρχει. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι η οικονομική υποστήριξη συνεχίζει να προέρχεται από τους ηλικιωμένους γονείς προς τα ενήλικα παιδιά τους αν και σε κάποιες κοινωνίες ισχύει και το αντίθετο. Όταν οι κυβερνήσεις προσφέρουν γενναιόδωρες παροχές κοινωνικών υπηρεσιών, τότε τα παιδιά απαλλάσσονται από το κόστος της φροντίδας, ενώ ενθαρρύνεται η εθελοντική ή συναισθηματική υποστήριξη προς τους ηλικιωμένους και επομένως η σύσφιξη των οικογενειακών δεσμών. Όμως στις περισσότερες χώρες παρατηρούνται μεγάλοι περιορισμοί στον τομέα της οικονομίας και συνακόλουθα στον τομέα της δημόσιας υγείας. Οι κοινωνικές υπηρεσίες που απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα είναι λιγοστές έως ανύπαρκτες. Έτσι η φροντίδα εξακολουθεί να επιφορτίζει τα νεότερα μέλη της οικογένειας. (Kronfol et al., 2015)

Η συγκατοίκηση συνδέεται με την έννοια των οικογενειακών δεσμών και αποτελεί το μέσο για να εκπληρώσει μία οικογένεια την υποστήριξη που οφείλει στους ηλικιωμένους συγγενείς. Έρευνες γύρω από τα οικογενειακά συστήματα και τον τρόπο διαβίωσής τους υπογραμμίζουν ότι ο εκσυγχρονισμός και η αστικοποίηση οδηγούν προς τη μείωση της συγκατοίκησης, προς το «ξέφτισμα» των πολυ – γενεακών οικογενειακών δεσμών και την επικράτηση των πυρηνικών οικογενειακών δεσμών. Τα οικογενειακά μοτίβα θεωρητικά ποικίλουν μεταξύ των κοινωνιών. Έτσι τα εκτεταμένα οικογενειακά νοικοκυριά συναντώνται πιο συχνά σε κάποιες κοινωνίες, ενώ οι αλλαγές στις κοινωνικές νόρμες, οι πολιτισμικές και οικονομικές πιέσεις παρατηρούνται πιο συχνά σε κάποιες άλλες. Στις κοινωνίες που σημειώνονται μεταβολές οι οικογενειακοί δεσμοί αποδυναμώνονται και οι ρόλοι αλλάζουν. Ωστόσο ο θεσμός της εκτεταμένης οικογένειας δε διαλύεται ποτέ εντελώς. Αντίθετα έχει δειχθεί ότι μέσω της συγκατοίκησης ενδυναμώνεται και μεταφέρεται στις επόμενες γενιές. Για παράδειγμα έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά που ζουν στην ίδια γειτονιά, στο ίδιο χωριό ή στο ίδιο κτίριο με τους γονείς τους, φυσιολογικά, εξακολουθούν να υποστηρίζονται και να διατηρούν ισχυρούς δεσμούς με αυτούς. Στα πλαίσια των οικογενειακών δεσμών οι ηλικιωμένοι όχι μόνο δίνουν αλλά και λαμβάνουν βοήθεια και υποστήριξη από τα παιδιά τους. Γι' αυτό κάποιες χώρες επιδιώκουν τη δημιουργία οικογενειακής κατοικίας και συνεπώς την εγγύτητα με τα αγαπημένα τους πρόσωπα. (Kronfol et al., 2015).

2.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΔΟΜΗ

«Η οικογένεια είναι μία οργανωμένη κοινωνική ομάδα που αποτελείται από άτομα διαφορετικών γενεών και διέπεται από κοινωνικούς κανόνες / νόρμες σχετικά με την καταγωγή, τη συγγένεια και την κοινωνικοποίηση των μελών της.»

«Ο όρος οικογενειακή δομή αναφέρεται στον αριθμό, στις θέσεις και στους μεταβαλλόμενους ρόλους των μελών του οικογενειακού συστήματος (π.χ. ρόλος γονέα, συζύγου, παιδιού, άλλου συγγενή.)» http://www.researchgate.net [πρόσβαση 5 Σεπτεμβρίου 2020].

Σε ό, τι αφορά τον αριθμό των μελών είναι εύλογο ότι καίριο ρόλο παίζει ο αριθμός των παιδιών που έχουν αποκτήσει οι ηλικιωμένοι ως γονείς. Όταν τα παιδιά είναι

πολλά και μικρότερα σε ηλικία, τότε η οικογένεια θεωρείται εκτεταμένη και ακολουθεί την παραδοσιακή δομή. Σύμφωνα με την παραδοσιακή δομή ο άνδρας έχει περισσότερη εξουσία σε σύγκριση με τη γυναίκα και οι γεροντότεροι έχουν περισσότερη εξουσία σε σύγκριση με τους νεότερους. Επίσης στο οικογενειακό σύστημα περιλαμβάνονται όχι μόνο το ζευγάρι και τα παιδιά άλλα και οι κοντινοί συγγενείς (π.χ. παππούδες, γιαγιάδες, θείοι, θείες, ανίψια.) Η παραδοσιακή οικογένεια αναλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό την φροντίδα των παιδιών που την αποτελούν. Συγκεκριμένα η φροντίδα μπορεί να προέρχεται είτε μόνο από τη μητέρα, είτε πολύ σπανιότερα και από τους δύο συζύγους – γονείς, είτε από τους παππούδες και τις γιαγιάδες. Επίσης, σύμφωνα με την παραδοσιακή δομή, η οικογένεια αποτελεί πλήρη οικονομική μονάδα, δηλαδή μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης. Τα παιδιά έχουν οικονομικά ενεργητικό ρόλο, καθώς ασχολούνται με την παραγωγή γεωργικών προϊόντων, η οποία καλυτερεύει την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. (Μουσούρου, 2005)

Αντίθετα στη σύγχρονη οικογένεια επήλθαν σημαντικές μεταβολές όπως η μείωση των γεννήσεων και η εκπαιδευτική έκρηξη. Η δομή της σύγχρονης οικογένειας καθίσταται κατεξοχήν παιδοκεντρική, καθώς οι ηλικιωμένοι γονείς έχουν αποκτήσει πολύ λιγότερα παιδιά και η απόκτηση των παιδιών τους ήταν αποτέλεσμα συνειδητής επιλογής. Γι’ αυτό το λόγο οι σύγχρονοι ηλικιωμένοι γονείς είναι πιο στοργικοί και προστατευτικοί απέναντι στα παιδιά τους. Ταυτόχρονα οι σύγχρονοι ηλικιωμένοι γονείς έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τα παιδιά τους γι’ αυτό έχουν επενδύσει σημαντικά στη διαρκή επιμόρφωσή τους, η οποία μακροπρόθεσμα τους προσδίδει οικονομική αποκατάσταση και κοινωνικό γόητρο. Όμως στο σύγχρονο οικογενειακό σύστημα δεν περιλαμβάνεται ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων που υπάρχουν στην οικογένεια. Αυτό συμβαίνει διότι επικρατεί το πρότυπο της «ανεξάρτητης συζυγικής οικογένειας» η οποία απαρτίζεται μόνο από τους δύο γονείς και τα παιδιά τους. Η «ανεξάρτητη συζυγική οικογένεια» είναι γνωστή και ως πυρηνική οικογένεια. (Μουσούρου, 2005)

Σε οικογένειες που ακολουθούν την παραδοσιακή δομή η θέση της ηλικιωμένης γυναίκας είναι υποδεέστερη σε σύγκριση με τη θέση του ηλικιωμένου άνδρα. Αυτό σημαίνει ότι το μορφωτικό επίπεδο της ηλικιωμένης γυναίκας είναι κατά κανόνα χαμηλό, καθώς έχει δοθεί προτεραιότητα στο γάμο και στην εξασφάλιση της προίκας. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συντελεί ώστε η ηλικιωμένη γυναίκα να αποτελεί

αντικείμενο εκμετάλλευσης (π.χ. οικογενειακής, κοινωνικής κλπ.), τη στιγμή που η ευαλωτότητά της είναι αυξημένη. Πράγματι η ηλικιωμένη γυναίκα παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων, τα οποία δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει λόγω του χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσής της. Ως συνέπεια αυτών διαμορφώνεται μία σχέση εξάρτησης με το σύντροφό της και τις νεότερες γενιές. «Το επίπεδο εκπαίδευσης του ηλικιωμένου ατόμου επηρεάζει ή ακόμα και καθορίζει την ικανότητα του να ενημερωθεί, να δεχθεί νέες ιδέες και τρόπους αντιμετώπισης και γενικά να έχει πιο ικανοποιητική προσαρμογή στο περιβάλλον στο οποίο ζει. Επίσης του δίνει τη δυνατότητα να εκμεταλλευτεί θετικά, για το συμφέρον του και την καλύτερη διαβίωσή του, τους πόρους που θέτει στη διάθεσή του το κοινωνικό σύνολο και ιδιαίτερα το στενό οικογενειακό και κοινοτικό του περιβάλλον.» (Μουσούρου, 2005, Τεπέρογλου, 1989:177)

Εξαιτίας του χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης οι περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες δεν έχουν εργασθεί. Άρα δεν είναι οικονομικά ενεργές. Έχουν απλώς ασχοληθεί αφιλοκερδώς με δουλειές που χαρακτηρίζονται «καθαρά γυναικείες και σύμφωνές με την φύση τους.» Αυτές είναι: οι οικιακές εργασίες, η ανατροφή των παιδιών, η παροχή φροντίδας στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, το πλέξιμο, το κέντημα, η μαγειρική, η νοικοκυροσύνη και οι αγροτικές εργασίες. Σύμφωνα με τα ελληνικά δεδομένα και με το παραδοσιακό ελληνικό πρότυπο οικογένειας η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων γυναικών χαρακτηρίζεται ως κακή. Οι περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες δεν είναι άμεσα ασφαλισμένες γιατί δεν υπήρξαν, όπως προαναφέρθηκε, επαγγελματικά εργαζόμενες. Αλλά και αυτές που εργάστηκαν έχουν ασκήσει επαγγέλματα χαμηλού κοινωνικού κύρους και χαμηλών αμοιβών. Επομένως η σύνταξή τους παραμένει χαμηλή. Στην πραγματικότητα μέσω ερευνών διαπιστώνεται ότι η επισφαλής οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων γυναικών δημιουργεί αισθήματα ανασφάλειας και ανησυχίας για το μέλλον. (Τεπέρογλου, 1989)

Αντίθετα σύμφωνα με τη σύγχρονη δομή οικογένειας οι ηλικιωμένοι (και των δύο φύλων) πρέπει να αντιμετωπίζονται ισότιμα· δηλαδή να έχουν ίσα δικαιώματα και ίσες υποχρεώσεις. Συγκεκριμένα ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 τα δεδομένα αλλάζουν. Οι σύγχρονες γυναίκες αποκτούν πρόσβαση στην εκπαίδευση και τη γνώση. Μακροπρόθεσμα οι ηλικιωμένες γυναίκες εμφανίζονται πιο μορφωμένες από τους συζύγους τους, πιο νεωτερικές και φιλελεύθερες. Το υψηλό

εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών δημιουργεί τις προϋποθέσεις απασχόλησής τους. Η απασχόληση, με τη σειρά της, επιτρέπει μακροπρόθεσμα στις συνταξιούχες ηλικιωμένες να ζουν πιο άνετα και να νιώθουν περισσότερο ασφαλείς και κατοχυρωμένες. Επίσης παρατηρείται ότι οι σύγχρονες ηλικιωμένες γυναίκες έχουν μεγαλύτερη εξουσία σε σύγκριση με τους συζύγους τους, έχουν παντρευτεί σε μεγαλύτερη ηλικία και έχουν αποκτήσει λιγότερα παιδιά, καθώς προτεραιότητά τους ήταν η επαγγελματική καταξίωση και η οικονομική ανεξαρτησία. (Μουσούρου, 2005, Τεπέρογλου, 1989).

2.3 ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Στην ελληνική εκτεταμένη οικογένεια οι οικογενειακές σχέσεις είναι αρκετά ισχυρές, ενώ υπάρχει μέριμνα και ενδιαφέρον για τους ηλικιωμένους πρωτίστως από τα παιδιά τους. Σύμφωνα με έρευνες τα παιδιά συνήθως κατοικούν στην ίδια γειτονιά, στο ίδιο σπίτι ή στην ίδια πολυκατοικία με τους ηλικιωμένους γονείς τους. Η διαμονή στο ίδιο σπίτι αποτελεί ένδειξη εδραίωσης καλών σχέσεων μεταξύ ηλικιωμένων και παιδιών. Οι προσωπικές επαφές είναι πιο συχνές και στενές, ενώ η αλληλοβοήθεια συμβάλλει ακόμη περισσότερο στη σύσφιξη των οικογενειακών σχέσεων. Σε περιπτώσεις που ο ηλικιωμένος γονιός έχει χηρέψει ή είναι υπερήλικας και ανήμπορος να εξυπηρετηθεί εντάσσεται και συμβιώνει στο πλαίσιο της εκτεταμένης οικογένειας. Επίσης οι πιθανότητες να αντιμετωπίσει προβλήματα κατάθλιψης και μοναξιάς είναι περιορισμένες. (Ghazaleh, 2012)

Οι σχέσεις των ηλικιωμένων γονέων με τα παιδιά τους επηρεάζονται από την οικογενειακή, την οικονομική και την κοινωνική κατάσταση των ίδιων και των παιδιών. Η οικογενειακή κατάσταση αφορά στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων ανάμεσα στο ηλικιωμένο ζευγάρι και στη διατήρηση της υγείας του σε καλά επίπεδα. Αν κάποιος από τους ηλικιωμένους γονείς έχει φύγει από την ζωή, τότε σημαντικό ρόλο παίζει η οικογενειακή κατάσταση των παιδιών. Αν δηλαδή τα παιδιά βρίσκονται εντός ή εκτός γάμου και αν η συμβίωσή τους είναι αρμονική. Σε ό,τι αφορά την οικονομική κατάσταση συνήθως υπάρχουν οικονομικές δυσκολίες. Οι ηλικιωμένοι γονείς υποστηρίζουν οικονομικά τα παιδιά τους, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει σε ισχυρές οικογενειακές σχέσεις ή σε οικονομικές εξαρτήσεις που αποδυναμώνουν τις

οικογενειακές σχέσεις. Η κοινωνική κατάσταση διαμορφώνεται με βάση την προσωπικότητα, την ηλικία και τα συναισθήματα των ηλικιωμένων και των παιδιών τους. (Ghazaleh, 2012)

Συνήθως οι εκτεταμένες οικογένειες κατοικούν σε αγροτικές κοινωνίες / χωριά απολαμβάνοντας αρκετά πλεονεκτήματα. Κατ' αρχήν η ψυχολογία και η διάθεση του ηλικιωμένου κυμαίνεται σε καλύτερα επίπεδα, καθώς του δίνεται η ευκαιρία να βγαίνει από το σπίτι πιο συχνά και να έχει περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες (π.χ. βόλτα στην εξοχή, στην εκκλησία, στο καφενείο). Η διαρρύθμιση των σπιτιών της υπαίθρου ευνοεί τη συγκατοίκηση, ενώ οι σχέσεις παραμένουν πιο ανθρώπινες λόγω του φυσικού τρόπου ζωής αλλά και πιο ποιοτικές. Τα παιδιά αναλαμβάνουν την ευθύνη της φροντίδας των γονιών τους, μόνο σε περίπτωση που οι ίδιοι δε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα παιδιά ενθαρρύνουν τους γονείς τους να συνεχίσουν να κρατούν τον έλεγχο της ζωής τους και τους παροτρύνουν να βελτιώνουν συνεχώς τη σωματική και πνευματική τους κατάσταση έτσι ώστε να μην αφήνονται στην φροντίδα τρίτων. (Ghazaleh, 2012)

Ένας από τους βασικότερους ρόλους που ασκεί ο ηλικιωμένος είναι ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς. Στην Ελλάδα ο ρόλος αυτός συρρικνώνεται ολοένα και περισσότερο, καθώς τα ποσοστά των εν ζωή παππούδων και γιαγιάδων είναι χαμηλότερα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Παρ' όλα αυτά στα πλαίσια της εκτεταμένης οικογένειας παρατηρείται αύξηση του δείκτη γονιμότητας, καθώς οι γιαγιάδες τεκνοποίησαν αποκτώντας περισσότερα παιδιά σε μικρή ηλικία. Η σημαντικότερη προσφορά των παππούδων και των γιαγιάδων στην οικογένεια αφορά την χωρίς αμοιβή φροντίδα των εγγονιών τους. Η στήριξη που οι ηλικιωμένοι προσφέρουν στην οικογένεια, με αυτόν τον τρόπο, είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς την απαλλάσσουν από σημαντικό οικονομικό κόστος. Ουσιαστικά η φροντίδα των εγγονιών από τους παππούδες και τις γιαγιάδες είναι μία ανεπίσημη πηγή φροντίδας που οδηγεί στη σύσφιξη των οικογενειακών δεσμών και γενικά στην ενδυνάμωση του οικογενειακού συστήματος. Μάλιστα μέσω ερευνών διαπιστώνεται ότι οι παππούδες και οι γιαγιάδες που παρέχουν φροντίδα στα εγγόνια τους διατηρούνται νεώτεροι, πιο υγιείς και έχουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Όταν τα εγγόνια διατηρούν καλές σχέσεις με τους παππούδες και τις γιαγιάδες τους παρουσιάζουν υγιή συναισθηματική ανάπτυξη και προσαρμογή, είναι λιγότερο επιρρεπή σε διαταραχές συμπεριφοράς και εμφανίζουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης. (Καλτσούνη, 2018)

Οι μελέτες που πραγματεύονται την ευημερία και την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από την ζωή τους έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Η ικανοποίηση της ζωής είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Ένας από τους πιο σημαντικούς είναι η δημιουργία κοινωνικών δικτύων αποτελούμενων από πρόσωπα που αγαπούν τους ηλικιωμένους (π.χ. σύζυγοι, συγγενείς, γείτονες). Τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν πηγές υποστήριξης που θεωρούνται ζωτικής σημασίας για τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι εισπράττουν συναισθηματική και υλική υποστήριξη και φροντίδα. Είναι σημαντικό οι συγγενείς να δείχνουν στοργή στους ηλικιωμένους, με τους οποίους συμβιώνουν, να θεωρούν ότι αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της οικογένειας και να αναγνωρίζουν την χρησιμότητά τους. Επίσης είναι σημαντικό να τους στηρίζουν παρέχοντάς τους τρόφιμα ή χρήματα και να τους φροντίζουν, όταν βρίσκονται στο νοσοκομείο. Οι παραπάνω αντιλήψεις δείχνουν ότι οι σχέσεις μεταξύ συγγενών και ηλικιωμένων είναι πολύ σημαντικές στις μέρες μας. Η επικοινωνία ανάμεσα στις δύο αυτές ομάδες και η αμοιβαία υποστήριξη του ενός προς τον άλλο είναι ιδιαίτερης σημασίας και υψηλής συχνότητας. Η συχνότητα της επαφής επιδρά θετικά ή αρνητικά στην ευημερία των ηλικιωμένων και στην ικανοποίηση που λαμβάνουν από την ζωή. Τόσο οι ηλικιωμένοι όσο και οι συγγενείς πρέπει να επιδιώκουν την υψηλή συχνότητα επαφής για να είναι ευτυχείς και ικανοποιημένοι από την ζωή τους. Σε περίπτωση που οι επαφές μεταξύ ηλικιωμένων και συγγενών είναι αδύναμες, αυτό σημαίνει ότι οι συγγενείς έχουν διαφορετικά ενδιαφέροντα, διαφορετικό τρόπο ζωής και διαφορετικές ανησυχίες που προέρχονται από τις διαφορές μεταξύ των γενεών. Η μειωμένη συχνότητα επαφής έχει ως αποτέλεσμα το «πεσμένο» ηθικό των ηλικιωμένων, τη θλίψη και την έλλειψη εμπιστοσύνης. (Sener et al, 2008)

Οι σχέσεις των ηλικιωμένων με τα αδέλφια τους είναι ένα άλλο πεδίο μελέτης. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ζήσει σε όμοια οικογενειακά περιβάλλοντα με τα αδέλφια τους και συνεπώς έχουν αφομοιώσει όμοιες αξίες. Έτσι είναι σε θέση να κατανοούν περισσότερο ο ένας τον άλλο και να υποστηρίζονται κοινωνικά και ατομικά. Οι σχέσεις ηλικιωμένων – αδελφιών είναι διαφορετικής φύσης, καθώς μπορεί να παρομοιαστούν με μακροχρόνιες φιλικές σχέσεις και να χαρακτηριστούν ως υποστηρικτικές, καθώς αποτελούν σημαντικές πηγές κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Έχει δειχθεί ότι οι ηλικιωμένοι που διατηρούν καλές

σχέσεις με τα αδέλφια τους έχουν θετική ψυχολογία, ενώ οι υπόλοιποι αισθάνονται θλιμμένοι και με «πεσμένο» ηθικό. (Sener et al., 2008)

Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι είναι περισσότερο ευάλωτοι από κάθε πλευρά (π.χ. κοινωνική, συμπεριφορική, λειτουργική, οικονομική). Οι φτωχές κοινωνικές σχέσεις οδηγούν σε αποτυχημένα γηρατειά και έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Η γήρανση στον τόπο κατοικίας μπορεί να οδηγήσει στη βίωση αρνητικών εμπειριών, όπως κοινωνική απομόνωση, μοναξιά και φτωχά κοινωνικά δίκτυα, τα οποία μειώνουν τη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου· δηλαδή την ικανότητά του να ζει μόνος στη μετέπειτα ζωή του. Επίσης οι ηλικιωμένοι που έρχονται αντιμέτωποι με αλλαγές στα κοινωνικά τους περιβάλλοντα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν κοινωνική απομόνωση και αισθήματα μοναξιάς. Η κοινωνική απομόνωση είναι αντικειμενική και σχετίζεται με την απουσία κοινωνικών σχέσεων και την αποσύνδεση από την ευρύτερη κοινωνία. Η μοναξιά αναφέρεται σε υποκειμενικά συναισθήματα δυσαρέσκειας από τις κοινωνικές σχέσεις, σε αντιληπτή έλλειψη στενών κοινωνικών επαφών ή συναισθηματικών δεσμών. Η μοναξιά μπορεί επιπλέον να διαιρεθεί σε κοινωνική και συναισθηματική. Η κοινωνική μοναξιά σχετίζεται με τα αρνητικά συναισθήματα που προκύπτουν λόγω της απουσίας ουσιαστικών σχέσεων και κοινωνικής ένταξης. Ενώ η συναισθηματική μοναξιά αναφέρεται στην αντιληπτή έλλειψη αγάπης ή έμπιστων φίλων. Με το πέρασμα του χρόνου τα κοινωνικά δίκτυα είναι πιθανόν να μειώνονται σε μέγεθος λόγω της παντελούς έλλειψης στενών κοινωνικών επαφών και της αυξημένης επιλεκτικότητας στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Η μεγάλη ηλικία, η αλλοίωση της φυσικής και διανοητικής υγείας και η περιορισμένη κινητικότητα μπορεί επίσης να μειώσει την ικανότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες και να συμβάλλει στη μείωση του μεγέθους των κοινωνικών δικτύων. Οι ευκαιρίες κοινωνικών επαφών περιορίζονται γι’ αυτό το λόγο οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να βιώσουν κοινωνική απομόνωση και μοναξιά. (Evans et al., 2018)

Η μοναχική διαβίωση δε σημαίνει απαραίτητα ότι ο ηλικιωμένος θα είναι απομονωμένος, θα αισθάνεται μοναξιά ή θα ασχολείται λιγότερο με τις κοινωνικές δραστηριότητες. Παρόλο που η μοναχική διαβίωση αυξάνεται με την ηλικία, τα αισθήματα μοναξιάς πιθανόν μειώνονται. Οι ηλικιωμένοι προσδοκούν μικρότερα κοινωνικά δίκτυα και αυξημένη απομόνωση και προετοιμάζονται γι’ αυτό. Επιπλέον

ο ηλικιωμένος μπορεί να είναι απομονωμένος αλλά να μην αισθάνεται μοναξιά ή να αισθάνεται μοναξιά αλλά να μην είναι απομονωμένος. Αυτό δείχνει ότι οι έννοιες: μοναχική διαβίωση, μοναξιά, κοινωνική απομόνωση έχουν ένα αδύναμο προς μέτριο συσχετισμό στην παρούσα έρευνα. (Evans et al., 2018)

Η κοινωνική απομόνωση, τα αισθήματα μοναξιάς, η χαμηλή ενασχόληση με τις κοινωνικές δραστηριότητες και η μοναχική διαβίωση, όταν συμβαίνουν ταυτόχρονα, αποτελούν παράγοντες που καταστρέφουν την υγεία και την ευημερία. Η μοναχική διαβίωση στη μετέπειτα ζωή αυξάνει τον κίνδυνο για φτωχές νοητικές λειτουργίες και άνοια. Η κοινωνική απομόνωση, τα αισθήματα μοναξιάς και η χαμηλή ενασχόληση με τις κοινωνικές δραστηριότητες συνδέονται επίσης με φτωχές νοητικές λειτουργίες, παρόλο που αυτή η σύνδεση δεν αναφέρεται σε κάθε έρευνα. Αν οι ηλικιωμένοι ζουν μόνοι εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο απομόνωσης, μοναξιάς και χαμηλότερης ενασχόλησης με τις κοινωνικές δραστηριότητες· αυτή η κατάσταση επιδεινώνει ακόμη περισσότερο την φτωχή νοητική τους υγεία. Ωστόσο τα ευρήματα των ερευνών που αξιολογούν τη σχέση ανάμεσα στη μοναχική διαβίωση και στη νοητική λειτουργία είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Κάποιες έρευνες αναφέρονται στη σχέση ανάμεσα στη μοναχική διαβίωση και στις φτωχές νοητικές λειτουργίες (π.χ. καθυστερημένη ανάκληση, αδυναμία προσανατολισμού, μειωμένη λεκτική ευφράδεια, χαμηλό IQ κλπ.) Ενώ άλλες έρευνες δε βρίσκουν κοινά σημεία ανάμεσα στη μοναχική διαβίωση και τις φτωχές νοητικές λειτουργίες. (Evans et al., 2018).

2.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ

Η οικογενειακή αλληλεπίδραση αναφέρεται στην επικοινωνία και κατ' επέκταση στις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της οικογένειας. Οι σχέσεις ενός οικογενειακού συστήματος είναι σύνθετες, πολύπλοκες και επηρεάζονται από τις μεταβολές που συμβαίνουν στην κοινωνία και στην ίδια την οικογένεια. Σύμφωνα με τον Durkheim κάθε ηλικιωμένο μέλος της οικογένειας αποφασίζει πόσο συχνά θα επικοινωνεί με τα υπόλοιπα μέλη και αν η επικοινωνία θα είναι ποιοτική ή μη. Καθένας έχει το δικαίωμα να επιλέξει ποια πρόσωπα (από την οικογένεια) επιθυμεί να τον συντροφεύουν ή να βρίσκονται δίπλα του σε μία δύσκολη στιγμή. Η δυνατότητα επιλογής προσδίδει στην έννοια οικογένεια μία κοινωνική διάσταση και

είναι υποκειμενική, καθώς παραπέμπει στον τρόπο με τον οποίο επιλέγει καθένας τους φίλους του. Οι σχέσεις που διαμορφώνονται εντός του οικογενειακού συστήματος, με την πάροδο του χρόνου, αναδεικνύουν την ισχύ κάποιων ηλικιωμένων προσώπων αλλά και την εξάρτηση κάποιων άλλων. Τα ισχυρά ηλικιωμένα πρόσωπα κατέχουν υψηλότερες κοινωνικές θέσεις, διατηρούν πιο διαρκείς σχέσεις και έχουν περισσότερα δικαιώματα σε σύγκριση με τα εξαρτημένα. (Καλτσούνη, 2018)

Όσο το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, τα ηλικιωμένα άτομα είναι πρόθυμα να ξοδέψουν περισσότερο χρόνο στην αλληλεπίδραση με τα μέλη της οικογένειας, συμβάλλοντας στη διατήρηση ισχυρών οικογενειακών δεσμών. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αποδίδουν μεγάλη σημασία στις οικογενειακές σχέσεις, στις συχνές και πιο στενές αλληλεπιδράσεις. Μέσω των αλληλεπιδράσεων, κατά την άποψή τους, ενεργοποιούν τα μέλη της οικογένειας και τους παρέχουν πολύπλευρη βοήθεια και υποστήριξη. Η παροχή υλικής και συναισθηματικής υποστήριξης επιβεβαιώνει την αυταξία των ηλικιωμένων, αυξάνει ακόμη περισσότερο τις αλληλεπιδράσεις και βελτιώνει τους συναισθηματικούς δεσμούς μεταξύ των γενεών. Μπορεί επίσης να βελτιώσει την ζωτικότητά τους, ενώ επιβραδύνει την έναρξη ψυχικών ή σωματικών ασθενειών. Η εμπειρία που μεταβιβάζουν οι ηλικιωμένοι στις νεότερες γενιές, μέσω των αλληλεπιδράσεων, δημιουργεί την αίσθηση ότι η ζωή είναι μακρά και την υποχρέωση σεβασμού προς το πρόσωπό τους. Μέσω της αλληλεπίδρασης οι ηλικιωμένοι εδραιώνουν μία καλή θέση μέσα στην οικογένεια, αποκτούν εξουσία, διαμορφώνουν την ατομική τους ταυτότητα και επιβεβαιώνουν την κοινωνική τους αξία. Πιο συγκεκριμένα η αλληλεπίδραση ενισχύει την αμοιβαία κατανόηση, μειώνει τις προκαταλήψεις – τους φόβους των ηλικιωμένων και ευαισθητοποιεί τις νεότερες γενιές σχετικά με την φύση της τρίτης ηλικίας. Επιπρόσθετα μέσω της αλληλεπίδρασης συντελείται μία διαδικασία μάθησης, καθώς οι νεότεροι ανακαλύπτουν απόκρυφες πλευρές της προσωπικότητάς τους, μαθαίνουν να γράφουν και να διαβάζουν πιο εύκολα, εγκλιματίζονται γρηγορότερα σε νέα κοινωνικά περιβάλλοντα και θωρακίζουν την φυσική και διανοητική τους υγεία. (Tsai et al., 2016)

Στις Ασιατικές χώρες οι σχέσεις των νέων με τους ηλικιωμένους είναι αρχικά πολύ στενές. Μάλιστα τα μεγαλύτερα παιδιά είναι υπεύθυνα για την φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών τους και υποχρεωμένα να ζουν κάτω από την ίδια στέγη με

αυτούς. Συγκεκριμένα τρείς γενεές πρέπει να ζουν κάτω από την ίδια στέγη και να παρέχουν αμοιβαία βοήθεια / αλληλοβοήθεια. Αυτός ο κανονισμός συμβάλλει στη δημιουργία στενών σχέσεων μεταξύ νέων και ηλικιωμένων και επομένως διαρκών αλληλεπιδράσεων. Ωστόσο, όπως αναφέρει μία έκθεση των Ηνωμένων Εθνών, αυτός ο παραδοσιακός κανονισμός σιγά – σιγά υποχωρεί εξαιτίας αλλαγών στις κοινωνικές και οικονομικές δομές. Από το τέλος του Β' παγκοσμίου πολέμου κι έπειτα ο αριθμός των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους αυξάνεται απότομα. Αυτή η τάση απομόνωσης των ηλικιωμένων γίνεται εμφανής στις περισσότερες Ασιατικές χώρες. Η γρήγορη εκβιομηχάνιση και ο εκσυγχρονισμός συνοδεύεται από την αστικοποίηση και τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας αλλά σε συγκεκριμένους τομείς. Ως συνέπεια αυτού, οι νεότερες γενεές μεταναστεύουν στα αστικά κέντρα ψάχνοντας για εργασία. Έτσι απομακρύνονται από τους ηλικιωμένους γονείς τους, κάτι το οποίο περιορίζει τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση και μειώνει τη συχνότητα της επαφής. Αυτές οι κοινωνικές μεταβολές επηρεάζουν σημαντικά τις οικογενειακές δομές και λειτουργίες, τον τρόπο κατανομής των πόρων, καθώς και τις οικογενειακές σχέσεις. Το επικρατέστερο μοντέλο της παραδοσιακής οικογένειας αντικαθίσταται από το πρότυπο της πυρηνικής οικογένειας. Αυτή η αλλαγή των παραδοσιακών προτύπων διαβίωσης μειώνει το βαθμό αμοιβαίας κατανόησης και αλληλεπίδρασης. Η έλλειψη αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γενεών αποτελεί ένα κρίσιμο πρόβλημα για τις σύγχρονες οικογενειακές σχέσεις. (Tsai et al., 2016)

Περίπου το 80% των ηλικιωμένων που υποφέρουν από ποικίλα νοσήματα δέχονται φροντίδα από την οικογένειά τους. Οι οικογενειακοί φροντιστές, που αλληλεπιδρούν με τα ηλικιωμένα άτομα, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας και νοσηρότητας. Επίσης παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης – άγχους και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Κατά προσέγγιση 34 εκατομμύρια φροντιστές υποστηρίζουν ηλικιωμένους χωρίς να αμείβονται. Έτσι η αλληλεπίδραση και η εξάρτηση των ηλικιωμένων από τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα διαρκώς αυξάνεται, ενώ η αναγνώριση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ψυχολογική καταπόνηση / εξάντληση των φροντιστών αποτελεί σημαντική προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία. Ως πρωταρχικοί στρεσσογόνοι παράγοντες θεωρούνται: η παροχή καθημερινής βοήθειας (π.χ. βοήθεια με την τουαλέτα, το μπάνιο), η αποδοχή και διαχείριση γνωστικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων. Ακόμα οι οικογενειακοί φροντιστές αναλαμβάνουν το ρόλο του συνηγόρου και του συντονιστή. Συγκεκριμένα είναι

υποχρεωμένοι να συνηγορούν για τον ασθενή με παρόχους υπηρεσιών ή να συντονίζουν την φροντίδα στο οικείο περιβάλλον. Με τον τρόπο αυτό η αλληλεπίδραση του φροντιστή με τον ηλικιωμένο αυξάνεται, γεγονός που του δημιουργεί στρες, τον επιφορτίζει και τελικά επηρεάζει αρνητικά την υγεία του. Οι αγχωτικές οικογενειακές σχέσεις, που προκύπτουν από τους πρωταρχικούς στρεσσογόνους παράγοντες, μπορεί να θεωρηθούν δευτερογενείς στρεσσογόνοι παράγοντες και οδηγούν σε έκφραση αρνητικών συναισθημάτων εκ μέρους του φροντιστή (π.χ. θυμός, μνησικακία / εχθρότητα, ενοχή). (Ashida et al., 2017)

Η δομική θεωρία του Minuchin (1974) βλέπει την οικογένεια σαν ένα οργανισμό που «ρυθμίζεται» από δομές (structures), δηλαδή από επαναλαμβανόμενα μοτίβα αλληλεπίδρασης. Οι δομές καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της οικογένειας επικοινωνούν, διαχειρίζονται διαφωνίες, διανέμουν ηγετικούς ρόλους, σχηματίζουν συμμαχίες και διαπραγματεύονται απόσταση ή εγγύτητα. Τα μοτίβα οικογενειακής αλληλεπίδρασης είναι σχετικά σταθερά σε διαφορετικές καταστάσεις και οι ομοιοστατικές διαδικασίες τα κάνουν ανθεκτικά στην αλλαγή. Ενώ οι υγιείς οικογένειες προσαρμόζουν τις δομές τους στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των μελών τους, οι υπόλοιπες είναι αυστηρές ή αποδιοργανωμένες και υπό πίεση. Πιο συγκεκριμένα οι πρώτες αναδιοργανώνονται για να εκπληρώσουν νέους απαιτούμενους ρόλους, ενώ οι άλλες διατηρούν ξεπερασμένα μοτίβα ή διαλύονται. Απώτερος στόχος είναι να ενισχυθούν οι δομές που προσφέρουν οικογενειακή υποστήριξη, αναγνώριση της ηγεσίας του φροντιστή και ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Η συναισθηματική αδιαφορία, η αρνητικότητα και οι συγκρούσεις θυμού συντελούν στην εξάντληση / εξουθένωση του φροντιστή γι’ αυτό πρέπει να αποφεύγονται. (Mitrani et al., 2005).

2.5 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΔΕΣΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι θετικοί οικογενειακοί δεσμοί συνδέονται με μία καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία και με τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής του ηλικιωμένου ατόμου. Οι δυνατοί οικογενειακοί δεσμοί αποτρέπουν το άτομο από το κάπνισμα και την παχυσαρκία. Αποτελούν πηγή ευεξίας / ευημερίας και διευκολύνουν την πρόσβαση του

ηλικιωμένου ατόμου σε υπηρεσίες υγείας. Ωθούν το άτομο προς την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών (π.χ. συμπεριφορές απαλλαγμένες από συγκρούσεις) και βοηθούν στην αντιμετώπιση του στρες. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να υποστηρίξουν τον ηλικιωμένο, ώστε να ξεπεράσει καταστάσεις πένθους ή απώλειας φίλων λόγω αλλαγής κατοικίας κ.α. Έρευνες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν βιώσει καταστάσεις πένθους / απώλειας είναι περισσότερο δεκτικοί σε καρδιακές νόσους, σε χρόνια προβλήματα υγείας ή κινητικά προβλήματα. Η υποστήριξη που λαμβάνουν από τα μέλη της οικογένειας, τους κάνει να νιώθουν περήφανοι, ενισχύει την αυτοεκτίμησή τους, ενθαρρύνει την αισιοδοξία τους και επηρεάζει θετικά την ψυχική τους υγεία. (Thomas et al., 2017)

Επίσης η κατάσταση συμβίωσης ή οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά την υγεία του ηλικιωμένου ατόμου. Άτομα που είναι είτε άγαμα, είτε διαζευγμένα, είτε ζουν με συγγενείς έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα υγείας. Αντίθετα άτομα που είναι έγγαμα απολαμβάνουν μία καλή υγεία και πολλαπλά άλλα οφέλη. Συγκεκριμένα τα έγγαμα άτομα υποστηρίζονται συναισθηματικά και υλικά από τον / την σύζυγο, επιλέγουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής απαλλαγμένο από το αλκοόλ, το κάπνισμα, την κατάχρηση ουσιών και ενθαρρύνονται σε πρακτικές οικονομικότερης κατανάλωσης αγαθών. (Μιχελή, 2019)

Οι οικογενειακοί δεσμοί, η δημιουργία και η διατήρηση ισχυρών και πολυάριθμων οικογενειακών δικτύων με υψηλή συχνότητα οικογενειακών επαφών συντελούν στη μείωση της λειτουργικής ανικανότητας του ηλικιωμένου και στην αύξηση της πιθανότητας ανάκαμψης. Αντίθετα οι ηλικιωμένοι που προέρχονται από μικρά σε μέγεθος οικογενειακά δίκτυα, διατηρούν περιορισμένες επαφές ή αλληλεπιδρούν λιγότερο μεταξύ τους είναι περισσότερο δεκτικοί σε καταθλιπτικά συμπτώματα και στη λειτουργική ανικανότητα. Μέσω των οικογενειακών δεσμών το ηλικιωμένο άτομο γίνεται αποδέκτης συναισθηματικής υποστήριξης. Έτσι ξεπερνά ευκολότερα καταστάσεις στρες, διαχειρίζεται καλύτερα τις δυσκολίες της ζωής, ενώ παράλληλα βελτιώνεται η αυτοεκτίμηση και ο αυτοέλεγχος του. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η παρουσία θετικών σχέσεων και συναισθηματικής υποστήριξης επηρεάζει θετικά όχι μόνο την ψυχική υγεία του ηλικιωμένου ατόμου αλλά και τη σωματική. (Μιχελή, 2019)

Το φύλο, ιδιαίτερα στις έγγαμες σχέσεις, καθορίζει σημαντικά τις εμπειρίες που βιώνουν οι ηλικιωμένοι στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι ο

ηλικιωμένος άνδρας που είναι έγγαμος έχει το προνόμιο να είναι πιο υγιής σωματικά και ψυχικά. Αντίθετα η έγγαμη ηλικιωμένη γυναίκα εκτίθεται περισσότερο σε καταστάσεις στρες / άγχους που την επηρεάζουν ψυχικά αλλά και σωματικά. Παρ' όλα αυτά η έγγαμη ηλικιωμένη γυναίκα οδηγείται δυσκολότερα σε ψυχολογική υποστήριξη και σε επικράτηση υγιών συμπεριφορών. Στα πλαίσια των έγγαμων σχέσεων η ηλικιωμένη γυναίκα επιφορτίζεται με την ευθύνη της διατήρησης υποστηρικτικών δικτύων αποτελούμενων από μέλη της οικογένειας ή από φίλους. Αυτό συμβαίνει διότι η παρουσία τέτοιων δικτύων συμβάλλει στη στήριξη και στην κοινωνικοποίηση του έγγαμου ηλικιωμένου άνδρα και συνεπώς στη διατήρηση της υγείας του σε καλά επίπεδα. Επομένως ο έγγαμος ηλικιωμένος άνδρας απολαμβάνει μία βελτιωμένη υγεία, με αυτό να σημαίνει ότι η γυναίκα του τον στηρίζει σε κάθε του βήμα, τον σέβεται και τον αγαπά. Από την άλλη πλευρά η υγεία της ηλικιωμένης γυναίκας καταπονείται από τον έγγαμο δεσμό. Έρευνες αποκαλύπτουν ότι η έγγαμη ηλικιωμένη γυναίκα είναι πιο επιρρεπής στην κατάθλιψη, σε καρδιακούς κινδύνους και σε ορμονικές αλλαγές. (Thomas et al., 2017)

Ενώ οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται σε ετερογενείς / ετερόφυλες σχέσεις, πολλοί ερευνητές έχουν αρχίσει να εξετάζουν αν η συμβίωση των ομόφυλων ζευγαριών οδηγεί σε καλή υγεία και ευημερία. Αυτό συμβαίνει διότι αρκετοί ηλικιωμένοι δείχνουν προτίμηση στον ομόφυλο τύπο σχέσης, καθώς είναι άγαμοι ή βρίσκονται σε χηρεία ή γενικά η σχέση τους περνάει βαθιά κρίση. Γενικά οι ομόφυλοι ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι η υγεία τους δεν κυμαίνεται σε καλά επίπεδα. Όμως αυτή η άποψη διακρίνεται από υποκειμενικότητα, καθώς οι ίδιοι βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση και μπορούν να χρησιμοποιούν ανά πάσα στιγμή τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι κάθε ομόφυλος ηλικιωμένος νοιάζεται περισσότερο για το πρόσωπο (ιδίου φύλου) με το οποίο συμβιώνει, το φροντίζει σε περιόδους ασθενείας και υιοθετεί μαζί του έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ομόφυλοι ηλικιωμένοι διακρίνονται από διορατικότητα, βιώνουν λιγότερες εντάσεις και διενέξεις αλλά είναι πιο επιρρεπείς σε ασθένειες όπως η άνοια και ο σακχαρώδης διαβήτης· ενώ δεν παρακινούνται συχνά από σημαντικούς άλλους για να υιοθετήσουν πιο υγιείς συμπεριφορές. (Thomas et al., 2017)

Οι ηλικιωμένοι είναι σημαντικό να έχουν εγγόνια και να διατηρούν θετικές σχέσεις με αυτά. Φροντίζοντας ο ένας τον άλλο, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, συνεισφέρουν στην παροχή υποστήριξης και στη μείωση του άγχους· ενώ

χρησιμοποιούν λιγότερο τους μηχανισμούς κοινωνικού ελέγχου, οι οποίοι πολλές φορές επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και την ευημερία τους. Συχνά οι ηλικιωμένοι – αποτελώντας πηγή βοήθειας και υποστήριξης- επιφορτίζονται με την ευθύνη της συνεχούς φροντίδας των εγγονιών τους γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία τους. Όμως οι περισσότεροι ηλικιωμένοι συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες με τα εγγόνια τους τις οποίες βρίσκουν σημαντικές και χρήσιμες. Με αυτόν τον τρόπο «έρχονται» πιο κοντά με τα εγγόνια τους και συνειδητοποιούν πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς. Οι ηλικιωμένοι βιώνουν περισσότερο άγχος και έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα, όταν αναγκάζονται να φροντίζουν εξ ολοκλήρου τα εγγόνια τους διότι οι γονείς τους δεν τα υποστηρίζουν, τα παραμελούν ή είναι διαζευγμένοι. Στην περίπτωση αυτή, προκειμένου να μετριάσουν το άγχος και την κατάθλιψή τους, αναζητούν τη βοήθεια των ειδικών και της κοινωνίας. Επίσης πολλές φορές οι ηλικιωμένοι είναι πιθανόν να δίνουν στα εγγόνια τους περισσότερα απ’ όσα παίρνουν. Αυτό συμβαίνει όταν αναγκάζονται να τα στηρίζουν οικονομικά / υλικά και ηθικά. Η υποστήριξη αυξάνει την αυτοπεποίθησή τους, εδραιώνει σχέσεις καλής ποιότητας και βελτιώνει τη σωματική και νοητική τους υγεία (ειδικά των παππούδων). (Thomas et al., 2017)

Οι έρευνες για τις σχέσεις / τους δεσμούς των ηλικιωμένων με τα αδέλφια τους είναι πολύ περιορισμένες. Παρόλα αυτά το 75% των ηλικιωμένων ηλικίας 70 ετών έχει τουλάχιστον ένα αδελφό εν ζωή. Αυτό δείχνει ότι οι δεσμοί των ηλικιωμένων με τα αδέλφια τους μπορεί να είναι διαρκείς, ποιοτικοί και να χαρακτηρίζονται από εγγύτητα συμβάλλοντας στη διατήρηση της υγείας του ηλικιωμένου σε καλά επίπεδα. Αντίθετα οι ηλικιωμένοι που έχουν συγκρουσιακές και απόμακρες σχέσεις με τα αδέλφια τους είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη και στην κατάχρηση φαρμάκων ή ουσιών. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται γενικά ότι οι δεσμοί των ηλικιωμένων με τα αδέλφια τους μπορεί να προκαλούν στρες / άγχος ή να αποτελούν πηγή βοήθειας και υλικής ή ηθικής υποστήριξης. Επίσης τα ηλικιωμένα αδέλφια φροντίζουν το ένα το άλλο ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ανικανότητας / αναπηρίας. Ουσιαστικά η φροντίδα μεταξύ των ηλικιωμένων αδελφιών αντικαθιστά την φροντίδα του συζύγου ή των ενήλικων παιδιών. Άλλωστε δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που πιστεύουν ότι «τα αδέλφια τους πρέπει να είναι διαθέσιμα για να τους βοηθήσουν σε καταστάσεις κρίσης.» (Thomas et al., 2017:6) Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο έρευνες αποδεικνύουν ότι η φροντίδα διανέμεται δυσανάλογα επιβαρύνοντας περισσότερο τις ηλικιωμένες

γυναίκες. Ήδη από τη νεαρή ηλικία ισχύει η πεποίθηση ότι «όταν στην οικογένεια υπάρχει έστω και μία αδελφή, οι γιοι θα ασχολούνται λιγότερο με την φροντίδα των γονιών τους.» (Thomas et al., 2017:6)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{Ο}

3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η φροντίδα των ηλικιωμένων είναι μία πολύπλοκη διαδικασία, καθώς τα προβλήματά τους είναι πολυπαραγοντικά και συνεπώς δύσκολα στην επίλυσή τους. Σε ό, τι αφορά τον τομέα της υγείας υπάρχουν ηλικιωμένοι που πάσχουν ταυτόχρονα από τρία ή / και περισσότερα χρόνια νοσήματα, τα οποία είναι δύσκολο να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν. Επιπλέον με την πάροδο των χρόνων οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε διαφορετικά περιβάλλοντα, γεγονός που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο τη διαδικασία της φροντίδας. Παράλληλα σε ό, τι αφορά τον κοινωνικό τομέα οι ηλικιωμένοι αφήνουν πίσω κάποιους κοινωνικούς ρόλους (π.χ. εργασία, οικονομική δραστηριότητα, κοινωνικές επαφές κλπ.) με αποτέλεσμα να εξαρτώνται περισσότερο από τα άτομα που τους φροντίζουν. Στο πλαίσιο αυτών των αλλαγών, μέσω της φροντίδας πρέπει να επιδιώκεται η διατήρηση της υγείας του ηλικιωμένου σε ικανοποιητικό επίπεδο, να προάγεται η λειτουργική αυτονομία και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. (Καραθάνος και Τατσιώνη, χ.χ.)

Η τρίτη ηλικία σχετίζεται με αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Για την επίτευξη της ενεργού και υγιούς γήρανσης (Active and Healthy Ageing) κάθε ηλικιωμένος πρέπει να γίνεται αποδέκτης των υπηρεσιών φροντίδας στο χώρο του σπιτιού του (εφόσον αυτό είναι εφικτό) και όχι σε κάποιο νοσοκομείο. Απώτεροι στόχοι της ευρωπαϊκής αυτής στρατηγικής είναι: η διασφάλιση της αυτονομίας του ηλικιωμένου, της περισσότερο βελτιωμένης υγείας, της παραγωγικότητας και της άνεσης που αισθάνεται, όταν βρίσκεται στον χώρο του σπιτιού του. Στην πραγματικότητα οι ηλικιωμένοι συγκροτούν μία ετερογενή πληθυσμιακή ομάδα, καθώς παρουσιάζουν όχι μόνο μεγάλες διακυμάνσεις στην φυσική και διανοητική τους υγεία αλλά και διαφορετικές ανάγκες φροντίδας. Για παράδειγμα υπάρχουν ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν σωματική και γνωσιακή έκπτωση με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων και στη μνήμη. Αυτοί οι ηλικιωμένοι κρίνονται ιδιαίτερα νοσηροί, γι’ αυτό πρέπει να διαθέτουν οικονομικούς πόρους και ταυτόχρονα οικογενειακή υποστήριξη και φροντίδα. Οι ηλικιωμένοι αρρωσταίνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα· γι’ αυτό χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας προκαλώντας μεγαλύτερες δαπάνες ιατρικής περίθαλψης.

Μάλιστα για την αντιμετώπιση κάποιων ασθενειών του γήρατος (π.χ. άνοια, ψυχικές διαταραχές κλπ.) απαιτείται η συνδρομή περισσότερο ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας. (Καραθάνος και Τατσιώνη, χ.χ.)

Καθώς οι πληθυσμοί γερνούν μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις είναι η επίτευξη μιας ισορροπίας ανάμεσα στην αυτοφροντίδα, στην ανεπίσημη φροντίδα και στην επίσημη φροντίδα. Κατά την αυτοφροντίδα οι ηλικιωμένοι φροντίζουν οι ίδιοι τους εαυτούς τους. Κατά την ανεπίσημη φροντίδα οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν υποστήριξη από μέλη της οικογένειας και φίλους, ενώ κατά την επίσημη φροντίδα οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Η επίσημη φροντίδα περιλαμβάνει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που διατίθεται κυρίως σε επίπεδο κοινότητας και την Ιδρυματική Φροντίδα που διατίθεται είτε σε γηροκομεία, είτε σε νοσοκομεία. Ενώ είναι σαφές ότι το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας παρέχεται από τους ίδιους τους ηλικιωμένους, από τους ανεπίσημους φροντιστές τους ή από φίλους, πολλές χώρες διανέμουν τους οικονομικούς τους πόρους αντιστρόφως· δηλαδή επενδύουν περισσότερα χρήματα στην ιδρυματική φροντίδα. Ορισμένοι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής φοβούνται ότι προσφέροντας κυρίως υπηρεσίες επίσημης φροντίδας, θα μειωθεί η συμμετοχή των οικογενειών στην φροντίδα. Όμως έρευνες δείχνουν ότι κάτι τέτοιο δεν ισχύει. «Οι επίσημες υπηρεσίες παρέχονται αλλά η ανεπίσημη φροντίδα παραμένει ο βασικός συνεργάτης». (WHO, 2002:37) Παρόλα αυτά οι πρόσφατες δημογραφικές τάσεις προκαλούν ανησυχία. Καθώς φαίνεται ότι ο αριθμός των γυναικών που δεν αποκτούν παιδιά αυξάνεται, τα μοτίβα διαζυγίου και γάμου αλλάζουν, τη στιγμή που ο μικρότερος αριθμός παιδιών συμβάλλει στη συρρίκνωση της οικογενειακής υποστήριξης και φροντίδας. Η επίσημη φροντίδα πρέπει να είναι προσβάσιμη σε όλους. Σε πολλές χώρες οι ηλικιωμένοι που είναι φτωχοί και ζουν σε αγροτικές περιοχές έχουν περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση στην απαιτούμενη φροντίδα. Οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν υποστηρίζονται πλέον οικονομικά από το κράτος. Γι' αυτό σε πολλές περιοχές το οικονομικό βάρος της φροντίδας πέφτει κυρίως στους ηλικιωμένους και στις οικογένειες τους. (WHO, 2002)

Όπως προαναφέρθηκε τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα προτιμούν την φροντίδα κατ' οίκον, δηλαδή τη βοήθεια από τα μέλη της οικογένειας τους. Αλλά οι οικογενειακοί φροντιστές (που είναι συχνά ηλικιωμένοι) πρέπει να υποστηρίζονται αν θέλουν να συνεχίσουν να παρέχουν φροντίδα χωρίς να αρρωστήσουν οι ίδιοι.

Υποστήριξη σημαίνει σωστή ενημέρωση για την κατάσταση που πρόκειται να αντιμετωπίσουν, για το πώς η κατάσταση αυτή θα βελτιωθεί ή θα προοδεύσει και για την απόκτηση πρόσβασης σε διαθέσιμες υποστηρικτικές υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες αυτές ποικίλουν (π.χ. εθελοντική επίσκεψη νοσοκόμων, προγράμματα υποστήριξης από ομοτίμους, υπηρεσίες αποκατάστασης, παροχή βοηθητικών συσκευών, ρύθμιση κοινωνικής ασφάλισης / συντάξεων κλπ.) και είναι ιδιαίτερα σημαντικές, καθώς επιτρέπουν στους ανεπίσημους φροντιστές να συνεχίσουν να παρέχουν φροντίδα στα άτομα πολλές φορές ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Άλλωστε η φροντίδα κατ' οίκον και οι κοινοτικές υπηρεσίες χρειάζεται να είναι διαθέσιμες σε όλους κι όχι μόνο σ' εκείνους που ξέρουν γι' αυτές ή έχουν τη δυνατότητα να τις πληρώνουν. Οι επαγγελματίες φροντιστές χρειάζονται επίσης εκπαίδευση και εξάσκηση σε επιτρεπόμενα μοντέλα φροντίδας βάσει των οποίων αναγνωρίζονται οι δυνατότητες των ηλικιωμένων και η σημασία της ανεξαρτησίας τους, ακόμη κι όταν νιώθουν άρρωστοι ή αδύναμοι. Πατερναλιστικές ή αγενείς συμπεριφορές από τους επαγγελματίες φροντιστές μπορεί να έχουν καταστροφικές συνέπειες για την αυτοεκτίμηση και την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων. Γι' αυτό πρέπει να αποφεύγονται. (WHO, 2002).

3.2 ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΑΝΕΠΙΣΗΜΑ - ΕΠΙΣΗΜΑ)

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η κυβέρνηση αναζητά πολιτικές που θα συμβάλλουν, ώστε οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν στα σπίτια τους (δηλαδή σε ιδιωτικές κατοικίες), προτιμώντας την οικιακή φροντίδα. Ευτυχώς, η εφαρμόσιμη αυτή πολιτική τακτική συμβαδίζει με τα γούστα των ηλικιωμένων. Παράλληλα, η κυβέρνηση αναγνωρίζει την χρησιμότητα των ανεπίσημων φροντιστών, οι οποίοι υποστηρίζουν τους ηλικιωμένους στο σπίτι. Οι οικογενειακοί φροντιστές θεωρούνται πελάτες του σπιτιού και της κοινότητας ήδη από το 1986 και οι ανάγκες τους πρέπει να εισακούονται ανάλογα. Η ανεπίσημη φροντίδα είναι κυρίαρχη στην Ελλάδα. Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα περίπου 2.7 εκατομμύρια άνθρωποι παρέχουν ανεπίσημη φροντίδα, ενώ τα 2/3 εξ αυτών είναι γυναίκες. Το 2015 η δράση των οικογενειακών φροντιστών απαλλάσσει το κράτος από έξοδα 60 εκατομμυρίων ευρώ.

Ενώ μέχρι σήμερα το 80% των ηλικιωμένων δέχεται φροντίδα κατ' οίκον από τους ανεπίσημους φροντιστές, χωρίς να απευθύνεται καθόλου στην κοινότητα. (Temple et al., 2017)

Η σημαντικότητα της ανεπίσημης φροντίδας αναγνωρίζεται τόσο από την κυβέρνηση, όσο και από τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Παρ' όλα αυτά οι ηλικιωμένοι που επιλέγουν την κατ' οίκον φροντίδα διατρέχουν κινδύνους που απορρέουν από την πληρεξουσιότητα, τη διευθέτηση της διαβίωσης, την οικογενειακή κατάσταση ή τελικά τη μη παροχή αληθινής φροντίδας. Ο οικιακός τύπος φροντίδας ενδείκνυται για τους ηλικιωμένους που έχουν αποκτήσει παιδιά, καθώς αυτά αναλαμβάνουν το ρόλο του ανεπίσημου φροντιστή. Αλλά και για τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι, η οικιακή φροντίδα δεν αντικαθίσταται εύκολα από άλλο τύπο φροντίδας. Η παροχή φτωχής κοινωνικής υποστήριξης φέρει ως συνέπεια την είσοδο πολλών ηλικιωμένων στην οικιακή φροντίδα. Η βασική προσωπική φροντίδα για τους ηλικιωμένους που δε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, προέρχεται από τα παιδιά τους. Έτσι ο κίνδυνος εισόδου σ' ένα νοσοκομείο μειώνεται. Σε κάποιες περιπτώσεις η λήψη ανεπίσημης φροντίδας μπορεί να μειώνει ή να αυξάνει τον κίνδυνο της ιδρυματοποίησης. Για τους ηλικιωμένους που ζουν σε μια οικογένεια μ' ένα σύζυγο ή μ' ένα παιδί που ποτέ δεν παντρεύτηκε, ο κίνδυνος ιδρυματοποίησης μειώνεται. Αντίθετα για τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι, ο κίνδυνος ιδρυματοποίησης αυξάνεται. (Temple et al., 2017)

Η μεγάλη ηλικία ευνοεί την υψηλή νοσηρότητα, η οποία με τη σειρά της οδηγεί στην εξαρτώμενη φροντίδα. Μια πρόγνωση σχετικά με τον αριθμό των ηλικιωμένων, που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας δείχνει αύξηση γύρω στο 115% για τις ευρωπαϊκές χώρες μέχρι το 2060. Αλλά και η κατάσταση σε χώρες εκτός Ευρώπης είναι παρόμοια. Για παράδειγμα ο αριθμός των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε ανάγκη φροντίδας στις Η.Π.Α. αναμένεται να διπλασιαστεί σε 27 εκατομμύρια μέχρι το 2050. Επίσης στην Κίνα αναμένεται σημαντική αύξηση των ηλικιωμένων, που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα, μέχρι το 2030. Γενικά η φροντίδα των ηλικιωμένων διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: α) στην φροντίδα εσωτερικών ασθενών σε νοσοκομείο (inpatient) και β) στην φροντίδα εξωτερικών ασθενών εκτός νοσοκομείου (out-patient). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 60% της φροντίδας παρέχεται από τους ανεπίσημους φροντιστές. Όμως, οι κοινωνικές και δομικές αλλαγές που συντελούνται (π.χ. περισσότερο εξατομικευμένα νοικοκυριά, εξατομικευμένες οικογενειακές δομές,

αυξημένη αναλογία γυναικείας απασχόλησης, μείωση του μεγέθους της οικογένειας, περισσότερες γεωγραφικά διασκορπισμένες οικογένειες κλπ.) είναι πιθανόν να οδηγήσουν στη μετατόπιση από την ανεπίσημη στην επίσημη / επαγγελματική φροντίδα. Αυτή η τάση συνδέεται με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που χρειάζονται βοήθεια, με την έλλειψη ικανών φροντιστών, ενώ τίθεται μια μεγάλη πρόκληση για το μέλλον σχετικά με τη δομή και την οργάνωση της μακροχρόνιας φροντίδας για πολλές χώρες. Ο συνεχής και αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων εξαρτώμενης φροντίδας επιβαρύνει οικονομικά τα περισσότερα συστήματα υγείας. Το κόστος της μακροχρόνιας νοσοκομειακής φροντίδας είναι υψηλότερο από αυτό της κατ' οίκον φροντίδας. Γι' αυτό οι ηλικιωμένοι, που είναι ικανοί, πρέπει να παραμείνουν στο σπίτι τους, όσο χρειάζεται. Αυτό είναι μια ευρωπαϊκή στρατηγική, προκειμένου οι δαπάνες φροντίδας να περικόπτονται. (Plothner et al., 2019)

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων επιθυμεί να μένει στο σπίτι και προτιμά να λαμβάνει ανεπίσημη φροντίδα από τα παιδιά ή σπανιότερα επίσημη φροντίδα από τις υπηρεσίες οικιακής βοήθειας. Ως ανεπίσημοι φροντιστές ορίζονται τα άτομα που παρέχουν φροντίδα χωρίς αμοιβή, βοηθώντας τον ηλικιωμένο στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (π.χ. μπάνιο, τουαλέτα, τάϊσμα, περπάτημα, ντύσιμο) ή / και σε πιο σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. ψώνια, προετοιμασία γευμάτων, καθάρισμα σπιτιού και διαχείριση οικονομικών για ηλικιωμένους που υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες). Ωστόσο η απόφαση των μελών της οικογένειας ή των συγγενών να φροντίζουν ένα εξαρτώμενο άτομο και ταυτόχρονα να εκπληρώνουν την επιθυμία του να γεράσει σε οικείο περιβάλλον, εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Ως πρωταρχικός παράγοντας τίθενται οι οικογενειακές σχέσεις οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την προθυμία των μελών της οικογένειας να παρέχουν φροντίδα στους ηλικιωμένους ή ακόμα και να τους διασυνδέουν με διάφορες υπηρεσίες, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. Ένας δεύτερος παράγοντας που επηρεάζει την απόφαση παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους είναι η ποιότητα της σχέσης. Αν δηλαδή η σχέση που έχει αναπτυχθεί ανάμεσα στον ηλικιωμένο και στον φροντιστή χαρακτηρίζεται ως αρμονική ή δυσαρμονική. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των φροντιστών να βοηθούν τους ηλικιωμένους είναι οι παρακάτω: α) η εκπλήρωση υποσχέσεων και συμφωνιών μεταξύ ηλικιωμένου – φροντιστή αλλά και φροντιστή – ηλικιωμένου, β) οικονομικοί παράγοντες, γ) οι αντιλήψεις του ηλικιωμένου για τις ιδιωτικές κλινικές, δ) η υγεία του φροντιστή, ε) ο

τύπος αναπηρίας του ηλικιωμένου. Αν δηλαδή ο ηλικιωμένος πάσχει από σωματική ή νοητική αναπηρία, στ) αν ο φροντιστής εργάζεται, ζ) οι συναισθηματικοί δεσμοί. Αν δηλαδή μεταξύ ηλικιωμένου και φροντιστή υπάρχει αγάπη και στοργή, ζ) το αίσθημα καθήκοντος και υποχρέωσης του φροντιστή προς τον ηλικιωμένο, η) η έλλειψη άλλων εναλλακτικών λύσεων. (Plothner et al., 2019)

Η φροντίδα δε συνδέεται αρχικά με αρνητικά αποτελέσματα. Απλώς με την πάροδο του χρόνου διάφοροι παράγοντες οδηγούν σε αύξηση της επιβάρυνσης του φροντιστή. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω: αυξημένη νοσηρότητα και υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας των αποδεκτών φροντίδας, ώρες φροντίδας, συχνή αλλαγή καθηκόντων, ευμετάβλητο περιβάλλον φροντίδας, εναλλαγή οικιακής – ιδρυματικής φροντίδας, φύλο, ηλικία φροντιστή. Επίσης το επίπεδο ανεξαρτησίας του φροντιστή και οι απαιτήσεις της φροντίδας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του. Τα κίνητρα που επηρεάζουν την απόφαση του φροντιστή να παρέχει ανεπίσημη φροντίδα είναι κυρίως συναισθηματικά (π.χ. το αίσθημα ευθύνης προς τον ηλικιωμένο ασθενή). Γνωρίζοντας τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ανεπίσημων φροντιστών δίνεται η δυνατότητα σε αυτούς που παίρνουν αποφάσεις να εγκαθιδρύσουν δομές φροντίδας που θα προάγουν την αξιοπρεπή διαβίωση των εμπλεκομένων και παράλληλα θα ενσωματώνουν την φροντίδα στο οικείο περιβάλλον. (Plothner et al., 2019)

Σε σχέση με την επίσημη φροντίδα, θα αναφερθώ σε κάποια από τα προγράμματα ανοιχτής προστασίας για τους ηλικιωμένους. Πιο συγκεκριμένα, οι λόγοι που οδήγησαν στη δημιουργία των ΚΑΠΗ στην Ελλάδα ποικίλουν. Ως επικρατέστεροι θεωρούνται οι παρακάτω: Η αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας από 60 ετών και άνω, η μακρά διατήρηση των σωματικών και πνευματικών δυνάμεων των ηλικιωμένων σε καλή κατάσταση, η ανεξαρτητοποίηση των ηλικιωμένων γυναικών από κάποιες αρμοδιότητες (π.χ. εργασία, ανατροφή παιδιών), η θεώρηση του γήρατος ως κοινωνικού φαινομένου και συνεπώς η αποφυγή της κοινωνικής περιθωριοποίησης και της απόρριψης του ηλικιωμένου, η άρνηση εισαγωγής του ηλικιωμένου γονιού σε γηροκομείο κ.α. (Ghazaleh, 2012)

Σύμφωνα με τον Ghazaleh (2012) το πρόγραμμα ενός ΚΑΠΗ είναι εντελώς διαφορετικό από τα άλλα γνωστά, ως σήμερα, προγράμματα. Το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ευρύ, ενώ αναζητείται κάθε μέσο που οδηγεί στην «ένταξη» του ηλικιωμένου στην κοινότητά του. Τα ΚΑΠΗ αποτελούν χώρους όχι

μόνο πρόληψης προβλημάτων υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης αλλά και ψυχαγωγίας, αναψυχής, ενημέρωσης, κοινωνικοποίησης, δημιουργικής έκφρασης και απασχόλησης. Οι στόχοι των ΚΑΠΗ είναι πολλαπλοί. Ένας από αυτούς, ίσως και ο πιο σημαντικός, αφορά την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Η πρόληψη συμβάλλει ώστε οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Ένας άλλος εξίσου σημαντικός στόχος των ΚΑΠΗ είναι η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, καθώς και η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους. Τα ΚΑΠΗ είναι κρατικά προγράμματα που εξυπηρετούν το θεσμό «παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι». Το 1979 στήνεται πιλοτικά / πειραματικά το πρώτο κέντρο και μέχρι το 1981 λειτουργούν συνολικά οχτώ τέτοια κέντρα αρχικά εθελοντικού χαρακτήρα. Στη συνέχεια τα ΚΑΠΗ περνούν στη δικαιοδοσία της τοπικής αυτοδιοίκησης και πολλαπλασιάζονται φτάνοντας τα εκατόν είκοσι λειτουργούντα σε όλους τους δήμους της χώρας (τα 48 εκ των οποίων λειτουργούν στο νομό Αττικής). Τελικά το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας οριοθετεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ΚΑΠΗ, αναλαμβάνει τη σχετική επιχορήγηση μισθοδοσίας στο προσωπικό και την κάλυψη των λειτουργικών του δαπανών. Το ΚΑΠΗ συνεργάζεται κυρίως με εθελοντικούς φορείς (π.χ. ΧΕΝ, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Όμιλος Εθελοντών, Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας κ.α.).

Σύμφωνα με τον Ghazaleh (2012) & τον Παναγιωτάκη (2005) οι προσφερόμενες υπηρεσίες των ΚΑΠΗ είναι οι εξής: Α) Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές με πούλμαν) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, εργασία σε ομάδες κ.α.). Β) Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Γ) Παροχή επαγγελματικών υπηρεσιών από: Κοινωνική Λειτουργό, Φυσιοθεραπευτή, Εργοθεραπευτή, Γενικό Ιατρό, Νοσηλευτή, Οικογενειακή Βοηθό. Δ) Κοινωνική εργασία που προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους τους εξυπηρετούμενους αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους. Ε) Βοήθεια στο σπίτι για όσους δε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. ΣΤ) Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις. Ζ) Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη. Η) Συνεργασία με άλλους φορείς, όπως ΚΗΦΗ, κλινικές, πανεπιστήμια κλπ. Η παροχή των παραπάνω υπηρεσιών δεν είναι ίδια σε όλα τα ΚΑΠΗ αλλά διαφέρει ανάλογα με

το προσωπικό του κάθε ΚΑΠΗ, την ευχέρεια του κάθε Δήμου και τη συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ.

Σύμφωνα με τη Σωμαράκη κ.α. (2007) ως μέλη των ΚΑΠΗ εγγράφονται άτομα 60 ετών και άνω, άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή όπου λειτουργεί το Κέντρο. Ο αριθμός των μελών του κάθε Κέντρου δε μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 300 μέλη και μικρότερος από 50. Τα ΚΑΠΗ διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο το οποίο απαρτίζουν: Α) Ο κάθε φορά Δήμαρχος ή Αντιδήμαρχος, ως πρόεδρος του ΚΑΠΗ. Β) Ένας Δημοτικός Σύμβουλος που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου. Γ) Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ που εκλέγεται από τα ίδια τα μέλη. Δ) Ένας Κοινωνικός Λειτουργός, υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από το υπουργείο. Ε) Ένας Δημότης που προτείνει ο Δήμαρχος ανάμεσα σε πρόσωπα τα οποία ασχολούνται με τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου. ΣΤ) Ένας εκπρόσωπος των Τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων. Ζ) Ένας αιρετός υπάλληλος από τους εργαζόμενους στο ΚΑΠΗ. Το προσωπικό του ΚΑΠΗ, στην πλήρη σύνθεσή του, αποτελείται από γιατρό με μερική απασχόληση, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια υγείας, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή και οικογενειακή βοηθό.

Σύμφωνα με τη Σωμαράκη κ.α. (2007) στελέχη των ΚΑΠΗ και ειδικοί επιστήμονες διαπιστώνουν διάφορα προβλήματα όπως: Έλλειψη οικονομικών επιχορηγήσεων, υποστελέχωση – έλλειψη προσωπικού, προβλήματα στέγασης, μεταβαλλόμενος αριθμός μελών που προσέρχονται στο ΚΑΠΗ – μείωση προσέλευσης.

Σύμφωνα με την Παπαδακάκη κ.α. (χ.χ.) τα ΚΗΦΗ αποτελούν σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα. Τα ΚΗΦΗ προσφέρουν σημαντικό έργο στην παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους αποσκοπώντας στην παραμονή τους στο οικείο περιβάλλον τους και στοχεύοντας, με αυτόν τον τρόπο, στην ενίσχυση της συνοχής της οικογένειας και στην αποτροπή της ιδρυματικής τους περίθαλψης. Τα ΚΗΦΗ προσφέρουν υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, καθώς και προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ηλικιωμένων. Σε λειτουργικό επίπεδο διασυνδέονται με τα ΚΑΠΗ, που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή, με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες, καθώς και με μονάδες υγείας.

Σύμφωνα με τη Σωμαράκη κ.α. (2007) σκοπός των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, καθώς και των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας ή αναπηρίας. Τα συγκεκριμένα προγράμματα θέτουν ως στόχο την παραμονή του ηλικιωμένου στο οικογενειακό του περιβάλλον, κοντά σε συγγενείς και φίλους. Το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι ξεκίνησε από τον Ερυθρό Σταυρό και ακολούθησε ο Δήμος Κερατσινίου. Σύμφωνα με το νόμο 3106 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας» τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι έχουν ως αντικείμενο: Α) Τη διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών που αφορούν τα ηλικιωμένα άτομα. Β) Την κάλυψη βασικών αναγκών των εξυπηρετούμενων μέσω της συστηματικής παροχής υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και κοινωνικής βοήθειας. Γ) Την ενημέρωση των εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και την επαφή με τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. Δ) Τη διευκόλυνση, παρότρυνση και ενθάρρυνση των εξυπηρετούμενων για τη συμμετοχή τους στις θρησκευτικές, πολιτισμικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Σύμφωνα με τη Σωμαράκη κ.α. (2007) από την εφαρμογή των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι προκύπτουν πολλαπλά οφέλη. Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία προλαμβάνονται, ενώ περιορίζονται οι ημέρες νοσηλείας σε αυτά. Το κόστος της κατ' οίκον φροντίδας είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με το κόστος της νοσοκομειακής φροντίδας. Η στήριξη της οικογένειας του ηλικιωμένου προκαλεί ανακούφιση στον ίδιο αλλά και στα μέλη της. Οι παρακάτω φορείς μπορούν να υποβάλλουν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας πρόταση για έγκριση του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι: Α) Υπηρεσίες Υπουργείων και Περιφερειών. Β) Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.). Γ) Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.). Δ) Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Ε) Η Εκκλησία. Σύμφωνα με το νόμο 3106 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας» ισχύουν τα παρακάτω: Τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, εφόσον καλύπτονται από τον αιτούμενο φορέα οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για την υλοποίησή τους. Κατά την εφαρμογή τους τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι εποπτεύονται από την αρμόδια διεύθυνση του

Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή από την οικεία Περιφέρεια. Ενώ κατά την έγκριση λειτουργίας τους συγκροτείται τριμελής επιτροπή παρακολούθησης του προγράμματος (αποτελούμενη από υπαλλήλους των αρμόδιων υπηρεσιών).

Σύμφωνα με τους Κανδυλάκη και Καραγκούνη (2005) στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι εντοπίζονται τα ακόλουθα προβλήματα: Ελλιπής χρηματοδότηση, ελλιπής στελέχωση, περιορισμός δραστηριοτήτων, πενιχρή υποδομή, πενιχρός υλικοτεχνικός εξοπλισμός, πλημμελής κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων λόγω έλλειψης αντίστοιχων ειδικοτήτων (π.χ. ψυχιάτρου, φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή κ.α.), αδυναμία τήρησης σχετικού αρχείου λόγω της έλλειψης μηχανογράφησης, μη εξυπηρέτηση ατόμων λόγω έλλειψης μεταφορικού μέσου ή οδηγού, απουσία συλλογικών δράσεων που θα διασυνδέουν το πρόγραμμα με την υπόλοιπη τοπική κοινωνία, εξατομικευμένος χαρακτήρας των υπηρεσιών, αντιμετώπιση του εξυπηρετούμενου ως παθητικού δέκτη των υπηρεσιών, απουσία δικτύων υποστήριξης, ανάπτυξης, αμφίδρομης επικοινωνίας και κοινωνικής αλληλεγγύης κλπ.

3.3 ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Πολλοί φροντιστές περνούν ένα σημαντικό μέρος της ζωής τους αντιμετωπίζοντας από κοινού με τους ηλικιωμένους μακροχρόνιες ιατρικές παθήσεις. Με την πάροδο του χρόνου, η πολυπλοκότητα και οι επιλογές θεραπείας μεγαλώνουν. Έτσι οι οικογενειακοί φροντιστές αγωνίζονται για να διαχειριστούν τις ευθύνες και τις επιβαρύνσεις που προέρχονται από τις πολλαπλές χρόνιες παθήσεις των ηλικιωμένων συγγενών τους. Το βάρος της φροντίδας επηρεάζει αρνητικά την ευημερία του φροντιστή, επιβάλλεται σύμφωνα με τις απαιτήσεις του αλλά προϋποθέτει τη δαπάνη χρόνου και ενέργειας από μέρους του. Ουσιαστικά ο φροντιστής καλείται να παρακολουθεί την υγεία του ηλικιωμένου, να του επιβάλλει δίαιτα και άσκηση. (Sheehan et al., 2019)

Το βάρος της φροντίδας μπορεί να προκαλέσει σωματικές και ψυχολογικές δυσκολίες, οι οποίες από τον ηλικιωμένο ασθενή επεκτείνονται στον ίδιο τον φροντιστή. Για κάποιους φροντιστές το βάρος της φροντίδας μπορεί να είναι παροδικό και ευχαρίστως ανεκτό σε προσωρινή βάση. Αυτό συμβαίνει όταν ο ηλικιωμένος ασθενής πάσχει από μία οξεία ασθένεια, που είναι πιθανόν να τον

οδηγήσει γρηγορότερα στο θάνατο. Σε διαφορετική περίπτωση ο φροντιστής επιφορτίζεται με επιπρόσθετα καθήκοντα όπως: την επίβλεψη λήψης πολλαπλών φαρμάκων από τον ηλικιωμένο ασθενή, την υποβολή του ηλικιωμένου ασθενούς σε δοκιμαστικά τεστ, τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του κ.α. Τα καθήκοντα αυτά μπορεί να αυξάνονται ολοένα και περισσότερο, να επηρεάζουν την απόδοση του φροντιστή στον χώρο εργασίας του, τις σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του και την ανταπόκριση του στις γενικότερες υποχρεώσεις του. Όπως είναι γνωστό, κάποια μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν συχνά το ρόλο του ανεπίσημου φροντιστή, χωρίς να έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση. Παρ' όλα αυτά υπάρχει μία σταδιακή εξοικείωση των μελών αυτών, ώστε να διαχειρίζονται την πολυφαρμακία των ηλικιωμένων ασθενών ή να τους εντάσσουν στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. (Sheehan et al., 2019)

Κατά την φροντίδα, ο φροντιστής επικεντρώνεται εξ ολοκλήρου στο ηλικιωμένο άτομο. Αυτό σημαίνει ότι προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει το βάρος της θεραπείας, προσαρμόζοντας τη θεραπευτική αγωγή στις ανάγκες του ηλικιωμένου ασθενούς. Οι στόχοι που θέτει είναι συγκεκριμένοι και αποφασίζονται σε συνεργασία με τον ίδιο τον ασθενή, τον φροντιστή και τον επαγγελματία υγείας. Ανάμεσα στο ζεύγος ασθενής – φροντιστής – επαγγελματίας υγείας, ο φροντιστής είναι αυτός που καταπονείται περισσότερο, καθώς ο ηλικιωμένος προτιμά ελάχιστά την ιατρική και μέγιστα την οικιακή φροντίδα. Στα πλαίσια της φροντίδας ο φροντιστής στοχεύει να αναπτύξει μία στενή σχέση με τον ηλικιωμένο ασθενή, να τον ενθαρρύνει να συνεργαστεί μαζί του και να συμφωνήσει σε στρατηγικές θεραπείας που θα είναι αποτελεσματικές για τον ίδιο. (Sheehan et al., 2019)

Όταν οι φροντιστές καταπιάνονται με την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας (π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο), τότε επιβαρύνεται σημαντικά η σωματική, ψυχική, κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση. Συγκεκριμένα διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να βιώσουν: κατάθλιψη, άγχος, εξάντληση, απελπισία, κούραση, σωματική αδυναμία, κοινωνική απομόνωση και οικονομικά προβλήματα. Αυτό δείχνει ότι η φροντίδα μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής του φροντιστή σε σωματικό, ψυχολογικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Η απόδοση υποστήριξης προς τον φροντιστή μειώνει το βάρος της φροντίδας και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του. Γι' αυτό οι νοσοκόμες δημόσιας υγείας πρέπει να εκπαιδεύουν τους φροντιστές και να τους συμβουλεύουν ώστε να

ξεπερνούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, να βρίσκουν πηγές οικονομικής υποστήριξης και να παραμένουν υγιείς. Οι φροντιστές μπορούν επίσης να υποστηριχθούν από οργανισμούς υγείας και να διεκδικήσουν με κάθε τρόπο τα δικαιώματά τους, έχοντας ταυτόχρονα επίγνωση και των υποχρεώσεων τους. (Ugur et al., 2019)

Όπως έχει δειχθεί η κατ' οίκον φροντίδα αφενός επιβαρύνει τον φροντιστή, αφετέρου όμως βελτιώνει τη λειτουργικότητα του ασθενούς, δηλαδή την ικανότητά του να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες. Όταν ο ασθενής – σε συνεργασία με τον φροντιστή – θέτει και επιτυγχάνει τους καθημερινούς του στόχους, τότε η φροντίδα που λαμβάνει θεωρείται οργανωμένη και αποτελεσματική. Το μοντέλο εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων (Activities of Daily Living – ADL) είναι ένα από τα πιο κατάλληλα μοντέλα και είναι θετικό να υιοθετηθεί από τους φροντιστές της κατ' οίκον φροντίδας. Το συγκεκριμένο μοντέλο ωθεί τον φροντιστή να επικεντρωθεί στον ασθενή στα πλαίσια μιας ανθρωπιστικής / ουμανιστικής και ολιστικής προσέγγισης. Επιπρόσθετα το μοντέλο θεωρείται κατάλληλο για να ενσωματωθεί σε όλες τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας. Τα μέρη από τα οποία αποτελείται (π.χ. καθημερινές δραστηριότητες, επίπεδο εξάρτησης / ανεξαρτησίας κ.α.) είναι αλληλένδετα και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Πρωταρχικός σκοπός του μοντέλου είναι η προστασία του ηλικιωμένου ατόμου από το πρόβλημα ή η εκμάθηση επιβίωσης του με προβλήματα που δε μπορούν να επιλυθούν. (Ugur et al., 2019)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^{Ο}

4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός: Η αντικειμενική αναζήτηση και διερεύνηση των οικογενειακών σχέσεων και των συνεπειών τους στην υποκειμενική αντίληψη της υγείας των ηλικιωμένων.

Ερευνητική υπόθεση: οι αρνητικές οικογενειακές σχέσεις, δημιουργούν αρνητική αίσθηση του ηλικιωμένου για την υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης υγείας του.

Ερευνητικά ερωτήματα:

- ✓ Η διερεύνηση των οικογενειακών δεσμών στους ηλικιωμένους.
- ✓ Η σχέση ανάμεσα στις οικογενειακές σχέσεις και την υγεία και την ευεξία των ηλικιωμένων.
- ✓ Η διερεύνηση για κατάλληλες παρεμβάσεις.

Διαδικασία δειγματοληψίας

Η διαδικασία της δειγματοληψίας για την ανασκόπηση θα γίνει με πρωταρχική εκτίμηση τίτλων και περιλήψεων, άρθρων που πληρούν τα κριτήρια της έρευνας. Η βιβλιογραφία των επιλεγμένων άρθρων, θα αναλυθεί επίσης και για τον εντοπισμό άλλων άρθρων.

Η δειγματοληψία θα λάβει χώρα από 4 παγκόσμιες ακαδημαϊκές online βάσεις δεδομένων. Συνοπτικά παρουσιάζονται παρακάτω:

1. SCOPUS (http://www.scopus.com/home.url) από την οποία περιλαμβάνονται περιλήψεις και πλήρη κείμενα κοινωνικών επιστήμων.
2. Pub Med (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/) υπό την οποία εξάγονται βιβλιογραφικές αναφορές πλήρων κειμένων και περιλήψεων στον χώρο των Κοινωνικών επιστήμων αλλά και των επιστήμων Υγείας.
3. Google Scholar (https://scholar.google.com/).
4. Ακαδημαϊκή βάση δεδομένων της βιβλιοθήκης του Πανεπιστήμιου του Ούμεο, Umea University Library (https://www.umu.se/en/library/) με κύριες

συνεισφορές στις Κοινωνικές επιστήμες και στις επιστήμες Υγείας και Πρόνοιας.

Η διαδικασία της δειγματοληψίας για την ανασκόπηση θα πραγματοποιηθεί σε δύο στάδια. Αρχικά θα εκτιμηθεί ο τίτλος και η περίληψη. Εκείνα τα τεκμήρια που πληρούν τα κριτήρια της μελέτης θα αναλυθούν.

Κριτήρια αποκλεισμού και συμπερίληψης:

Στην δειγματοληψία τα κριτήρια αποκλεισμού και συμπερίληψης άρθρων εκτείνονται στα εξής.

Ηλικία συμμετεχόντων 65 ετών και άνω.

Έτος δημοσίευσης, χρονολογίες 1990 έως 2019.

Η γλώσσα των άρθρων αγγλική.

Όροι αναζήτησης/Λέξεις κλειδιά:

Πίνακας	**Όροι κλειδιά, αλγόριθμο αναζήτησης**
1	Ηλικιωμένος Ή Τρίτη ηλικία Ή παιδιά / Old OR Elderly OR Third Age
2	ΚΑΙ Οικογενειακές Σχέσεις Ή οικογενειακοί δεσμοί / AND Family Relations OR Family Ties
3	ΚΑΙ Υποκειμενική Αντίληψη της Υγείας / AND Self Rated Health

Απάντηση ερευνητικών ερωτημάτων:

1ο ερευνητικό ερώτημα: Από την ηλεκτρονική αναζήτηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν 15 άρθρα συναφή με τους όρους κλειδιά. Από αυτά, εντοπίστηκαν 12 άρθρα σχετικά με το θέμα με βάση τα κριτήρια της αναζήτησης. (Pubmed / Google Scholar 12;). Ύστερα από εις βάθος ανάλυση επιλέχτηκαν 6 άρθρα που πληρούσαν όλα τα κριτήρια.

Όπως προαναφέρθηκε, το πρώτο ερευνητικό ερώτημα αφορά τη διερεύνηση των οικογενειακών δεσμών στους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με υπό μελέτη άρθρο, που σχετίζεται με το συγκεκριμένο θέμα, οι οικογενειακοί δεσμοί ισχυροποιούνται, όταν τα εγγόνια κατοικούν στην ίδια γειτονιά ή στο ίδιο κτίριο με τον παππού και τη γιαγιά. Η γειτνίαση ευνοεί την υψηλή συχνότητα των οικογενειακών επαφών, η οποία ενδυναμώνει τους οικογενειακούς δεσμούς. (Micheli et al., 2018). Επίσης, σύμφωνα με τη Mair (2013), οι οικογενειακοί δεσμοί επιφέρουν καλή υγεία σε ηλικιωμένους που προέρχονται από χώρες με μέτριες ή υψηλές συνταξιοδοτικές δαπάνες. Στις χώρες αυτές οι ηλικιωμένοι έχουν αναπτύξει υψηλή οικειότητα με τα πρόσωπα της οικογένειας τους, ενώ υπάρχει περίπτωση να συγκατοικούν με κάποιο από τα παιδιά τους, χωρίς να επηρεάζεται αρνητικά η ψυχική τους υγεία. Τα αντίθετα ισχύουν για τους ηλικιωμένους που προέρχονται από χώρες με χαμηλές δημόσιες συνταξιοδοτικές δαπάνες. Σύμφωνα με τον Brown et al., (2006), όσοι προτιμούν τη συμβίωση (άνευ γάμου) ως τύπο ένωσης δε συνάπτουν ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς. Αντίθετα, η συμβίωση (άνευ γάμου) σχετίζεται με την απομάκρυνση από τους συγγενείς και από τα οικεία πρόσωπα. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να υποστηρίζονται υλικά ή ηθικά από τον σύντροφό τους κυρίως λόγω ασθενείας, αναπηρίας ή οικονομικών προβλημάτων. Ακόμα η συμβίωση (άνευ γάμου) δείχνει ότι τα υποστηρικτικά δίκτυα των ηλικιωμένων είναι περισσότερο ευάλωτα ή υπό διάλυση, ενώ οι ίδιοι αισθάνονται ανασφάλεια για την έκβαση της σχέσης τους. Γενικότερα, σύμφωνα με τον Rabelo & Neri (2015), όσον αφορά την κατάσταση συμβίωσης ή οικογενειακή κατάσταση συνάγεται ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων συμβιώνει με συγγενείς από ποικίλες γενιές. Έτσι το οικογενειακό δίκτυο χαρακτηρίζεται από κοινωνικότητα, αλληλεγγύη, στοργή και μετατρέπεται σε δίκτυο υποστήριξης μεταξύ των γενεών. Σε αυτές τις περιπτώσεις όχι μόνο ενδυναμώνονται οι οικογενειακοί δεσμοί αλλά βελτιώνεται η οικογενειακή λειτουργικότητα, η επικοινωνία, η οργάνωση και η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τον Milkie et al., (2008), οι οικογενειακοί δεσμοί δεν τελειώνουν, όταν τα παιδιά ενηλικιωθούν. Αντίθετα διαρκούν ως το τέλος της ζωής και μπορεί να προσδίδουν θετικό ή αρνητικό νόημα στην καθημερινότητα των ηλικιωμένων. Πράγματι οι δεσμοί γονέα – παιδιού είναι ιδιαίτερα σημαντικοί και κρίσιμοι όσο τα παιδιά και οι γονείς μεγαλώνουν. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα ενήλικα παιδιά προσβλέπουν όλο και περισσότερο στους γονεϊκούς δεσμούς, θεωρώντας τους ως πηγή κοινωνικής και υλικής υποστήριξης. Τέλος, σύμφωνα με τον Ryan & Willits (2007), όταν οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ποιοτικοί, τότε προσδίδουν ικανοποίηση

στα μέλη ενός εκτεταμένου οικογενειακού συστήματος. Όμως ακόμα και αν οι συγγενείς ζουν σε κοντινές αποστάσεις, οι δεσμοί που συνάπτονται δεν είναι πάντα υποστηρικτικοί ή βοηθητικοί. Απεναντίας μπορεί να επικρατεί ασυμφωνία μεταξύ των μελών, η οποία ματαιώνει ή παρεμποδίζει οποιαδήποτε υποστήριξη και βοήθεια.

2ο ερευνητικό ερώτημα: Από την ηλεκτρονική αναζήτηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν 15 άρθρα συναφή με τους όρους κλειδιά. Από αυτά, εντοπίστηκαν 12 άρθρα σχετικά με το θέμα με βάση τα κριτήρια της αναζήτησης. (Pubmed / Google Scholar 12;). Ύστερα από εις βάθος ανάλυση επιλέχτηκαν 7 άρθρα που πληρούσαν όλα τα κριτήρια.

Όπως προαναφέρθηκε το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορά τις οικογενειακές σχέσεις και τη συμβολή τους στην υγεία και την ευεξία των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τον Nilsson et al., (2008), η μείωση των οικογενειακών σχέσεων λόγω αγαμίας ή χηρείας συνεπάγεται φτωχή ψυχική ευεξία για τις ηλικιωμένες γυναίκες.–Για τους ηλικιωμένους άνδρες η απώλεια της συζύγου σχετίζεται όχι μόνο με τη μείωση των οικογενειακών σχέσεων αλλά και με την αύξηση της πιθανότητας έναρξης ανικανότητας ή αναπηρίας. Σύμφωνα με τον Rabelo & Neri (2015), οι ηλικιωμένοι που αντλούν ικανοποίηση από τις οικογενειακές σχέσεις είναι περισσότερο λειτουργικοί και η ψυχική τους υγεία κυμαίνεται σε πολύ καλά επίπεδα. Η καλή λειτουργικότητα συνδέεται με την υψηλή ικανότητα εκτέλεσης βασικών και πιο σύνθετων καθημερινών δραστηριοτήτων. Επίσης οι ηλικιωμένοι που είναι ψυχικά υγιείς δεν εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και δεν αποκαλύπτουν σημάδια ταλαιπωρίας από άγχος. Σύμφωνα με τον Wang et al., (2009), αν οι ηλικιωμένοι έχουν θετικές σχέσεις με τον / τη σύζυγο, τα παιδιά ή άλλους συγγενείς, τότε τόσο ο / η σύζυγος και τα παιδιά όσο και οι συγγενείς αναλαμβάνουν το ρόλο του ανεπίσημου φροντιστή. Αυτός ο ρόλος είναι ιδιαίτερα σημαντικός, συνηθισμένος και κοινός στην Κίνα, ενώ συνεπάγεται πολλά πλεονεκτήματα για τους Κινέζους ηλικιωμένους. Στον τομέα της υγείας οι ηλικιωμένοι που φροντίζονται από τον / τη σύζυγο ή τα παιδιά και άλλους συγγενείς κατά τη διάρκεια ασθενείας είναι περισσότερο πιθανό να βιώσουν μετάβαση από τη σχετική ή πλήρη εξάρτηση στη σχετική ή πλήρη ανεξαρτησία, όσον αφορά την εκτέλεση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Επιπρόσθετα οι ηλικιωμένοι που φροντίζονται από τους οικογενειακούς φροντιστές έχουν χαμηλότερες πιθανότητες θανάτου, τους παρέχονται επαρκείς ιατρικές υπηρεσίες και προστασία από την ψυχολογική απομόνωση, η οποία συμβάλλει

έμμεσα στην ευεξία. Σύμφωνα με τον Zhang & Hayward (2006), οι αρνητικές οικογενειακές σχέσεις που προκύπτουν από τη σύναψη ενός δεύτερου γάμου, το διαζύγιο ή την χηρεία αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες επικράτησης καρδιαγγειακών ασθενειών ανάμεσα στις γυναίκες μετά την ηλικία των 65 χρόνων. Αντίθετα, οι αρνητικές οικογενειακές σχέσεις που προκύπτουν από την απώλεια του γάμου μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών για τους μεσήλικες ή ηλικιωμένους άνδρες. Επομένως σε σχέση με τις γυναίκες είναι ξεκάθαρο ότι ο άθικτος γάμος προσφέρει οικονομική ανάκαμψη, σωματική και συναισθηματική ευεξία. Αντίθετα ο συνεχής γάμος δεν προσφέρει παρόμοια οφέλη στους άνδρες. Σύμφωνα με τον Bae (2019), οι ηλικιωμένοι που αντλούν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις οικογενειακές σχέσεις είναι λιγότερο επιρρεπείς σε καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης όταν οι οικογενειακές σχέσεις μεταβάλλονται και η οικογενειακή υποστήριξη ατονεί, οι ηλικιωμένοι γίνονται περισσότερο ευάλωτοι ως προς την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αντίθετα η χαμηλή ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις οικογενειακές σχέσεις μπορεί να ματαιώσει βασικές ανθρώπινες ανάγκες, όπως την αίσθηση του ανήκειν και την αποδοχή, κάτι το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον Thanakwang et al., (2012), οι υποστηρικτικές οικογενειακές σχέσεις σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την ψυχολογική ευημερία των ηλικιωμένων Ταϊλανδών. Αυτό σημαίνει ότι η οικογένεια διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στις ζωές τους, η υποστήριξη από τα μέλη της θεωρείται αναμενόμενη και επηρεάζει θετικά την ευημερία. Οι ηλικιωμένοι Ταϊλανδοί, που έχουν προσχωρήσει σε Βουδιστικές αντιλήψεις, αισθάνονται ευγνώμονες, υποχρεωμένοι αλλά και άνετοι για τη λήψη βοήθειας και υποστήριξης από τα οικεία πρόσωπα. Ωστόσο η επίδραση που ασκούν οι υποστηρικτικές οικογενειακές σχέσεις στην ευημερία των ηλικιωμένων Ταϊλανδών διαφοροποιείται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται κάθε ηλικιωμένος. Τέλος σύμφωνα με τον Thomas et al., (2017), με την πάροδο του χρόνου οι οικογενειακές σχέσεις χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και απαιτούν περισσότερο χρόνο, καθώς οι υποχρεώσεις φροντίδας είναι αυξημένες. Η μείωση των κοινωνικών δικτύων στρέφει τους ηλικιωμένους προς τις οικογένειές τους. Η οικογένεια επωμίζεται το συναισθηματικό και υλικό βάρος της φροντίδας. Συγκεκριμένα ο ρόλος της οικογένειας είναι απόλυτα υποστηρικτικός, καθώς διαθέτει τους απαιτούμενους πόρους, βοηθά τα ηλικιωμένα άτομα να ξεπεράσουν το άγχος που βιώνουν στην

καθημερινότητά τους, να αυξήσουν την αυτοεκτίμησή τους, να συμβαδίσουν με υγιέστερες συμπεριφορές και τελικά να οδηγηθούν σε υψηλότερα επίπεδα ευημερίας.

3ο ερευνητικό ερώτημα: Από την ηλεκτρονική αναζήτηση της βιβλιογραφίας εντοπίστηκαν 15 άρθρα συναφή με τους όρους κλειδιά. Από αυτά, εντοπίστηκαν 12 άρθρα σχετικά με το θέμα με βάση τα κριτήρια της αναζήτησης. (Pubmed / Google Scholar 12;). Ύστερα από εις βάθος ανάλυση επιλέχτηκαν 8 άρθρα που πληρούσαν όλα τα κριτήρια.

Όπως προαναφέρθηκε το τρίτο ερευνητικό ερώτημα αφορά τη διερεύνηση για κατάλληλες παρεμβάσεις. Σύμφωνα με την Micheli et al., (2018), η κατάσταση ανικανότητας ή αναπηρίας των ηλικιωμένων πρέπει να προληφθεί. Γι' αυτό οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν υπόψη τις οικογενειακές σχέσεις. Συγκεκριμένα οι αλλαγές στη δυναμική των οικογενειακών σχέσεων απαιτούν βαθύτερη και καλύτερη κατανόηση. Επίσης επιπρόσθετη μελλοντική έρευνα απαιτείται για να επιβεβαιωθούν οι σύνθετες και βαθύτερες συσχετίσεις μεταξύ λειτουργικού περιορισμού και οικογενειακών δεσμών. Σύμφωνα με τη Mair (2013), οι γεροντολόγοι, λόγω της αυξημένης διαθεσιμότητας διακρατικών, ατομικών και εθνικών δεδομένων, πρέπει να συνεχίσουν να εξερευνούν θέματα που σχετίζονται με την Τρίτη ηλικία και να προωθούν τους θετικούς οικογενειακούς δεσμούς και την καλή υγεία για τους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τον Nilsson et al., (2008), η υψηλή κοινωνική συμμετοχή πρέπει να ενθαρρύνεται για τους ηλικιωμένους φτωχής αλλά και καλής λειτουργικής ικανότητας, καθώς αποτρέπει ή προλαμβάνει την παρατεταμένη λειτουργική μείωση ή πτώση. Γι' αυτό οι ηλικιωμένοι είναι προτιμότερο να συμβιώνουν, να έχουν πρόσβαση στις κοινωνικές δραστηριότητες, στα οικονομικά και μεταφορικά μέσα. Ως κοινωνικές δραστηριότητες θεωρούνται η ανταλλαγή επισκέψεων με τους άλλους, η ενασχόληση με διάφορες εξωτερικές δραστηριότητες, η σύναψη κοινωνικών σχέσεων και γενικότερα η υψηλή κοινωνική δράση. Η υψηλή κοινωνική συμμετοχή ενδείκνυται τόσο για τους χήρους ηλικιωμένους όσο και για τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι, καθώς αποτελεί μία στρατηγική αντιμετώπισης των αρνητικών επιπτώσεων που επιφέρουν αυτοί οι τύποι συμβίωσης. Σύμφωνα με τον Wang et al., (2009), οι ηλικιωμένοι πρέπει να φροντίζονται από τους οικογενειακούς φροντιστές. Η φροντίδα από τον / τη σύζυγο, τα παιδιά ή άλλους συγγενείς φέρει πλεονεκτήματα όπως τη μεγαλύτερη ανεξαρτησία ως προς την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, τις χαμηλότερες

πιθανότητες θανάτου, την προστασία από την ψυχολογική απομόνωση και την παροχή επαρκέστερων ιατρικών υπηρεσιών στον ηλικιωμένο. Επίσης είναι ωφέλιμο η παροχή οικογενειακής φροντίδας και υποστήριξης προς τους ηλικιωμένους να μεταφερθεί στις επόμενες γενιές. Οι επόμενες γενιές πρέπει να αποδεχτούν ότι όταν οι ηλικιωμένοι γίνονται λειτουργικά εξαρτώμενοι, χρειάζονται συγκατοίκηση ή γειτνίαση με τους ενήλικες απογόνους τους. Σύμφωνα με τον Williams & Umberson (2004), οι ηλικιωμένοι άνδρες είναι θετικό να παραμένουν σε έγγαμη κατάσταση, καθώς μέσω του γάμου τα κοινωνικά τους δίκτυα διευρύνονται και η υγεία τους διατηρείται σ' ένα καλό επίπεδο. Οι Williams & Umberson (2004), προτείνουν επίσης ότι οι ειδικοί πρέπει να εξετάσουν τα μειονεκτήματα του γάμου, τα οποία βαραίνουν περισσότερο τις έγγαμες ηλικιωμένες γυναίκες. Το στρες που προκύπτει λόγω των αυξημένων υποχρεώσεων και πιέσεων πρέπει με κάθε τρόπο να μετριαστεί ή να εξαλειφθεί. Σύμφωνα με τον Thanakwang et al., (2012), οι ηλικιωμένοι πρέπει να εμπλουτίζουν τα φιλικά τους δίκτυα, ώστε να λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη και να οδηγούνται έστω και σε έμμεση ψυχολογική ευημερία. Οι αληθινοί φίλοι πρέπει να αναλαμβάνουν υποχρεώσεις φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο ή / και να ειδοποιούν τα μέλη της οικογένειας τους για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες φροντίδας που παρατηρούν. Σύμφωνα με τον Wang et al., (2013), οι ηλικιωμένοι πρέπει να προτιμούν το γάμο και όχι το διαζύγιο. Αυτό συστήνεται, καθώς το διαζύγιο μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη λειτουργική ανικανότητα, δηλαδή σε αδυναμία εκτέλεσης των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Αντίθετα ο γάμος σχετίζεται αρνητικά με τη λειτουργική ανικανότητα, ενδυναμώνει την κοινωνική υποστήριξη και την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών. Τέλος σύμφωνα με τον Thomas et al., (2017), το βάρος της φροντίδας επιβαρύνει δυσανάλογα την οικογένεια του ηλικιωμένου. Γι' αυτό είναι σημαντική η εύρεση τρόπων που θα το μετριάσουν ή θα το εξαλείψουν. Συγκεκριμένα απαιτείται η εφαρμογή πολιτικών που θα ενισχύσουν τη βοήθεια μέσα στο σπίτι, θα υπερασπιστούν τους ηλικιωμένους προκειμένου να προσχωρήσουν σε υπηρεσίες φροντίδας κλπ.

4.2 ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Γενική περιγραφή	

Αριθμός	1ο άρθρο.
Τίτλος	Family ties and functional limitation in the elderly: Results from a Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE).
Έτος	2018.
Συγγραφείς	Micheli, K., Ratsika, N., Vozikaki, M., Chlouverakis, G., & Philalithis, A.
Περίληψη	Στόχοι: Να εξεταστεί αν οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες λειτουργικού περιορισμού σε ηλικιωμένους στην Ευρώπη. Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα διατομής και συμπεριλήφθηκαν 14 Ευρωπαϊκές χώρες από το δεύτερο κύμα της έρευνας για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη. 13.974 ενήλικες ηλικίας 50+ (45.2% άνδρες και 54.8% γυναίκες) συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Ο λειτουργικός περιορισμός αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας (απλές) δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, πιο σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και δείκτη κινητικότητας. Οι οικογενειακοί δεσμοί βασίστηκαν σ' ένα προσαρμοσμένο μοντέλο οικογενειακών δομικών πτυχών. Πολλαπλές αναλύσεις λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για να εξεταστεί ο κίνδυνος λειτουργικών περιορισμών. Αποτελέσματα: Ο

	λειτουργικός περιορισμός συσχετίστηκε με τις γυναίκες, την ηλικία, την υποκειμενική αντίληψη της υγείας και τον αυξημένο αριθμό χρόνιων παθήσεων, συμπτωμάτων ασθενειών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αλλά (ο λειτουργικός περιορισμός) δε συσχετίστηκε με τους λιγοστούς οικογενειακούς δεσμούς. Μετά από έλεγχο για πιθανές συγχύσεις, οι ερωτώμενοι με χαμηλότερες οικογενειακές επαφές έδειξαν υψηλότερο κίνδυνο για λειτουργικό περιορισμό. Οι Νότιες και Μεσογειακές χώρες έχουν και τα δύο, δηλαδή πιο στενούς οικογενειακούς δεσμούς και ενήλικες με υψηλότερο λειτουργικό περιορισμό. Συμπέρασμα: Ο λειτουργικός περιορισμός συσχετίζεται με βιολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες, καθώς και με λιγοστές επαφές με τα μέλη της οικογένειας. Περαιτέρω διαχρονική έρευνα απαιτείται για να προσδιοριστεί η συσχέτιση και η αιτιώδης σχέση ανάμεσα στο λειτουργικό περιορισμό και τους οικογενειακούς δεσμούς.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στους οικογενειακούς δεσμούς και τη σημασία τους για τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου λειτουργικότητας.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν ενήλικες ηλικίας

	50+.
Κύριο αποτέλεσμα	Η ύπαρξη παιδιών, η υψηλή χωρική εγγύτητα και η υψηλή συχνότητα οικογενειακών επαφών μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης λειτουργικών περιορισμών, ενώ ταυτόχρονα ισχυροποιεί τους οικογενειακούς δεσμούς.
Συμπεράσματα	Η παρούσα μελέτη αποδεικνύει ότι ο κίνδυνος μεταβολής της λειτουργικότητας είναι υψηλότερος εξαιτίας βιολογικών και δημογραφικών παραγόντων. Παρ' όλα αυτά, η μειωμένη επαφή με τα μέλη της οικογένειας φαίνεται να επηρεάζει τον λειτουργικό περιορισμό. Προκειμένου να προσδιοριστούν στρατηγικές πρόληψης για την ανικανότητα / αναπηρία, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν υπόψη τις οικογενειακές σχέσεις. Συγκεκριμένα, οι αλλαγές στη δυναμική των οικογενειακών σχέσεων ή η πρόοδος των ασθενειών απαιτεί βαθύτερη και καλύτερη κατανόηση. Μελλοντικές διαχρονικές μελέτες απαιτούνται για να επιβεβαιώσουν τις συσχετίσεις μεταξύ λειτουργικού περιορισμού και οικογενειακών δεσμών και για να γίνουν καλύτερα κατανοητές οι σύνθετες και βαθύτερες διαδικασίες. Οι συσχετίσεις μπορεί να είναι περισσότερο περίπλοκες γι' αυτό χρειάζεται ένα μοντέλο

	αιτιώδους σχέσης που θα αποδείξει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Η τρέχουσα μελέτη δε μπορεί να ανιχνεύσει αιτιώδη σχέση για τα τρέχοντα ευρήματα.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	2ο άρθρο.
Τίτλος	Family ties and health cross – nationally: The contextualizing role of familistic culture and public pension spending in Europe.
Έτος	2013.
Συγγραφείς	Mair, A.C.
Περίληψη	Στόχοι: Παρόλο που προηγούμενη έρευνα θεωρεί ότι η διακρατική απόκλιση / διακύμανση στη σχέση ανάμεσα στους οικογενειακούς δεσμούς και την υγεία οφείλεται σε διαφορές εθνικού επιπέδου στον τομέα του πολιτισμού και της πολιτικής / οικονομίας, καμία μελέτη δεν εξετάζει αυτήν τη θεωρία εμπειρικά. Μέθοδος: Αλλά χρησιμοποιώντας δεδομένα από την έρευνα για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη και από τον Οργανισμό οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης, αυτή η μελέτη χρησιμοποιεί πολυεπίπεδο

	μοντέλο για να αναλύσει ατομικές και εθνικές επιδράσεις 30.291 ηλικιωμένων σε 14 έθνη. Αποτελέσματα: Οι οικογενειακοί δεσμοί με συζύγους/συντρόφους και γονείς συνδέονται με καλύτερη υγεία, αλλά οι δεσμοί με τα παιδιά συνδέονται με φτωχότερη υγεία σε συγκεκριμένα πλαίσια. Η οικογενειακή κουλτούρα και οι δημόσιες συνταξιοδοτικές δαπάνες έχουν μία αδύναμη αλλά στατιστικά σημαντική και μετριοπαθή επίδραση στη σχέση ανάμεσα στους διαγενεακούς οικογενειακούς δεσμούς και την υγεία. Συζήτηση: Αυτό το άρθρο υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της οικογένειας και επισημαίνει την ανάγκη για συνεχή θεωρητικολογία και μέτρηση σε εθνικό επίπεδο, ώστε να προωθηθεί η υγεία των ηλικιωμένων σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Λέξεις κλειδιά: Πολιτισμικοί παράγοντες, οικογενειακή κοινωνιολογία, αποτελέσματα υγείας, πολυεπίπεδα μοντέλα, συνταξιοδοτικές δαπάνες.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή οικειότητα και την επίδρασή της στους οικογενειακούς δεσμούς και την υγεία των ηλικιωμένων. Η συγκατοίκηση μ’ ένα παιδί δεν επιφέρει καμία αρνητική επίπτωση στην υγεία των ηλικιωμένων, που προέρχονται

	από χώρες με μέτριες ή υψηλές συνταξιοδοτικές δαπάνες. Αντίθετα, η συγκατοίκηση μ' ένα παιδί συνδέεται με φτωχότερη υγεία για τους ηλικιωμένους που ζουν σε χώρες με χαμηλές δημόσιες συνταξιοδοτικές δαπάνες.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν ηλικιωμένοι από 14 Ευρωπαϊκές χώρες.
Κύριο αποτέλεσμα	Οι οικογενειακοί δεσμοί που συνάπτονται μέσω του γάμου / της συντροφικότητας και της συχνής επαφής με τα οικεία πρόσωπα επιφέρουν, κατά κανόνα, καλή υγεία σε χώρες μέτριας ή υψηλής οικογενειακής οικειότητας. Όμως, σε χώρες χαμηλής οικογενειακής οικειότητας η συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους δημιουργεί καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτό δείχνει ότι οι οικογενειακοί δεσμοί συνδέονται δυναμικά και με συνέπεια με την φτωχή υγεία.
Συμπεράσματα	Προτεραιότητα της παρούσας μελέτης αποτελεί η εξέταση της μετριοπαθούς επίδρασης της οικογενειακής οικειότητας και των δημόσιων συνταξιοδοτικών δαπανών στους οικογενειακούς δεσμούς και την υγεία των ηλικιωμένων. Ακολουθώντας υποθέσεις της βιβλιογραφίας για το ρόλο της οικογενειακής οικειότητας και των δημόσιων συντάξεων αποδεικνύεται ότι αυτοί οι δύο παράγοντες καθορίζουν τη

	σχέση ανάμεσα στους οικογενειακούς δεσμούς και την υγεία με εμπειρικά σημαντικό και θεωρητικά σχετικό τρόπο. Παρόλο που η υγεία επηρεάζεται πρώτιστα από παράγοντες ατομικού επιπέδου, η εύρεση εμπειρικών αποδεικτικών στοιχείων για τις επιδράσεις εθνικού επιπέδου στην υγεία αποτελεί μία σημαντική συμβολή στη γνώση και κατ' επέκταση στην ενημέρωση της πολιτικής που αποσκοπεί στην ενίσχυση της υγείας των ηλικιωμένων. Βραχυπρόθεσμα, συνταιριάζοντας τις πολιτισμικές προσδοκίες με τους οικογενειακούς δεσμούς και ελαχιστοποιώντας την οικονομική επιβάρυνση για τις οικογένειες, μπορεί να ενισχυθεί η ευημερία. Μακροπρόθεσμα, τα έθνη όπου ο θεσμός της οικογένειας κυριαρχεί και τα έθνη με μειωμένη χρηματοδότηση σε δημόσια συνταξιοδοτικά συστήματα θα χρειαστεί να αντιμετωπίσουν επίμονα ζητήματα ανισότητας στην οικογενειακή φροντίδα (π.χ. έντονες προσδοκίες φροντίδας από τις γυναίκες) και απόσυρση του κράτους πρόνοιας (π.χ. αυξημένος ατομικός κίνδυνος). Η αυξημένη διαθεσιμότητα διακρατικών, ατομικών και εθνικών δεδομένων επιτρέπει στους γεροντολόγους να συνεχίσουν να εξερευνούν αυτά τα θέματα σε μία προσπάθεια προώθησης

	θετικών οικογενειακών δεσμών και υγείας για τους ηλικιωμένους.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	3ο άρθρο.
Τίτλος	Cohabitation among older adults: A national portrait.
Έτος	2006.
Συγγραφείς	Brown, L. S., Lee, R. G., & Bulanda, J.
Περίληψη	Στόχοι: Οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένες πιθανότητες να βιώσουν συμβίωση, ζώντας μαζί άνευ γάμου σε μία οικεία / πολύ στενή ετεροφυλόφιλη ένωση. Προκειμένου να αρχίσει να χτίζεται ένα εννοιολογικό πλαίσιο, παρέχεται ένα περιγραφικό πορτραίτο ηλικιωμένων που συμβιώνουν δίνοντας έμφαση στη σύγκριση αυτών μ' εκείνους που παλαιότερα έχουν ξαναπαντρευτεί και τους άγαμους. Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την απογραφή του 2000 και από τη μελέτη υγείας και συνταξιοδότησης του 1998 για να εκτιμηθεί το μέγεθος και η σύνθεση του πληθυσμού που βρίσκεται σε ηλικία 51 ετών και άνω και συμβιώνει. Επίσης, χρησιμοποιώντας δεδομένα από τη μελέτη υγείας και συνταξιοδότησης, εκτιμήθηκαν μοντέλα πολυεθνικής λογιστικής παλινδρόμησης για να

	προσδιοριστούν οι συσχετισμοί που συνδέονται με τη συμβίωση και το νέο γάμο (σε αντίθεση με την αγαμία) ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες που στο παρελθόν είχαν ξαναπαντρευτεί. Αποτελέσματα: Πάνω από ένα εκατομμύριο ηλικιωμένοι, οι οποίοι συνθέτουν το 4% του άγαμου πληθυσμού, αυτή τη στιγμή συμβιώνουν. Περίπου το 90% αυτών των ατόμων στο παρελθόν έχουν ξαναπαντρευτεί. Εντοπίζονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που συμβιώνουν, σε αυτούς που έχουν ξαναπαντρευτεί και στους άγαμους σε διάφορες διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, των οικονομικών πηγών, της σωματικής υγείας και των κοινωνικών σχέσεων. Αυτοί που συμβιώνουν βρίσκονται σε περισσότερο μειονεκτική θέση από εκείνους που, στο παρελθόν, έχουν ξαναπαντρευτεί και αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στις γυναίκες. Συζήτηση: Οι ηλικιωμένοι που συμβιώνουν διαφέρουν από τα άτομα άλλων οικογενειακών καταστάσεων και συνεπώς οι μελλοντικές εργασίες για την οικογενειακή κατάσταση πρέπει να ενσωματώνουν ρητά τη συμβίωση.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην κατάσταση συμβίωσης και τα

	πλεονεκτήματα ή τα μειονεκτήματα που απολαμβάνουν οι ηλικιωμένοι τόσο στον οικονομικό τομέα και τον τομέα των κοινωνικών σχέσεων όσο κα στον τομέα της υγείας.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν ενήλικες ηλικίας 51 ετών και άνω.
Κύριο αποτέλεσμα	Σε ό, τι αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά είναι αξιοσημείωτο ότι εκείνοι που προτιμούν τη συμβίωση, ως τύπο ένωσης, είναι πιο πιθανό να ανήκουν σε μαύρες φυλές, καθώς οι λευκοί συνήθως παντρεύονται για πρώτη φορά ή ξαναπαντρεύονται μετά από διαζύγιο. Σε ό, τι αφορά την υγεία, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που συμβιώνουν συνήθως δε διαθέτουν υγειονομική ασφάλιση. Επίσης, οι ηλικιωμένες γυναίκες σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά στην ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων (ADLs) σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους άνδρες. Η κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων αλκοόλ είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους άνδρες. Σε ό, τι αφορά τις κοινωνικές σχέσεις, η συμβίωση σχετίζεται θετικά με την κοινωνική απομόνωση, καθώς όσοι συμβιώνουν δεν έχουν φίλους ή συγγενείς στη γειτονιά τους. Η θρησκευτικότητα είναι πιο ισχυρή ανάμεσα στις γυναίκες, ενώ υπάρχει

	θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ύπαρξη παιδιών και τη συμβίωση.
Συμπεράσματα	Η εικόνα που αναδύεται δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι που συμβιώνουν βρίσκονται σε περισσότερο μειονεκτική θέση σε σχέση μ' εκείνους που επιλέγουν να ξαναπαντρευτούν. Μάλιστα μελέτες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι που επιλέγουν το γάμο ως τύπο ένωσης / συμβίωσης έχουν περισσότερες πιθανότητες να υιοθετήσουν υγιείς συμπεριφορές. Από την άλλη πλευρά οι ηλικιωμένοι που συμβιώνουν βρίσκονται σε περισσότερο πλεονεκτική θέση από τους άγαμους στον οικονομικό τομέα. Σε σχέση με το φύλο οι ηλικιωμένες γυναίκες αντλούν περισσότερα μειονεκτήματα από τη συμβίωση σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους άνδρες. Επιπρόσθετα η συμβίωση απαιτεί λιγότερες δεσμεύσεις σε σχέση με τη σύναψη ενός νέου γάμου. Ουσιαστικά πρόκειται για μία εναλλακτική λύση δέσμευσης που είναι ιδανική για τα άτομα που δεν επιθυμούν να παραμείνουν άγαμα. Επίσης, η συμβίωση αποτελεί πηγή υποστήριξης κυρίως για τα ηλικιωμένα άτομα που υποφέρουν από ασθένειες ή αναπηρίες και συγκεντρώνουν λιγότερα κατά κεφαλήν εισοδήματα. Η επιλογή της συμβίωσης ως τύπου ένωσης εντείνει πολλές φορές την ανασφάλεια των ηλικιωμένων, ενώ

	ταυτόχρονα δείχνει ότι τα υποστηρικτικά τους δίκτυα είναι περισσότερο ευάλωτα ή υπό διάλυση. Είναι αληθές ότι για κάποιους ηλικιωμένους ο σύντροφος με τον οποίο συμβιώνουν είτε αποτελεί σημαντική πηγή βοήθειας σε στιγμές ανάγκης, είτε ο ίδιος μπορεί να εξαφανιστεί ακριβώς τη στιγμή που η ανάγκη για βοήθεια είναι μεγάλη.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	4ο άρθρο.
Τίτλος	Cohabitation status and onset of disability among older Danes. Is social participation a possible mediator?
Έτος	2008.
Συγγραφείς	Nilsson, J. C., Lund, R., & Avlund, K.
Περίληψη	Στόχοι: Να διερευνηθεί η επίδραση της κατάστασης συμβίωσης σε ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες (και η συμβολή της) στην έναρξη αναπηρίας σε παρακολούθηση (follow – up) 3ων έως και 4.5 χρόνων. Επίσης (να διερευνηθούν) αλλαγές στη λειτουργική ικανότητα σε παρακολούθηση (follow – up) 3ων έως και 4.5 χρόνων. Και να αναλυθεί αν αυτή η επίδραση προέρχεται / προκαλείται από την κοινωνική συμμετοχή. Μέθοδος: Συνολικά 2.533 ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες χωρίς

	αναπηρία, που ήταν εγγεγραμμένοι στη μελέτη παρέμβασης της Δανίας για προληπτικές επισκέψεις στο σπίτι, συνθέτουν τον πληθυσμό της έρευνας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ηλεκτρονικά απεσταλμένων ερωτηματολογίων το 1998-1999, το 2000, το 2001-2002 και το 2003. Αποτελέσματα: Η μοναχική διαβίωση αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο έναρξης αναπηρίας και τον κίνδυνο διατήρησης φτωχής λειτουργικής ικανότητας ανάμεσα στους (ηλικιωμένους) άνδρες, αλλά όχι ανάμεσα στις άγαμες γυναίκες. Η κοινωνική συμμετοχή προκαλεί μόνο ένα μικρό μέρος της επίδρασης της κατάστασης συμβίωσης στη λειτουργική ικανότητα. Συζήτηση: Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της συμβίωσης / του γάμου για τη διατήρηση υψηλής λειτουργικής ικανότητας ανάμεσα στους ηλικιωμένους άνδρες. Λέξεις κλειδιά: Κατάσταση συμβίωσης, έναρξη αναπηρίας, μεσολάβηση, κοινωνική συμμετοχή.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην κατάσταση συμβίωσης και τον κίνδυνο έναρξης ανικανότητας ή διατήρησης φτωχής λειτουργικής ικανότητας 3 έως και 4.5 χρόνια μετά.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν ηλικιωμένοι άνδρες

	και γυναίκες, ηλικίας 74ων έως 80 ετών, που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα ανικανότητας / αναπηρίας.
Κύριο αποτέλεσμα	Η κατανομή των λειτουργικών δυνατοτήτων ανά φύλο δείχνει ότι: οι ηλικιωμένοι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν έναρξη αναπηρίας ή πτώση σε φτωχή λειτουργική ικανότητα σε σύγκριση με τις ηλικιωμένες γυναίκες, οι οποίες αναρρώνουν πιο γρήγορα από φτωχή λειτουργική ικανότητα. Η κατανομή της κατάστασης συμβίωσης ανά φύλο δείχνει ότι: Σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους άνδρες, οι περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες ζουν μόνες (λόγω αγαμίας ή χηρείας), έχουν φτωχή ψυχική ευεξία και λιγότερα περιουσιακά στοιχεία.
Συμπεράσματα	Σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους άνδρες, οι ηλικιωμένες γυναίκες που ζουν μόνες δε διατρέχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αναπηρίας ή αλλαγών στη λειτουργική ικανότητα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη σταδιακή εμφάνιση των αρνητικών επιπτώσεων της μοναχικής διαβίωσης. Όταν η συμβίωση καταλήγει σε γάμο, οι ηλικιωμένοι άνδρες προστατεύονται περισσότερο από τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Οι αλλαγές στη λειτουργική ικανότητα εμφανίζονται πολύ συχνά στους

	ηλικιωμένους αλλά μπορεί να είναι παροδικές και να μη λαμβάνονται αμέσως υπόψη. Αυτό σημαίνει ότι οι αλλαγές στη λειτουργική ικανότητα δεν αποτελούν ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες κινδύνου και συνεπώς δεν οδηγούν απευθείας στην εκδήλωση ανικανότητας. Η κοινωνική συμμετοχή θεωρείται σημαντική, καθώς μειώνει τις πιθανότητες εκδήλωσης λειτουργικής ανικανότητας. Για παράδειγμα όταν οι ηλικιωμένοι άνδρες, που ζουν μόνοι, ανταλλάσσουν επισκέψεις με τους άλλους ή ασχολούνται με διάφορες εξωτερικές δραστηριότητες προλαμβάνουν την εκδήλωση φτωχής λειτουργικής ικανότητας για τα επόμενα χρόνια. Αλλά και οι ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες, που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας, χρησιμοποιούν την αυξημένη κοινωνική συμμετοχή ως στρατηγική αντιμετώπισης των αρνητικών επιπτώσεων που επιφέρει αυτός ο τύπος συμβίωσης. Στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι οι χήροι ηλικιωμένοι άνδρες δε συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά κοινωνικής συμμετοχής και κοινωνικών σχέσεων σε σύγκριση με τις χήρες ηλικιωμένες γυναίκες. Αυτό δείχνει ότι και πριν βρεθούν σε κατάσταση χηρείας δεν είχαν υψηλή κοινωνική δράση και παραμελούσαν τις κοινωνικές τους σχέσεις. Επίσης η μειωμένη

	κοινωνική συμμετοχή ανάμεσα στους χήρους ηλικιωμένους άνδρες δεν ευθύνεται τόσο για την εκδήλωση ανικανότητας / αναπηρίας όσο η απώλεια της συζύγου. Η αναζήτηση παραγόντων που μπορούν να κάνουν τη μοναχική διαβίωση λιγότερο μειονεκτική για τους ηλικιωμένους άνδρες είναι σημαντική. Καθώς η υψηλή κοινωνική συμμετοχή μπορεί να αποτρέψει την παρατεταμένη λειτουργική μείωση / πτώση, η ενθάρρυνση των ηλικιωμένων φτωχής αλλά και καλής λειτουργικής ικανότητας να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες είναι απαραίτητη. Η πρόσβαση, για παράδειγμα, στα μεταφορικά και οικονομικά μέσα, καθώς και στις κοινωνικές δραστηριότητες είναι ένα σημαντικό θέμα. Παρόλο που δε βρίσκουμε σημαντική αύξηση του κινδύνου έναρξης ανικανότητας ανάμεσα σε ηλικιωμένες γυναίκες που ζουν μόνες, δεν πρέπει να αποκλείουμε την πιθανότητα ότι και οι ηλικιωμένες γυναίκες μπορούν να επωφεληθούν από τη συμβίωση και τη συμμετοχή τους στις κοινωνικές δραστηριότητες. Η ψυχική ευεξία είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την έναρξη αναπηρίας. Άλλοι τρόποι αξιολόγησης της ψυχικής υγείας, όπως η χρήση κλίμακας κατάθλιψης, θα μπορούσαν να έχουν αποκαλύψει άλλα αποτελέσματα.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	5ο άρθρο.
Τίτλος	The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships.
Έτος	2015.
Συγγραφείς	Rabelo, F. D., & Neri, L. A.
Περίληψη	Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αναλύσει τη σχέση ανάμεσα στη διαμόρφωση / σύνθεση της οικογένειας, στις σωματικές και ψυχικές καταστάσεις υγείας των ηλικιωμένων και την ικανοποίηση τους από τις οικογενειακές σχέσεις. Μέθοδοι: Πρόκειται για μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 134 ηλικιωμένους από την πόλη Σάντο Αντώνιο του Ιησού, Μπαχία, χωρίς γνωστικά ελλείμματα που υποδηλώνουν την άνοια. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση μέσω κλάστερ (cluster analysis) με τη μέθοδο της διαίρεσης (σε τρεις ομάδες). Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ήταν επικεφαλείς του νοικοκυριού (72.4%) και συνέβαλλαν στην οικονομική συντήρηση της οικογένειας τους (συνολικά: 49.2%, εν μέρει: 44%), ζούσαν σύμφωνα με πολυγενεακές ρυθμίσεις (64.9%), είχαν

	καλή σωματική λειτουργικότητα, δεν υπέφεραν από κατάθλιψη (82.9%) ή άγχος (76.9%), ενώ έκριναν ότι η οικογένειά τους είχε καλή λειτουργικότητα (85.8%). Οι μεταβλητές που συνέβαλλαν περισσότερο στο σχηματισμό των κλάστερς (clusters) ήταν οι βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και η οικογενειακή λειτουργικότητα. Τα κλάστερς (clusters) αποτελούσαν: 1) ηλικιωμένα άτομα που χρειάζονταν βοήθεια για να εκτελέσουν πιο σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, που υπέφεραν από άγχος και ήταν δυσαρεστημένα από τις οικογενειακές σχέσεις. 2) ηλικιωμένα άτομα που ήταν εξαρτώμενα στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, που υπέφεραν από άγχος και ήταν ικανοποιημένα από τις οικογενειακές σχέσεις. 3) ανεξάρτητα ηλικιωμένα άτομα που ήταν ικανοποιημένα από τις οικογενειακές σχέσεις. Συμπεράσματα: Υπήρχε αμοιβαιότητα ανάμεσα στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων από τις οικογενειακές τους σχέσεις και στα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και διανοητικής υγείας.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στους πολυγενεακούς οικογενειακούς δεσμούς, στην έμμεση συμβολή τους για τη

	διατήρηση της υγείας σε καλά επίπεδα και την έκφραση ικανοποίησης από τις οικογενειακές σχέσεις.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες ηλικίας 60 – 74^{ων} ετών ή 75 και άνω.
Κύριο αποτέλεσμα	Όσον αφορά την κατάσταση συμβίωσης, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων συμβιώνει με συγγενείς από ποικίλες γενιές. Συγκεκριμένα το 41% ζει με απογόνους, το 23.9% ζει με τον / τη σύζυγο ή με απόγονο, το 17.9% ζει μόνος / η, το 9.7% ακολουθεί άλλου τύπου ρυθμίσεις και το 7.5% ζει μόνο με τον / την σύζυγό του / της. Όσον αφορά την υγεία, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων αναφέρει ότι πάσχει από μία ή δύο ασθένειες (52.2%), έχει αισθανθεί τρία ή περισσότερα σημάδια ή συμπτώματα (59.7%), εμφανίζει χαμηλά επίπεδα κοινωνικής συμμετοχής (65.7%), αλλά υψηλά επίπεδα ανεξαρτησίας στην εκτέλεση βασικών (96.3%) και πιο σύνθετων (58.2%) καθημερινών δραστηριοτήτων. Όσον αφορά τις ψυχολογικές καταστάσεις, το 82.9% των ηλικιωμένων δεν εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα και το 76.9% δεν αποκαλύπτει σημάδια ταλαιπωρίας από άγχος. Όσον αφορά τις οικογενειακές σχέσεις οι ηλικιωμένοι αναφέρουν ικανοποίηση ως προς την

	προσαρμοστικότητα (81.3%), τη συντροφικότητα (82.8%), την ανάπτυξη (81.3%), τη στοργή (80.6%), την αποφασιστικότητα (84.3%), ενώ μία μεγάλη πλειοψηφία (85.8%) πιστεύει ότι η οικογένειά τους έχει καλή λειτουργικότητα. Συνολικά μόνο το 14.2% των ηλικιωμένων αναφέρει οικογενειακή δυσλειτουργία.
Συμπεράσματα	Η κοινωνικότητα, η αλληλεγγύη και η στοργή που αναπτύσσεται εντός του οικογενειακού δικτύου, το μετατρέπει σε δίκτυο υποστήριξης μεταξύ των γενεών. Η περισσότερο επιτυχημένη οικογενειακή λειτουργικότητα συνδέεται με την καλύτερη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και αποδεικνύει ότι οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, η οργάνωση και η οικογενειακή υποστήριξη έχουν μεγάλη σημασία. Οι θετικές ή αρνητικές αξιολογήσεις που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τις οικογένειές τους συνδέονται σημαντικά με την ικανοποίηση που αισθάνονται από τις ίδιες. Επίσης οι θετικές ή αρνητικές αξιολογήσεις που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τις οικογένειές τους επηρεάζουν τη σωματική – ψυχική υγεία και το επίπεδο ανεξαρτησίας τους. Οι ειδικοί πρέπει να είναι προετοιμασμένοι, ώστε να συνεργαστούν με οικογένειες που εκτίθενται σε υψηλούς κινδύνους.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	6ο άρθρο.
Τίτλος	Changes in activities of daily living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of healthcare over a 3-year period.
Έτος	2009.
Συγγραφείς	Wang, D., Zheng, J., Kurosawa, M., Inaba, Y., & Kato, N.
Περίληψη	Στόχοι: Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί πως οι αλλαγές των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής μπορούν να εξηγηθούν με βάση την οικογενειακή κατάσταση, τον τρόπο ζωής και την φροντίδα υγείας. Μέθοδοι: Χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Κινεζική διαχρονική μελέτη υγείας και μακροζωίας που διεξήχθη το 2002 και το 2005, 8.099 επιζώντες και 3.822 αποθανόντες ηλικιωμένοι ηλικίας 65 ετών και άνω αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας πολυεθνική λογιστική παλινδρόμηση. Αποτελέσματα: Μετά την προσαρμογή για δημογραφικούς, κοινωνικοοικονομικούς και υγειονομικούς παράγοντες, οι ηλικιωμένοι που ήταν είτε παντρεμένοι είτε μόνοι είχαν λιγότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν μείωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων σε

	σύγκριση με άλλους ομοίους τους. Αυτό ίσχυε μόνο για εκείνους που ήταν εξαρχής πλήρως ανεξάρτητοι στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα, όταν η λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων απέκλινε από τη βασική γραμμή και γίνονταν εξαρτώμενοι από τους άλλους, η κατάσταση της μοναχικής διαβίωσης δεν ήταν πλέον ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του ποσοστού μελλοντικής μείωσης. Από την άλλη πλευρά, οι ηλικιωμένοι που είχαν σύζυγο, παιδιά ή άλλους συγγενείς ως φροντιστές ήταν περισσότερο πιθανό να βιώσουν ταχύτερη ανάρρωση και μειωμένη πιθανότητα θανάτου, σε σύγκριση μ' εκείνους που φροντίζονταν και ζούσαν με άσχετους φροντιστές. Επιπλέον, οι Κινέζοι ηλικιωμένοι με ασφάλιση υγείας είχαν λιγότερες πιθανότητες θανάτου από άλλους ομοίους τους που δε διαθέτουν υγειονομική ασφάλιση αλλά είναι εξαρχής εξαρτώμενοι στην εκτέλεση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Συμπεράσματα: Αν και υπήρξε αλλαγή στην οικογενειακή δομή και τον τρόπο ζωής, η πλειοψηφία των Κινέζων ηλικιωμένων βασίζεται ακόμη σε παραδοσιακές μορφές οικογενειακής υποστήριξης, ειδικά μετά την απόκτηση κατάστασης εξάρτησης. Καθώς οι ηλικιωμένοι έχουν διαφορετικά επίπεδα

	λειτουργικότητας, οι πολιτικές φροντίδας υγείας στην Κίνα πρέπει να λάβουν υπόψη την ανάγκη τόσο για κοινοτικά όσο και για οικογενειακά συστήματα υποστήριξης. Λέξεις κλειδιά: Ηλικιωμένοι στην Κίνα, αλλαγή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, οικογενειακή κατάσταση, ρυθμίσεις διαβίωσης / τρόπος ζωής, υγειονομική περίθαλψη / φροντίδα υγείας.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην επίδραση της οικογενειακής κατάστασης, των ρυθμίσεων διαβίωσης και των φροντιστών στα επίπεδα λειτουργικότητας των ηλικιωμένων.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω.
Κύριο αποτέλεσμα	Σχετικά με τους παράγοντες υγείας, τόσο η συχνότητα αντιμετώπισης σοβαρής ασθένειας τα τελευταία δύο χρόνια, όσο και τα αποτελέσματα της κλίμακας ψυχικής υγείας MMSE (Mini Mental State Examination) συνδέονται με σημαντικές αλλαγές στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (ADLs). Επίσης σημαντικές αλλαγές στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (ADLs) σχετίζονται με την οικογενειακή κατάσταση, τις ρυθμίσεις διαβίωσης και τον τύπο του φροντιστή, όταν το υποκείμενο είναι

	άρρωστο ή υπάρχει ανεπάρκεια ιατρικών υπηρεσιών. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, ο γάμος προστατεύει τον ηλικιωμένο / την ηλικιωμένη από τη μείωση των καθημερινών δραστηριοτήτων και ταυτόχρονα ευθύνεται για τη μετάβαση του υποκειμένου από την πλήρη στη σχετική ανεξαρτησία. Επιπρόσθετα σχετικά με τις ρυθμίσεις διαβίωσης, οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνο με τον / τη σύζυγο έχουν μειωμένες πιθανότητες θανάτου, σε αντίθεση μ' εκείνους που ζουν μόνοι. Επίσης, οι ηλικιωμένοι που ζουν με παιδιά και / ή άλλους συγγενείς διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο αλλαγής στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADLs) και σταδιακής μετάβασης από την πλήρη ανεξαρτησία στην πλήρη εξάρτηση. Από την άλλη πλευρά, όσο αφορά την υγεία οι ηλικιωμένοι που βιώνουν ανεπάρκεια ιατρικών υπηρεσιών, όταν είναι άρρωστοι, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου, συγκεντρώνουν χαμηλότερα ποσοστά αλλαγής στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADLs), ενώ παραμένουν σχετικά (όχι πλήρως) ανεξάρτητοι. Οι ηλικιωμένοι που έχουν παιδιά ή άλλους συγγενείς ως φροντιστές συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά αλλαγής στις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής, ενώ οι

	πιθανότητες μετάβασης από τη σχετική ή πλήρη εξάρτηση στη σχετική ή πλήρη ανεξαρτησία είναι περισσότερες. Τέλος, οι ηλικιωμένοι που δέχονται φροντίδα από τα παιδιά τους και άλλους συγγενείς, κατά τη διάρκεια ασθενείας, έχουν 4.4 φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν μετάβαση από τη σχετική ή πλήρη εξάρτηση στη σχετική ή πλήρη ανεξαρτησία, όσο αφορά τη δυνατότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων (ADLs).
Συμπεράσματα	Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι Κινέζοι ηλικιωμένοι που είναι παντρεμένοι είναι λιγότερο πιθανό να βιώσουν μείωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων και διατρέχουν χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου σε σύγκριση με τους άγαμους. Η πλειοψηφία των έγγαμων ηλικιωμένων στην Κίνα είναι άνδρες, ενώ η πλειοψηφία των άγαμων είναι γυναίκες. Οι έγγαμοι ηλικιωμένοι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να βιώσουν χειρότερη λειτουργικότητα ως προς την εκτέλεση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (ADLs) σε σύγκριση με τους άγαμους. Σχετικά με τις ρυθμίσεις διαβίωσης, πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι στην Κίνα που είναι σωματικά ανεξάρτητοι προτιμούν να ζουν είτε μόνοι είτε μόνο με τον / τη σύζυγό τους. Αυτή η τάση παρατηρείται ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους

	που ζουν σε αστικές περιοχές, που έχουν υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης και κατέχουν υψηλές θέσεις εργασίας πριν φτάσουν στην ηλικία των 60 χρόνων. Οι περισσότεροι από αυτούς απολαμβάνουν μία πλήρη ζωή. Άρα το να συνεχίσουν να ζουν μόνοι ή μόνο με τον / τη σύζυγό τους φαίνεται να είναι ευεργετικό για τη διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (ADLs), σε σύγκριση με ηλικιωμένους που ζουν με τα παιδιά ή με άλλους. Άλλωστε μέσω της παρούσας έρευνας αποδεικνύεται ότι για τους ηλικιωμένους που ζουν με άλλους, συμπεριλαμβανομένων των απογόνων, η μακροπρόθεσμη διαγενεακή ανταλλαγή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη σωματική κόπωση και να οδηγήσει σε μείωση της σωματικής λειτουργικότητας. Η μοναχική διαβίωση, όπως δείχνουν και σχετικές μελέτες στην Ιαπωνία ή σε άλλες δυτικές χώρες, συνδέεται με υψηλότερους κινδύνους υγείας για τους άνδρες και με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας για τις γυναίκες. Επίσης, η μοναχική διαβίωση επιτρέπει στους ηλικιωμένους να μάθουν να διατηρούν ένα υψηλό επίπεδο ανεξαρτησίας, ένα φαινόμενο που αναφέρεται ως «βιολογικά ρυθμισμένο αντανακλαστικό». Σε σύγκριση μ' εκείνους που ζουν με άλλους, οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι είναι

	περισσότερο ανεξάρτητοι στην εκτέλεση όχι μόνο των έξι βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (ADLs) (π.χ. σίτιση, ντύσιμο, εσωτερική κινητικότητα, μπάνιο, χρήση τουαλέτας, εγκράτεια) αλλά και πιο σύνθετων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, όπως το εξωτερικό περπάτημα, τα ψώνια, η προετοιμασία των γευμάτων ή το καθάρισμα. Η παρούσα μελέτη αποκαλύπτει ακόμα ότι, όταν ένα ηλικιωμένο άτομο εξαρτάται λειτουργικά από τους άλλους, η κατάσταση της μοναχικής διαβίωσης δεν αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για περαιτέρω λειτουργική μείωση. Σχετικά με τους φροντιστές, οι ηλικιωμένοι που φροντίζονται από τα παιδιά τους και άλλους συγγενείς, κατά τη διάρκεια ασθενείας, είναι 4.4 φορές πιο πιθανό να βιώσουν μετάβαση από τη σχετική ή πλήρη εξάρτηση στη σχετική ή πλήρη ανεξαρτησία όσον αφορά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (ADLs). Ωστόσο κάτι τέτοιο δε μπορεί να συμβεί, όταν οι ηλικιωμένοι δέχονται φροντίδα από άσχετους φροντιστές. Επιπρόσθετα, οι ηλικιωμένοι που φροντίζονται από τον / τη σύζυγο ή τα παιδιά και άλλους συγγενείς έχουν χαμηλότερες πιθανότητες θανάτου, σε σύγκριση μ’ εκείνους που φροντίζονται από άσχετους φροντιστές. Αυτά τα

	ευρήματα υπονοούν ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων στην Κίνα βασίζεται ακόμη σε παραδοσιακές μορφές οικογενειακής υποστήριξης. Επίσης, όταν οι ηλικιωμένοι γίνονται λειτουργικά εξαρτώμενοι, συνήθως μετακινούνται για να ζήσουν με τους ενήλικες απογόνους τους ή με άλλους ανθρώπους. Σε γενικές γραμμές συμπεραίνεται ότι σύζυγοι, παιδιά και άλλοι συγγενείς που παίζουν το ρόλο του φροντιστή, όταν ένας ηλικιωμένος είναι άρρωστος, είναι κάτι σύνηθες και κοινό. Επιπλέον, σε σύγκριση με την ύπαρξη άσχετων φροντιστών, η ύπαρξη συζύγων, παιδιών και άλλων συγγενών, που παίζουν το ρόλο του φροντιστή, προστατεύει καλύτερα τους άρρωστους ηλικιωμένους από την ψυχολογική απομόνωση, ενώ τους παρέχονται επαρκείς ιατρικές υπηρεσίες. Αυτή η μελέτη επίσης υπονοεί ότι η επαγγελματική εκπαίδευση για τους φροντιστές απαιτείται εξαιτίας της γρήγορης αύξησης του ποσοστού των ηλικιωμένων στον Κινεζικό πληθυσμό, ως συνέπεια της υπογεννητικότητας.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	7ο άρθρο.
Τίτλος	Gender, the marital life course, and cardiovascular disease in late midlife.

Έτος	2006.
Συγγραφείς	Zhang, Z., & Hayward, M.D.
Περίληψη	Σχεδιάζοντας με βάση τα πέντε κύματα της μελέτης για την υγεία και τη συνταξιοδότηση εξετάζουμε την επίδραση της πορείας της συζυγικής ζωής στην επικράτηση και τη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών σε 9.434 άτομα μέσης ηλικίας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σε σύγκριση με τα διαρκώς παντρεμένα άτομα, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες με απώλεια γάμου έχουν σημαντικά υψηλότερη επικράτηση καρδιαγγειακών παθήσεων. Άνδρες και γυναίκες, ωστόσο, διαφέρουν ως προς τις επιδράσεις της απώλειας γάμου στη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών κατά τη διάρκεια της μελέτης. Οι γυναίκες με απώλεια γάμου διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών προς το τέλος της μέσης ηλικίας σε σύγκριση με τις έγγαμες, ενώ η απώλεια γάμου δε σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών για τους άνδρες. Η συναισθηματική δυσφορία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση εξηγεί τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών ανάμεσα στις διαζευγμένες γυναίκες.

Σχετικότητα με το θέμα	Δεν υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στη συζυγική πορεία ζωής και την επικράτηση ή τη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών ασθενειών, τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες που βρίσκονται στα τέλη της μέσης ηλικίας.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν μεσήλικοι άνδρες και γυναίκες ηλικίας 51 – 65 ετών.
Κύριο αποτέλεσμα	Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και την επικράτηση καρδιαγγειακών ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες που έχουν βιώσει απώλεια γάμου έχουν σημαντικά υψηλότερη επικράτηση καρδιαγγειακών ασθενειών σε σύγκριση με τους έγγαμες. Για παράδειγμα, περίπου το 10.7% των ξαναπαντρεμένων γυναικών, το 11.6% των διαζευγμένων γυναικών και το 10.8% των χήρων αναφέρει την ύπαρξη καρδιαγγειακής ασθένειας, κάτι που δεν ισχύει για το 8.7% των έγγαμων γυναικών. Οι άγαμες γυναίκες δε διατρέχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής ασθένειας σε σύγκριση με τις έγγαμες. Η ομοιότητα των ξαναπαντρεμένων και των διαζευγμένων γυναικών όσον αφορά τον υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής ασθένειας συμβαδίζει με την υπόθεση του στρες ότι η απώλεια

	γάμου και ιδιαίτερα το διαζύγιο μπορεί να έχει διαρκείς αρνητικές επιπτώσεις. Συγκεκριμένα η ψυχική δυσφορία αποτελεί τον κύριο μηχανισμό αύξησης του κινδύνου καρδιαγγειακής ασθένειας στις διαζευγμένες γυναίκες, εν αντιθέσει με τις έγγαμες. Για τις ξαναπαντρεμένες γυναίκες η συναισθηματική δυσφορία εξηγεί εν μέρει τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής ασθένειας. Συνολικά, τα παραπάνω αποτελέσματα αποκαλύπτουν ότι η απώλεια του γάμου και συγκεκριμένα το διαζύγιο θέτει τις γυναίκες σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής ασθένειας στα τέλη της μέσης ηλικίας, ανεξάρτητα από το αν είναι ξαναπαντρεμένες. Ενώ οι άγαμες γυναίκες παρουσιάζουν ομοιότητες με τις έγγαμες ως προς τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής ασθένειας. Σε αντίθεση με τις γυναίκες, η απώλεια γάμου έχει πολύ διαφορετικές συνέπειες για τους άνδρες. Οι ξαναπαντρεμένοι μεσήλικοι άνδρες έχουν κάπως λιγότερες πιθανότητες να βιώσουν έναρξη καρδιαγγειακής ασθένειας σε σύγκριση με τους έγγαμους άνδρες. Συγκεκριμένα, οι ξαναπαντρεμένοι άνδρες έχουν 19% λιγότερες πιθανότητες να βιώσουν καρδιαγγειακή ασθένεια σε σύγκριση με τους έγγαμους άνδρες. Επιπλέον οι άγαμοι άνδρες δείχνουν ένα σαφές πλεονέκτημα έναντι των έγγαμων

	ανδρών, αφού ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιαγγειακής ασθένειας είναι 60% χαμηλότερος από αυτόν των έγγαμων ανδρών. Επίσης, ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακής ασθένειας ανάμεσα στους διαζευγμένους και τους χήρους άνδρες δεν είναι σημαντικά διαφορετικός από εκείνον των έγγαμων ανδρών. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα για άνδρες και γυναίκες, συμπεραίνεται ότι ο συνεχής γάμος προσφέρει στις γυναίκες προστασία από την έναρξη καρδιαγγειακών ασθενειών στη μέση ηλικία, αλλά δεν προσφέρει παρόμοια οφέλη στους άνδρες. Είναι ξεκάθαρο ότι οι έγγαμες γυναίκες έχουν χαμηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιοαγγειακών ασθενειών εξαιτίας της οικονομικής και συναισθηματικής ευεξίας που προέρχεται από τους άθικτους γάμους. Όμως οι ξαναπαντρεμένες γυναίκες αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών ασθενειών σε σύγκριση με τις έγγαμες, χωρίς να εξηγείται πλήρως το γιατί. Οι άγαμοι άνδρες και γυναίκες δε διαφέρουν σημαντικά από τους έγγαμους.
Συμπεράσματα	Οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς την έναρξη καρδιαγγειακών ασθενειών εξηγούνται με βάση ποικίλους παράγοντες. Ένας από αυτούς είναι η

	ποικιλία του ζευγαρώματος ειδικά ανάμεσα στον ξαναπαντρεμένο πληθυσμό. Σύμφωνα με τον White, ένας δεύτερος γάμος επιλέγεται από πλουσιότερους, πιο ευτυχισμένους και υγιέστερους άνδρες. Αντίθετα, ένας δεύτερος γάμος επιλέγεται από φτωχότερες και λιγότερο μορφωμένες γυναίκες. Ένας δεύτερος παράγοντας είναι η επιλογή. Επειδή οι άγαμοι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες θανάτου, εκείνοι που επιβιώνουν ως τη μέση ηλικία και καταφέρνουν να είναι ελεύθεροι από καρδιαγγειακές ασθένειες ουσιαστικά επιλέγουν να παραμείνουν δυνατοί και να μην παρουσιάζουν επικίνδυνες συμπεριφορές. Επίσης, οι άγαμοι άνδρες επιλέγουν να έχουν φυσιολογικό βάρος και να μην καπνίζουν σε αντίθεση με τους έγγαμους άνδρες. Ένας τρίτος παράγοντας σχετίζεται με τη διαφορετική επιλογή θνησιμότητας κατά την περίοδο παρακολούθησης (follow – up period). Οι ξαναπαντρεμένοι, οι διαζευγμένοι, οι χήροι και οι άγαμοι άνδρες είναι περισσότερο πιθανόν ή επιλέγουν να πεθάνουν από άλλες αιτίες, εκτός των καρδιαγγειακών παθήσεων. Αντίθετα, οι έγγαμοι άνδρες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο προσβολής από καρδιαγγειακές παθήσεις. Τα αντίθετα μοτίβα θνησιμότητας ισχύουν για τις γυναίκες. Οι διαζευγμένες και οι χήρες

	γυναίκες είναι πιο πιθανόν ή επιλέγουν να πεθάνουν από καρδιαγγειακές ασθένειες, εν αντιθέσει με τις έγγαμες. Επίσης, οι ξαναπαντρεμένες και οι άγαμες γυναίκες δε διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακές ασθένειες. Τέλος, ο τέταρτος παράγοντας σχετίζεται με τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς την έναρξη καρδιαγγειακών ασθενειών. Οι γυναίκες αναπτύσσουν καρδιαγγειακές ασθένειες περίπου 10 χρόνια αργότερα από τους άνδρες. Ο κίνδυνος αυξάνεται απότομα μετά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση και εξισώνεται μ' εκείνον των ανδρών μέχρι την ηλικία των 60. Ενώ οι γυναίκες διατρέχουν σημαντικά χαμηλό κίνδυνο καρδιακών προσβολών πριν τη μέση ηλικία, για τους άνδρες ο κίνδυνος καρδιακών προσβολών τείνει να κορυφώνεται νωρίτερα. Στην ηλικιακή ομάδα των 45 – 54^{ων} ετών, ο αριθμός των ανδρών που υφίστανται καρδιακές προσβολές είναι έξι φορές μεγαλύτερος από εκείνον των γυναικών. Συνεπώς περισσότεροι άνδρες από γυναίκες μπορεί να πεθάνουν από καρδιακή προσβολή πριν τη μέση ηλικία. Παρόλο που η θνησιμότητα από καρδιαγγειακές ασθένειες είναι πολύ χαμηλή πριν τη μέση ηλικία, δεν πρέπει να ξεχνάμε τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην

	καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	8ο άρθρο.
Τίτλος	Marital quality and cognitive limitations in late life.
Έτος	2016.
Συγγραφείς	Xu, M., Thomas, P.A., & Umberson, D.
Περίληψη	Στόχοι: Η αναγνώριση παραγόντων, που σχετίζονται με γνωστικούς περιορισμούς ανάμεσα στους ηλικιωμένους, έχει γίνει ένας σημαντικός στόχος για τη δημόσια υγεία. Δεδομένης της σημασίας των οικογενειακών σχέσεων για την υγεία των ηλικιωμένων, αυτή η μελέτη εξετάζει τη συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή ποιότητα και την αλλαγή των γνωστικών περιορισμών στο τέλος της ζωής· εξετάζει επίσης την κατευθυντικότητα της σχέσης προς την οικογενειακή ποιότητα και τους γνωστικούς περιορισμούς και τις πιθανές διαφορές μεταξύ των φύλων σε αυτές τις συσχετίσεις. Μέθοδος: Μοντέλα λανθάνουσας καμπύλης ανάπτυξης χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν τη συσχέτιση της οικογενειακής ποιότητας με την αλλαγή σε γνωστικούς περιορισμούς ανάμεσα στους

	ηλικιωμένους αλλά και την κατεύθυνση της συσχέτισης προς την οικογενειακή ποιότητα και τους γνωστικούς περιορισμούς χρησιμοποιώντας την έρευνα 4ων κυμάτων των Αμερικανών που αλλάζουν ζωές. Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι πιο συχνές αρνητικές (αλλά όχι θετικές) οικογενειακές εμπειρίες σχετίζονται με την πιο αργή αύξηση των γνωστικών περιορισμών με την πάροδο του χρόνου· αλλά η κατεύθυνση αυτής της συσχέτισης δε λειτουργεί αντίστροφα (δηλαδή οι γνωστικοί περιορισμοί δεν οδηγούν σε αλλαγές στην οικογενειακή ποιότητα με την πάροδο του χρόνου). Η συσχέτιση ανάμεσα στις αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες και τους γνωστικούς περιορισμούς είναι παρόμοια για άνδρες και γυναίκες. Συζήτηση: Η συζήτηση υπογραμμίζει πιθανές εξηγήσεις για το φαινομενικό προστατευτικό αποτέλεσμα των αρνητικών οικογενειακών εμπειριών στη γνωστική υγεία των ηλικιωμένων με την πάροδο του χρόνου, ανεξάρτητα από το φύλο. Λέξεις κλειδιά: Γνωστικοί περιορισμοί – φύλο – οικογενειακή ποιότητα – ηλικιωμένοι.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στις οικογενειακές εμπειρίες, που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα, και τη μακροπρόθεσμη συμβολή τους στην

	ταχεία ή αργή εκδήλωση γνωστικών περιορισμών.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες, χωρίς να προσδιορίζεται σαφώς η ηλικία τους.
Κύριο αποτέλεσμα	Η οικογενειακή ποιότητα σχετίζεται όχι μόνο με τα αρχικά επίπεδα των γνωστικών περιορισμών αλλά και με το ρυθμό ανάπτυξης τους με την πάροδο του χρόνου. Οι ηλικιωμένοι με συχνότερες αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες παρουσιάζουν βραδύτερο ρυθμό αύξησης των γνωστικών περιορισμών. Αντίθετα οι ηλικιωμένοι με λιγότερο συχνές αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες παρουσιάζουν ταχύτερη αύξηση των γνωστικών περιορισμών. Επομένως, η υψηλότερη συχνότητα αρνητικών οικογενειακών εμπειριών σχετίζεται αντιστρόφως με τους γνωστικούς περιορισμούς, δείχνοντας τα ευεργετικά αποτελέσματα των αρνητικών οικογενειακών εμπειριών στη γνωστική λειτουργία. Η αναχαίτιση των γνωστικών περιορισμών δε σχετίζεται σημαντικά με αλλαγές στην οικογενειακή ποιότητα, υποδηλώνοντας ότι η ροή είναι από την οικογενειακή ποιότητα στους γνωστικούς περιορισμούς και όχι το αντίστροφο. Επίσης το φύλο δε σχετίζεται σημαντικά με αλλαγές στην οικογενειακή ποιότητα και τους γνωστικούς περιορισμούς με την

	πάροδο του χρόνου.
Συμπεράσματα	Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων στο τρέχον δείγμα έχει σχετικά σπάνιες αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες και η περιστασιακή εμπειρία της οικογενειακής καταπόνησης για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να δημιουργήσει μέτριο άγχος που χρησιμεύει για να οξύνει τη γνωστική λειτουργία. Αυτή η εξήγηση υποστηρίζεται από προηγούμενες έρευνες που δείχνουν ότι το μέτριο άγχος οδηγεί σε ήπια αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης· με τη σειρά της η μέτρια αυξημένη κορτιζόλη σχετίζεται με την ενισχυμένη γνωστική λειτουργία. Μία πρόσφατη διαχρονική έρευνα δείχνει επίσης ότι οι ηλικιωμένοι που βιώνουν μέτρια και χρόνια καταπόνηση (π.χ. σοβαρούς καυγάδες με άλλους ή ασθένεια ενός συγγενή) για περισσότερο από τρία χρόνια είναι καλύτεροι στην εκμάθηση νέων πληροφοριών σε σύγκριση μ' εκείνους που δεν έχουν βιώσει κάτι τέτοιο. Οι περισσότερο θετικές συμπεριφορές υγείας (π.χ. ο έλεγχος του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και η σωματική δραστηριότητα) μπορούν επίσης να συμβάλλουν σε μία βραδύτερη αύξηση των γνωστικών περιορισμών με την πάροδο του χρόνου. Παρ' όλα αυτά οι ηλικιωμένοι μπορεί να αισθάνονται ενοχλημένοι ή αναστατωμένοι, όταν αντιλαμβάνονται ότι ο σύζυγος τους

	προτρέπει συνεχώς ή τους υπενθυμίζει να υιοθετήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής (π.χ. να τρώνε πιο υγιεινό φαγητό ή να παίρνουν τα φάρμακά τους πιο έγκαιρα) που θα είναι ευεργετικός για τη γνωστική υγεία. Επίσης, οι ηλικιωμένοι που εμπλέκονται συχνά σε ανταγωνιστικές ή απαιτητικές καταστάσεις (π.χ. σε οικογενειακές συγκρούσεις) είναι γνωστικά υγιέστεροι, επειδή οι συγκρουσιακές αλληλεπιδράσεις συνεπάγονται γνωστικές διεργασίες συμπεριλαμβανομένης της προσοχής, του συλλογισμού, της ταχύτητας επεξεργασίας, της γλώσσας και της εκτελεστικής λειτουργίας. Γενικότερα, οι οικογενειακές σχέσεις, ως βασική πηγή κοινωνικής ένταξης, μπορεί να επιβραδύνουν την αύξηση των γνωστικών περιορισμών, αφού σχετίζονται με τεταμένες / πιεστικές αλληλεπιδράσεις και με αυξημένο κοινωνικό έλεγχο. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση ή η μοναξιά σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα γνωστικών περιορισμών, εξαιτίας της έλλειψης κοινωνικής αλληλεπίδρασης και κοινωνικού ελέγχου.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	9ο άρθρο.

Τίτλος	Marital status, marital transitions and health: a gendered life course perspective.
Έτος	2004.
Συγγραφείς	Williams, K., & Umberson, D.
Περίληψη	Εργαζόμαστε από τη σκοπιά της ζωής για να αξιολογήσουμε την επίδραση της οικογενειακής κατάστασης και των συζυγικών μεταβάσεων στις επακόλουθες αλλαγές στην αυτό-αξιολογούμενη σωματική υγεία των ανδρών και των γυναικών. Τα αποτελέσματά μας προτείνουν τρία κεντρικά συμπεράσματα σχετικά με τη συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και των συζυγικών μεταβάσεων με την αυτό-αξιολογούμενη υγεία. Πρώτον, οι διαφορές στην οικογενειακή κατάσταση και στην υγεία φαίνεται να αντικατοπτρίζουν την καταπόνηση της συζυγικής διάλυσης, περισσότερο απ' ό.τι αντανακλούν τα οφέλη του γάμου. Δεύτερον, η καταπόνηση της συζυγικής διάλυσης υπονομεύει / υποβαθμίζει την αυτό-αξιολογούμενη υγεία των ανδρών άλλα όχι των γυναικών. Τέλος, το στάδιο της ζωής είναι τόσο σημαντικό όσο το φύλο, καθώς μετριάζει τις επιπτώσεις της οικογενειακής κατάστασης και των συζυγικών μεταβάσεων στην υγεία.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην

	οικογενειακή κατάσταση και τις αλλαγές που αυτή επιφέρει στην υγεία των ανδρών και των γυναικών.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν νεότερες και ηλικιωμένες ομάδες ανδρών και γυναικών.
Κύριο αποτέλεσμα	Η αρχική υπόθεση ότι η υγεία των συνεχώς άγαμων δε διαφέρει από εκείνη των έγγαμων επιβεβαιώνεται, καθώς η συνεχής κατάσταση χηρείας (ως μορφή αγαμίας) φαίνεται να επιδρά θετικά στην αυτό-βαθμολογούμενη υγεία των ηλικιωμένων ανδρών. Περίπου στην ηλικία των 60 ετών και άνω οι διαφορές στην υγεία των συνεχώς χήρων και των συνεχώς παντρεμένων ανδρών δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Ανάμεσα στις γυναίκες η υγεία των συνεχώς χήρων γυναικών δε διαφέρει σημαντικά από την υγεία των συνεχώς παντρεμένων γυναικών. Η δεύτερη υπόθεση ότι οι μεταβάσεις εκτός γάμου υπονομεύουν / βλάπτουν την υγεία δεν επιβεβαιώνεται για τις χήρες γυναίκες, καθώς η μετάβαση στη χηρεία δεν υπονομεύει σημαντικά την αυτό-βαθμολογούμενη υγεία των γυναικών σε οποιαδήποτε ηλικία. Όμως η παραπάνω υπόθεση επιβεβαιώνεται μόνο για τους πρόσφατα χήρους άνδρες, που δείχνουν μια σημαντική πτώση της πιθανότητας αναφοράς ‘άριστης’ ή ‘πολύ καλής

	υγείας'. Εν αντιθέσει, μερικοί άνδρες που έχουν χηρέψει εδώ και τρία χρόνια δείχνουν αύξηση της πιθανότητας να βρίσκονται σε 'άριστη' ή 'πολύ καλή υγεία'. Επομένως, οι ηλικιωμένοι άνδρες, με την πάροδο του χρόνου, αναρρώνουν από την εξασθενημένη υγεία που επέρχεται τον πρώτο χρόνο μετά το θάνατο της συζύγου. Η μετάβαση στο διαζύγιο σχετίζεται με την αύξηση της πιθανότητας αναφοράς χαμηλής αυτό-βαθμολογούμενης υγείας. Συγκεκριμένα, για τους ηλικιωμένους άνδρες η μετάβαση στο διαζύγιο σχετίζεται με 32 ποσοστιαίες μονάδες μείωση της πιθανότητας αναφοράς 'άριστης' ή 'πολύ καλής υγείας'. Επομένως το διαζύγιο εμφανίζεται να είναι αρνητικό για την υγεία των ηλικιωμένων ανδρών. Όμως η μετάβαση στο διαζύγιο δεν υπονομεύει σημαντικά την υγεία των γυναικών σε οποιαδήποτε ηλικία. Επομένως, όσο τα οφέλη του διαζυγίου ανάμεσα στις γυναίκες αυξάνονται με την ηλικία, τόσο η μετάβαση στο διαζύγιο σχετίζεται με αύξηση της πιθανότητας αναφοράς 'άριστης' ή 'πολύ καλής' υγείας. Η μετάβαση στον πρώτο γάμο συνοδεύεται από μία σημαντική βελτίωση στην αυτό-βαθμολογούμενη υγεία των ανδρών άλλα όχι των γυναικών. Συγκεκριμένα, ανάμεσα στους άνδρες, η μετάβαση στον πρώτο γάμο σχετίζεται με 27.94

	ποσοστιαίες μονάδες αύξηση της πιθανότητας δήλωσης ‘άριστης’ ή ‘πολύ καλής’ υγείας. Ενώ η αντίστοιχη ποσοστιαία μονάδα για τις γυναίκες είναι μόλις 4.78. Βαθύτερα, ένας δεύτερος γάμος φαίνεται να υπονομεύει την υγεία των ηλικιωμένων ανδρών και των ηλικιωμένων γυναικών. Κατά μέσο όρο για έναν 70χρονο άνδρα η μετάβαση στο δεύτερο γάμο σχετίζεται με 15.16 ποσοστιαίες μονάδες μείωση της πιθανότητας δήλωσης ‘άριστης’ ή ‘πολύ καλής’ υγείας. Αυτή η μείωση είναι ακόμη μεγαλύτερη για τις 70χρονες γυναίκες, αφού ανέρχεται στις 31.83 ποσοστιαίες μονάδες.
Συμπεράσματα	Σύμφωνα με το μοντέλο της κρίσης, μεταξύ των ανδρών, οι αρνητικές επιπτώσεις της μετάβασης σε κατάσταση χηρείας γίνονται πιο έντονες αμέσως μετά την απώλεια της συζύγου, ενώ φαίνεται να εξαφανίζονται με τον χρόνο. Στην πραγματικότητα, οι άνδρες που έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον τρία χρόνια χηρείας αναφέρουν πιο βελτιωμένη υγεία από τους έγγαμους. Αυτό δείχνει ότι οι χήροι άνδρες, με την πάροδο του χρόνου, πιθανόν αναρρώνουν από την ένταση που τους δημιουργεί αυτός ο τύπος σχέσης ή από την υπερκόπωση που σχετίζεται με την παροχή συνεχούς φροντίδας στην πεθαμένη σύζυγο. Η θεωρία της

	κοινωνικο-συναισθηματικής επιλεκτικότητας υποστηρίζει ότι ο γάμος είναι πιο σημαντικός για τους ηλικιωμένους, καθώς τα κοινωνικά τους δίκτυα αρχίζουν να στενεύουν. Επίσης, η μετάβαση στο γάμο σχετίζεται με τη μικρότερη καταπόνηση της υγείας των ηλικιωμένων ανδρών. Τελικά ο γάμος είναι μία σύνθετη διαδικασία που εμπεριέχει ανταμοιβές και εντάσεις. Παρόλο που τα οφέλη της εισόδου στο γάμο έχουν κερδίσει περισσότερο την προσοχή, ο πρωταρχικά στρεσσογόνος τρόπος ζωής αυτής της μετάβασης δεν έχει σε μεγάλο βαθμό εξεταστεί. Παρά τις αλλαγές στους ρόλους των φύλων, οι γυναίκες συνεχίζουν να εκτελούν περισσότερες οικιακές εργασίες και καθήκοντα παιδικής φροντίδας από τους άνδρες. Έτσι ο έγγαμος βίος για τις γυναίκες δε μοιάζει με «μήνα του μέλιτος», ίσως επειδή κάποια αρχικά προνόμια αντικαθίστανται από πιέσεις που οι γυναίκες αντιμετωπίζουν προσπαθώντας να ανταποκριθούν στην νέα πραγματικότητα του γάμου. Μια παρόμοια κατάσταση επικρατεί κατά τη σύναψη ενός δεύτερου γάμου. Οι γυναίκες αναλαμβάνουν τον τυπικό αλλά στρεσσογόνο ρόλο της δημιουργίας διαπροσωπικών δεσμών με τα μέλη μιας νέας ‘μεικτής’ οικογένειας.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	10ο άρθρο.
Τίτλος	How adult children influence older parents' mental health: Integrating stress – process and life – course perspectives.
Έτος	2008.
Συγγραφείς	Milkie, M.A., Bierman, A., & Schieman, S.
Περίληψη	Σε αυτήν τη μελέτη ενσωματώνουμε αντιλήψεις από τις προοπτικές της ζωής και του άγχους για να επιχειρηματολογήσουμε ενάντια στην αρνητική μεταχείριση των ενήλικων παιδιών προς τους γονείς, καθώς και ενάντια στα αρνητικά γεγονότα που τα παιδιά βιώνουν, τα οποία θεωρούνται επιβλαβή και για την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων γονέων με την πάροδο του χρόνου. Θεωρούμε ότι αυτές οι εντάσεις / πιέσεις μπορεί να επηρεάζουν περισσότερο τις μητέρες από τους πατέρες και τους μαύρους περισσότερο από τους λευκούς, εξαιτίας της μεγαλύτερης σημασίας του γονεϊκού ρόλου γι' αυτές τις ομάδες στο τέλος της ζωής. Χρησιμοποιώντας δεδομένα περισσότερων από εξακοσίων ηλικιωμένων Αφροαμερικανών και λευκών γονιών για μία χρονική περίοδο τεσσάρων ετών, αποδεικνύουμε ότι η αρνητική μεταχείριση από τα ενήλικα

	παιδιά σχετίζεται θετικά με αλλαγές στην κατάθλιψη και τον θυμό, αλλά οι επιδράσεις / επιπτώσεις της κατάθλιψης περιορίζονται στους μαύρους γονείς και οι επιδράσεις / επιπτώσεις του θυμού περιορίζονται στις μητέρες. Η ασθένεια των ενήλικων παιδιών ή η ανεργία σχετίζεται θετικά με αλλαγές στα επίπεδα θλίψης ή αγωνίας με την πάροδο του χρόνου, κάτι που ισχύει μόνο για τους μαύρους γονείς. Παραδόξως, η συζυγική διάλυση από τα ενήλικα παιδιά σχετίζεται με τη μείωση του θυμού για τους μαύρους γονείς. Αυτή η έρευνα δείχνει ότι οι κοινωνικο-ψυχολογικές επιπτώσεις του γονεϊκού ρόλου δεν τελειώνουν, όταν τα παιδιά είναι ενήλικες. Ωστόσο, η επίδραση / επίπτωση στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με την κοινωνική τους θέση.
Σχετικότητα με το θέμα	Δεν υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην αρνητική μεταχείριση των ενήλικων παιδιών προς τους γονείς και στην αυξομείωση των επιπέδων γονεϊκής κατάθλιψης και θυμού.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν πάνω από εξακόσιοι Αφροαμερικανοί και Λευκοί γονείς.
Κύριο αποτέλεσμα	Οι συνέπειες της αρνητικής μεταχείρισης των ενήλικων παιδιών προς τους γονείς σε συνδυασμό με τα αρνητικά γεγονότα

	που τα παιδιά βιώνουν στην ζωή τους επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένων γονέων. Η σχέση ανάμεσα στη μεταχείριση των παιδιών και τις εμπειρίες της γονεϊκής κατάθλιψης διαφέρει ανάλογα με την φυλή. Η αλληλεπίδραση με την φυλή είναι σημαντική, καθώς δείχνει ότι οι επιπτώσεις της αρνητικής μεταχείρισης επιφέρουν αλλαγές στην κατάθλιψη, οι οποίες διαφέρουν ανάμεσα σε Αφροαμερικανούς και Λευκούς. Συγκεκριμένα, τα υψηλότερα επίπεδα αρνητικής μεταχείρισης σχετίζονται θετικά με αλλαγές στην κατάθλιψη για τους Αφροαμερικανούς. Αντίθετα, για τους Λευκούς υπάρχει μικρή συσχέτιση ανάμεσα στην αρνητική μεταχείριση από τα ενήλικα παιδιά και τις αλλαγές στην κατάθλιψη. Άρα τα κύρια αποτελέσματα της αρνητικής μεταχείρισης είναι σημαντικά για τους Αφροαμερικανούς αλλά όχι για τους Λευκούς. Επιπρόσθετα, οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στην φυλή και τα αρνητικά γεγονότα που τα παιδιά βιώνουν στην ζωή τους είναι επίσης σημαντικές. Μία από αυτές τις αλληλεπιδράσεις αφορά την ασθένεια ενός παιδιού. Όπως αναμένεται, οι Μαύροι παρουσιάζουν μία μικρή αύξηση στην κατάθλιψη, εξαιτίας της ασθένειας ενός παιδιού, η οποία είναι οριακά σημαντική. Αντίθετα τα επίπεδα

	κατάθλιψης των Λευκών φαίνεται να παραμένουν στάσιμα, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα. Γενικά συμπεραίνεται ότι η αρνητική μεταχείριση από το ενήλικο παιδί κάποιου και τα αρνητικά γεγονότα που του συμβαίνουν βαραίνουν περισσότερο την κατάθλιψη των Μαύρων γονέων με την πάροδο του χρόνου, αν και η ποικιλία των γεγονότων στα οποία μπορεί να συμβεί αυτό φαίνεται να είναι αρκετά περιορισμένη. Η αρνητική μεταχείριση από τα ενήλικα παιδιά προς τους γονείς σχετίζεται θετικά με αλλαγές στα επίπεδα του γονεϊκού θυμού, ο οποίος αυξάνεται για τις μητέρες αλλά όχι για τους πατέρες. Επίσης, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, τα αρνητικά γεγονότα της ζωής των παιδιών σχετίζονται σημαντικά με αλλαγές στα επίπεδα του γονεϊκού θυμού. Ξαναβρίσκουμε μία σημαντική αλληλεπίδραση ανάμεσα στο διαζευγμένο ή σε διάσταση ενήλικο παιδί και την φυλή. Συγκεκριμένα το διαζύγιο ή η διάσταση ενός ενήλικου παιδιού σχετίζεται θετικά με τη μείωση του θυμού για τους Μαύρους γονείς. Αντίθετα, το διαζύγιο ή η διάσταση ενός ενήλικου παιδιού οδηγεί σε αύξηση του θυμού για τους Λευκούς γονείς.
Συμπεράσματα	Η παρούσα μελέτη συνεισφέρει στην ανάδειξη της κοινωνικο-ψυχολογικής πλευράς του γήρατος. Εν αντιθέσει με

	προηγούμενες μελέτες που αξιολογούν πως οι σχέσεις με τα ενήλικα παιδιά επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων γονέων, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιούνται διαχρονικά δεδομένα που επιτρέπουν να αξιολογηθεί αν και πως τα ενήλικα παιδιά προκαλούν αλλαγές στην ψυχική υγεία των γονέων. Μία τέτοια προσπάθεια αφενός συμβάλλει στην κατανόηση της κοινωνικής ψυχολογίας των γονέων μεγάλης ηλικίας και αφετέρου βοηθά στην επεξήγηση συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών μέσω των οποίων κατανοείται ότι η κακή μεταχείριση, που οι ηλικιωμένοι γονείς υφίστανται από τα ενήλικα παιδιά τους, επιδρά αρνητικά στην ευημερία τους. Πρώτιστα μέσα από την παρούσα μελέτη φαίνεται ότι τα αρνητικά γεγονότα που βιώνουν τα ενήλικα παιδιά (π.χ. ασθένεια, ανεργία, διαζύγιο) σε συνδυασμό με την αρνητική μεταχείριση των ηλικιωμένων γονέων από αυτά μπορεί τελικά να επηρεάσουν τη γονεϊκή ευημερία. Κάτι τέτοιο αποδεικνύει επίσης ότι ενώ η εμπειρία των γονέων εμπλουτίζεται αναμφίβολα με ποικίλους τρόπους, καθώς ο χρόνος περνά, οι αρνητικές όψεις του γονεϊκού ρόλου συνεχίζουν να υφίστανται ως πολύ αργά στην ζωή. Επίσης, η αρνητική μεταχείριση των ηλικιωμένων γονέων

	από τα ενήλικα παιδιά τους δείχνει ότι οι δεσμοί ανάμεσα στις γενιές διαρκούν ως το τέλος της ζωής και μπορεί να προσδίδουν θετικό ή αρνητικό νόημα στην καθημερινότητα των ηλικιωμένων. Οι 'συνδεδεμένες ζωές', που καθιερώνονται μέσω της γέννησης και εν τέλει της τεκνοποίησης, δεν τελειώνουν μόλις ο απόγονος φτάσει στην ωριμότητα αλλά συνεχίζουν να δομούνται και να επηρεάζουν τις γονεϊκές εμπειρίες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Πράγματι, οι δεσμοί που δημιουργούνται από το γονεϊκό ρόλο μπορεί να είναι ιδιαίτερα κρίσιμοι στις μεγαλύτερες ηλικίες, καθώς τα ενήλικα παιδιά προσβλέπουν όλο και περισσότερο σε αυτούς τους δεσμούς, θεωρώντας τους ως πηγή κοινωνικής και υλικής υποστήριξης. Τέλος, η αρνητική μεταχείριση από τα ενήλικα παιδιά υποδηλώνει ότι η υποστήριξη, όταν απαιτείται από την πλευρά των γονέων, μπορεί να δοθεί απρόθυμα ή καθόλου. Ενώ οι στρεσσογόνες αλληλεπιδράσεις μπορεί να θεωρηθούν ως ενδείξεις αποτυχίας του γονεϊκού ρόλου.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	11ο άρθρο.
Τίτλος	Factors associated with depressive symptoms among elderly Koreans: the

	role of health status, work ability, financial problems, living alone, and family relationships.
Έτος	2019.
Συγγραφείς	Bae, S.M.
Περίληψη	Στόχοι: Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνήσει προγνωστικούς παράγοντες καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους Κορεάτες. Μέθοδοι: Τα δεδομένα από την έρευνα της Κορεατικής Κοινωνικής Πρόνοιας του Κορεατικού Ινστιτούτου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων του 2015 χρησιμοποιούνται σε αυτήν την μελέτη. 6471 ηλικιωμένοι ηλικίας 60 – 99 ετών συμμετέχουν σε αυτήν τη μελέτη. Η μέση ηλικία των υποκειμένων είναι 74.37 χρόνια και οι συμμετέχοντες είναι κατά 39.7% άνδρες και κατά 60.3% γυναίκες. Αποτελέσματα: Η ανάλυση της πολλαπλής ιεραρχικής παλινδρόμησης δείχνει ότι η αντιληπτή κατάσταση υγείας, οι οικογενειακές σχέσεις, η μοναχική διαβίωση, τα οικονομικά προβλήματα, η ικανότητα εργασίας, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η θρησκεία είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ηλικιωμένων. Ιδιαίτερα η αντιληπτή κατάσταση υγείας, οι οικογενειακές σχέσεις και η ικανότητα εργασίας είναι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες

	καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους Κορεάτες. Το συνολικό επεξηγηματικό ποσό του μοντέλου παλινδρόμησης είναι 28.7%. Συμπεράσματα: Αυτή η μελέτη προτείνει ότι οι ερευνητές και οι κλινικοί γιατροί πρέπει να εξετάσουν από κοινού τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την οικονομική κατάσταση, την εργασία και τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές για να αποτρέψουν την κατάθλιψη των ηλικιωμένων.
Σχετικότητα με το θέμα:	Δεν υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση μεταξύ ποικίλων παραγόντων (π.χ. η αντιληπτή κατάσταση υγείας, οι οικογενειακές σχέσεις, η μοναχική διαβίωση, τα οικονομικά προβλήματα, η ικανότητα εργασίας κ.α.) οι οποίοι μπορεί να ευθύνονται για την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν, ως επί το πλείστον, ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες ηλικίας 70 – 79 ετών.
Κύριο αποτέλεσμα:	Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η θρησκεία, η ικανότητα εργασίας, τα οικονομικά προβλήματα, οι οικογενειακές σχέσεις, η μοναχική διαβίωση και η αντιληπτή

	κατάσταση υγείας αποτελούν μεταβλητές που επιδρούν σημαντικά στα καταθλιπτικά συμπτώματα που βιώνουν οι ηλικιωμένοι Κορεάτες. Πιο συγκεκριμένα σε σχέση με το φύλο οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τους άνδρες, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία σχετίζεται θετικά με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση οι έγγαμοι αναφέρουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τους άγαμους, ενώ η μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις οικογενειακές σχέσεις σχετίζεται με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι αναφέρουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από εκείνους που ζουν με τις οικογένειες τους. Επίσης η αντιληπτή κατάσταση υγείας σχετίζεται αρνητικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Από την άλλη πλευρά μεταβλητές όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, το ετήσιο εισόδημα, η αναπηρία και οι χρόνιες ασθένειες δεν ευθύνονται για τα καταθλιπτικά συμπτώματα που βιώνουν οι ηλικιωμένοι Κορεάτες.
Συμπεράσματα	Η αντιληπτή κατάσταση υγείας είναι ο πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τους ηλικιωμένους. Αυτό το συμπέρασμα, που υποστηρίζεται ήδη από προηγούμενες

	μελέτες, επιβεβαιώνεται και από την παρούσα μελέτη. Επιπλέον η παρούσα μελέτη υποστηρίζει ότι οι υποκειμενικοί παράγοντες, όπως η αντιληπτή κατάσταση υγείας, μπορεί να είναι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες κατάθλιψης ανάμεσα στους ηλικιωμένους από τους αντικειμενικούς παράγοντες, όπως η παρουσία χρόνιων ασθενειών. Οι μεταβολές στις οικογενειακές σχέσεις, στην οικογενειακή υποστήριξη και στην κοινωνική συνοχή αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τους ηλικιωμένους. Επίσης οι δεσμοί με τα μέλη της οικογένειας σχετίζονται στενά με την ψυχολογική ευημερία. Ενώ η χαμηλή ικανοποίηση από τις οικογενειακές σχέσεις μπορεί να ματαιώσει βασικές ανθρώπινες ανάγκες όπως την αίσθηση του ανήκειν και την αποδοχή, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Η μοναχική διαβίωση είναι ακόμη ένας παράγοντας που πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης ανάμεσα στους ηλικιωμένους. Κατά τη μοναχική διαβίωση μειώνεται η εμπειρία της κοινωνικής συνοχής, ενώ αυξάνεται η κοινωνική απομόνωση. Οι άνθρωποι που ζουν μόνοι είναι πιθανό να λαμβάνουν λιγότερη συναισθηματική υποστήριξη από εκείνους που ζουν με τις οικογένειες

	τους, κάτι το οποίο μπορεί να αυξήσει την εμπειρία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Γι' αυτό οι φορείς χάραξης πολιτικής πρέπει να επικεντρωθούν περισσότερο στους μοναχικούς ηλικιωμένους για να αποτρέψουν την κατάθλιψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη τα οικονομικά προβλήματα οδηγούν σε έντονο άγχος και χαμηλή ψυχολογική ευημερία. Επιπλέον οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι μπορεί να μειώσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική δικτύωση, κάτι το οποίο με τη σειρά του μπορεί να αυξήσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης ο γάμος και οι θρησκευτικές δραστηριότητες μπορεί να αυξήσουν τη συναισθηματική υποστήριξη και τους κοινωνικούς δεσμούς, βοηθώντας στην αποφυγή της κατάθλιψης για τους ηλικιωμένους.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	12^{ο} άρθρο.
Τίτλος	Family ties, physical health and psychological well-being.
Έτος	2007.
Συγγραφείς	Ryan, A.K., & Willits, F.K.

Περίληψη	Στόχοι: Αυτή η μελέτη αξιολογεί την επίδραση του αριθμού και της ποιότητας των οικογενειακών δεσμών στην υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων. Μέθοδος: Οι μετρήσεις της ποσότητας και της ποιότητας των οικογενειακών δεσμών, προσαρμοσμένες για το φύλο, την εκπαίδευση και το εισόδημα, συσχετίζονται με την αυτοαξιολόγηση της υγείας και της ευημερίας ενός δείγματος 534^{ων} παντρεμένων γονέων μεταξύ 68 και 73^{ων} ετών. Αποτελέσματα: Η ποιότητα των σχέσεων ενός ατόμου με τον / τη σύζυγο, τα παιδιά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σχετίζεται με προσωπικά συναισθήματα ευημερίας, αλλά και η ποσότητα τέτοιων συσχετίσεων έχει μικρή επίδραση τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία. Συζήτηση: Οι ερευνητές κι εκείνοι που δουλεύουν με ηλικιωμένους ανθρώπους δεν πρέπει να υποθέσουν ότι η παρουσία των μελών της οικογένειας υπονοεί αναγκαία ότι η κοινωνική υποστήριξη, που επηρεάζει τη σωματική υγεία και την ευημερία, θα επέλθει. Λέξεις κλειδιά: Υγεία, διαγενεακές σχέσεις, ενήλικα αδέλφια, κοινωνική υποστήριξη, γεωγραφική εγγύτητα, ποιότητα σχέσεων.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στους οικογενειακούς δεσμούς και τις

	επιπτώσεις που αυτοί επιφέρουν στην υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν κυρίως Αμερικανοί άνδρες και γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω.
Κύριο αποτέλεσμα	Η ποιότητα των δεσμών με τα παιδιά σχετίζεται θετικά με την ποιότητα των δεσμών με τα μέλη της εκτεταμένης οικογένειας. Η ποιότητα των δεσμών με τα παιδιά σχετίζεται θετικά με την οικογενειακή ικανοποίηση. Όμως η οικογενειακή ικανοποίηση δε σχετίζεται θετικά με την ποιότητα των δεσμών της εκτεταμένης οικογένειας. Ούτε ο αριθμός των παιδιών ούτε ο αριθμός των μελών της εκτεταμένης οικογένειας που ζουν κοντά σχετίζεται σημαντικά με το πως οι συμμετέχοντες αξιολογούν τη σωματική τους υγεία. Η οικογενειακή ικανοποίηση και η ποιότητα των σχέσεων με τα παιδιά και τα μέλη της εκτεταμένης οικογένειας σχετίζεται σημαντικά και θετικά με την ψυχολογική ευημερία.
Συμπεράσματα	Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα η σωματική υγεία και η ψυχολογική ευημερία δεν ενισχύεται από τον αριθμό των κοντινών συγγενών. Αντίθετα ο αριθμός των ενήλικων παιδιών που ζουν κοντά και των μελών της εκτεταμένης οικογένειας δε σχετίζεται με την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων γυναικών και ανδρών. Η φυσική

	εγγύτητα με τους συγγενείς δε συνεπάγεται την εδραίωση ή τη διατήρηση υποστηρικτικών δεσμών. Ακόμη και όταν οι βοηθητικές σχέσεις είναι υπαρκτές, μπορεί να εμπεριέχουν στοιχεία ασυμφωνίας που μπορούν, ως ένα σημείο, να εξουδετερώσουν την υγεία και την ευημερία. Παρόλο που η ύπαρξη περισσότερων παρά λιγότερων μελών της οικογένειας που ζουν κοντά αυξάνει τις πιθανότητες για κοινωνική υποστήριξη, αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι η κοινωνική υποστήριξη θα επέλθει ή ότι θα οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα. Επιπρόσθετα στην παρούσα ανάλυση υπογραμμίζεται η σημασία της ποιότητας των οικογενειακών σχέσεων στην υποκειμενική υγεία και στην ψυχολογική ευημερία των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα η ικανοποίηση που αντλούν από τις οικογενειακές σχέσεις και από τους δεσμούς με τα μέλη της οικογένειας σχετίζεται με το πόσο καλά οι συμμετέχοντες αξιολογούν την ψυχολογική τους ευημερία και σε μικρότερο βαθμό τη σωματική τους υγεία. Ωστόσο η παρούσα μελέτη δεν επικεντρώνεται στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς την επίδραση της ποιότητας αλλά και της ποσότητας των οικογενειακών δεσμών στην σωματική υγεία και στην ψυχολογική ευημερία.

	Αυτό συμβαίνει διότι τα τελευταία χρόνια οι βιολογικές διαφορές και οι διαφορές στους ρόλους και στις εμπειρίες ζωής των ανδρών και των γυναικών ολοένα και μειώνονται. Μάλιστα εξειδικευμένοι ρόλοι όπως η τεκνοποίηση, η ανατροφή των παιδιών και η συμμετοχή σε οικονομικές δραστηριότητες παρακμάζουν ή παύουν εντελώς να υφίστανται. Το ζητούμενο είναι ότι απαιτείται επιπρόσθετη έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις των οικογενειακών δεσμών στην υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	13ο άρθρο.
Τίτλος	The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly.
Έτος	2012.
Συγγραφείς	Thanakwang, K., Dayton, B., & Soonthorndhada, K.
Περίληψη	Στόχοι: Ο βαθμός στον οποίο η οικογένεια και η φίλοι συμβάλλουν στην ψυχολογική ευημερία μπορεί να υπόκειται σε πολιτισμική μεταβλητότητα. Αυτή η μελέτη εξετάζει τους μηχανισμούς με τους οποίους οι σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους

	συμβάλλουν στην ψυχολογική ευημερία ανάμεσα σε ηλικιωμένους της Ταϊλάνδης. Μέθοδος: Συνεντεύξεις διεξήχθησαν σε 469 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 60 ετών και άνω στην επαρχία Nan, στην Ταϊλάνδη. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το μοντέλο δομικής εξίσωσης και ελέγχοντας την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, το εισόδημα, την οικογενειακή κατάσταση και την κατάσταση υγείας. Αποτελέσματα: Τα οικογενειακά και τα φιλικά δίκτυα έχουν μία σημαντική και άμεση επίδραση στην οικογενειακή και στην φιλική υποστήριξη. Ωστόσο τα οικογενειακά και τα φιλικά δίκτυα δεν έχουν μία σημαντική και άμεση επίδραση στην ψυχολογική ευημερία, αλλά μάλλον έχουν μία έμμεση επίδραση μέσω της κοινωνικής υποστήριξης. Παρομοίως η φιλική υποστήριξη μεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στα φιλικά δίκτυα και στην οικογενειακή υποστήριξη. Τόσο η οικογενειακή όσο και η φιλική υποστήριξη σχετίζεται σημαντικά με την ψυχολογική ευημερία αλλά η οικογενειακή υποστήριξη είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας. Συμπέρασμα: Η χρήση μίας προσαρμοσμένης θεωρητικής δομής που αναπτύχθηκε από τους Berkman, Gliss, Brissette & Seeman το 2000 επιτρέπει στους ερευνητές να χαρτογραφήσουν τα

	διάφορα μονοπάτια μέσω των οποίων οι σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους μπορεί να συμβάλλουν στην ψυχολογική ευημερία ανάμεσα σε ηλικιωμένους Ταϊλανδούς. Λέξεις κλειδιά: θετική ψυχική υγεία, κοινωνικά δίκτυα, κοινωνική υποστήριξη, κοινωνικές σχέσεις.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην οικογένεια και τη θετική συμβολή της στην ευημερία των ηλικιωμένων Ταϊλανδών.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν άνδρες και γυναίκες ηλικίας 60 – 103^{ων} ετών.
Κύριο αποτέλεσμα	Η ύπαρξη μεγαλύτερων σε μέγεθος οικογενειακών δικτύων σχετίζεται με την αποδοχή περισσότερης οικογενειακής υποστήριξης. Παρομοίως η ύπαρξη μεγαλύτερων σε μέγεθος φιλικών δικτύων σχετίζεται με τη λήψη περισσότερης υποστήριξης από φίλους. Η οικογενειακή υποστήριξη σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με την ψυχολογική ευημερία, ενώ η φιλική υποστήριξη σχετίζεται σε μικρότερο βαθμό με την ψυχολογική ευημερία. Τα οικογενειακά δίκτυα δε σχετίζονται άμεσα με την ψυχολογική ευημερία αλλά ασκούν μία έμμεση επίδραση μέσω της οικογενειακής υποστήριξης. Παρομοίως τα φιλικά δίκτυα δε σχετίζονται άμεσα με

	την ψυχολογική ευημερία αλλά ασκούν μία έμμεση επίδραση μέσω της κοινωνικής υποστήριξης.
Συμπεράσματα	Η παρούσα μελέτη εξετάζει τους τρόπους με τους οποίους οι σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους σχετίζονται με την ψυχολογική ευημερία των ηλικιωμένων Ταϊλανδών. Σύμφωνα με ένα βασικό εύρημα η υποστήριξη από την οικογένεια σχετίζεται ισχυρότερα με την ψυχολογική ευημερία σε σύγκριση με την υποστήριξη από φίλους. Αυτό σημαίνει ότι η οικογένεια διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στις ζωές των ηλικιωμένων Ταϊλανδών, καθώς η υποστήριξη τους από τα μέλη της θεωρείται αναμενόμενη και επηρεάζει λιγότερο την αίσθηση της ευημερίας. Σύμφωνα με βουδιστικές αντιλήψεις οι ηλικιωμένοι Ταϊλανδοί αισθάνονται ευγνωμοσύνη, υποχρέωση και άνεση για τη λήψη βοήθειας και υποστήριξης από τα οικεία πρόσωπα. Ωστόσο η επίδραση της οικογενειακής υποστήριξης στην ψυχολογική ευημερία των ηλικιωμένων μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο κάθε οικογένεια εντάσσεται. Με βάση ένα δεύτερο εύρημα η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με την ψυχολογική ευημερία, ενώ η σχέση ανάμεσα στα κοινωνικά δίκτυα και την ευημερία θεωρείται ελλιπής. Αυτό συνεπάγεται ότι η ύπαρξη

	μεγαλύτερων σε μέγεθος κοινωνικών δικτύων δε σχετίζεται με την ψυχολογική ευημερία, όπως αναμένεται. Οι εξηγήσεις αυτού του απροσδόκητου μοτίβου είναι πολλαπλές. Σύμφωνα με μία πρώτη εξήγηση τα μέλη των κοινωνικών δικτύων μπορεί να παρέχουν υποστήριξη που είναι ανεπιθύμητη και επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία. Σύμφωνα με μία δεύτερη εξήγηση ένα μεγαλύτερο σε μέγεθος δίκτυο μπορεί να περιέχει περισσότερους ανθρώπους που ζητούν και χρειάζονται βοήθεια. Αυτή η ανάγκη για βοήθεια ανάμεσα στα μέλη του δικτύου μπορεί να συσχετιστεί ιδιαίτερα με την ψυχική επιβάρυνση των φροντιστών. Τέλος στην παρούσα μελέτη επισημαίνεται ότι οι φίλοι ενθαρρύνουν την υποστήριξη των μελών της οικογένειας. Γι' αυτό όταν οι ηλικιωμένοι Ταϊλανδοί έχουν περισσότερο υποστηρικτικούς φίλους, τότε έχουν και περισσότερο υποστηρικτική οικογένεια κάτι το οποίο σχετίζεται με τη μεγαλύτερη ψυχολογική ευημερία. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι φίλοι μπορεί να ειδοποιήσουν τα μέλη της οικογένειας για την ανάγκη φροντίδας των ηλικιωμένων ή / και να βοηθήσουν να δοθεί αυτή η φροντίδα, όταν είναι αναγκαία.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	14ο άρθρο.
Τίτλος	Associations and impact factors between living arrangements and functional disability among older Chinese adults.
Έτος	2013.
Συγγραφείς	Wang, H., Chen, K., Pan, Y., Jing, F., & Liu, H.
Περίληψη	Στόχοι: Να εξεταστεί η συσχέτιση του τρόπου ζωής με τη λειτουργική ανικανότητα ανάμεσα σε ηλικιωμένα άτομα και να διερευνηθεί η μεσολάβηση παραγόντων αρνητικής επίδρασης στη σχέση. Σχεδιάγραμμα: Ανάλυση διατομής χρησιμοποιώντας δεδομένα από τη μελέτη Υγιούς Γήρανσης στην επαρχία Zhejiang. Συμμετέχοντες: Το δείγμα που αναλύεται αντλήθηκε από έναν αντιπροσωπευτικό αγροτικό πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων στην πόλη Wuyi στην επαρχία Zhejiang και περιλαμβάνει 1452 συμμετέχοντες ηλικίας 60 ετών και άνω στο δεύτερο κύμα της μελέτης. Μετρήσεις: (Μετρήθηκαν) ο τρόπος ζωής, το φόντο (background), η λειτουργική ανικανότητα, η υποκειμενική αντίληψη της υγείας, ο αριθμός των νοσημάτων μαζί με το εισόδημα και την κοινωνική υποστήριξη (δηλαδή τη σωματική βοήθεια και τη συναισθηματική

	υποστήριξη). Το όργανο ήταν η κλίμακα δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (ADL), συμπεριλαμβανομένων των βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (BADL) και των σύνθετων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (IADL). Αποτελέσματα: Ο τρόπος ζωής σχετίζεται σημαντικά με τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (BADL), με τις σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (IADL) και με την ανικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (ADL). Τα έγγαμα άτομα που ζουν με ή χωρίς παιδιά έχουν περισσότερα πλεονεκτήματα σε όλες τις διαστάσεις της λειτουργικής ανικανότητας. Τα άγαμα ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνο με τα παιδιά τους βρίσκονται σε χειρότερη λειτουργική κατάσταση ακόμα και μετά τον έλεγχο των μεταβλητών φόντου (background), κοινωνικής υποστήριξης, εισοδήματος και κατάστασης υγείας. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι που δεν αντιμετωπίζουν δυσκολία στη λήψη συναισθηματικής υποστήριξης, που βρίσκονται σε άριστη υγεία αν και σε προχωρημένη ηλικία έχουν σημαντικά καλύτερη λειτουργικότητα στις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (BADL), στις σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (IADL) και στις

	δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL) γενικότερα. Ωστόσο δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη σωματική βοήθεια και στη λειτουργική ανικανότητα. Συμπέρασμα: Οι λειτουργικές ανικανότητες ποικίλουν ανάλογα με τον τρόπο ζωής, ο οποίος μπορεί να συμβαδίζει με διαφορετικά πρότυπα. Τα αποτελέσματα μας υπογραμμίζουν τη σχέση των άγαμων ηλικιωμένων που ζουν μόνο με τα παιδιά τους με τη λειτουργική μείωση. Η μελέτη μας υπονοεί ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να δείξουν περισσότερη προσοχή στους άγαμους ηλικιωμένους που ζουν με τα παιδιά τους στην κοινότητα. Οι υπηρεσίες της κοινότητας και ιδιαίτερα η συναισθηματική υποστήριξη με τη μορφή της ψυχολογικής συμβουλευτικής είναι σημαντικές και πρέπει να βελτιωθούν.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην κατάσταση συμβίωσης και στη λειτουργική ικανότητα ή ανικανότητα των ηλικιωμένων.
Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Το δείγμα αποτελούν 1452 συμμετέχοντες ηλικίας 60 ετών και άνω.
Κύριο αποτέλεσμα	Ως προς τον τύπο φροντίδας ή βοήθειας τα περισσότερα έγγαμα άτομα που ζουν μόνο με τα παιδιά τους (77.1%) δεν παρουσιάζουν δυσκολία στη λήψη

	σωματικής βοήθειας, όταν χρειάζεται. Επιπλέον ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων που ζουν με τον / τη σύζυγο και τα παιδιά (77.5%) δεν παρουσιάζουν δυσκολία στη λήψη συναισθηματικής υποστήριξης, όταν χρειάζεται. Ως προς την κατάσταση υγείας τα άγαμα άτομα που ζουν μόνο με τα παιδιά τους αναφέρουν σημαντικά χειρότερη κατάσταση υγείας. Επίσης το 67.3% των άγαμων ατόμων που ζουν μόνο με τα παιδιά τους αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως μέτρια ή φτωχή. Ενώ το 82.9% των έγγαμων ατόμων που ζουν μόνο με τα παιδιά τους δεν αντιμετωπίζουν χρόνια νοσήματα. Υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στη λειτουργική ανικανότητα και την κατάσταση συμβίωσης. Συγκεκριμένα τα άγαμα άτομα που ζουν μόνο με τα παιδιά τους σημειώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες ως προς τη λειτουργική ανικανότητα. Επιπρόσθετα τα έγγαμα άτομα που ζουν μόνο με τα παιδιά τους έχουν σημαντικά καλύτερη λειτουργικότητα σε σύγκριση με τα άγαμα άτομα που ζουν μόνα. Ως προς την κατάσταση συμβίωσης και την ικανότητα εκτέλεσης βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (BADL) συνάγεται ότι τα άγαμα άτομα που ζουν μόνα, τα έγγαμα άτομα που ζουν μόνα ή μόνο με τα παιδιά τους και τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνο με

	τον / τη σύζυγο αναφέρουν καλύτερη ικανότητα ως προς την εκτέλεση των βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (BADL). Συνακόλουθα τα άγαμα άτομα που ζουν μόνο με τα παιδιά τους εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη ανικανότητα ως προς την εκτέλεση των σύνθετων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. (IADL)
Συμπεράσματα	Η κατάσταση συμβίωσης σχετίζεται σημαντικά με τη λειτουργική ανικανότητα ή με τη λειτουργική ικανότητα ανάμεσα στους ηλικιωμένους. Τα άγαμα άτομα, συμπεριλαμβανομένων των χήρων και των διαζευγμένων, που ζουν μόνο με τα παιδιά τους γίνονται αποδέκτες περισσότερων μειονεκτημάτων που προέρχονται από την αυξημένη λειτουργική ανικανότητα· δηλαδή από την αδυναμία εκτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Αντίθετα τα έγγαμα άτομα που ζουν μόνα ή μόνο με τα παιδιά τους εμφανίζουν καλύτερη λειτουργικότητα. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, η μοναχική διαβίωση καθιστά την υγεία των ηλικιωμένων περισσότερο δυσλειτουργική. Αυτό το εύρημα εξηγείται πολλαπλώς. Πρώτον, όταν η λειτουργική ανικανότητα προηγείται της συμβίωσης οι ηλικιωμένοι μπορεί να αυτό-επιλέξουν να συμβιώνουν με τα

	παιδιά τους υπό την απουσία του / της συζύγου. Δεύτερον, όταν η λειτουργική ανικανότητα ακολουθεί της συμβίωσης οι άγαμοι ηλικιωμένοι μπορεί να απαιτούν περισσότερη υποστήριξη από τα παιδιά τους. Η απουσία του / της συζύγου, οι αυξημένες απαιτήσεις σε συνδυασμό με τους μειωμένους πόρους επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων. Όμως ο γάμος και η συμβίωση δε φαίνεται να αποτελούν μια εναλλακτική κατάσταση που σχετίζεται αρνητικά ή θετικά με τη λειτουργική ανικανότητα. Σύμφωνα με μελέτες τα έγγαμα άτομα έχουν καλύτερη υγεία, η οποία προωθείται μέσω του γάμου, μέσω της ισχυρότερης κοινωνικής υποστήριξης και της υιοθέτησης υγιών συμπεριφορών. Παρ' όλα αυτά ο προστατευτικός ρόλος του γάμου μπορεί να αποδυναμωθεί ανάλογα με την ταυτότητα και τον αριθμό των συντρόφων. Στην Κίνα η συμβίωση των έγγαμων προσώπων ταξινομείται σε δύο κατηγορίες: στη διαμονή με τον σύζυγο ή χωρίς τον σύζυγο. Τα έγγαμα άτομα που ζουν χωρίς τον σύζυγο τείνουν να είναι η επικρατέστερη προτίμηση που υπαγορεύεται όχι μόνο από τις πολιτισμικές νόρμες αλλά και από το σύστημα εκπαίδευσης και έκθεσης σε νέες ιδέες. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι επιλέγουν να ζουν χωρίς τον / τη σύζυγο

	τους λόγω ασυμφωνίας ή ανεξαρτησίας. Σε κάποιες άλλες μελέτες η κοινωνική υποστήριξη στρωματοποιείται στη συναισθηματική υποστήριξη και στη σωματική βοήθεια. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι ένας τύπος κοινωνικής υποστήριξης που επιδεικνύει μία σημαντικά θετική συσχέτιση με την καλύτερη λειτουργικότητα. Ωστόσο ανάμεσα στη σωματική βοήθεια και τη λειτουργικότητα δεν εντοπίζεται θετική συσχέτιση. Αντίθετα η σωματική βοήθεια σχετίζεται με τη μεγαλύτερη ηλικία, τη μείωση της λειτουργικότητας και την αύξηση των ασθενειών.

Γενική περιγραφή	
Αριθμός	15^{ο} άρθρο.
Τίτλος	Family relationships and well-being.
Έτος	2017.
Συγγραφείς	Thomas, P.A., Lui, H., & Umberson, D.
Περίληψη	Οι οικογενειακές σχέσεις είναι διαρκείς και σπουδαιοφανείς για την ευημερία σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Συζητάμε για διάφορους τύπους οικογενειακών σχέσεων – συζυγικές, διαγενεακές, αδελφικές – που επηρεάζουν σημαντικά την ευημερία. Τονίζουμε την ποιότητα, καθώς και την ποικιλομορφία των οικογενειακών σχέσεων εξηγώντας την

	επίδρασή τους στην ευημερία σε όλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Συζητάμε κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα, όπως η καλύτερη κατανόηση των περιπλοκών αυτών των σχέσεων με μεγαλύτερη προσοχή στις ποικίλες οικογενειακές δομές, στα απροσδόκητα οφέλη της πίεσης που ασκείται μέσα από τη σχέση και στις μοναδικές διασταυρώσεις των κοινωνικών καταστάσεων (Social statuses). Μεταφραστική σημασία: Είναι σημαντικό για τη μελλοντική έρευνα και για την προώθηση πολιτικών υγείας να ληφθούν υπόψη οι περιπλοκές στις οικογενειακές σχέσεις, να δοθεί προσοχή στο οικογενειακό πλαίσιο, στην ποικιλομορφία των οικογενειακών δομών, στην ποιότητα της σχέσης και στις διασταυρώσεις των κοινωνικών καταστάσεων (Social statuses) σε μία γηραιά κοινωνία η οποία πρέπει να παρέχει πόρους στις οικογένειες, να μειώνει το βάρος της φροντίδας και να ωφελεί προωθώντας την υγεία και την ευημερία. Λέξεις κλειδιά: το άγχος του φροντιστή, ζητήματα φύλου, διαγενεακή, κοινωνική υποστήριξη, ευημερία.
Σχετικότητα με το θέμα	Υπάρχει σχετικότητα, καθώς η έρευνα διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην οικογένεια και τη συμβολή της στη διατήρηση υψηλών επιπέδων ευημερίας.

Δείγμα (αν η έρευνα έχει πληθυσμό)	Η συγκεκριμένη έρευνα απευθύνεται κατεξοχήν σε ηλικιωμένους, χωρίς να προσδιορίζεται κάποιο δείγμα.
Κύριο αποτέλεσμα	Το συγκεκριμένο ερευνητικό άρθρο δεν περιέχει αποτελέσματα.
Συμπεράσματα	Καθώς τα άτομα γερνούν, οι οικογενειακές σχέσεις γίνονται πιο σύνθετες, οι οικογενειακές ιστορίες πιο περίπλοκες, ενώ οι σχέσεις με τα παιδιά χαρακτηρίζονται από πίεση χρόνου και αυξημένες υποχρεώσεις φροντίδας. Επίσης με το πέρασμα του χρόνου οι οικογενειακές σχέσεις επηρεάζουν περισσότερο την ευημερία του ατόμου, τη στιγμή που τα κοινωνικά δίκτυα μειώνονται παρά τις αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Η οικογένεια παρέχει τους πόρους που συμβάλλουν ώστε τα ηλικιωμένα άτομα να αντιμετωπίσουν το άγχος, να συμβαδίσουν με υγιέστερες συμπεριφορές, να αυξήσουν την αυτοεκτίμησή τους και τελικά να οδηγηθούν σε υψηλότερα επίπεδα ευημερίας. Μέσω της οικογένειας τα ηλικιωμένα άτομα γίνονται αποδέκτες συναισθηματικής υποστήριξης, εγγύτητας και φροντίδας την οποία χρειάζονται σε διαφορετικές στιγμές της ζωής. Οι σχέσεις ανάμεσα στους ηλικιωμένους χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία και αξίζουν μεγαλύτερης προσοχής στη μελλοντική έρευνα. Οι

	οικογενειακές δομές μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου, καθώς παρατηρούνται ομόφυλα ζευγάρια ηλικιωμένων, ζευγάρια ηλικιωμένων χωρίς παιδιά και ηλικιωμένοι που έχουν βιώσει συζυγικές μεταβάσεις. Είναι σημαντική η εύρεση τρόπων που θα μετριάσουν ή θα διώξουν μακριά το βάρος της φροντίδας. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι απαραίτητη η εφαρμογή πολιτικών που θα ενισχύσουν τη βοήθεια μέσα στο σπίτι, τη δημιουργία κοινωνικών κατοικιών για ηλικιωμένους και την υπεράσπισή τους προκειμένου να προσχωρήσουν σε υπηρεσίες φροντίδας.

4.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία γίνεται διεξοδική αναφορά στους οικογενειακούς δεσμούς που συνάπτουν οι ηλικιωμένοι. Σύμφωνα με τις απόψεις ερευνητών είναι θετικό οι οικογενειακοί δεσμοί να αναδεικνύονται και να ενδυναμώνονται. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος πρέπει, κατά την άποψη μου, να επιδιώκεται η γειτνίαση, η οποία επιτρέπει την υψηλή συχνότητα των οικογενειακών επαφών. Πράγματι, όταν οι ηλικιωμένοι κατοικούν στην ίδια γειτονιά, στο ίδιο σπίτι ή στην ίδια πολυκατοικία με τα παιδιά τους ή άλλους συγγενείς συνήθως εδραιώνουν καλές σχέσεις μεταξύ τους, οι προσωπικές επαφές είναι πιο συχνές και στενές, υπάρχει αλληλοβοήθεια και γενικά σύσφιξη των οικογενειακών δεσμών. Επομένως γίνεται απόλυτα σαφές ότι η γειτνίαση πρέπει να προτιμάται, καθώς αποφέρει αρκετά πλεονεκτήματα στους ηλικιωμένους.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους ερευνητές, οι ηλικιωμένοι είναι θετικό να τείνουν προς την έγγαμη συμβίωση από την οποία φαίνεται να απορρέουν πολλαπλά οφέλη. Κατά την άποψή μου είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι ηλικιωμένοι να συμβιώνουν με τον εν ζωή σύντροφό τους, καθώς αυτή η επιλογή τους προσδίδει ασφάλεια, υλική ή ηθική υποστήριξη, ισχυρότερα υποστηρικτικά δίκτυα, ενδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών και απαλλαγή από ασθένειες ή οικονομικά προβλήματα.

Επίσης, σύμφωνα με τους ερευνητές, οι ποιοτικοί οικογενειακοί δεσμοί πρέπει να προάγονται, καθώς προσδίδουν ικανοποίηση ιδιαίτερα στα μέλη ενός εκτεταμένου οικογενειακού συστήματος. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος πρέπει, κατά την άποψή μου, οι ειδικοί να επικεντρωθούν στην ισότιμη αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών χωρίς να υπάρξει απόκλιση από το παραδοσιακό οικογενειακό πρότυπο. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να συνεχίσουν να κατοικούν σε αγροτικές κοινωνίες (εφόσον αυτό είναι εφικτό) αλλά ταυτόχρονα πρέπει να έχουν πρόσβαση στη διά βίου μάθηση και να είναι μακροχρόνια ενταγμένοι στον κορμό του εργατικού δυναμικού. Η απασχόληση και η υγειονομική ασφάλιση θα επιτρέψει τη λήψη σύνταξης, την ασφάλεια, την κατοχύρωση και σαφώς θα οδηγήσει σε ισχυρότερους και πιο ποιοτικούς οικογενειακούς δεσμούς.

Σύμφωνα με τους ερευνητές οι ηλικιωμένοι είναι θετικό να εντάσσονται σε πολυγενεακά οικογενειακά δίκτυα. Κατά την άποψή μου η συμβίωση των ηλικιωμένων με άτομα από ποικίλες γενιές πρέπει να συνεχιστεί με την πάροδο του

χρόνου, καθώς συνεπάγεται πολλαπλά οφέλη. Η συντροφικότητα, η κοινωνικότητα, η αλληλεγγύη, η συναισθηματική υποστήριξη, η στοργή και η υλική υποστήριξη είναι κάποια από αυτά. Τα πολυγενεακά οικογενειακά δίκτυα έχουν απόλυτα υποστηρικτικό χαρακτήρα τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για τους ενήλικες απογόνους τους. Στα πλαίσια αυτών των δικτύων συντελούνται διαρκείς και ποιοτικές οικογενειακές αλληλεπιδράσεις οι οποίες μακροπρόθεσμα οδηγούν στη σύσφιξη των οικογενειακών δεσμών.

Τέλος, σύμφωνα με τους ερευνητές, οι οικογενειακοί δεσμοί είναι διαρκείς και επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά τους ηλικιωμένους. Πιο συγκεκριμένα, πιστεύω ότι, οι ηλικιωμένοι επηρεάζονται αρνητικά από τους οικογενειακούς δεσμούς, όταν τα ενήλικα παιδιά τους είναι άνεργα ή διαζευγμένα. Σε αυτές τις περιπτώσεις επιβαρύνονται οικονομικά / υλικά αλλά και ηθικά. Προκειμένου ένα τέτοιο βάρος να μειωθεί πρέπει να αναζητήσουν τη βοήθεια της κοινωνίας και των ειδικών, εφόσον αυτό συστήνεται και κρίνεται αναγκαίο.

Επίσης στην παρούσα πτυχιακή εργασία αναλύονται οι οικογενειακές σχέσεις και η συμβολή τους στην υγεία και την ευεξία των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τις απόψεις ερευνητών η απώλεια του γάμου (λόγω διαζυγίου ή χηρείας) μειώνει τις οικογενειακές σχέσεις, συνεπάγεται φτωχή ψυχική ευεξία για τις ηλικιωμένες γυναίκες και αύξηση της πιθανότητας έναρξης σωματικής αδυναμίας για τους ηλικιωμένους άνδρες. Προκειμένου να αποφευχθούν τέτοιου είδους προβλήματα πρέπει, κατά τη γνώμη μου, οι ηλικιωμένοι να απομακρυνθούν από τον χώρο κατοικίας τους για κάποιο χρονικό διάστημα. Αυτό αποτελεί μία ιδανική πρόταση ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους που ζουν μακριά από τα παιδιά τους. Η παροδική συμβίωση ηλικιωμένων – παιδιών είναι πολύτιμη, καθώς συμβάλλει στην από κοινού αντιμετώπιση του προβλήματος και στην εύρεση εναλλακτικών λύσεων που θα βελτιώσουν την καθημερινότητα του ηλικιωμένου χωρίς να αποκοπεί εντελώς από το οικείο περιβάλλον και τον τόπο κατοικίας του. Αλλά και οι ηλικιωμένοι που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά μπορούν να στραφούν σε φίλους, γείτονες ή άλλους συγγενείς αναζητώντας βοήθεια και υποστήριξη.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις απόψεις ερευνητών, οι θετικές οικογενειακές σχέσεις βελτιώνουν τη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Γι’ αυτό όλοι εκείνοι που επαφίενται με τους ηλικιωμένους ή ασχολούνται γενικά με την Τρίτη Ηλικία

πρέπει, κατά τη γνώμη μου, να ενθαρρύνουν τη θετική επαφή του ηλικιωμένου με τα μέλη της οικογένειάς του αναδεικνύοντας την επικινδυνότητα των απόμακρων και συγκρουσιακών σχέσεων. Άλλωστε έχει αποδειχθεί ότι οι ηλικιωμένοι που αλληλεπιδρούν θετικά και διαρκώς με τα μέλη της οικογένειάς τους και λαμβάνουν συναισθηματική υποστήριξη και σωματική φροντίδα από αυτά οδηγούνται σε ευημερία και σε καλύτερη ποιότητα ζωής.

Επίσης, σύμφωνα με τις απόψεις ερευνητών, όταν ο / η σύζυγος, τα παιδιά και άλλοι συγγενείς προσφέρουν εθελοντικά σωματική και συναισθηματική βοήθεια στον ηλικιωμένο, τότε αναλαμβάνουν το ρόλο του ανεπίσημου φροντιστή. Αυτός ο ρόλος είναι ιδιαίτερα δύσκολος και φορτικός για τα πρόσωπα της οικογένειας, παρόλο που φέρει αρκετά πλεονεκτήματα στους ηλικιωμένους. Κατά την άποψή μου οι ηλικιωμένοι είναι πρόσωπα ιδιαίτερης σημασίας, άξια προσοχής και φροντίδας. Γι' αυτό τα μέλη της οικογένειας τους πρέπει να τους συμπαραστέκονται σε κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Συμπαράσταση σημαίνει επίδειξη θετικών συναισθημάτων, αρμονικές σχέσεις και διαρκή ενθάρρυνση του ηλικιωμένου ασθενούς ότι η κατάστασή του μπορεί να βελτιωθεί και να αλλάξει προς το καλύτερο, ακόμα κι αν κάτι τέτοιο δεν είναι άμεσα εφικτό.

Σύμφωνα με τις απόψεις ερευνητών, αν ο πρώτος γάμος δε διακόπτεται από τη σύναψη ενός δεύτερου γάμου, το διαζύγιο ή τη χηρεία, τότε προσφέρει μακρά σωματική και συναισθηματική ευεξία στις ηλικιωμένες γυναίκες. Αντίθετα η διατήρηση του αρχικού έγγαμου δεσμού δεν προσφέρει παρόμοια οφέλη στους άνδρες. Κατά την άποψη μου η μετάβαση στο γάμο πρέπει να είναι εξαρχής αποτέλεσμα συνειδητής επιλογής τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες. Τα οφέλη του γάμου πρέπει να είναι περισσότερα για τους άνδρες, οι οποίοι έχουν την ανάγκη αυτονομίας, ανεξαρτησίας, διεύρυνσης των κοινωνικών σχέσεων κλπ. Αντίθετα η γυναίκα είναι φυσιολογικό να επιβαρύνεται περισσότερο από τον έγγαμο δεσμό, ο οποίος συνεπάγεται αυξημένες υποχρεώσεις φροντίδας και οικιακές εργασίες, σύμφωνα με το παραδοσιακό μοντέλο.

Τέλος, σύμφωνα με τις απόψεις ερευνητών, οι ηλικιωμένοι είναι αναγκαίο να αντλούν ικανοποίηση και υποστήριξη από τις οικογενειακές σχέσεις. Τόσο η ικανοποίηση όσο και η υποστήριξη σχετίζεται με την υψηλότερη ψυχολογική ευημερία των ηλικιωμένων. Κατά την άποψή μου, η οποία συμβαδίζει με τις απόψεις

άλλων ερευνητών, είναι σημαντικό οι ηλικιωμένοι να εντάσσονται σ' ένα οικογενειακό πλαίσιο και να γίνονται αποδεκτοί από τα άτομα που το απαρτίζουν. Άλλωστε, στις ελληνικές παραδοσιακές κοινωνίες, ο ρόλος της οικογένειας είναι απόλυτα υποστηρικτικός και βοηθητικός τόσο στον οικονομικό τομέα όσο και στον τομέα της υγείας.

Κατά την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας συναντήθηκαν οι ακόλουθες δυσκολίες: Κλειστές δομές λόγω επικράτησης πανδημίας, αδυναμία προώθησης και συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, αδυναμία προσέγγισης του ηλικιωμένου πληθυσμού και προσδιορισμού του υπό μελέτη δείγματος, αναδιαμόρφωση πρωτοκόλλου εξαιτίας αλλαγών στο ερευνητικό μέρος λόγω του Covid – 19, αυξημένη δυσκολία εύρεσης ελληνικής βιβλιογραφίας και προσδιορισμού ελληνικών πηγών σχετικών με το θέμα, δυσκολία εισόδου στην ηλεκτρονική πλατφόρμα e – class για την υλοποίηση προγραμματισμένης τηλεσυνεργασίας – έντονο άγχος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία:

- ✓ Αναστασιάδου, Β. (χ.χ.) *Χαρακτηριστικά Ηλικιωμένων Ατόμων.* Θεσσαλονίκη: (χ.ε.).
- ✓ Γιώσα, Α. (2015) *Δομή και λειτουργία της ελληνικής οικογένειας: Ομοιότητες και διαφορές με τη μορφή της οικογένειας σε άλλες χώρες.* http://www.researchgate.net [πρόσβαση 5 Σεπτεμβρίου 2020].
- ✓ Χ.σ. (2010) *Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια.* http://www.age-platform.eu [πρόσβαση 3 Οκτωβρίου 2020]
- ✓ Καλτσούνη, Ν. (2018) *Οικογένεια και Οικογενειακές σχέσεις.* Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- ✓ Κανδυλάκη, Α. και Καραγκούνης Β. (2005) Φροντίδα στην Κοινότητα και «Βοήθεια στο Σπίτι»: μια πρόκληση για την Τοπική Αυτοδιοίκηση στο Ζαϊμάκης, Γ. και Κανδυλάκη Α. *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας: Μορφές Παρέμβασης σε Ευπαθείς Ομάδες και σε Πολυπολιτισμικές Κοινότητες.* Αθήνα: Κριτική, σ. 335-344.
- ✓ Καραθάνος, Β. και Τατσιώνη, Α. (2015) «Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους» στο Μίσσιου, Α., Καραθάνος, Β. και Τατσιώνη, Α. *Εισαγωγή στη γενική ιατρική.* Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, σ. -.
- ✓ Καστενμπάουμ, Ρ. (1982) *Η Τρίτη ηλικία.* Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός.
- ✓ Κονταξάκης, Β. και Χριστοδούλου, Γ. (2007) *Η Τρίτη ηλικία.* Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- ✓ Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α. (1999) *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- ✓ Λαζαρίδης, Β. και Μόνε, Θ. (2019) *Θεωρητικές προσεγγίσεις παγκόσμιας πληθυσμιακής διάρθρωσης στα πλαίσια της ανάπτυξης.* http://ikee.lib.auth.gr [πρόσβαση 10 Σεπτεμβρίου 2020].

- ✓ Μαρτζακλή, Η. (2008) *Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία.* http:// nefeli.lib.teicrete.gr [πρόσβαση 9 Ιανουαρίου 2020].
- ✓ Μιχελή, Α. (2019) *Εκτίμηση λειτουργικής ανικανότητας στους 50+ στην Ευρώπη. Ανίχνευση αιτιολογικών παραγόντων και η σημασία των κοινωνικών μεταβλητών ως παραγόντων κινδύνου.* Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- ✓ Μουσούρου, Λ. (2005) *Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική.* Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- ✓ Παναγιωτάκης, Γ. (2005) «Ο Θεσμός των ΚΑΠΗ σήμερα: τάσεις και προοπτικές», *2η Πανελλήνια Διημερίδα,* Ηράκλειο: Π.Τ.Κ. Σ.Κ.Λ.Ε., σ. 257-264.
- ✓ Παπαδακάκη, Μ., Παρλαλής, Σ., Σταμέλος, Σ. και Χαρκιανάκη, Γ. (χ.χ.) *Διερεύνηση των αναγκών και των ενδιαφερόντων σε ένα Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων στο Ηράκλειο Κρήτης.* http://www.researchgate.net [πρόσβαση 26 Οκτωβρίου 2020)
- ✓ Σωμαράκη, Κ., Τσόκας, Ν. και Χατζηγεωργίου, Μ. (2007) *Ικανοποίηση ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν στην πόλη του Ηρακλείου από την φροντίδα που τους παρέχεται από επίσημα – ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας.* http://nefeli.lib.teicrete.gr [πρόσβαση 27 Οκτωβρίου 2020)
- ✓ Τεπέρογλου, Α. (1989) *Η ηλικιωμένη γυναίκα στην Ελλάδα: μία κοινωνιολογική προσέγγιση.* http:// ejournals.epublishing.ekt.gr [πρόσβαση 14 Σεπτεμβρίου 2020].
- ✓ Χναράκη, Ε. (2005) «Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και η τοπική κοινότητα: εφαρμογή – προβληματισμοί – προτάσεις» *2η Πανελλήνια Διημερίδα,* Ηράκλειο: Π.Τ.Κ. Σ.Κ.Λ.Ε., σ.125-137.
- ✓ Χριστοδούλου, Γ. (1975) *«Συμπόσιο με θέμα προβλήματα γεροντικής ηλικίας, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Πολιτισμού»,* Αθήνα: Χ.Α.Ν., σ. 57 – 61.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

- ✓ Ashida, S., Marcum, S., & Koehly, L. (2017) *Unmet Expectations in Alzheimer's Family Caregiving: Interactional Characteristics Associated With Perceived Under – Contribution.* PhD Thesis. University of Lowa College.
- ✓ Ghazaleh, R. (2012) *Ο τρόπος ζωής και το ηθικό των ηλικιωμένων: διαπολιτισμική μελέτη.* Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- ✓ Evans, I., Llewellyn, D., Matthews, F., Woods, B., & Clare, L. (2018) *Living alone and cognitive function in later life.* Archives of Gerontology and Geriatrics 81: pp. 222-233.
- ✓ Kronfol, N., Rizk, A., & Sibai, A. (2015) *Ageing and intergenerational family ties in Arab countries.* PhD Thesis. University of Lebanon.
- ✓ Mitrani, V., Feaster, D., McCabe, B., Czaja, S., & Szapocznik, J. (2005) *Adapting the Structural Family Systems Rating to Assess the Patterns of Interaction in Families of Dementia Caregivers.* PhD Thesis. University of Miami.
- ✓ Plothner, M., Schmidt, K., Jong, L., Zeidler, J., & Damm, K. (2019) *Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review.* BMC Geriatrics. Leibniz University.
- ✓ Sener, A., Oztop, H., Dogan, N., & Guven, S. (2008) *Family, close relatives, friends: Life satisfaction among older people.* Educational Gerontology 34: pp. 891-894.
- ✓ Sheehan, O., Leff, B., Ritchie, C., Garrigues, S., Li, L., Saliba, D., Fathi, R., & Boyd, C. (2019) *A systematic literature review of the assessment of treatment burden experienced by patients and their caregivers.* BMC Geriatrics. USA University.
- ✓ Temple, J., Jukic, M., & Dow, B. (2017) *Informal care relationships and residential aged care recommendations: evidence from administrative data.* BMC Geriatrics. University of Melbourne.
- ✓ Thomas, P., Liu, H., & Umberson, D. (2017) *Family Relationships and Well – Being.* AUSTIN. PHD Thesis. University of Texas.

- ✓ Tsai, H., Chang, H., & Ho, Y. (2016) *Perceptions of a Specific Family Communication Application among Grandparents and Grandchildren : An Extension of the Technology Acceptance Model.* PhD Thesis. University of China.
- ✓ Ugur, H., & Erci, B. (2019) *The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life.* Acta Clin Croat. University of Turkey.
- ✓ W.H.O. (2015) *World Report on Ageing and Health.* Geneva: World Health Organization available at: http://who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/
- ✓ W.H.O. (2002) *Active ageing: A policy framework.* Spain: World Health Organization available at: -