

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

**Η εκπαίδευση του φροντιστή ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα. Προσεγγίσεις,
προβλήματα και προοπτικές**

The education of the caregiver of elderly people in Greece.

Approaches, problems and perspectives



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ειρήνη Χανιωτάκη

Τριμελής Επιτροπή:

Χαράλαμπος Οικονόμου, Αν Καθηγητής Κοινωνιολογίας και Πολιτικών Υγείας

Άννα Λυδάκη Ομότιμη Καθηγήτρια Κοινωνιολογίας

Γεωργοπούλου Παναγιώτα



Copyright © Χανιωτάκη Ειρήνη, 2024

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς την συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων της συγγραφέα.

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τις μεταπτυχιακές μου σπουδές και στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσοι με ενθάρρυναν και με στήριξαν. Πιο συγκεκριμένα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου Αντιπρύτανη του Παντείου Πανεπιστημίου Χαράλαμπο Οικονόμου για την υποστήριξη του, την καθηγήτρια Κοινωνιολογίας Βασιλική Καντζάρα για τις συμβουλές, τον Διευθυντή του ΠΜΣ Κοινωνιολογίας Μιλτιάδη Κήπα που στάθηκε στο πλευρό μου και τα μέλη της επιτροπής για τις συμβουλές τους.

Η εργασία αφιερώνεται στη γιαγιά μου Φλώρα που έφυγε όπως της άξιζε.

Περίληψη

Η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα απαιτεί μια πιο προσεκτική εξέταση της φροντίδας των ηλικιωμένων, υπογραμμίζοντας τη σημασία της εκπαίδευσης των φροντιστών. Αυτή η ποιοτική ερευνητική εργασία διερευνά τις διαφοροποιημένες προκλήσεις και τις εμπειρίες των φροντιστών που παρέχουν βοήθεια σε ηλικιωμένους στο ελληνικό πλαίσιο. Αντλώντας από τη βιβλιογραφία, τις ημι - δομημένες συνεντεύξεις και την ανάλυση των αφηγήσεων των επίσημων και ανεπίσημων φροντιστών, αυτή η μελέτη διερευνά τις πολύπλευρες διαστάσεις της φροντίδας, δίνοντας έμφαση σε σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές πτυχές. Η έρευνα ρίχνει φως στον κρίσιμο ρόλο της εκπαίδευσης των φροντιστών στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται σε ηλικιωμένους στην Ελλάδα. Τα προγράμματα εκπαίδευσης φροντιστών διαπιστώθηκε ότι είναι απαραίτητα για τον εξοπλισμό των φροντιστών με τις απαραίτητες δεξιότητες και γνώσεις για την αποτελεσματική διαχείριση των ιδιαίτερων αναγκών των ηλικιωμένων. Επιπλέον, αυτή η μελέτη υπογραμμίζει τη σημασία της ενσωμάτωσης πρωτοβουλιών εκπαίδευσης φροντιστών στο ευρύτερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, τονίζοντας την ανάγκη για προσβάσιμη και ολοκληρωμένα προγράμματα κατάρτισης. Ενδυναμώνοντας τους φροντιστές με εκπαίδευση και υποστήριξη, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι και οι φροντιστές τους, βελτιώνοντας τελικά τη συνολική ευημερία και των δύο μερών. Αυτή η έρευνα συμβάλλει στην αυξανόμενη βιβλιογραφία για τη φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα, τονίζοντας τον κεντρικό ρόλο της εκπαίδευσης φροντιστών στην προώθηση της αξιοπρεπούς και συμπονετικής φροντίδας στο πλαίσιο μιας γηράσκουσα κοινωνία.

Λέξεις κλειδιά: ηλικιωμένοι, εκπαίδευση, φροντίδα, γηριατρική, υγεία, φροντιστής

Abstract

The aging of the population in Greece calls for a closer examination of the care of the elderly, underscoring the importance of the education of caregivers. This qualitative research paper explores the varied challenges and experiences of caregivers providing assistance to older people in the Greek context. Drawing on the literature, semi-structured interviews and analysis of the narratives of formal and informal care givers, this study explores the multifaceted dimensions of care, emphasizing physical, emotional and social aspects. The research sheds light on the critical role of caregiver education in improving the quality of care provided to the elderly in Greece. Caregiver training programs have been found to be essential in equipping caregivers with the necessary skills and knowledge to effectively manage the special needs of older adults. Furthermore, this study highlights the importance of integrating caregiver education initiatives into the broader health care system, emphasizing the need for accessible and comprehensive training programs. By empowering caregivers with education and support, policymakers and health professionals can better address the challenges faced by older adults and their caregivers, ultimately improving the overall well-being of both parties. This research contributes to the growing literature on elderly care in Greece, highlighting the central role of caregiver education in promoting dignified and compassionate care in the context of an aging society.

Key words: elderly, education, care, geriatrics, health, caregiver

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....σελ.4
Περίληψη.....σελ.5
Abstract.....σελ.6
Εισαγωγή.....σελ.9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Γήρανση

1.1 Δημογραφικά στοιχεία.....σελ.12
1.2 Γήρανση και εξάρτηση.....σελ.13
1.3 Η στάση των φροντιστών προς την γηριατρική φροντίδα.....σελ.15
1.4 Η σχέση της εκπαίδευσης με την ποιότητα φροντίδας.....σελ.15
1.5 Επιπτώσεις της γήρανσης στην οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων.....σελ.21
1.6 Συνέπειες δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα.....σελ.22
1.7 Ηλικιωμένοι και φροντιστές με ψυχικές νόσους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Εκπαίδευση

2.1 Μορφές εκπαίδευσης στην Ελλάδα.....σελ.25
2.1 Η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης.....σελ.28
2.2 Η αναγκαιότητα για εκπαίδευση των άτυπων φροντιστών.....σελ.31
2.3 Μαθησιακή διαδικασία για τους ηλικιωμένους.....σελ.33

2.4 Η τεχνολογία στην υπηρεσία της γήρανσης.....σελ.35
2.4 Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στο εξωτερικό.....σελ.36
2.5 Η Γεροντολογία και οι διαστάσεις του γήρατος.....σελ.38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Μεθοδολογία

3.1 Οργάνωση της έρευνας.....σελ.41
3.2 Κομβικά σημεία από τις συνεντεύξεις.....σελ.42
3.4 Αποτελέσματα της έρευνας.....σελ.55
3.5 Συμπεράσματα.....σελ.59

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....σελ.61
Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία.....σελ. 70
Παράρτημα.....σελ.74

Εισαγωγή

Η γήρανση του πληθυσμού είναι πλέον ένα αδιαμφισβήτητο, παγκόσμιο γεγονός το οποίο οφείλεται στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και ταυτόχρονα στη μείωση των γεννήσεων και της θνησιμότητας (Lutz, 2008) Η δυτική επιστήμη έχει συμβάλλει τα μέγιστα στην καταπολέμηση των θανατηφόρων ασθενειών του παρελθόντος μέσω της έγκαιρης διάγνωσης πολλών παθήσεων που αντιμετωπίζονται είτε συντηρητικά είτε επεμβατικά με αποτέλεσμα τη διατήρηση της ζωής και τη βελτίωση της υγείας. Η τεχνολογία έχει συνδράμει καταλυτικά στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου διευκολύνοντας τα άτομα στην καθημερινότητα τους σε όλους τους τομείς που αφορούν στη μετακίνηση, την επικοινωνία και την εργασία. Η εκπαίδευση δεν αποτελεί πλέον προνόμιο λίγων και εκλεκτών αλλά ως κοινωνικό αγαθό είναι διαθέσιμο σε όλους οδηγώντας εμμέσως σε βελτίωση όλων των συστατικών του ζην. Από την άλλη πλευρά, οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες ιδιαίτερα στην Ελλάδα, ευνοούν την συρρίκνωση της οικογένειας αντικαθιστώντας την με μονογονεϊκά ή πυρηνικά σχήματα που έχουν λίγα, ένα ή κανένα παιδί επομένως, τα άτομα ωριμάζουν και γηράσκουν έξω από το προστατευτικό πλαίσιο της κάποτε εκτεταμένης οικογένειας ενώ δημιουργούν διαφορετικούς τύπους σχέσεων, νοημάτων και κοσμοθεωριών (Έμκε – Πουλοπούλου:1983).

Η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat) εκτιμά ότι η δημογραφική γήρανση δεν αποτελεί ένα φαινόμενο που εμφανίστηκε πρόσφατα αλλά μια τάση που ξεκίνησε πολλές δεκαετίες πριν στην Ευρώπη και της οποίας οι συνέπειες γίνονται ορατές προοδευτικά. Η τάση αυτή χαρακτηρίζεται από συστηματικά χαμηλά ποσοστά γεννήσεων και υψηλό προσδόκιμο ζωής με αποτέλεσμα τη μετάβαση σε έναν ολοένα και γηραιότερο πληθυσμό. Για τη διαπίστωση των πληθυσμιακών διακυμάνσεων η Eurostat συλλέγει δεδομένα στην αρχή κάθε έτους από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και από άλλα κράτη που επιθυμούν να απογραφούν και χρησιμοποιεί ένα σύνολο δεικτών, μερικοί από τους οποίους είναι η εξέλιξη του ποσοστού του πληθυσμού των ηλικιωμένων, ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων και η διάμεση ηλικία.

Ο ποσοστιαίος δείκτης εξέλιξης του πληθυσμού των ηλικιωμένων προκύπτει από τη διάκριση του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 χωρών σε νέους (0-14), σε πρόσωπα που θεωρούνται ότι βρίσκονται σε ηλικία εργασίας (15-64) και σε ηλικιωμένους (άνω των 65). Ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων εκφράζει το σχετικό μέγεθος του αριθμού των

νεαρότερων και/ή των γηραιότερων ατόμων σε σχέση με τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας. Η διάμεση ηλικία του πληθυσμού κάθε ευρωπαϊκού κράτους υπολογίζεται ως η μέση τιμή των ταξινομημένων κατά μέγεθος ηλικιακών ομάδων. Όλοι οι δείκτες σημειώνουν αυξητικές τάσεις έως διπλασιασμό του ποσοστού των ηλικιακών ομάδων άνω των 65 και άνω των 80 και ταυτόχρονα, παρουσιάζεται εμφανής συρρίκνωση στις ομάδες των νέων και των δυνητικά εργαζόμενων. Τα σενάρια υπολογισμού των τάσεων αυτών δεικνύουν πως στις επόμενες δεκαετίες όχι μόνο θα διατηρηθεί αυτό το σχήμα, αλλά ότι οι ομάδες ηλικιωμένων θα υπερδιπλασιαστούν.

Με βάση τους ανωτέρω δείκτες που είναι κοινοί για τις ευρωπαϊκές χώρες και λαμβάνοντας υπόψη την απογραφή πληθυσμού που διεξήγαγε η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία για το 2021 προκύπτει ότι η Ελλάδα διακρίνεται για το υψηλό ποσοστό ατόμων 65 ετών και άνω στον συνολικό πληθυσμό μαζί με τη Φινλανδία, την Πορτογαλία, την Γερμανία και τη Βουλγαρία (όλες 22 %) και την Ιταλία να υπερτερεί κατά 1%.

Η γήρανση του πληθυσμού ως τάση χρήζει πολυεπίπεδης και διεπιστημονικής έρευνας καθώς η αύξηση του προσδόκιμου ζωής συναρτάται από κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες όπως η κοινωνική διαστρωμάτωση, το εισόδημα, η εκπαίδευση, το φύλο, η εθνικότητα και ο τόπος διαμονής. Αναδεικνύει και εντείνει τις ανισότητες ενώ αποκαλύπτει αδυναμίες που ενδεχομένως δεν ήταν ορατές ή δεν συνιστούσαν απειλή για την ισορροπία του δημοσιονομικού συστήματος κάθε χώρας. Σύμφωνα με την μελέτη, που δημοσιεύθηκε από το Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων του ΟΗΕ (DESA), σημαίνει επίσης «αύξηση της ανάγκης για μακροχρόνια φροντίδα, μια αδυναμία που αποκαλύφθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19».

Το κεντρικό ερώτημα της παρούσας εργασίας αφορά στην εκπαίδευση των φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων και στη συμβολή της στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και των δύο μερών. Σε μια γηράσκουσα χώρα όπως η Ελλάδα, είναι ικανοποιητική και επαρκής η εκπαίδευση των επαγγελματιών και των άτυπων φροντιστών ως προς τις ιδιαίτερες ανάγκες και την ψυχοσύνθεση των ηλικιωμένων; Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι στους φροντιστές γενικά εντάσσονται όλοι όσοι έρχονται σε επαφή με άτομα της Τρίτης ηλικίας εξαιτίας του επαγγέλματος τους (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, πρακτικές νοσοκόμες και άλλες παραιατρικές ειδικότητες) αλλά και όσοι υποχρεώνονται από τις συνθήκες να φροντίσουν έναν δικό τους άνθρωπο (σύζυγοι, παιδιά, συγγενείς) ανεξάρτητα από το κύριο επάγγελμά τους. Οι φροντιστές διακρίνονται σε τυπικούς – οι επαγγελματίες

υγείας- και σε άτυπους – οι συγγενείς. Όταν οι συγγενείς αδυνατούν να αναλάβουν τη φροντίδα του ηλικιωμένου, αναδύονται θέσεις εργασίας κατ' οίκον οι οποίες καταλαμβάνονται από άτομα που βιοπορίζονται από την φροντίδα ηλικιωμένων ανθρώπων χωρίς να έχουν περάσει από τυπική εκπαίδευση και χωρίς ενδεχομένως να πληρούν τις νόμιμες προϋποθέσεις. Σε αυτή την εργασία δεν θα εξετάσουμε αυτή την κατηγορία άτυπων φροντιστών.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στα ζητήματα της γήρανσης, στα προβλήματα που προκύπτουν από την εξάρτηση των ηλικιωμένων από τους φροντιστές τους, την στάση και την αντίληψη των φροντιστών υγείας για την γηριατρική φροντίδα και την συνάρτηση της εκπαίδευσης με την ποιότητα της φροντίδας. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα εστιάσουμε στην τυπική όσο και στην άτυπη εκπαίδευση που μπορούν να επιλέξουν οι φοιτητές / μαθητές προκειμένου να ασκήσουν επαγγελματική γηριατρική φροντίδα. Στο τρίτο κεφάλαιο θα αναπτύξουμε την μεθοδολογία της παρούσης εργασίας και θα παρουσιάσουμε, επιλεκτικά, αποσπάσματα των συνεντεύξεων που πήραμε στο πλαίσιο της ποιοτικής μας έρευνας. Τέλος, στον επίλογο θα παραθέσουμε τα συμπεράσματα που προέκυψαν. Ο σκοπός μας είναι να συμβάλλουμε στη μελέτη της γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα μέσα από το πρίσμα των επαγγελματιών υγείας και των άτυπων φροντιστών και να υπογραμμίσουμε πόσο ωφέλιμο είναι για μια χώρα η εκπαίδευση να συνομιλεί και να συμβαδίζει με τις ανάγκες της κοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Γήρανση

1.1 Δημογραφικά στοιχεία

Το προσδόκιμο ζωής των ατόμων αυξάνεται λόγω της ιατρικής προόδου και της βελτίωσης του τρόπου ζωής. Ο Mather (2019) ανέφερε ότι ο αμερικανικός πληθυσμός, ηλικίας 65 ετών και άνω, αναμένεται να διπλασιαστεί σχεδόν από 52 εκατομμύρια το 2018 σε 95 εκατομμύρια έως το 2060 και το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού στην ηλικιακή ομάδα 65 ετών και άνω θα αυξηθεί από 16 % έως 23%. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 2018) ανέφερε επίσης ότι από το έτος 2015 έως το 2050, οι άνθρωποι γερνούν και θα συνεχίσουν να γερνούν σε όλο τον κόσμο και το ποσοστό των ατόμων άνω των 60 ετών θα αυξηθεί από 12% σε 22%. Ομοίως, το Καναδικό Ινστιτούτο Πληροφοριών Υγείας (2017) ανέφερε ότι οι ηλικιωμένοι ηλικίας 75 ετών και άνω αυξάνονται με ταχύτερους ρυθμούς. Τα τελευταία 40 χρόνια, οι Καναδοί έχουν αυξηθεί σε αριθμό καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξήθηκε από περίπου 2 εκατομμύρια σε 3,5 εκατομμύρια μεταξύ 1977 και 1997. Το 2017 ήταν περίπου 6,2 εκατομμύρια και αναμενόταν να φτάσει τα 10,4 εκατομμύρια μέχρι το 2037.

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), εκτιμά πως η μέση διάρκεια ζωής για άτομα ηλικίας 65 ετών στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία και τον Καναδά είναι μεταξύ 84 και 86 ετών. Καθώς ο γηριατρικός πληθυσμός αυξάνεται, αυτά τα άτομα τείνουν να παρουσιάζουν πολυάριθμα προβλήματα υγείας (Vann, 2016). Οι νοσηλευτές πολύ συχνά περιγράφονται ως ο πόρος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που είναι ιδανικά προετοιμασμένος για να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις ενός γηράσκοντος πληθυσμού στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (King et al., 2013).

Η γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού είναι ένα σημαντικό παγκόσμιο ζήτημα σημαντικό αντίκτυπο σε ολόκληρη την κοινωνία και την οικονομία (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2002). Στην Ευρώπη, το 37% των πολιτών αναμένεται να είναι άνω των 60 ετών το 2050. Το 2005, λίγο πάνω από το 17% (1,5 εκατομμύριο άτομα) του ελληνικού πληθυσμού ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω (ΕΛΣΤΑΤ, 2021). Αυτή η ομάδα προβλέπεται να αυξηθεί κατά 23% κατά την επόμενη δεκαετία. Έτσι, το 2050, 2,5 εκατομμύρια Έλληνες θα είναι 65 ετών και άνω, και από αυτούς, το 37% θα είναι 80 ετών και άνω. Στην Ελλάδα ο πληθυσμός αναμένεται ότι μέχρι το 2060 θα έχει μειωθεί στα 9 εκατομμύρια άτομα από 10,43

εκατομμύρια άτομα το 2021, σύμφωνα με την επίσημη απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ, και ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων θα έχει εκτοξευθεί στο 67,3, που σημαίνει ότι περισσότερο από ένας ενήλικος (1,48 για την ακρίβεια) σε ηλικία εργασίας 20-64 ετών θα αναλογεί σε έναν ηλικιωμένο, από 65 ετών και άνω, στη χώρα.

Οι πρόσφατες μελέτες της S&P Global σχετικά με τις δαπάνες και τις συνέπειες της δημογραφικής γήρανσης στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν και το δημόσιο χρέος της Ελλάδας δείχνουν ότι εάν οι ρυθμοί αυτοί συνεχιστούν σε εύρος εικοσιπενταετίας, έπεται χαμηλή ποιότητα ζωής για τους ηλικιωμένους και ακόμη πιο ασθενές κράτος πρόνοιας σε σύγκριση με σήμερα (Tilleray, 2023). Ο Γκουνάρ Άντερσον, καθηγητής δημογραφίας στο Πανεπιστήμιο της Στοκχόλμης, αναφερόμενος στην Ελλάδα, είπε ότι το δημογραφικό αποτελεί «κατεπείγον πρόβλημα» καθώς οι ηλικίες μεταξύ 40-50 αποτελούν πολύ υψηλό ποσοστό και πρότεινε να συνδεθεί η συνταξιοδότηση με το προσδόκιμο και να συνδυαστεί αρμονικά η προσωπική με την επαγγελματική ζωή (Ιωακείμ, 2024).

1.2 Γήρανση και εξάρτηση

Υπάρχει μια σχέση μεταξύ της αύξησης της ηλικίας και των προβλημάτων υγείας που γίνονται πιο διαδεδομένα γύρω στην ηλικία των 80 ετών (Stålbrand, 2007). Οι ανάγκες φροντίδας και εξυπηρέτησης εμφανίζονται συνήθως στη όγδοη δεκαετία ζωής και αυξάνονται καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν. Ο Söderhamn έδειξε στις μελέτες του ότι η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδα σε άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω είναι μειωμένη. Η εξάρτηση των ηλικιωμένων από τη φροντίδα και τη νοσηλεία αυξάνεται όσο πλησιάζουν στον θάνατο. Κατά συνέπεια, αποτελούν την πλειοψηφία των αποδεκτών φροντίδας τόσο στην ιδιωτική (κατ'οίκον) όσο και στην ενδονοσοκομειακή ή ιδρυματική φροντίδα ηλικιωμένων (Thorslund & Larsson, 2002). Συνήθη προβλήματα υγείας είναι η άνοια, η καρδιακή ανεπάρκεια, ο καρκίνος, οι καταστάσεις μετά το εγκεφαλικό, ο υποσιτισμός και τα κατάγματα (Akner, 2004). Περίπου το 5% αυτών των 75 ετών και άνω έχουν επίσης πολλαπλές διαγνώσεις (συν - νοσηρότητα). Ένα άτομο ορίζεται ότι έχει πολλαπλές διαγνώσεις όταν έχει λάβει νοσοκομειακή περίθαλψη τρεις ή περισσότερες φορές, με τρεις ή περισσότερες διαγνώσεις (Gurner & Thorslund, 2001). Λαμβάνοντας υπόψη τον αυξανόμενο αριθμό ηλικιωμένων, είναι λογικό να αναμένεται μια αυξανόμενη ανάγκη για φροντίδα ηλικιωμένων (Thorslund & Larsson, 2002).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων έχουν τις λειτουργικές ικανότητες να ζουν στη δική τους κατοικία (Akner, 2004). Σύμφωνα με την ανασκόπηση του Beckman σχετικά με τις διεθνείς και ελληνικές τάσεις υγείας στους ηλικιωμένους πληθυσμούς, υπήρξε μια γενικά αυξανόμενη τάση κακής υγείας κατά τα τέλη της δεκαετίας του '90. Η τάση παρατηρήθηκε κυρίως σε ασθένειες και λειτουργικούς περιορισμούς παρά στην αναπηρία. Από την άλλη πλευρά, οι απαιτήσεις για ιατρική φροντίδα μπορεί να αυξηθούν, λόγω χρόνιων ασθενειών που αντιμετωπίζονται αλλά δεν θεραπεύονται (Beckman, 2005).

Ο παγκόσμιος πληθυσμός στο σύνολό του μεγαλώνει και η ευεξία και οι κοινές ασθένειες (λοιμώδεις, οξείες, χρόνιες, εκφυλιστικές κ.λπ.) έχουν αλλάξει. Αν και πολλές χρόνιες ασθένειες προκαλούν σοβαρά ελαττώματα, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι εάν υιοθετηθεί και διατηρηθεί ένας υγιεινός τρόπος ζωής, αυτά τα ελαττώματα μπορεί να καθυστερήσουν. Επιπλέον, αυτές οι ασθένειες γενικά αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τα άτομα και τον τρόπο ζωής τους. Μελέτες για την ευεξία και την πρόληψη ασθενειών έχουν βρεθεί αποτελεσματικές όταν τα άτομα υιοθετούν υγιεινές συνήθειες (Chesser, 2016).

Δεδομένου ότι ο ηλικιωμένος πληθυσμός διατρέχει τεράστιο κίνδυνο ή νοσεί από σοβαρές παθήσεις, και οι ίδιοι οι φροντιστές υγείας θα πρέπει να χειρίζονται προσεκτικά και να επιλέγουν να αναβαθμίσουν την εκπαίδευσή τους. Μέσω αυτής της εκπαίδευσης, παρέχονται οφέλη όσον αφορά την ανάπτυξη προστασίας και ευεξίας για τους ίδιους αλλά και για τους ηλικιωμένους (Reicherter & Greene, 2005). Ωστόσο η Choi κατέδειξε, ότι η πρόληψη της υγείας μέσω αγωγής των ηλικιωμένων ατόμων έχει γενικά παραμεληθεί (Choi et al., 2010). Η αγωγή υγείας αυξάνει τις γνώσεις των ατόμων για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη και τα ενημερώνει για τις επιλογές υγειονομικής περίθαλψης. Η πρόληψη με σωματικές δραστηριότητες και υγιεινή διατροφή διατηρεί ενεργή την ζωτικότητα των ηλικιωμένων, καθυστερεί την εισαγωγή σε γηροκομεία και αυξάνει την ικανοποίηση από τη ζωή. Ο Leung επισήμανε ότι μεταξύ των θεμάτων όπου οι ηλικιωμένοι χρειάζονται περισσότερο βοήθεια, η έλλειψη γνώσης έρχεται πρώτη (Leung et al., 2006). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει τονίσει τη σημασία της αγωγής υγείας για την υποστήριξη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης και της προαγωγής της υγείας για τους ηλικιωμένους. Η αγωγή υγείας απαιτεί προσεκτικό χειρισμό της γνώσης, της στάσης, του αντικειμένου, της αντίληψης, της κοινωνικής θέσης, της δομής εξουσίας, των πολιτισμικών πρακτικών και άλλων κοινωνικών προοπτικών. Η αγωγή υγείας είναι μια έννοια που μπορεί να επηρεάσει βαθιά την κοινωνική θέση των ατόμων (Glanz et al., 2008).

1.3 Η στάση των φροντιστών προς την γηριατρική φροντίδα

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η φροντίδα για τον γηριατρικό πληθυσμό είναι ένα από τα πιο απαιτητικά ζητήματα των συστημάτων δημόσιας υγείας και κοινωνικής φροντίδας στις σύγχρονες κοινωνίες. Τουλάχιστον δεοντολογικά, οι ειδικότητες που αφορούν στην υγεία, είναι επαγγέλματα που συνοδεύονται από έλεος, συμπόνια και ενσυναίσθηση. Για παράδειγμα, η νοσηλευτική φροντίδα δεν είναι μόνο η παροχή φαρμάκων ή θεραπείας, αλλά η προστασία και η ενίσχυση της ευημερίας ενός ατόμου (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, 2002). Οι νοσηλευτές έχουν ζωτικό ρόλο στη φροντίδα διαφόρων κατηγοριών ατόμων στην κοινωνία καθώς όχι μόνο παρέχουν φροντίδα και υποστήριξη σε παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένα άτομα αλλά στα καθήκοντα τους περιλαμβάνεται και η εκπαίδευση των ασθενών, των οικογενειών και της κοινότητας (International Council of Nurses, 2002). Ειδικότερα, ο Deasey υποστήριξε ότι οι νοσηλευτές έχουν ζωτική σημασία για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε ηλικιωμένους ασθενείς και για τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος με θετικά αποτελέσματα (Deasey et al. (2014).

Οι έρευνες ωστόσο δεικνύουν ότι η πραγματικότητα διαφέρει από τη δεοντολογία και το ιδανικό. όσον αφορά στην μακροχρόνια γηριατρική φροντίδα. Ο Liu ανέφερε ότι οι φροντιστές υγείας τείνουν να βλέπουν τους ηλικιωμένους ως βάρος, καθώς βρήκαν την φροντίδα των ηλικιωμένων ενοχλητική (Liu et al., 2012). Η συγκεκριμένη έρευνα αναφέρεται στους νοσηλευτές, υπενθυμίζουμε ωστόσο ότι στον συγκεκριμένο όρο περιλαμβάνονται εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό, οι επιβλέποντες γιατροί, οι συγγενείς που βοηθούν είτε αποκλειστικά είτε καθ' ολοκληρίαν τους ηλικιωμένους, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι, που αναφέρονται ως επίσημοι φροντιστές ή ως φροντιστές υγείας. Ο Dikken υποστήριξε στην έρευνα του ότι οι φροντιστές προσεγγίζουν αρνητικά τους ηλικιωμένους ασθενείς καταλήγοντας ότι είναι σημαντικό να βρεθούν τρόποι που θα αυξήσουν τα προγράμματα της εκπαίδευσης που μπορούν να επηρεάσουν θετικά τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τους ηλικιωμένους ασθενείς (Dikken et al., 2017).

Οι νοσηλευτές που εμφανίζουν ανεπιθύμητες συμπεριφορές προς τους ηλικιωμένους έχουν δείξει ότι τείνουν να αλληλοεπιδρούν με νεότερους ασθενείς, αλλά κάνουν διακρίσεις σε βάρος

ηλικιωμένων ασθενών με διαφορετικούς τρόπους. Για παράδειγμα, ήταν πιο επιρρεπείς στην έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων, της ιδιωτικής ζωής και της αξιοπρέπειας των ασθενών, μαζί με σωματικούς περιορισμούς κατά τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων. Υποστήριξαν επίσης ότι οι στάσεις των φροντιστών είναι μεταβλητές και διαφέρουν από χώρα σε χώρα καθώς αναφέρονται από αρκετούς ερευνητές θετικές αντιδράσεις των νοσηλευτών στην γηριατρική φροντίδα στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Ιορδανία και την Αυστραλία (Topaz & Doron, 2013). Νέες μελέτες έδειξαν ότι ακόμη και σε καταστάσεις όπου οι απόφοιτοι νοσηλευτικής έχουν θετικές στάσεις, συνήθως επιλέγουν να μην ασχολούνται με γηριατρικούς ασθενείς. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει σοβαρή έλλειψη φροντιστών με εμπειρία στη φροντίδα ηλικιωμένων και ακόμα λιγότεροι που επιλέγουν να εξειδικευθούν σε αυτό τον τομέα (King et al., 2013). Νέα ανάλυση της έρευνας που διενεργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε δείγμα 83.000 ανθρώπων σε 57 χώρες δείχνει πως οι αρνητικές στάσεις ή οι στάσεις διάκρισης απέναντι σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι ευρέως διαδεδομένες και πως αυτές επηρεάζουν αρνητικά τη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων. Κατά συνέπεια, ο γηριατρικός πληθυσμός μπορεί να υποφέρει από διαφορετικές μορφές διακρίσεων από την κοινωνία γενικά και ειδικότερα από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

1.4 Η σχέση της εκπαίδευσης με την ποιότητα φροντίδας

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι ηλικιωμένοι χρειάζονται περισσότερες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης από τους νεότερους ασθενείς και όλοι οι φροντιστές υγείας πρέπει να έχουν επαγγελματικές γνώσεις σχετικά με τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Ύψιστης σημασίας ωστόσο σύμφωνα με τον Rush, είναι οι καλά προετοιμασμένες γηριατρικές νοσοκόμες που κρίνονται απαραίτητες για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας σε ηλικιωμένους ασθενείς (Rush et al., 2017). Δυστυχώς, λόγω έλλειψης ευαισθητοποίησης σχετικά με τη φροντίδα των ηλικιωμένων από εκπαιδευτές, φοιτητές και πτυχιούχους σε προγράμματα νοσηλευτικής, η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να είναι επιβλαβής παρά χρήσιμη. «Είναι γεγονός ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής -και των άλλων ειδικοτήτων σχετικών με την υγεία- πρέπει να μάθουν πώς να εφαρμόζουν τη θεωρία στην πράξη και να εξισορροπούν την εργασία και το άγχος ταυτόχρονα. Είναι επίσης σημαντικό, να ελαχιστοποιηθεί η αρνητική τους στάση και οι φόβοι για τη γηριατρική νοσηλευτική φροντίδα» (INSCOL, 2016).

Ο Wyman παρατήρησε ότι εκτός από την ποιότητα της επικοινωνίας και της εκπαίδευσης που ενδέχεται να μην είναι η κατάλληλη, η φροντίδα που παρέχεται στα ηλικιωμένα άτομα, συχνά συνοδεύεται από ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Επισημάνε ότι οι φροντιστές υγείας τείνουν να μην εμπλέκουν τους ηλικιωμένους στο πρόγραμμα θεραπείας τους και όταν επικοινωνούσαν με ηλικιωμένους ασθενείς, τους μιλούσαν με παιδιάστικο τόνο (Wyman et al., 2018). Ομοίως, ο Çelik ανέφερε ότι ορισμένοι Τούρκοι φοιτητές νοσηλευτικής έχουν αρνητική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους. Ωστόσο, άλλοι φοιτητές ανέφεραν ότι συμπεριφέρονταν ευγενικά στους ηλικιωμένους ασθενείς ενώ τους φρόντιζαν, αλλά είχαν γλωσσικά εμπόδια και δυσκολίες στη σχέση μαζί τους (Çelik et al., 2010). Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη στο Ιράν επιβεβαίωσε ότι οι νοσηλευτές στα δημόσια νοσοκομεία στην πόλη Pam, υιοθετούν ασυνείδητα αρνητικές στάσεις απέναντι στους γηριατρικούς ασθενείς. Βρέθηκε επίσης, ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ήταν λιγότερο πιθανό να θυμούνται τα ονόματα των ηλικιωμένων ασθενών ή να χρησιμοποιούν την αίσθηση του χιούμορ μαζί τους όπως κάνουν με τους νεότερους ενήλικες. (Arani et al., 2017).

Οι Deasey et al. (2014) υποστήριξαν ότι σε σχέση με τη διαδικασία γήρανσης, οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν γνωστική αναπηρία, μειωμένες νοητικές δεξιότητες, μειωμένη κινητικότητα, κούραση, έλλειψη ενέργειας και μπορεί να λαμβάνουν πολλά φάρμακα. Οι φροντιστές υγείας έχουν αναφέρει υψηλά επίπεδα άγχους σχετικά με τη φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών τους, κυρίως λόγω αυτών των παραγόντων. Ο Gould αναφέρθηκε σε φοιτητές νοσηλευτικής που δεν ήταν αρνητικοί στη φροντίδα των ηλικιωμένων, τουλάχιστον όπου δεν υπάρχει άνοια, που έλαβαν όμως μια σαφή προειδοποίηση από τους καθηγητές τους, ότι αυτή η μορφή νοσηλευτικής φροντίδας δεν είναι ούτε σημαντική ούτε σεβαστή (Gould et al., 2015).

Από την άλλη μεριά οι Toraz και Doron παρατήρησαν ότι οι φροντιστές υγείας με υποστηρικτικές στάσεις προς τους ηλικιωμένους, δήλωσαν ότι ακούνε με προσοχή, βοηθούν με συμπόνια και αναπτύσσουν φιλικές σχέσεις με τους ασθενείς τους.

Οι μελέτες για τη μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα, δείχνουν ότι η αρνητική στάση τείνει να συνδέεται με την εξουθένωση. Οι σύνθετες ανάγκες των γηριατρικών ασθενών είναι δυνατό να αποστραγγίσουν τον φροντιστή σωματικά και συναισθηματικά. Ο Κουτελέκος συμπεραίνει ότι εξαιτίας του στρεσογόνου περιβάλλοντος ο φροντιστής είτε οδηγείται στην αποστασιοποίηση είτε φορτίζεται συναισθηματικά και αντιδρά με θυμό. Και στις δύο περιπτώσεις αντίδρασης η φροντίδα του ηλικιωμένου είναι ελλιπής και

προβληματική (Κουτελέκος, 2007). Στο νοσηλευτικό προσωπικό εν κατακλείδι και εξ αιτίας της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματος, η εμφάνιση αγχωτικών καταστάσεων είναι σύνθητες φαινόμενο (Κανελλοπούλου, 2013). Ο Προύσκας επισημαίνει ότι η εκπαίδευση των φροντιστών μπορεί να τους κάνει να: «αισθάνονται ότι έχουν καλύτερο έλεγχο της κατάστασης, χειρίζονται αποτελεσματικότερα τις προκλήσεις και τα προβλήματα με τα οποία συνδέεται η άνοια, προσφέρουν στον ασθενή υψηλής ποιότητας φροντίδα και να είναι σε θέση να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τόσο τη συναισθηματική καταπόνηση, όσο και τις ανάγκες τους (Προύσκας, 2017).

Είναι δυνατόν, οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού μπορεί να επηρεάσουν συνολικά την θεραπευτική αγωγή που παρέχουν στους ηλικιωμένους (Pedersen et al. 2008). Ένας ακόμα λόγος που η γηριατρική φροντίδα γενικά τείνει να μην θεωρείται δημοφιλής τομέας της νοσηλευτικής και θεωρείται ως μη ενδιαφέρουσα επαγγελματική επιλογή είναι η σχετικά χαμηλή ανταμοιβή σε σχέση με τα καθήκοντα. Ο Harpell εξέτασε τις στάσεις ενός τυχαίου δείγματος 793 Αυστραλών προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής και βρήκε ότι η εργασία με ηλικιωμένους ήταν η λιγότερο επιθυμητή επιλογή γιατί συνδεόταν με σημαντική κόπωση αλλά ασήμαντους μισθούς. Ο εξουθενωτικός χαρακτήρας της εργασίας, η έλλειψη ποικιλομορφίας ως προς τη φύση των περιστατικών, ο φόβος ή δυσφορία για το γήρας και κάποια προηγούμενη αρνητική εμπειρία ήταν μερικοί από τους λόγους αποφυγής ενασχόλησης με αυτή την ειδικότητα (Happell, 2002). Οι Dahlke και Phinney ανέφεραν επίσης παρόμοιες απόψεις που εκφράστηκαν από 12 νοσηλευτές που εργάζονται σε ιατρικές ή χειρουργικές μονάδες ενός μεσαίου μεγέθους περιφερειακού νοσοκομείου στο δυτικό Καναδά. Οι ηλικιωμένοι θεωρούνταν «το βάρος της νοσοκόμας» και ως εμπόδιο στο πιο σημαντικό έργο της φροντίδας των νεότερων ενηλίκων. Επιπλέον, οι περισσότερες από τις νοσηλεύτριες ανέφεραν ότι η εργασία με μπερδεμένους ηλικιωμένους ήταν απογοητευτική και ότι η τρέχουσα κουλτούρα της κοινωνίας δεν εκτιμούσε τους ηλικιωμένους με τέτοιες παθήσεις (Dahlke & Phinney, 2008).

1.3 Γηριατρική και μακροχρόνια φροντίδα

Στην ίδια έρευνα ο King υπολόγισε ότι επί του παρόντος, τα άτομα άνω των 65 ετών αποτελούν το 65% των νοσοκομειακών ασθενών και έχουν τετραπλάσιο ποσοστό νοσηλειών σε σχέση με πολλά νεότερα άτομα. Επίσης, το 26% όλων των ραντεβού εξωτερικών ασθενών και το 38% όλων των εισαγωγών στα επείγοντα είναι γηριατρικά, Οι Deasey et al. (2014) υποστηρίζουν

ότι καθώς ο γηριατρικός πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω αναμένεται να αυξηθεί από 14% σε 20% έως το 2051 ενώ, οι ηλικιωμένοι θα γίνουν οι σημαντικότεροι δέκτες των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, λόγω των επιπτώσεων των ασθενειών τους, οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο και χρειάζονται πιο εξειδικευμένες και προηγμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από τα νεότερα άτομα, φέρνοντας έτσι επιπλέον βάρος και προκλήσεις για τους φροντιστές υγείας σε ένα ήδη υπερφορτωμένο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) (2017) ανέφερε ότι οι σωματικές, νευρολογικές και ψυχολογικές ασθένειες στον γηριατρικό πληθυσμό ευθύνονται για το 6,6% όλων των ασθενειών σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα και περίπου το 15% του γηριατρικού πληθυσμού ηλικίας 60 ετών και άνω υποφέρει από νοητική έκπτωση η/και κατάθλιψη. Συμπληρώνοντας την αναφορά του ΠΟΥ, ο Vann επιβεβαίωσε ότι το εγκεφαλικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και οι μορφές άνοιας, ιδιαίτερα η νόσος του Alzheimer είναι τα πιο κοινά χρόνια προβλήματα υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων τα οποία τους καθιστούν ευάλωτους και μη αυτοεξυπηρετούμενους. (Vann, 2016) Η έκθεση του ΠΟΥ (2017) ορίζει ότι η ευημερία και η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων είναι απαραίτητη, παρόμοια για οποιαδήποτε άλλη ζωή, και οι φροντιστές υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν πως να διαχειριστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες και τα προβλήματα υγείας του γηριατρικού πληθυσμού.

1.3 Επιπτώσεις της εξάρτησης των ηλικιωμένων από φροντιστές

Η γήρανση, σύμφωνα με τον Tornstam (2005), είναι μια έννοια που αναφέρεται σε μια σειρά γεγονότων που αποτελούνται από αλλαγές ή μετασχηματισμούς. Κάθε τέτοια αλλαγή ή μετασχηματισμός περιγράφεται ως σωρευτική αλλαγή προηγούμενων συνθηκών. Αυτοί οι μετασχηματισμοί επηρεάζουν τους ηλικιωμένους ψυχολογικά, κοινωνικά και βιολογικά (Tornstam 2005). Υπάρχουν πολλοί μύθοι και στερεότυπα για τη γήρανση που αντικατοπτρίζουν μια αρνητική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους. Ένας όρος που χρησιμοποιείται για αυτό είναι ο «ηλικισμός» που ονομάστηκε για πρώτη φορά από τον Butler (1969). Ο Butler περιέγραψε την στάση αυτή ως το σύνολο αρνητικών προκαταλήψεων για τις ηλικιωμένες ομάδες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε εξίσου αρνητικές στάσεις και μεταχείριση και χαμηλές προσδοκίες για τις ικανότητες των ηλικιωμένων. (Butler, 1969).

Πολλές συζητήσεις στη γεροντολογία έχουν επικεντρωθεί στην αρνητική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων, υποστηρίζοντας μια άλλη άποψη της γήρανσης, η οποία θα μπορούσε να

συσχετιστεί με ρόλους και δραστηριότητα, πράγμα που σημαίνει ότι η δραστηριότητα ήταν επιθυμητή για τους ηλικιωμένους, καθώς ενθαρρυνόταν η αίσθηση ευημερίας. Ο Cumming αμφισβήτησε αυτή την άποψη και παρουσίασαν τη θεωρία της αποδέσμευσης ενώ υπέθεσε ότι υπάρχει ένα σχεδόν γενετικό ένστικτο σταδιακής αποσύνδεσης από την κοινωνία, το οποίο περιγράφεται ως φυσικό και συνδέεται με την εσωτερική αρμονία από την οπτική γωνία των ηλικιωμένων. Ο Tornstam (2005) παρουσίασε μια συνέχεια αυτής της θεωρίας στη θεωρία του «περάσματος στο γήρας» που έχει επιρροές από το ψυχολογικό αναπτυξιακό μοντέλο του Erikson (Erikson & Erikson 1997). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι ηλικιωμένοι αναπτύσσουν ωριμότητα και σοφία, γεγονός που οδηγεί σε αλλαγές σε ολόκληρη την προοπτική της ζωής τους, μεταβαίνοντας από μια ορθολογιστική, υλιστική άποψη σε μια πιο κοσμική και υπερβατική άποψη. Ο Chinen (1989) ανέφερε ότι οι ηλικιωμένοι μπορούσαν να αναπτυχθούν μεμονωμένα και ελεύθερα όταν είχαν φτάσει σε αυτό το επίπεδο.

Η εξάρτηση από τη φροντίδα κατά τη γήρανση συσχετίζεται αρνητικά με την ευημερία των ηλικιωμένων. Όταν οι ηλικιωμένοι εξαρτώνται από έναν επίσημο φροντιστή, εμφανίζεται μια ανισορροπία δύναμης στη σχέση δότη-λήπτη και στην ασθενέστερη θέση βρίσκονται οι ηλικιωμένοι και αυτό μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την κατάσταση και το κύρος και τον αυτοσεβασμό τους. Αυτή η αρνητική κατάσταση μπορεί επίσης να βιωθεί όταν ο επίσημος φροντιστής αναγκάζει τους ηλικιωμένους να κάνουν κάτι που δεν θέλουν να κάνουν, όταν δεν λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα για αυτούς ή αγνοεί τις πεποιθήσεις τους (Dowd, 1981). Η Erlingsson έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι μπορούσαν να ταπεινωθούν με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, αλλά ήταν ακόμα πιστοί και θετικοί προς τους επίσημους φροντιστές τους και ανέχονταν την κατάσταση παρά τις δύσκολες συνθήκες (Erlingsson, 2003).

1.5 Επιπτώσεις της γήρανσης στην οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, πολλοί ηλικιωμένοι παραμένουν σε υψηλό βαθμό αυτάρκειας ενώ άλλοι χρειάζονται περισσότερη φροντίδα. Για πολλούς ανθρώπους στις Δυτικές Κοινωνίες, το να μεγαλώνουν στη διάρκεια του περασμένου αιώνα σήμαινε να ζουν με λιγότερο εισόδημα. Το 1960, σχεδόν το 35% των ηλικιωμένων ζούσε με εισοδήματα σε επίπεδο φτώχειας. Πριν από μια γενιά, οι γηραιότεροι πληθυσμοί του έθνους είχαν τον υψηλότερο κίνδυνο να ζήσουν στη φτώχεια.

Στις αρχές του εικοστού πρώτου αιώνα, ο ηλικιωμένος πληθυσμός έβαλε τέλος σε αυτή την τάση. Μεταξύ των ατόμων άνω των εξήντα πέντε ετών, το ποσοστό φτώχειας μειώθηκε από

30% το 1967 σε 9,7% το 2008, πολύ κάτω από τον εθνικό μέσο όρο του 13,2 τοις εκατό (Γραφείο Απογραφής των ΗΠΑ, 2009). Ωστόσο, δεδομένης της ύφεσης που ακολούθησε η οποία μείωσε σοβαρά τις συνταξιοδοτικές αποταμιεύσεις πολλών ενώ φορολόγούσε τα δημόσια συστήματα στήριξης, πώς επηρεάζονται οι ηλικιωμένοι; Σύμφωνα με την Επιτροπή Kaiser για το Medicaid and the Uninsured, το εθνικό ποσοστό φτώχειας μεταξύ των ηλικιωμένων είχε αυξηθεί στο 14% μέχρι το 2010 (Urban Institute and Kaiser Commission, 2010) και στο 15% μέχρι το 2015 (The Kaiser Family Foundation).

Πριν χτυπήσει η ύφεση, τι είχε αλλάξει για να προκαλέσει μείωση της φτώχειας στους ηλικιωμένους; Ποια κοινωνικά πρότυπα συνέβαλαν στη μετατόπιση; Για αρκετές δεκαετίες, ένας μεγάλος αριθμός γυναικών εντάχθηκε στο εργατικό δυναμικό και περισσότερα παντρεμένα ζευγάρια κέρδισαν διπλάσια εισοδήματα κατά τη διάρκεια των εργασιακών τους ετών, εξοικονομώντας περισσότερα χρήματα για τη συνταξιοδότησή τους. Οι ιδιώτες εργοδότες και οι κυβερνήσεις άρχισαν να προσφέρουν καλύτερα προγράμματα συνταξιοδότησης. Μέχρι το 1990, οι ηλικιωμένοι ανέφεραν ότι κέρδιζαν 36 τοις εκατό περισσότερο εισόδημα κατά μέσο όρο από ό,τι το 1980 και το ποσοστό αύξησης για άτομα κάτω των τριάντα πέντε ετών ήταν πέντε φορές μεγαλύτερο. (Γραφείο Απογραφής των ΗΠΑ, 2009). Σταδιακά, περισσότεροι άνθρωποι αποκτούσαν πρόσβαση σε καλύτερη υγειονομική περίθαλψη. Οι νέες τάσεις ενθάρρυναν τους ανθρώπους να ζήσουν υιοθετώντας πιο υγιεινό τρόπο ζωής, δίνοντας έμφαση στην άσκηση και τη διατροφή. Υπήρχε επίσης μεγαλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία από συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών. Επειδή ήταν πιο υγιείς, πολλοί ηλικιωμένοι συνέχιζαν να εργάζονται μετά την τυπική ηλικία συνταξιοδότησης, παρέχοντας στους εαυτούς τους περισσότερες ευκαιρίες για αποταμίευση για τη συνταξιοδότηση. Θα επιστρέψουν αυτά τα μοτίβα μόλις τελειώσει η ύφεση;

Κατά τη διάρκεια της ύφεσης, οι ηλικιωμένοι έχασαν μερικά από τα οικονομικά πλεονεκτήματα που είχαν κερδίσει τις δεκαετίες του 1980 και του 1990. Από τον Οκτώβριο του 2007 έως τον Οκτώβριο του 2009, οι λογαριασμοί συνταξιοδότησης για άτομα άνω των πενήντα έχασαν το 18 τοις εκατό της αξίας τους. Η απότομη πτώση στη χρηματιστηριακή αγορά ανάγκασε επίσης πολλούς να καθυστερήσουν τη συνταξιοδότησή τους (Park, 2009). Μεταξύ των ηλικιωμένων Αμερικανών που δεν επηρεάστηκαν άμεσα, πολλοί βοήθησαν τα ενήλικα παιδιά τους που αντιμετώπισαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

3.5 Συνέπειες δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα

Η Ελλάδα από το 2009 υπέφερε από μια σοβαρή οικονομική κρίση, αν και προβλήματα υπήρχαν ήδη πριν από την εμφάνιση της παγκόσμιας δημοσιονομικής κρίσης. Οι επιπτώσεις της εξωτερικής πολιτικής λιτότητας που επιβλήθηκε ήταν και είναι ιδιαίτερα σκληρές για συγκεκριμένες ομάδες όπως οι φτωχοί και ανασφάλιστοι, οι άνεργοι, οι επισφαλείς εργαζόμενοι, οι χρονίως πάσχοντες και πολλοί άλλοι, ανάμεσά τους και ειδικά τμήματα του γηράσκοντος πληθυσμού. Ο Μητράκος παρατηρεί πως Η Ελλάδα βίωσε έως και επτά χρόνια μια βαθύτατη οικονομική κρίση, που έχει σε σημαντικό βαθμό αποδιαρθρώσει τον κοινωνικό ιστό της χώρας. Η ζήτηση για κοινωνική μέριμνα από την πλευρά των πολιτών είναι έντονη, ενώ η προσφορά από το κράτος χαρακτηρίζεται από αποσπασματικότητα με διοικητικές δυσλειτουργίες, αλλά και σημαντικές βελτιώσεις τα τελευταία έτη (Μητράκος, 2016). Για παράδειγμα, η οικονομική αρωγή του κράτους σε ανασφάλιστους ηλικιωμένους, και σε αυτούς που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης, είναι να καταβάλλεται το λεγόμενο Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφαλιστών Υπερηλίκων, «εφόσον έχουν συμπληρώσει το 67ο έτος της ηλικίας τους και δεν λαμβάνουν ή δεν δικαιούνται να λάβουν σύνταξη από το εξωτερικό ή οποιαδήποτε ασφαλιστική ή προνοιακή παροχή από την Ελλάδα, μεγαλύτερη από το πλήρες ποσό του επιδόματος, το οποίο ανέρχεται στα 360 ευρώ μηνιαίως» (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης). Δεν χρειάζεται έρευνα για να γίνει αντιληπτό ότι δεν καλύπτεται καν το βασικά κόστη διαβίωσης.

Η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με την συρρίκνωση του ελληνικού οικογενειακού μοντέλου, προκάλεσε ακόμη μεγαλύτερη εξάρτηση από άτυπα δίκτυα υποστήριξης και επιβάρυνε την ικανότητα των ατόμων να ανταπεξέλθουν. Οι συντάξεις είναι η κύρια πηγή εισοδήματος για πολλά ελληνικά νοικοκυριά. Πολλές συντάξεις ηλικιωμένων χρησιμοποιήθηκαν για τη χρηματοδότηση των αναγκών όλων των μελών της οικογένειας και έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη σταθεροποίηση της οικογένειας. αλλά οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν πλέον ειδικούς κινδύνους για την υγεία, με ανεκπλήρωτες ανάγκες που οφείλονται τόσο σε μειωμένες συντάξεις όσο και σε αυξημένες συμπληρωματικές πληρωμές στο πλαίσιο ενός επιδεινούμενου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Έχει πλέον καταστεί σαφές, ότι το ασφαλιστικό σύστημα δέχεται ισχυρές πιέσεις από τη δημογραφική γήρανση και την υπογεννητικότητα (Κανελλόπουλος, 2015). Τρία χρόνια μετά την κρίση και κατόπιν ευρύτερων περικοπών, δύο ακόμη μέτρα νομοθετήθηκαν με αντικείμενο την περαιτέρω περιστολή κυρίων και επικουρικών συντάξεων: ο ν. 4051/2012 και ο ν. 4093/2012, οι οποίοι επιτάσσαν την κατάργηση επιδομάτων και δώρων Χριστουγέννων και Πάσχα για όλους τους

συνταξιούχους. Σύμφωνα με την Φωτοπούλου «η λήψη των νέων μέτρων αιτιολογείται με γενική αναφορά στις «δημοσιονομικές ανάγκες της χώρας», στη «δυσμενή οικονομική κατάσταση συγκεκριμένων ασφαλιστικών φορέων» και στην ανάγκη «να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα όλων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης». Μόλις το 2024 υπήρξε η δυνατότητα νομοθέτησης υπέρ της επαναφοράς των συντάξεων κατά 3% σε μια προσπάθεια εξομάλυνσης των οικονομικών πιέσεων των ατόμων που εξαρτώνται μόνο από την σύνταξη τους. Είτε επιδιώκεται από τους φορείς και τις κυβερνήσεις είτε όχι, να αλλάξουν τις στάσεις σχετικά με το γήρας και τις συνέπειές του, οι περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν το ίδιο αποτέλεσμα: τα γηρατεία είναι, ποικιλοτρόπως, μια πρόκληση για την οικονομία, τη βιωσιμότητα των συστημάτων πρόνοιας ή ακόμα και για την ικανότητα των αναδυόμενων οικονομιών να αντιμετωπίσουν τις δημογραφικές αλλαγές.

1.7 Ηλικιωμένοι και φροντιστές με ψυχικές νόσους

Η καθυστερημένη επαφή ασθενών με σοβαρή ψυχική νόσο με τις κατάλληλες μονάδες δεικνύει ότι πολλοί ασθενείς βρίσκονται εκτός των Κοινοτικών Υπηρεσιών, όπως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Είναι καλά αποδεδειγμένο ότι η έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση σε ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο σχετίζεται με καλύτερη έκβαση (Vlahos et al., 2018).

Η συστηματική εκπαίδευση των υγειονομικών λειτουργών των υπηρεσιών υγείας «πρώτης γραμμής», όπως γιατροί και νοσηλευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτριες νοσοκόμες κ.λπ., για την έγκαιρη ανίχνευση και παραπομπή αυτών των ασθενών σημαίνει και ποιοτικότερη περίθαλψη. «Οι ηλικιωμένοι με συνύπαρξη ψυχικών και σωματικών νόσων πρέπει να έχουν εξειδικευμένη και εξατομικευμένη παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας» (Κουτσογιάννη, 2016). Είναι ενδιαφέρον επίσης, να διερευνηθεί περαιτέρω ο πιθανώς βοηθητικός ρόλος και η εκπαίδευση των βασικών ατόμων στις κοινότητες, όπως ιερείς, δάσκαλοι, αρχές τοπικής κοινότητας, αστυνομία, μέλη εθελοντικών ομάδων όπως ο Ερυθρός Σταυρός κ.λπ.

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα είναι ο μεγάλος αριθμός φροντιστών με διάγνωση κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής, το σχετικά υψηλό ποσοστό γυναικών σε σύγκριση με τους άνδρες καθώς και το γεγονός ότι οι περισσότερες από αυτές είναι κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας (Koutentaki et al, 2018). Υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ώστε να μπορούν να χειριστούν αυτή τη μεγάλη ομάδα, συμπεριλαμβανομένης, αλλά όχι μόνο,

της διαχείρισης φαρμάκων. Δεύτερον, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών των ασθενών είναι γυναίκες που είναι ηλικιωμένες και ζουν μόνες, κάτι που συνάδει με προηγούμενα ευρήματα (Stylianiadis et al, 2010). Η υπάρχουσα βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη και το άγχος είναι πιο διαδεδομένα στις γυναίκες με αναλογία 2:1, ενώ δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κατανομή ηλικίας (Kuehner, 2003). Το υψηλότερο ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών στο δείγμα μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες αισθάνονται πιο άνετα όταν επισκέπτονται έναν επαγγελματία υγείας σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους άνδρες.

Η διαπίστωση ότι το ένα τρίτο των καταθλιπτικών ατόμων ζει μόνο του αναιρεί την κοινή παραδοχή ότι σε μικρές κοινότητες σε αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα υπάρχει στενή σύνδεση μεταξύ των μελών της. Η Λυμπεράκη έδειξε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες που ζουν σε αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα είναι πιο μόνες από τις αντίστοιχες που ζουν σε ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Σουηδία ή η Γερμανία (Λυμπεράκη, 2018). Δεδομένου ότι τα δεδομένα μας δείχνουν ότι η κατάθλιψη και το άγχος σε αυτή την ομάδα ασθενών σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με την έλλειψη οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης και την αντίστοιχη μοναξιά, υπάρχει ανάγκη δομών της κοινότητας για να βοηθήσουν στην κοινωνικοποίηση και την κοινοτική συμμετοχή αυτών των ασθενών. Η Εκκλησία, οι πολιτιστικοί οργανισμοί και οι εθελοντικές ομάδες καλούνται να καλύψουν τα κενά που δημιουργούνται από τις κοινωνικοοικονομικές και οικογενειακές αλλαγές δομής που έλαβαν χώρα στη χώρα μας τις τελευταίες 4-5 δεκαετίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Εκπαίδευση

2.1 Μορφές εκπαίδευσης στην Ελλάδα

Η επίσημη ή τυπική φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα συναρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό με τις μορφές εκπαίδευσης που έχουν θεσμοθετηθεί από το κράτος και που διακρίνονται επίσης σε τυπική, μη τυπική και άτυπη εκπαίδευση. Ο Ν. 3879/2010 παρέχει τους ορισμούς για τη διάκριση ανάμεσα στις ανωτέρω μορφές και καθιστά σαφές από το πρώτο άρθρο ότι η αναγνώριση και η πιστοποίηση είναι οι δύο μεγάλοι πυλώνες πάνω στους οποίους βασίζεται το εκπαιδευτικό σύστημα συμπεριλαμβάνοντας την συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και τη γενική εκπαίδευση ενηλίκων.

Ως τυπική εκπαίδευση επομένως καλείται «η εκπαίδευση που παρέχεται στο πλαίσιο του τυπικού εκπαιδευτικού συστήματος, οδηγεί στην απόκτηση πιστοποιητικών αναγνωρισμένων σε εθνικό επίπεδο από τις δημόσιες αρχές και αποτελεί μέρος της διαβαθμισμένης εκπαιδευτικής κλίμακας». Σημειώνεται ότι η διαβάθμιση αυτή αφορά στο σύστημα της πρωτοβάθμιας, της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης τόσο για τους μαθητές που ακολουθούν την καθορισμένη οδό, όσο και για τους ενήλικες που σπουδάζουν στα πλαίσια της δια βίου μάθησης.

Ως μη τυπική ορίζεται «η εκπαίδευση που παρέχεται σε οργανωμένο εκπαιδευτικό πλαίσιο εκτός του τυπικού εκπαιδευτικού συστήματος και μπορεί να οδηγήσει στην απόκτηση πιστοποιητικών αναγνωρισμένων σε εθνικό επίπεδο. Περιλαμβάνει την αρχική επαγγελματική κατάρτιση, τη συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση και τη γενική εκπαίδευση ενηλίκων. Τέλος, η άτυπη μάθηση αφορά στις «μαθησιακές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα εκτός οργανωμένου εκπαιδευτικού πλαισίου, σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, στο πλαίσιο του ελεύθερου χρόνου ή επαγγελματικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δραστηριοτήτων. Περιλαμβάνει τις κάθε είδους δραστηριότητες αυτομόρφωσης, όπως η αυτομόρφωση με έντυπο υλικό ή μέσω διαδικτύου ή με χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή ή ποικίλων εκπαιδευτικών υποδομών, καθώς και τις γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες που αποκτά το άτομο από την επαγγελματική εμπειρία του».

Στον τομέα της τυπικής εκπαίδευσης, η Τριτοβάθμια εκπαίδευση αναγνωρίστηκε επισήμως ως τομέας αρμοδιότητας της ΕΕ από τη Συνθήκη του Μάαστριχτ το 1992 ωστόσο τα νομοσχέδια, οι διαβουλεύσεις και οι πολιτικές που ακολουθούνται, αποφασίζονται από κάθε μέλος κράτος μεμονωμένα. Το 2008 συστάθηκε το Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Επαγγελματικών Προσόντων (ΕΠΕΠ) από την Ευρωπαϊκή Ένωση προκειμένου να αποτελέσει ένα πλαίσιο επαγγελματικών

προσόντων που εφαρμόζεται στα κράτη μέλη της και σε 11 ακόμα χώρες. Το ΕΠΕΠ είναι ένας μηχανισμός βάσει του οποίου χαρτογραφούνται οι τύποι και τα επαγγελματικά προσόντα του ατόμου από κάθε εκπαιδευτική βαθμίδα και με αυτό τον τρόπο γίνεται γνωστό και σαφές τι έχει διδαχθεί, τι κατανοεί και τι μπορεί να προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο. Διακρίνεται σε οχτώ επίπεδα αναφοράς όπου το κάθε ένα από αυτά δεικνύει την εκπαιδευτική και επομένως την επαγγελματική επάρκεια του μελλοντικού εργαζόμενου. Στα ελληνικά πανεπιστήμια το μάθημα της Γηριατρικής διδάσκεται στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης ως μάθημα επιλογής. Ως κατεύθυνση υπάρχει και στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, μέσα από μια σειρά μαθημάτων, όπως η «ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ», η «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗ ΗΛΙΚΙΑ», η «ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ» κ.α..

Στην Ελλάδα ο Νόμος 4763/2020 καθιερώνει το Εθνικό Σύστημα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΕΣΕΕΚ), το οποίο αναπτύσσεται στα επίπεδα τρία, τέσσερα και πέντε του Εθνικού Πλαισίου Προσόντων, κατ' αντιστοιχία με εκείνα του Ευρωπαϊκού Πλαισίου Προσόντων. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο έως το τέταρτο επίπεδο αφορά στην υποχρεωτική και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το πέμπτο επίπεδο ταυτίζεται με τη Μετά - Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και περιλαμβάνει τη μαθητεία σε Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ιδιωτικά και δημόσια) και την Τάξη Μαθητείας των ΕΠΑΛ., το έκτο επίπεδο αντιστοιχεί στις προπτυχιακές σπουδές στα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και τέλος το έβδομο και το όγδοο ανάγεται στην ολοκλήρωση μεταπτυχιακών και διδακτορικών σπουδών.

Η τριτοβάθμια εκπαίδευση στη χώρα μας ταυτίζεται με την τυπική - ανώτατη εκπαίδευση και παρέχεται από τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Α.Ε.Ι.) που περιλαμβάνουν τα Πανεπιστήμια, τα Πολυτεχνεία και την Ανώτατη Σχολή Καλών Τεχνών και από τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.). Στη τριτοβάθμια εκπαίδευση ανήκει και η Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε.). Οφείλει να σημειωθεί ότι τα Τ.Ε.Ι. αποτελούν πλέον πανεπιστημιακά ιδρύματα. Το 1997 βάσει του 2552 ιδρύθηκε το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (Ε.Α.Π.) με έδρα την Πάτρα προκειμένου να συμβάλλει στην εξ αποστάσεως εκπαίδευση ατόμων με δυσκολία στην παρακολούθηση των υποχρεωτικών για φυσική παρουσία μαθημάτων των πανεπιστημίων. Στα προπτυχιακά εξάμηνα η Ιατρική και η Νοσηλευτική περιλαμβάνουν μαθήματα Γηριατρικής, προαιρετικής επιλογής και έως σήμερα η Γηριατρική – Γηροντολογία διδάσκεται μόνο σε Μεταπτυχιακό επίπεδο, σε τέσσερα από τα 44 Πανεπιστήμια της χώρας: στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών παρέχει

μεταπτυχιακές σπουδές στην Φυσιολογία της Γήρανσης και τα Γηριατρικά Σύνδρομα στο πλαίσιο της Ιατρικής, το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, μπορεί κάποιος να επιλέξει το μεταπτυχιακό στην Προαγωγή Υγείας στην Τρίτη Ηλικία και στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο παρέχεται εξειδίκευση στη Διαχείριση της γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων. Τέλος, το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης απονέμει Δίπλωμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Εφαρμοσμένη Γεροντολογία και Γηριατρική».

Στην μη τυπική εκπαίδευση εντάσσονται οι Σχολές Επαγγελματικής Κατάρτισης (Σ.Ε.Κ.), τα Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) , τα Κέντρα Δια Βίου Μάθησης και τα Κολλέγια και δύνανται να είναι είτε δημόσιοι είτε ιδιωτικοί φορείς. Οι Σχολές Επαγγελματικής Κατάρτισης μπορούν να είναι Εσπερινές, δημόσιες και ιδιωτικές, καθώς και Πειραματικές και Ειδικής Αγωγής, είναι αποκλειστικά δημόσιες και η φοίτηση είναι τουλάχιστον διετής ενώ η ολοκλήρωση της μαθητείας οδηγεί σε Πτυχίο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, επιπέδου τρία (3). Ο βασικός σκοπός της ύπαρξης αυτών των Ιδρυμάτων είναι να παρέχουν υπηρεσίες αρχικής επαγγελματικής κατάρτισης σε αποφοίτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης και σε άτομα από ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες.

Η φοίτηση στα ΙΕΚ διαρκεί συνολικά 5 εξάμηνα, τα οποία επιμερίζονται σε 4 εξάμηνα θεωρητικής και εργαστηριακής κατάρτισης και σε ένα εξάμηνο πρακτικής άσκησης και πιστοποιούν τον μαθητευόμενο με Βεβαίωση Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΒΕΚ). Η απόκτηση αυτής της βεβαίωσης επιτρέπει στους μαθητές να συμμετέχουν σε εξετάσεις πιστοποίησης επιπέδου πέντε (5) υπό την αιγίδα του Εθνικού Οργανισμού Πιστοποίησης Προσόντων & Επαγγελματικού Προσανατολισμού (Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π.) Οι σκοποί των δημόσιων και ιδιωτικών ΙΕΚ όπως ορίζει ο Νόμος 4763/2020 είναι κυρίως «η παροχή αρχικής επαγγελματικής κατάρτισης σε αποφοίτους της μη υποχρεωτικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, δηλαδή των Γενικών Λυκείων (ΓΕΛ) και των ΕΠΑΛ, καθώς και σε κατόχους ισότιμων τίτλων και η εξασφάλιση στους καταρτιζόμενους αντίστοιχων προσόντων, ώστε να διασφαλίζεται η προσαρμογή τους στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της παραγωγικής διαδικασίας. Εδώ απαντώνται παραιατρικές ειδικότητες που σχετίζονται άμεσα με ηλικιωμένα άτομα και πιστοποιούνται ως Βοηθοί Νοσηλευτικής, Βοηθοί Φυσικοθεραπείας κ.α.». Στα πλαίσια της εκπαίδευσης στην Γηριατρική, ιδρύεται νέα ειδικότητα "Ειδικός Φροντίδας Ηλικιωμένων" στις ΣΑΕΚ (πρώην ΙΕΚ) από το 2024.

Τα Κολλέγια είναι ο τρίτος πυλώνας της μη τυπικής μεταλυκειακής εκπαίδευσης όπως ορίζει ο Ν. 3696/2008. <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ekpaideuse/> Παρέχουν προγράμματα

σπουδών σε διδασκόμενα αντικείμενα Πανεπιστημίων του εξωτερικού και η ίδρυση τους προϋποθέτει την σύναψη συμφωνιών πιστοποίησης και δικαιόχρησης με τα ΑΕΙ της αλλοδαπής, αναγνωρισμένα από τις αρμόδιες αρχές στη χώρα που εδρεύουν. Η φοίτηση στα Κολλέγια είναι τουλάχιστον τριετής και παρά το γεγονός ότι η ολοκλήρωση των σπουδών οδηγούσε σε πτυχίο επιπέδου πέντε (5) σύμφωνα με το Αυτοτελές Τμήμα Εφαρμογής της Ευρωπαϊκής Νομοθεσίας (Α.Τ.Ε.Ε.Ν.) της Γενικής Γραμματείας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Κατάρτισης, Διά Βίου Μάθησης και Νεολαίας του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων σήμερα, με το Ν. 4763/2020 η πιστοποίηση αυτή τροποποιήθηκε. Οι ενδιαφερόμενοι έχουν πλέον τη δυνατότητα να επιλέξουν τη δοκιμασία επάρκειας για την αναγνώριση επαγγελματικών προσόντων και να αναβαθμίσουν το πτυχίο τους μέσω γραπτών εξετάσεων «σε επιστημονικά αντικείμενα - μαθήματα σε κάθε εξεταστική περίοδο που ορίζεται για το συγκεκριμένο μάθημα - επιστημονικό αντικείμενο που περιλαμβάνεται στη δοκιμασία επάρκειας σε Τμήμα Α.Ε.Ι. της ημεδαπής. Στις εξετάσεις μπορεί να περιλαμβάνεται πρακτική άσκηση, ανάλογα με το πρόγραμμα σπουδών του Τμήματος ή της Σχολής των συγκεκριμένων αντικειμένων».

2.1 Η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης

Η ανάπτυξη του προγράμματος σπουδών έχει μια ευρύτερη προοπτική γιατί δεν αφορά μόνο τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς και τα σχολεία αλλά και την ανάπτυξη της κοινότητας (Sidebotham et al., 2014). Καθώς το πρόγραμμα σπουδών έχει σημαντικό αντίκτυπο όχι μόνο στην ακαδημαϊκή απόδοση των μαθητών αλλά και στην μετέπειτα επαγγελματική τους πορεία, η μεταρρύθμιση της εκπαίδευσης που ενσωματώνει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες ειδικά για τη γηριατρική φροντίδα και την εκπαίδευση των φροντιστών υγείας, είναι απαραίτητη για την ολιστική διαχείριση του γήρατος.

Με την ενίσχυση του προγράμματος σπουδών της ιατρικής, νοσηλευτικής, της κοινωνιολογίας και άλλων ειδικοτήτων οι φροντιστές θα έχουν τα προσόντα να παρέχουν γηριατρική φροντίδα και θα αναγνωρίζουν και θα εργάζονται για την μείωση ή την εξάλειψη της ηλικιακής διάκρισης από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Wyman et al., 2018). Ο Deasey (2014) υποστήριξε ότι οι στάσεις των φροντιστών σχετίζονται στενά με την αντίληψή τους για τη διαδικασία της γήρανσης. Η αυξημένη γνώση και κατανόηση σχετικά με τις διαδικασίες γήρανσης θα τους βοηθήσει να διαχειριστούν καλύτερα την ενδεχόμενη επιδείνωση της υγείας

των ηλικιωμένων, να αντιμετωπίσουν γηριατρικά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα και να προωθήσουν υποστηρικτικές στάσεις προς τους ηλικιωμένους.

Οι Topaz και Doron (2013) επισήμαναν ότι τα προγράμματα σπουδών για την υγεία θα πρέπει να ενσωματώνουν πληροφορίες σχετικά με την υγιή ή ενεργή γήρανση και να αποτρέπουν την εστίαση κυρίως σε ασθένειες που βασίζονται στην ηλικία. Στα σύγχρονα δυτικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, απαιτείται αυξημένη ευαισθητοποίηση για τη γήρανση μαζί με σύγχρονες παιδαγωγικές προσεγγίσεις για την ενίσχυση των γνώσεων και των αντιλήψεων των φροντιστών υγείας εφόσον η γήρανση του πληθυσμού είναι μια υπαρκτή και εξελισσόμενη πληθυσμιακή πραγματικότητα. Οι Deasey et al. (2014) ισχυρίστηκαν ότι οι υποστηρικτικές οδηγίες, η ενθάρρυνση, η ανατροφοδότηση και οι συστάσεις από τους εκπαιδευτές νοσηλευτικής σχετικά με την πρακτική των φοιτητών νοσηλευτικής μπορεί να αυξήσουν την αυτοπεποίθησή τους, οδηγώντας έτσι σε θετικές εμπειρίες γηριατρικής φροντίδας.

Σύμφωνα με το Every Nurse (2019), τα προγράμματα γηριατρικής νοσηλευτικής, ιατρικής και κοινωνιολογίας θα πρέπει να παρέχουν στους φοιτητές γνώσεις και δεξιότητες που τους επιτρέπουν να αντιμετωπίζουν και να διαχειρίζονται στρεσογόνα γεγονότα όπως οι θάνατοι ασθενών τα οποία συχνά προκαλούν θλίψη και ματαίωση.

Από την άλλη πλευρά, η προσθήκη των απαραίτητων πληροφοριών δεν αρκεί για τη μεταρρύθμιση του προγράμματος σπουδών της γηριατρικής, γιατί δεν αφορά μόνο σε γνώση περιεχομένου. Ο Dillon (2009) υποστήριξε ότι το πρόγραμμα σπουδών αποτελείται από πολλαπλά στοιχεία όπως μαθητές, περιεχόμενο και παιδαγωγική που οι εκπαιδευτικοί και οι υπεύθυνοι προγραμμάτων σπουδών πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και να ακολουθούν κατά την ανάπτυξη ενός προγράμματος σπουδών.

Οι υπεύθυνοι σχεδιασμού των προγραμμάτων σπουδών καλούνται να τοποθετήσουν το προγραμματικό και εφαρμοσμένο περιεχόμενο του προγράμματος σπουδών στο πλαίσιο για να φέρουν προσεκτικά τη διαδικασία διδασκαλίας-μάθησης στην πραγματικότητα των μαθητών, συμπεριλαμβανομένης της πολιτιστικής, ιστορικής, πολιτικής και γεωγραφικής φύσης της κοινωνίας. Ο Dillon παρατήρησε ότι η προσαρμογή του αναλυτικού προγράμματος σπουδών είναι απαραίτητη, καθώς η προσαρμογή του προγράμματος σπουδών συνδέει όλα τα στοιχεία που συνθέτουν το πρόγραμμα σπουδών, όπως το περιεχόμενο, η παιδαγωγική, ο δάσκαλος, ο μαθητής, το περιβάλλον, οι δραστηριότητες και οι μέθοδοι αξιολόγησης των μαθητών. Συμπεράνε ότι οι υπεύθυνοι σχεδιασμού των προγραμμάτων σπουδών πρέπει να τοποθετήσουν το προγραμματικό και εφαρμοσμένο περιεχόμενο του προγράμματος σπουδών

στο πλαίσιο για να φέρουν προσεκτικά τη διαδικασία διδασκαλίας-μάθησης στην πραγματικότητα των μαθητών, συμπεριλαμβανομένης της πολιτιστικής, ιστορικής, πολιτικής και γεωγραφικής φύσης της κοινωνίας.

Εξίσου απαραίτητη κρίνεται και η λογοδοσία των εκπαιδευτών γηριατρικής. Οι Tilley και Taylor (2013) υποστήριξαν ότι στη νεοφιλελεύθερη εποχή, απαιτείται λογοδοσία και τυποποίηση προκειμένου το περιεχόμενο του προγράμματος σπουδών, όπως το κείμενο, τα έγγραφα του υπουργείου και τα υλικά, να είναι σαφή, σύγχρονα και προσαρμοσμένα στις παρούσες ανάγκες και επιταγές της πραγματικότητας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Ιδιαίτερως η λογοδοσία είναι απαραίτητη γιατί μέσω της μαθησιακής διαδικασίας, οι μαθητές μπορούν να μάθουν ακούσιες ανεπιθύμητες συμπεριφορές από τους εκπαιδευτικούς τους, το περιεχόμενο του προγράμματος σπουδών ή τις σχολικές πολιτικές – ή μέσω αυτού που αναφέρεται ως κρυφό πρόγραμμα σπουδών. Ο Alsubaie (2015) όρισε την έννοια του κρυφού προγράμματος σπουδών ως «τις άρρητες ή σιωπηρές αξίες, συμπεριφορές, διαδικασίες και κανόνες που υπάρχουν στο εκπαιδευτικό περιβάλλον».

Ο Tilley (2013) υποστήριξε ότι η εκπαίδευση για την κοινωνική δικαιοσύνη θα πρέπει να αντικατοπτρίζεται στο περιεχόμενο του προγράμματος σπουδών και στην παιδαγωγική που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί. Εξάλλου, δεν αρκεί η αναμόρφωση του τρέχοντος προγράμματος σπουδών ή του υπόβαθρου των μαθητών και των δασκάλων για την επίτευξη κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας. Αντίθετα, η κοινωνική δικαιοσύνη στην εκπαίδευση είναι ένα ενεργό κίνημα για την εξέταση του προγράμματος σπουδών, της εκπαιδευτικής πολιτικής και των διοικητικών στρατηγικών που διατηρούν τις ανισότητες που υπάρχουν στις τάξεις. Ο Deng (2010) υποστήριξε επίσης ότι οι σημαντικές αλλαγές στη διδακτέα ύλη απαιτούν αλλαγές συστημάτων που συνεπάγονται αλλαγές στα θεσμικά, προγραμματικά και σχολικά επίπεδα του προγράμματος σπουδών.

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που παρατηρείται παγκοσμίως αποτελεί ορόσημο στη διαδικασία μετασχηματισμού της μακροζωίας και προκύπτει από αλλαγές των ποσοστών γονιμότητας και θνησιμότητας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, αυτό το δημογραφικό τμήμα αντιπροσωπεύει το 12,3% του πληθυσμού, με ρυθμό ανάπτυξης 3% ετησίως. Οι παγκόσμιες προβλέψεις δείχνουν αύξηση του αριθμού των ατόμων άνω των 60 ετών από 1,4 δισεκατομμύρια το 2030 σε 2,1 δισεκατομμύρια το 2050, αύξηση 50% σε 20 χρόνια. Ωστόσο, οι μειώσεις της σωματικής και πνευματικής ικανότητας, που συνδέονται κυρίως με χρόνιες παθήσεις υγείας, συνοδεύουν δημογραφικές και επιδημιολογικές αλλαγές στο προφίλ του

πληθυσμού (UN, 2017). Σε αυτό το σενάριο, οι απαιτήσεις των υπηρεσιών υγείας αυξάνονται επίσης, ειδικά όταν λαμβάνονται υπόψη οι πολλαπλές διαστάσεις της ζωής και η ετερογένεια των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα (Lima-Costa MF, 2018). Έτσι, η εφαρμογή εκπαίδευσης και δράσεων που προάγουν την ενεργό γήρανση αποτελεί σημαντική πρόκληση για την υγεία των ηλικιωμένων. Ως εκ τούτου, οι φροντιστές καλούνται να βελτιστοποιούν τις στρατηγικές προαγωγής της υγείας που ενισχύουν την κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων και να σέβονται την αυτονομία τους (Marent, 2018). Για το σκοπό αυτό, η εκπαίδευση των φροντιστών είναι απαραίτητο εργαλείο για την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων, αφού παρέχει γνώσεις για την πρόληψη και μείωση των ασθενειών, δραστηριοποιεί το άτομο και ενθαρρύνει την αυτοφροντίδα και την διατήρηση της αυτονομίας. Ανάμεσα στα οφέλη της εκπαίδευσης, τονίζεται η πολλαπλότητα των επιλογών κατά περίπτωση σε αντίθεση με την περιορισμένη οπτική κάποιου που την στερείται (Casemiro, 2018).

2.2 Η αναγκαιότητα για εκπαίδευση των άτυπων φροντιστών

Η γήρανση του πληθυσμού κάνει τις χώρες να αντιμετωπίζουν πολλά ζητήματα που χρήζουν διαχείρισης όσον αφορά στην υγειονομική περίθαλψη και την εκπαίδευση των φροντιστών. Ο Hoving παρατήρησε ότι η κοινωνική υποστήριξη και φροντίδα που προσφέρουν οι φίλοι και τα μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων μπορεί να είναι ανεπαρκής. Εάν και για όσο οι ηλικιωμένοι μπορούν να αντέξουν οικονομικά τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τα ζητήματα της υγείας τους και την αυτοδιαχείριση στην καθημερινή τους ζωή, μπορούν να ζήσουν πιο ανεξάρτητα. Ωστόσο, ο υψηλότερος επιπολασμός χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης, ο καρκίνος, οι καρδιακές παθήσεις και ιδιαιτέρως η άνοια σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, καθιστά την αυτοδιαχείριση δύσκολη έως ανέφικτη και την εκπαίδευση αυτών των ασθενών πιο περίπλοκη (Hoving et al., 2010).

Οι ανάγκες του ηλικιωμένου πληθυσμού σε αγροτικές και απομακρυσμένες κοινότητες αναμένεται να είναι διαφορετικές από εκείνες των αστικών περιοχών. Από την άποψη αυτή, πολλοί συγγραφείς έχουν δηλώσει ότι οι ειδικές ανάγκες των αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών όσον αφορά τις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες δεν έχουν καλυφθεί από την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από κριτήρια που έχουν αναπτυχθεί σε αστικά πλαίσια. (Burholt & Dobbs, 2012). Επιπλέον, η γήρανση σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές μπορεί να δημιουργήσει τεράστιες προκλήσεις για τις οικογένειες και την κοινωνία, κυρίως επειδή πολλά από τα αγροτικά περιβάλλοντα, ειδικά στις χώρες της Νότιας Ευρώπης,

βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην οικογένεια όσον αφορά την υποστήριξή τους προς τους ηλικιωμένους (Sixsmith et al., 2014). Σε αυτά τα πλαίσια, η οικογένεια συρρικνώνεται δραματικά και ο ρόλος της οικογένειας αλλάζει. Έρευνες από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) αναφέρουν πως περισσότεροι από ένας στους δέκα ενήλικες ασχολούνται με την άτυπη, συνήθως μη αμειβόμενη φροντίδα της οικογένειας και των φίλων, που ορίζεται ως παροχή βοήθειας για προσωπική φροντίδα ή βασικές καθημερινές δραστηριότητες σε άτομα με λειτουργικούς περιορισμούς λόγω μεγάλης ηλικίας (Schorch, Wan, Randall, & Wulf, 2016)

Υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις στο ποσοστό του πληθυσμού που εμπλέκεται σε αυτό το είδος φροντίδας στις χώρες του ΟΟΣΑ. Δεν υπάρχει σαφής γεωγραφική κατανομή στο ποσοστό φροντίδας, αλλά ορισμένες χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν μεταξύ των υψηλότερων ποσοστών (Ιταλία, Ισπανία). Το 2008, περίπου το 35% του ενήλικου πληθυσμού της Ολλανδίας παρείχε άτυπη φροντίδα και το 23% από αυτό για περισσότερους από 3 μήνες (Oudijk, Boer, Woittiez, Timmermans, & Klerk, 2010). Το 2009, περίπου 4 από τα 65 εκατομμύρια άτομα στη Γαλλία παρείχαν άτυπη περίθαλψη σε σύγκριση με 4,3 εκατομμύρια άτομα που παρείχαν επίσημη φροντίδα, και στην Ιταλία περίπου τα δύο τρίτα της φροντίδας που χρειάζονταν οι ηλικιωμένοι παρεχόταν από τους συγγενείς τους (Triantafyllou, Menesthaios, Troisi & Kondratowitz, 2013). Με άλλα λόγια, οι οικογενειακοί φροντιστές ηλικιωμένων είναι ένα τμήμα του πληθυσμού που κινδυνεύει από άνιση πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στις αγροτικές κοινότητες, λόγω της έλλειψης υποστήριξης που τους παρέχεται.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία οι άτυποι φροντιστές επιβαρύνονται με σημαντικό όγκο εργασίας και η έρευνα έχει δείξει ότι σε απομακρυσμένες κοινότητες, οι φροντιστές αναφέρουν ένα τρομακτικό βάρος. Οι Wolff αναφέρεται τόσο σε αγροτικές όσο και σε δυσπρόσιτες κοινότητες για να τονίσει τις διαφορές σε σχέση με τις αστικές και εύκολα προσβάσιμες κοινότητες. Οι φροντιστές πιστοποιούν μια κρίσιμη μείωση της ποιότητας ζωής τους, ζητήματα υγείας όπως κούραση, αϋπνία, κατάθλιψη, απώλεια ή αύξηση βάρους, χρήση ναρκωτικών και την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Αυτά τα ζητήματα αναφέρονται συχνά από γυναίκες, ειδικά αν είναι μεγάλης ηλικίας (Wolff, Spillman, Freedman, & Kasper, 2016).

Οι φροντιστές των ηλικιωμένων συχνά γίνονται οι κύριοι συνομιλητές με τις υπηρεσίες υγείας και με τις κοινωνικές υπηρεσίες για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις θεραπείες και τις

μακροχρόνιες θεραπείες των ασθενών (Hasselkus, 1992). Επιπλέον, οι φροντιστές είναι υπεύθυνοι για τη συμμόρφωση με θεραπείες και συνοδεύουν τους ηλικιωμένους στις κλινικές εξετάσεις (Moreli, 2019). Τέλος, οι φροντιστές είναι συχνά οι πρωταρχικές πηγές ψυχολογικής υποστήριξης και ενσυναίσθησης για τον δέκτη της φροντίδας.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι άτυποι φροντιστές είναι η αόρατη ραχοκοκαλιά του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης, καθώς διευκολύνουν την ενσωμάτωσή του ειδικά σε εκείνες τις περιοχές και τις κοινότητες με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες (Levine, 2016). Για το λόγο αυτό, απαιτείται μια ισχυρότερη συνεργασία και δέσμευση μεταξύ άτυπων και επαγγελματιών φροντιστών μέσω πιο ολοκληρωμένων και προσωποκεντρικών υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων, ιδιαίτερα σε γεωγραφικά δυσπρόσιτες κοινότητες (Barello & Graffigna 2015). Η άτυπη δέσμευση του φροντιστή με τον ασθενή είναι μια ενεργή συμμετοχή στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και περικλείει την φροντίδα της σωματικής αλλά και της ψυχικής υγείας των ασθενών (Graffigna & Barello, 2018).

2.3 Μαθησιακή διαδικασία για τους ηλικιωμένους

Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορα μέρη του κόσμου, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ανάγκη για εκπαιδευτικά προγράμματα που εκπαιδεύουν άτομα της τρίτης ηλικίας (Liu&Wong, 1997, Doucette & Andersen, 2005). Σύμφωνα με τις έρευνες των παραπάνω, το συμμετέχον προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης έχει την πεποίθηση ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ελλιπή ικανότητα κατανόησης και εκμάθησης και ότι αυτό είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην παροχή αποτελεσματικής εκπαίδευσης στους ηλικιωμένους. Οι μύθοι για τη γήρανση θεωρούν τους ηλικιωμένους ως μη παραγωγικά, μη ανθεκτικά στην αλλαγή και υπερευαίσθητα άτομα, ευέξαπτα ή καταθλιπτικά. Αν προστεθεί η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις εκφάνσεις του γήρατος, το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, ενδέχεται να μην διαγνώσει και κατά συνέπεια να μην μπορεί να διαχειριστεί τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων.

Οι συμπεριφορές ενός ηλικιωμένου ατόμου που πάσχει από ψυχική διαταραχή λόγω άνοιας μπορεί να θεωρηθούν χειριστικές ή ένα ηλικιωμένο άτομο με προβλήματα ακοής μπορεί να μην ανταποκρίνεται κατάλληλα στην προσπάθεια επικοινωνίας.. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται «δύσκολοι» ή «περίπλοκοι» από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, ωστόσο, δεν βιώνουν βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικά υπερβολικές αρνητικές επιπτώσεις. Αντίθετα, για όσους είναι σωματικά ικανοί και εξωστρεφείς, οι κοινωνικές και ψυχολογικές ικανότητες συνεχίζονται. Από την άλλη πλευρά,

η εμπειρία κάποιων αλλαγών μπορεί να διαταράξει τη μάθηση στη διαδικασία αγωγής υγείας. Παρακάτω είναι οι κοινά παρατηρούμενες αλλαγές που μπορεί να επηρεάσουν τη μαθησιακή διαδικασία στους ηλικιωμένους (Tabloski, 2010, Cornett, 2011):

- «Φυσικές αλλαγές: Η αρχή, η κατεύθυνση και η σειρά της διαδικασίας γήρανσης των ηλικιωμένων εξαρτώνται σωματικά και βιολογικά από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Εκφυλιστικές αλλαγές μπορεί να συμβούν στις δεξιότητες ακοής, όρασης, αίσθησης και ανταπόκρισης. Η χωρική μεταβλητότητα, η κινητικότητα και ο κινητικός συντονισμός μπορεί να χαλάσουν. Το επίπεδο εργασίας μπορεί να επηρεάσει τα περισσότερα συστήματα του σώματος (Tabloski, 2010; Cornett, 2011).
- Ψυχολογικές αλλαγές: Η ψυχολογική πτυχή της γήρανσης σχετίζεται με την ικανότητα προσαρμογής ενός ατόμου. Μπορεί να υπάρξουν αλλαγές στην αντίληψη και τη μνήμη, τη μάθηση και την επίλυση προβλημάτων, την ψυχολογική κατάσταση και στάση, την αίσθηση του εαυτού και της προσωπικότητας. Τα προβλήματα με τη μνήμη ιδιαίτερα είναι κοινά. Οι πιο φθίνουσες γνωστικές δεξιότητες αναφέρεται ότι είναι η σκέψη με αριθμούς και οι δεξιότητες διατήρησης. Η μικρότερη μείωση παρατηρείται στην ερμηνεία ιδεών και γεγονότων, στη δημιουργία σχέσεων μεταξύ γεγονότων και ιδεών, στη γενίκευση, στο λεξιλόγιο και στη γνώση. Εξάλλου, ανεξάρτητα από την ύφεση της ικανότητας μάθησης, της μνήμης και της νοημοσύνης τους, η πλούσια εμπειρία ζωής των ηλικιωμένων καθιστά τις ιδέες τους πολύτιμες και η εκπαίδευση για την υγεία θα πρέπει να επωφεληθεί από αυτή την εμπειρία. Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει ψυχολογικά τους ηλικιωμένους είναι οι απώλειες. Η απώλεια ενός προηγούμενου ρόλου και θέσης, συζύγου, φίλης, οικονομικής δύναμης και οικειότητας μπορεί να βιωθεί. Λόγω αυτών των αλλαγών, ο αυτοσεβασμός μειώνεται και η ολοκλήρωση μειώνεται. Η αξιολόγηση των ηλικιωμένων ως προς τις απώλειες που βιώνουν και τις επιπτώσεις αυτών των απωλειών στον αγώνα τους είναι εξαιρετικά σημαντική. Επίσης, η απώλεια αυτοπεποίθησης καταστέλλει την ικανότητα ή την ετοιμότητα για μάθηση. Ωστόσο, η προετοιμασία του ατόμου με την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης με προσωπικά επιτεύγματα και δεξιότητες είναι μια σημαντική στρατηγική. Οι ανάγκες ασφάλειας και ασφάλειας είναι σημαντικοί παράγοντες άγχους για τους ηλικιωμένους σε κατάσταση κρίσης. Αν δεν ικανοποιηθούν αυτές οι ανάγκες, ένας ενεργός ηλικιωμένος δεν μπορεί να συμμετέχει ενεργά στην εκπαίδευση υγείας (Cornett, 2011).
- Κοινωνικο-πολιτισμικές αλλαγές: Η κοινωνική αλλαγή και οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν την αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων ως προσωπικό στοιχείο. Η ανεξαρτησία είναι

ένας κρίσιμος σκοπός για τους περισσότερους ηλικιωμένους ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας τους. Αυτό είναι μια έκφραση αυτοσεβασμού και υπερηφάνειας. Οι ηλικιωμένοι αναζητούν βοήθεια για να αποκτήσουν ανεξαρτησία. Η προσφερόμενη αγωγή υγείας θα πρέπει να συμβάλλει στις δεξιότητες αυτοδιαχείρισής τους. Καθώς η σωματική τους δύναμη μειώνεται, οι ηλικιωμένοι απομακρύνονται από τις δραστηριότητες που απαιτούν κινητικότητα και πολλή ενέργεια και προτιμούν να επιλέγουν πιο παθητικούς τρόπους ζωής. Ειδικά εκείνοι με κακή εκπαίδευση περνούν την ώρα τους με περιορισμένες δραστηριότητες. Ωστόσο, οι ψυχικά και κοινωνικά ενεργοί ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν τους περιορισμούς που προέρχονται από τη γήρανση σε χαμηλό επίπεδο (Keşeci, 2012). Η ικανότητα ενός ηλικιωμένου να αντιμετωπίζει προβλήματα σχετίζεται στενά με την υγειονομική περίθαλψη και την εκπαίδευση. Εάν ένα ηλικιωμένο άτομο βλέπει τον εαυτό του ως ένα έμπειρο και σοφό άτομο, η εκπαίδευση μπορεί να οικοδομηθεί πάνω σε αυτές τις θετικές εμπειρίες και μπορούν να αναζητηθούν τρόποι προσαρμογής στις αναπόφευκτες αλλαγές που συμβαίνουν. Ωστόσο, οι μη ρεαλιστικοί στόχοι και απαιτήσεις θα πρέπει να εξηγούνται στα λιγότερο προσαρμοστικά άτομα πριν από την εκπαίδευση (Cornett, 2011). Σε ορισμένες χώρες, το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι δεν θέλουν να μείνουν στα σπίτια τους ή σε χώρους ειδικά για ηλικιωμένους αποτελεί εμπόδιο στην παροχή και τη διατήρηση της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, οι φυσικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές υποχρεώσεις προκαλούν προβλήματα όσον αφορά την ωφέλεια από υπηρεσίες για τη διατήρηση της ευεξίας. Για το λόγο αυτό, όλες οι υποχρεώσεις που μπορεί να επηρεάσουν τη μαθησιακή διαδικασία των ηλικιωμένων θα πρέπει να προσδιορίζονται και να ελαχιστοποιούνται πριν από την εκπαίδευση (Reicherter & Greene, 2005).

2.4 Η τεχνολογία στην υπηρεσία της γήρανσης

Στο πλαίσιο αυτό, η επιστημονική πρόοδος επέτρεψε την εμφάνιση των εκπαιδευτικών τεχνολογιών. Είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων διαδικασιών, βασισμένων σε καθημερινές εμπειρίες και στοχεύουν στη μεθοδική ανάπτυξη της γνώσης και της γνώσης που θα χρησιμοποιηθούν για συγκεκριμένους πρακτικούς σκοπούς. Ως εκ τούτου, η χρήση εκπαιδευτικών τεχνολογιών θεωρείται ως βελτίωση στον προσανατολισμό φροντίδας για τους ηλικιωμένους της κοινότητας (Cardoso, 2018). Λόγω αυτής της πραγματικότητας, οι εκπαιδευτικές τεχνολογίες στην απτική και ακουστική, εκθετική και διαλογική, έντυπη και οπτικοακουστική μέθοδο θεωρούνται μεθοδολογικές στρατηγικές για την προώθηση της αγωγής υγείας για τους ηλικιωμένους (Teixeira, 2010).

Έτσι, η εισαγωγή τέτοιων τεχνολογιών συμβάλλει στην οικοδόμηση της γνώσης και της ενδυνάμωσης της αυτοφροντίδας των ηλικιωμένων. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν βρέθηκαν μελέτες ανασκόπησης που να παρουσιάζουν τις τεχνολογίες που έχουν ήδη αναπτυχθεί για την προώθηση της εκπαίδευσης υγείας για τους ηλικιωμένους της κοινότητας σε ευρεία αναζήτηση στην εθνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Η κατανόηση της στάσης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στον αλφαριθμητισμό υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική επειδή η έννοια του γραμματισμού υγείας δεν έχει καθιερωθεί πλήρως στην Ελλάδα ως ουσιαστικός παράγοντας για την παροχή της καλύτερης περίθαλψης σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Η μετατόπιση του παραδείγματος της υγειονομικής περίθαλψης στην φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή έχει θέσει την εμπειρία του ασθενούς ως βασικό μέτρο για την ποιότητα της περίθαλψης και δύο από τις σημαντικές αξιολογικές διαστάσεις της εμπειρίας των ασθενών είναι η επικοινωνία και η εκπαίδευση (Hwang, 2018).

Προηγούμενη έρευνα σχετικά με τα αποτελέσματα της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή έδειξε ότι οι μελέτες συχνά χρησιμοποιούσαν τη βελτίωση της πληροφόρησης, της επικοινωνίας και της εκπαίδευσης για τους ασθενείς (Chen, 2019). Η επικοινωνία ασθενή-γιατρού έχει διαπιστωθεί ότι έχει σημαντικό αντίκτυπο στην έκβαση των ασθενών και στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών με τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης (Lee, 2018). Αν και η ικανοποίηση των ασθενών από την επικοινωνία και την απόδοση φροντίδας των φροντιστών υγείας έχει επίσης βρεθεί ότι έχει σημαντικό θετικό αντίκτυπο στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών (Han, 2015), η επικοινωνία και η εκπαίδευση των φροντιστών υγείας που απευθύνονται σε ηλικιωμένους ασθενείς έχουν μελετηθεί λιγότερο σε σύγκριση με αυτή των γιατρών.

2.5 Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στο εξωτερικό

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν εκείνες τις δράσεις που στοχεύουν στην εκπαίδευση και τη βελτίωση των δεξιοτήτων των φροντιστών για αποτελεσματικότερη φροντίδα του συγγενή για μείωση του φόρτου φροντίδας και του άγχους (Alves et al. 2016) Η παρέμβαση των Danzl et al. (2016), με το Kentucky Appalachian Rural Rehabilitation Network, στόχευε στη διάδοση πληροφοριών στους φροντιστές επιζώντων από εγκεφαλικό μέσω λεκτικών, οπτικών και γραπτών μεθόδων. Οι Hicken et al. (2017) ανέπτυξαν μια παρέμβαση υποστήριξης πολλαπλών ιστότοπων βασισμένη στο Διαδίκτυο για φροντιστές βετεράνων με άνοια. Η παρέμβαση διήρκεσε 6 μήνες και περιλάμβανε ένα πρόγραμμα

αξιολογήσεων, εκπαιδευτικού περιεχομένου και κατάρτισης δεξιοτήτων. Σε όλους τους φροντιστές ανατέθηκε ένας υπεύθυνος φροντίδας με τη μορφή εξουσιοδοτημένου κλινικού κοινωνικού λειτουργού ή ψυχολόγου που παρείχε τηλεφωνική υποστήριξη.

Η ηλεκτρονική παρέμβαση επέτρεψε στους συμμετέχοντες να έχουν πρόσβαση στο περιεχόμενο 3 ημέρες την εβδομάδα για 10 έως 15 λεπτά και να συμβουλευόμαστε βινιέτες σχετικά με την εξέλιξη της άνοιας και τις δεξιότητες φροντίδας, πληροφορίες για θέματα υγείας και αξιολογήσεις της υγείας και της ευημερίας των φροντιστών. Ομοίως, η μελέτη των Lorig et al. (2012) χρησιμοποίησε μια διαδικτυακή παρέμβαση που ονομάζεται «Building Better Caregiver» (BBC), η οποία είναι ένα διαδικτυακό εργαστήριο 6 εβδομάδων για φροντιστές που στοχεύει στην ενίσχυση των δεξιοτήτων φροντίδας. Η εκπαίδευση περιλάμβανε συμμετοχή στο εργαστήριο, τέσσερα διαδικτυακά σεμινάρια και παρακολούθηση λεπτομερούς πρωτοκόλλου. Η παρέμβαση των Kaye et al. (2014) παρείχε ευκαιρίες εκπαίδευσης, κατάρτισης και υποστήριξης προγραμμάτων προκειμένου οι φροντιστές να μάθουν νέες δεξιότητες τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό περιβάλλον.

Οι Srisuk et al. (2017) περιγράφουν την ανάπτυξη ενός εκπαιδευτικού προγράμματος καρδιακής ανεπάρκειας διάρκειας 6 μηνών για φροντιστές στην Ταϊλάνδη, παρέχοντας συμβουλευτική πρόσωπο με πρόσωπο, ένα εγχειρίδιο καρδιακής ανεπάρκειας και DVD και τηλεφωνική υποστήριξη. Η Wakefield (2017) εξέτασε την αποτελεσματικότητα των αξιολογήσεων τηλε-υγείας και φροντίδας κατ' οίκον σε χρόνιες ασθένειες μεταξύ φροντιστών εγγεγραμμένων και μη εγγεγραμμένων βετεράνων στο πρόγραμμα τηλε-υγείας κατ' οίκον που επικεντρώνεται στην εκπαίδευση υγείας, τη διαχείριση συμπεριφοράς και την αναγνώριση και έλεγχο συμπτωμάτων. Τέλος, ο Wallack (2018) καταδεικνύει την τηλε-γεροντολογία ως προσέγγιση, χρησιμοποιώντας τηλεδιάσκεψη για φροντιστές ατόμου με άνοια. Αυτή η μελέτη συνίστατο σε μια παρέμβαση διάρκειας 6 μηνών με μια εβδομαδιαία τηλεδιάσκεψη μέσω Skype με τηλε-γεροντολόγους, άλλους θεραπευτές και συμμετέχοντες ελέγχου που έλαβαν τη συνήθη ομάδα μελέτης. Στην Ελλάδα τέτοιου είδους παρεμβάσεις βρίσκονται σε εμβρυακό στάδιο.

2.6 Η Γεροντολογία και οι διαστάσεις του γήρατος

Η μελέτη της γήρανσης είναι πολύ σημαντική και η επιστήμη που τη μελετά, καλείται Γεροντολογία. Η κοινωνική γεροντολογία είναι η μελέτη των κοινωνικών πτυχών της γήρανσης (Hooyman & Kiyak, 2011). Οι μελετητές που μελετούν τη γήρανση ονομάζονται γεροντολόγοι και υποστηρίζουν ότι η ηλικία και η γήρανση έχουν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις.

Η διάσταση που σκέφτονται οι περισσότεροι από εμάς είναι η χρονολογική ηλικία, που ορίζεται ως ο αριθμός των ετών από τότε που γεννήθηκε κάποιος. Μια δεύτερη διάσταση είναι η βιολογική γήρανση, η οποία αναφέρεται στις φυσικές αλλαγές που «μας επιβραδύνουν» καθώς φτάνουμε στα μεσαία και μεγαλύτερα χρόνια μας. Μια τρίτη διάσταση, η ψυχολογική γήρανση, αναφέρεται στις ψυχολογικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αφορούν τη νοητική λειτουργία και την προσωπικότητα, που συμβαίνουν καθώς γερνάμε. Οι γεροντολόγοι τονίζουν ότι η χρονολογική ηλικία δεν είναι πάντα η ίδια με τη βιολογική ή την ψυχολογική ηλικία. Μερικοί άνθρωποι που είναι 65 ετών, για παράδειγμα, μπορούν να φαίνονται και να συμπεριφέρονται ως εάν να ήταν πολύ από κάποιους που είναι 50 ετών. Επομένως, σύμφωνα με τον Γκουβά et al. η γήρανση είναι ένα σύνθετο και πολύπλοκο φαινόμενο που επηρεάζει όλους τους ανθρώπους, αλλά ο ρυθμός και η έκταση της γήρανσης του κάθε ατόμου ποικίλλει νεότεροι (Γκουβάς et al. 2018).

Η τέταρτη διάσταση της γήρανσης είναι η κοινωνική. Η κοινωνική γήρανση αναφέρεται σε αλλαγές στους ρόλους και τις σχέσεις ενός ατόμου, τόσο μέσα στα δίκτυα συγγενών και φίλων του όσο και σε επίσημους οργανισμούς όπως ο χώρος εργασίας και τα σπίτια λατρείας. Αν και η κοινωνική γήρανση μπορεί να διαφέρει από το ένα άτομο στο άλλο, επηρεάζεται επίσης βαθιά από την αντίληψη της γήρανσης που αποτελεί μέρος της κουλτούρας μιας κοινωνίας. Εάν μια κοινωνία βλέπει θετικά τη γήρανση, η κοινωνική γήρανση που βιώνουν τα άτομα αυτής της κοινωνίας θα είναι πιο θετική και ευχάριστη από ό,τι σε μια κοινωνία που βλέπει τη γήρανση αρνητικά.

Πολλές απεικονίσεις των ηλικιωμένων από τα μέσα ενημέρωσης αντικατοπτρίζουν αρνητικές πολιτιστικές στάσεις απέναντι στη γήρανση. Σε πολλές χώρες η κοινωνία τείνει να δοξάζει τη νεολαία, συνδέοντάς την με την ομορφιά και τη σεξουαλικότητα. Στις κωμωδίες, οι ηλικιωμένοι συχνά συνδέονται με γκρίνια ή εχθρότητα. Σπάνια οι ρόλοι των ηλικιωμένων μεταφέρουν την πληρότητα της ζωής που βιώνουν οι ηλικιωμένοι - ως υπάλληλοι, εραστές ή τους μυριάδες ρόλους που έχουν στην πραγματική ζωή. Συνήθεις μύθοι των γηρατειών είναι

ότι η κατάθλιψη και η μοναξιά είναι φυσιολογικά στους ηλικιωμένους ή ότι πρέπει να αποφεύγουν δραστηριότητες που έκαναν νεότεροι. (50 Plus Hellas). Ποιες αξίες αντικατοπτρίζει αυτό; Ένα εμπόδιο για την πληρέστερη κατανόηση της γήρανσης από την κοινωνία είναι ότι οι άνθρωποι σπάνια την καταλαβαίνουν μέχρι να φτάσουν οι ίδιοι σε μεγάλη ηλικία σε αντίθεση με την παιδική ηλικία, στην οποία όλοι μπορούμε να κοιτάξουμε πίσω. Επομένως, οι μύθοι και οι υποθέσεις για τους ηλικιωμένους και τη γήρανση δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, «κατασκευάζονται» όντας βασισμένα στη μειονότητα που νοσεί. Υπάρχουν πολλά στερεότυπα γύρω από την πραγματικότητα του να είσαι ηλικιωμένος. Ενώ τα άτομα συναντούν συχνά στερεότυπα που σχετίζονται με τη φυλή και το φύλο και είναι έτσι πιο πιθανό να σκέφτονται κριτικά για αυτά, πολλοί άνθρωποι αποδέχονται τα στερεότυπα ηλικίας χωρίς αμφιβολία (Levy et al. 2002). Κάθε πολιτισμός έχει ένα συγκεκριμένο σύνολο προσδοκιών και υποθέσεων σχετικά με τη γήρανση, οι οποίες αποτελούν μέρος της κοινωνικοποίησής μας.

Ενώ τα ορόσημα της ωρίμανσης στην ενηλικίωση αποτελούν πηγή υπερηφάνειας, τα σημάδια φυσικής γήρανσης μπορεί να είναι αιτία ντροπής ή αμηχανίας. Μερικοί άνθρωποι προσπαθούν να καταπολεμήσουν την εμφάνιση γήρανσης με αισθητική χειρουργική. Αν και πολλοί ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι η ζωή τους είναι πιο ικανοποιητική από ποτέ και η αυτοεκτίμησή τους είναι ισχυρότερη από όταν ήταν νέοι, εξακολουθούν να υπόκεινται σε πολιτιστικές συμπεριφορές που τους κάνουν να νιώθουν άορατοι και υποτιμημένοι.

Η γεροντολογία είναι ένας τομέας της επιστήμης που επιδιώκει να κατανοήσει τη διαδικασία της γήρανσης και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν καθώς οι ηλικιωμένοι μεγαλώνουν. Οι γεροντολόγοι ερευνούν την ηλικία, τη γήρανση και τους ηλικιωμένους. Οι γεροντολόγοι μελετούν πώς είναι να είσαι ηλικιωμένος σε μια κοινωνία και τους τρόπους με τους οποίους η γήρανση επηρεάζει τα μέλη μιας κοινωνίας. Ως διεπιστημονικός τομέας, η γεροντολογία περιλαμβάνει το έργο ιατρών και βιολογικών επιστημόνων, κοινωνικών επιστημόνων, ακόμη και οικονομικών και οικονομικών μελετητών. Η κοινωνική γεροντολογία αναφέρεται σε ένα εξειδικευμένο πεδίο της γεροντολογίας που εξετάζει τις κοινωνικές (και κοινωνιολογικές) πτυχές της γήρανσης. Οι ερευνητές επικεντρώνονται στην ανάπτυξη μιας ευρείας κατανόησης των εμπειριών των ανθρώπων σε συγκεκριμένες ηλικίες, όπως η ψυχική και σωματική ευεξία, καθώς και ανησυχίες για συγκεκριμένες ηλικίες, όπως η διαδικασία του θανάτου. Οι κοινωνικοί γεροντολόγοι εργάζονται ως κοινωνικοί ερευνητές, σύμβουλοι, οργανωτές κοινότητας και πάροχοι υπηρεσιών για ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Λόγω της εξειδίκευσής

τους, οι κοινωνικοί γεροντολόγοι είναι σε ισχυρή θέση να συνηγορήσουν υπέρ των ηλικιωμένων. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει έδρα Γεροντολογίας σε κανένα ΑΕΙ μέχρι στιγμής.

Οι μελετητές σε αυτούς τους κλάδους έχουν μάθει ότι η γήρανση αντανακλά όχι μόνο τη φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης, αλλά και τις στάσεις και τις πεποιθήσεις μας σχετικά με τη διαδικασία της γήρανσης. Κάποιοι 60χρονοι αισθάνονται αδύναμοι και ηλικιωμένοι, ενώ κάποιοι 70χρονοι αθλούνται και συμμετέχουν στα κοινωνικά δρώμενα. Εξίσου αποκαλυπτικό είναι ότι καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν ορίζουν τη «γηρατειά» με όρους μεγαλύτερα από την τρέχουσα ηλικία τους (Logan, 1992). Πολλοί θέλουν να αναβάλουν τα γηρατεία, θεωρώντας τα ως μια φάση που δεν θα φτάσει ποτέ. Μερικοί ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας υποκρύπτουν ακόμη και στα στερεότυπα της ηλικιακής τους ομάδας (Rothbaum, 1983). Είναι επίσης μεγάλος ο αριθμός των ηλικιωμένων που υποφέρουν από διακρίσεις (ageism). «Σύμφωνα με νέα έκθεση των Ηνωμένων Εθνών για τις ηλικιακές διακρίσεις, κάθε 1 στα 2 άτομα σε παγκόσμιο επίπεδο πιστεύεται ότι συμπεριφέρεται με ηλικιακή διάκριση – οδηγώντας σε χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία και μειωμένη ποιότητα ζωής για τους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας και κοστίζοντας στις κοινωνίες δισεκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο» (Τομπέα, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο Μεθοδολογία

3.1 Οργάνωση της έρευνας

Για τον κοινωνικό επιστήμονα δεν είναι αρκετό να εντρυφήσει στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία προκειμένου να έχει άποψη και γνώση των ροών, των συμβάντων και των κοινωνικών εξελίξεων. Σύμφωνα με τον Bryman η κοινωνική έρευνα « μπορεί να διεξάγεται λόγω παρατήρησης κάποιων κενών ή ασυμφωνιών ανάμεσα σε μελέτες ή μπορεί να έχουμε κάποια κοινωνική εξέλιξη που προσφέρει μια ενδιαφέρουσα αφετηρία για κάποιο ερευνητικό ερώτημα » (Bryman, 2017:28). Με δεδομένη την αύξηση του προσδόκιμου της ζωής και τους ρυθμούς γήρανσης προκύπτουν πολλά ζητήματα που χρήζουν εξέτασης σε όλα τα επίπεδα του κοινωνικού, γεγονός που προσφέρει λαμπρό πεδίο έρευνας ενώ παράλληλα αποτελεί ζήτημα που απαιτεί εφαρμογή πρακτικών υποστήριξης τόσο των ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν φροντίδας όσο και των φροντιστών τους. Προκειμένου τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας να προκύπτουν μέσα από την καθημερινότητα και την κοινωνική πραγματικότητα του τόπου μας και να συμπληρώνουν την βιβλιογραφία, θεωρήσαμε απαραίτητο να τα αντλήσουμε μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων από επαγγελματίες του χώρου (επίσημοι φροντιστές – επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής εργασίας) και άτυπους οικογενειακούς φροντιστές. Συμφωνούμε απόλυτα με την Grawitz η οποία ανάμεσα στα οφέλη της ποιοτικής έρευνας διαπιστώνει ότι «μέσω αυτής ο ερευνητής επαληθεύει, παρακινείται, αναμορφώνει, αναπροσανατολίζει και αποσαφηνίζει τη θεωρία» (Grawitz,2006:709). Το θεωρητικό μέρος της εργασίας αντλήθηκε διαδικτυακά από Google Scholar, MEdnet, ScienceDirect, Researchgate, PubMed Central, από το Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών και από τις σελίδες του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών και της DESA.

Η χρήση ποιοτικών ερευνητικών μεθόδων για τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων έχει αυξηθεί σημαντικά σε δημοτικότητα τις τελευταίες δύο δεκαετίες (Strauss & Corbin, 2006). «Οι ποιοτικοί ερευνητές τονίζουν την κοινωνικά κατασκευασμένη φύση της πραγματικότητας... Αναζητούν απαντήσεις σε ερωτήματα που τονίζουν πώς δημιουργείται και δίνεται νόημα η κοινωνική εμπειρία» (Denzin & Lincoln, 1998). Σε αντίθεση με την ποσοτική έρευνα όπου οι αναπαραστάσεις του κόσμου συμβολίζονται αριθμητικά, η ποιοτική έρευνα προσφέρει αναπαραστάσεις του κόσμου που είναι κυρίως. «Συνεπώς, οι ποιοτικοί ερευνητές θέλουν να μελετήσουν τη συμπεριφορά στο πλαίσιο και μπορεί ακόμη και να φτάσουν στο

σημείο να υποστηρίξουν ότι η ερμηνεία του πλαισίου είναι η βασική διαδικασία που πρέπει να μελετηθεί» (Heppner et al., 1999).

3.2 Συλλογή αποσπασμάτων από τις συνεντεύξεις

Η πρόθεση της ερευνήτριας να ασκήσει δημόσια κοινωνιολογία με τον τρόπο που την εισάγει και την τεκμηριώνει ο Buroway δεν ευοδώθηκε. Ευελπιστούμε ωστόσο η κοινωνιολογική έρευνα να θεμελιώνεται μεν ανάμεσα σε επιστήμονες αλλά να φτάνει στον κόσμο και να ανοίγει μαζί του διάλογο για τις βασικές αξίες (Λυδάκη, 2016:99). Επιλέξαμε να βασίσουμε την έρευνα μας στην κονστρουκτιβιστική προσέγγιση καθώς επιτρέπει τη μελέτη του «πώς και μερικές φορές γιατί, οι συμμετέχοντες κατασκευάζουν νοήματα και ενέργειες σε συγκεκριμένες καταστάσεις» (Charmaz, 2006). Αυτός ο τύπος έρευνας επιτρέπει στις λεπτότητες της ανθρώπινης εμπειρίας να επιπλέουν στην επιφάνεια. Η προσοχή στη λεπτή και, μερικές φορές, νεφελώδη, εμπειρία απαιτεί από τον ερευνητή να «διατηρεί μια αρκετή ασάφεια» μέσω της ευελιξίας και του ανοιχτού χαρακτήρα προς τα δεδομένα (Stauss, 2006). Διατηρώντας ένα «νου αρχάριου, ένα μυαλό που είναι πρόθυμο να δει τα πάντα σαν για πρώτη φορά», ο ποιοτικός ερευνητής υποστηρίζει μια μεθοδολογία που είναι ιδανική για διερευνητική έρευνα μιας νέας ή σχετικά νέας κοινωνικής εμπειρίας (Kabat-Zinn, 1990).

Ειδικότερα σταθήκαμε στο έργο των Berger και Luckmann, η *Κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας*. Οι Berger και Luckmann άντλησαν τη θεμελιώδη ιδέα τους από τον βίοκοσμο του κοινωνιολόγου και φιλόσοφου Alfred Schutz. Ο βίοκοσμος είναι η «αυτονόητη, κοινότυπη, καθημερινή ζωή» και είναι εκεί όπου οι άνθρωποι καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συνήθη συμβάντα ή να επινοήσουν νέους τρόπους διαχείρισης απρόβλεπτων καταστάσεων (Ritzer – Stepnisky, 2020:776). Οι Berger και Luckmann επισημαίνουν και υποστηρίζουν πως ακριβώς αυτή η «κοινότυπη κοινωνική πραγματικότητα» παράγεται από υποκειμενικά νοήματα που μετατρέπονται σε αντικειμενικές, πραγματικές καταστάσεις (Berger & Luckmann, 2003:47). Συνεπώς, η βιβλιογραφία που συγκεντρώσαμε σχετικά με τα ζητήματα του γήρατος και του ρόλου του φροντιστή θα συνδυαστούν με την εμπειρία των ερωτηθέντων προκειμένου να παραχθούν συμπεράσματα που βασίζονται στην ελληνική πραγματικότητα και που αντιστοιχούν δειγματοληπτικά σε υποκειμενικές αντιλήψεις που συνθέτουν πρακτικές, εφαρμογές και θέσεις.

Αρκετοί συγγραφείς (Hill et al., 2005) συνιστούν τη χρήση 8-15 συμμετεχόντων στη συνέντευξη, με λιγότερους συμμετέχοντες να χρειάζονται όταν διεξάγονται περισσότερες από μία συνεντεύξεις ανά συμμετέχοντα ή όταν η ομάδα των συμμετεχόντων είναι ιδιαίτερα ομοιογενής. Δεδομένου ότι η έρευνα αφορούσε το πεδίο της εκπαίδευσης του φροντιστή σχετικά με τις ανάγκες της Τρίτης ηλικίας, οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη προέρχονταν από διαφορετικά πεδία εκπαίδευσης και επιλέχθηκαν για τους εξής λόγους: Οι συναντήσεις για την διεξαγωγή της συνέντευξης βασίστηκαν κυρίως στη διαθεσιμότητα των συμμετεχόντων και της ερευνήτριας αλλά κυρίως στην εγγύτητα των ερωτηθέντων με τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων. Οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη είναι δεκαεφτά άτομα (17) και σχετίζονται άμεσα με την Εκπαίδευση, την Ιατρική, τη Νοσηλευτική, την Κοινωνική Εργασία, τη Διοίκηση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων και Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων με αντικείμενο το γήρας. Όλοι πληρούν το κριτήριο της ενεργής ενασχόλησης με την Τρίτη ηλικία και αφιερώνουν τη δραστηριότητα τους στις ανάγκες τόσο των υγιών όσο και των πασχόντων ηλικιωμένων ενώ τρεις από αυτούς είναι άτυποι φροντιστές ηλικιωμένων. Οι τρεις παραπάνω επιλέχθηκαν επειδή φρόντιζαν τους ηλικιωμένους γονείς τους που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων αποφασίστηκε να υπερβαίνουν τα 35 έτη, ώστε να έχουν απαραίτητα ένα σημαντικό χρονικό διάστημα επαγγελματικής εμπειρίας πάνω στον κλάδο τους ή να έχουν αναλάβει καθήκοντα φροντιστή συγγενών τους για μεγάλο διάστημα.

Ο Hill συνιστά την ανάπτυξη ενός πρωτοκόλλου συνέντευξης που αποτελείται από 7-10 ερωτήσεις που χωρούν μέσα σε μία ώρα. Συνιστά επίσης τουλάχιστον δύο πιλοτικές συνεντεύξεις για τη δοκιμή των ερωτήσεων, κάτι που λόγω έλλειψης χρόνου δεν έγινε. Για να οικοδομηθεί η σχέση μεταξύ του συμμετέχοντος και του ερευνητή, οι συνεντεύξεις ξεκίνησαν με ερωτήσεις ιστορικού οι οποίες δεν μαγνητοφωνήθηκαν. Πραγματοποιήθηκε δηλαδή μια συζήτηση σχετικά με την εργασία, την οικογενειακή ζωή και το ενδιαφέρον του συμμετέχοντα για τη μελέτη. Η επαφή αυτή μπορεί να βοηθήσει τον συμμετέχοντα να αισθανθεί άνετα και να του δοθεί η ευκαιρία να μάθει αρκετά πράγματα σχετικά με την ερευνήτρια και το αντικείμενο των σπουδών της. Συζητήθηκε επίσης η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων εκεί που κρίθηκε απαραίτητο. Οι συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο επιλέχθηκαν και κανονίστηκαν μέσω τηλεφωνικών κλήσεων και ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, καθώς η προσωπική αλληλεπίδραση επιτρέπει ένα νατουραλιστικό περιβάλλον κατά τη διερεύνηση ενός κοινωνικού φαινομένου (Herppner, 1999). Οι προσωπικές συνεντεύξεις που αφορούσαν στην έρευνα πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα δύο μηνών και μαγνητοφωνήθηκαν. Στις

περισσότερες περιπτώσεις επισκεφθήκαμε τους ερωτηθέντες στον χώρο εργασίας τους όπου ένιωθαν άνετα και μας δέχτηκαν με ευγένεια παραχωρώντας μας τον πολύτιμο χρόνο τους. Στις περιπτώσεις των ανεπίσημων φροντιστών οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μέσω της διαδικτυακής πλατφόρμας Zoom σε χρόνο που τους εξυπηρετούσε.

Το θεωρητικό μέρος της εργασίας αντλήθηκε κατά το πλείστον από διαδικτυακές πλατφόρμες όπως Research Gate, Elsevier, Google Scholar, PubMed, Worldcut, ScienceDirect και Microsoft Academic.

3.4 Κομβικά σημεία από τις συνεντεύξεις

Η Glesne έχει δίκαιο όταν επισημαίνει την αλληλοεπιδραστική φύση της συνέντευξης παρομοιάζοντας τη διαδικασία με τη διδασκαλία, τη νοσηλευτική και τη συμβουλευτική (Glesne, 2018:182). Η διαφοροποίηση δεν πηγάζει από το θέμα της συνέντευξης αφού οι ερωτήσεις που τέθηκαν ήταν ίδιες για όλους. Κάθε προσωπικότητα ενστερνιζόταν με διαφορετικό τρόπο το επάγγελμα του, τις ανάγκες φροντίδας των ηλικιωμένων και το ρόλο του φροντιστή ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την κοινωνική διαστρωμάτωση και την εκπαίδευση του, επομένως οι απαντήσεις ποίκιλλαν και φώτιζαν ένα μέρος της κοινωνικής πραγματικότητας όπως την βίωνε ο καθένας από αυτούς. Αυτό σημαίνει ότι κάθε συνέντευξη έδινε νέες προοπτικές, αναδείκνυε προβληματικές και παρατηρήσεις που προσέθεταν κατευθύνσεις και εμπλούτιζαν την έρευνα καθιστώντας την ταυτόχρονα ζωντανή, πραγματικά γεννημένη από τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες του σήμερα. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν είναι οι παρακάτω, μαζί με αποσπάσματα των απαντήσεων των συμμετεχόντων:

1. Το γήρας επιφέρει σωματικές, γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές στη ζωή και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Κατά πόσο θεωρείτε ότι οι επίσημοι και οι ανεπίσημοι φροντιστές εκπαιδεύονται ώστε να βοηθούν το άτομο να προσαρμοστεί σε αυτές τις αλλαγές;

Η Π. απάντησε πως:

«Θεωρώ ότι οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται αρκετά ικανοποιητικά στους τρόπους προσέγγισης και νοσηλείας σε ηλικιωμένα άτομα. Με δεδομένο ότι γίνεται προσπάθεια ένταξης γηριατρικών μαθημάτων στο προπτυχιακό της νοσηλευτικής, θα δίνεται η ευκαιρία στους φοιτητές να έχουν μια σφαιρικότερη αντίληψη της διαχείρισης του γήρατος. Και ξέρετε, δεν είναι

μόνο γιατί η ανάγκη πλέον είναι επιτακτική για την κάλυψη των ασθενών αλλά και γιατί και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και παντού μεγαλώνουν και γηράσκουν. Κατά κάποιο τρόπο είναι σαν να φροντίζουμε το δικό μας μέλλον.»

Σύμφωνα με τον Κ., η ολιστική διαχείριση και κατανόηση των αναγκών που προκύπτουν σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες αποτελεί εξειδίκευση η οποία δεν είναι δημοφιλής στην Ελλάδα προς το παρόν.

« Είναι αδιανόητο να μειονεκτούμε εκπαιδευτικά σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα και μάλλον νομίζουμε ότι αν δεν ασχοληθούμε με τη γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση των ηλικιωμένων ασθενών, το πρόβλημα θα διευθετηθεί από μόνο του. Σαν να μη μας ενδιαφέρει.»

Η Ζ. αναφέρει πως:

«Γίνεται, πως δεν γίνεται εκπαίδευση; Δεν θα την βρείτε ωστόσο στα πανεπιστήμια δυστυχώς... Απευθύνεται στους συγγενείς ηλικιωμένων συνήθως με άνοια γιατί τότε ψάχνουν από κάπου να πιαστούν. Αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα όταν εμφανιστεί και δεν κάνουμε τίποτα για την πρόληψη του.»

2. Πιστεύετε ότι τα σύγχρονα προγράμματα εκπαίδευσης είναι ελκυστικά για τους νέους φροντιστές υγείας ηλικιωμένων ατόμων;

Η Β. που φροντίζει τον πατέρα της επί τρία συνεχόμενα έτη παρατηρεί πως:

« Δεν έχω άποψη για το χώρο της εκπαίδευσης αλλά βλέποντας πόσο τρομακτική είναι η έλλειψη πραγματικά εκπαιδευμένων φροντιστών, μάλλον είτε δεν υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την φροντίδα ηλικιωμένων γιατί το καταλαβαίνω είναι από τις πιο ψυχοφθόρες και κουραστικές δουλειές είτε τα μαθήματα δεν έλκουν φοιτητές. Αν υπάρχουν μαθήματα βέβαια.»

Η Χ. επισήμανε ότι:

«Το θέμα δεν είναι μόνο το εάν τα προγράμματα εκπαίδευσης είναι ελκυστικά για μαθητές και τους φοιτητές αλλά το αν υπάρχουν καταρχήν μαζί με το γεγονός ότι πρέπει να παραδίδονται σε όλες τις σχολές και όχι μόνο ως μάθημα επιλογής. Θεωρώ πως έχει αμεληθεί εντελώς η γερωντολογία και η γηριατρική από τα προγράμματα εκπαίδευσης.»

Ο Ν. πρόσθεσε ότι:

« Τι λέτε τώρα, εδώ έως και πέντε χρόνια πριν, δεν υπήρχαν καν μαθήματα στα προγράμματα εκπαίδευσης που να αφορούν στην Τρίτη ηλικία και στις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων».

Η Ε. απάντησε πως:

«Τα προγράμματα εκπαίδευσης δεν είναι ελκυστικά γιατί εστιάζουν μόνο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από νόσους και παθήσεις που πλήττουν την Τρίτη ηλικία και δεν εμπεριέχουν καθόλου τομείς που δεν είναι απαραίτητα ιατροκεντρικοί όπως η ανακουφιστική φροντίδα ή η ψυχαγωγία».

Η Π. παρατήρησε ότι:

«Μετά την πανδημία φάνηκαν οι αδυναμίες τόσο του συστήματος περίθαλψης υγείας σε διεθνές και παγκόσμιο επίπεδο όσο και τα κενά στα εκπαιδευτικά προγράμματα. Επομένως, από το 2022 προστέθηκαν γηριατρικά μαθήματα και διαχείριση του γήρατος στη σχολή της Νοσηλευτικής αλλά και σε άλλες σχολές που είναι αρκετά ελκυστικά για νέους επαγγελματίες».

3. Με βάση την εμπειρία σας (από την παροχή εκπαίδευσης / από τη διοίκηση μονάδων φροντίδας / από τη φροντίδα που παρέχετε) κατά πόσο ανταποκρίνεται η σύγχρονη εκπαίδευση υγειονομικής περίθαλψης στην προάσπιση της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων ατόμων;

Η Ν. είπε χαρακτηριστικά ότι:

«Πολύ λίγοι από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές αντιμετώπισαν τη μητέρα μου ως έναν άνθρωπο με παρελθόν, με προσωπικότητα, με επιθυμίες και τέλος πάντων με τον απαιτούμενο σεβασμό. Το πιο εκνευριστικό είναι ότι της απευθύνονταν με παιδιάστικο τόνο και θεωρούσαν ότι είναι εντάξει να της αλλάζουν πάνα χωρίς κουρτίνες ή κάλυψη. Η μαμά μου είτε καταλαβαίνει είτε όχι δεν μπορεί θεωρείται ως άνθρωπος δεύτερης κατηγορίας».

Ο Γ. μίλησε για την καθημερινή του σχέση με ηλικιωμένα άτομα στο πλαίσιο της εργασίας του ως κοινωνικός λειτουργός:

«Στον τομέα μου, η προάσπιση της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων ατόμων είναι το κέντρο της δουλειάς μου και ο καθημερινός αγώνας

μου. Κάθε μέρα πασχίζω να τους κάνω τη ζωή καλύτερη, κλείνω τα ιατρικά τους ραντεβού, τους συνοδεύω εγώ η ίδια πολλές φορές, μιλάμε, τους κάνω παρέα. Κάνω αυτά που θεωρώ σωστά και όχι μόνο αυτά που έμαθα στη σχολή».

Αντίθετα ο Ν. ισχυρίζεται πως πάνω από όλα έχει σημασία η προστασία της ζωής:

«Χωρίς να θέλω να ακουστώ κακός ή αδιάφορος, η προάσπιση της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων ατόμων δεν υφίσταται ως αντικείμενο εκπαίδευσης ιδιαίτως στην σχολή της Ιατρικής όχι γιατί δεν είναι προτεραιότητα όμως. Για εμάς, έχει μεγαλύτερη σημασία η διάγνωση και το αποτέλεσμα αυτής, η αντιμετώπιση δηλαδή μιας παθολογικής κατάστασης που καταλήγει σε τρεις πιθανές καταλήξεις: την ίαση, την επιτυχή αντιμετώπιση μιας χρόνιας παθολογίας ή τον θάνατο. Παλεύουμε για τα δύο πρώτα και πιστεύω ότι προστατεύοντας τη ζωή τους, στο μέτρο του δυνατού, προστατεύουμε και την αξιοπρέπεια τους και αυτό ισχύει για όλους τους ασθενείς.»

4. Όταν οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν μέρος στη λήψη της απόφασης για τη φροντίδα που θα υιοθετηθεί και την κατανοούν, τείνουν να συμμορφώνονται με αυτήν και να συμβάλλουν στο μέτρο των δυνατοτήτων τους. Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι επίσημοι και οι ανεπίσημοι φροντιστές εκπαιδεύονται για την καλύτερη δυνατή επικοινωνία με ηλικιωμένα άτομα;

Σύμφωνα με την Ε., η οποία εξαιτίας της επαγγελματικής της ιδιότητας απάντησε στο ερώτημα από την πλευρά των ιατρών, παρατήρησε ότι δεν υπήρξε τέτοιου είδους εκπαίδευση στη σχολή της αλλά ούτε και στην εφαρμογή της ιατρικής σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα επισήμανε ότι:

«Λυπάμαι που είμαι τόσο αρνητική αλλά ο ηλικιωμένος οφείλει να συναινέσει σε αυτά που έχει αποφασίσει για αυτόν ο θεράπων ή θεράπων μαζί με την οικογένεια του. Θεωρώ πως υπολείπεται πολύ από τη συμμετοχή στη λήψη της απόφασης σχετικά με την αγωγή. Κι όταν υπάρχει και έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών τα πράγματα χειροτερεύουν, δεν μιλάω για τις πολύ βεβαρυμμένες περιπτώσεις, μιλάω για όταν υπάρχει επίπεδο συνείδησης και που ο ηλικιωμένος μπορεί να επικοινωνήσει ακόμα. Δεν υπάρχει το συμμετοχικό μοντέλο.»

Ο Κ. δεν αμέλησε να αναφερθεί στην πολυφαρμακία ως φαινόμενο που σχετίζεται με την έλλειψη επικοινωνίας:

« Το σύνηθες είναι να περνάει ο ιατρός, μόνος ή με την ομάδα του, να κάνει μια σύντομη επίσκεψη, να ελέγχει τα φάρμακα – και τα φάρμακα όχι όπως επιτάσσουν τα διεθνή πρωτόκολλα, γιατί όσο μεγαλώνει ο ηλικιωμένος και ανάλογα την πάθηση πρέπει να μειώνουμε ή να αφαιρούμε φάρμακα και όχι να προσθέτουμε- οπότε δεν υπάρχει χώρος για περαιτέρω επικοινωνία. Νομίζω ότι δεν ακούμε και δεν βλέπουμε τον ηλικιωμένο ολιστικά».

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στη διεξαγωγή ημερίδων ή και σεμιναρίων που έχουν κάνει έντονη την παρουσία τους την τελευταία τριετία και που εκπορεύονται από ιδιωτικούς φορείς και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις όπως η Ελληνική Εταιρεία Alzheimer, η 50 Plus και η Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία.

«Φυσικά και υπάρχει εκπαίδευση για τους φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων, ιδιαίτερα στις μέρες μας που η άνοια σε όλες της τις μορφές έχει καταστεί μάστιγα και πλήττει αδιακρίτως. Καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια από τον Οργανισμό μας να υποστηρίξουμε και τους ίδιους τους ηλικιωμένους και τους φροντιστές τους που υφίστανται μεγάλες επιβαρύνσεις. Ομολογώ πάντως, ότι η εκπαίδευση που προσφέρουμε δεν υπάρχει σε καμία σχολή, είναι πρακτική εκπαίδευση πάνω σε συγκεκριμένα ζητήματα αν και θα έπρεπε να απασχολεί όλους τους επαγγελματίες υγείας.»

5. Η ταχύτητα με την οποία φροντίζονται οι ηλικιωμένοι είναι δυνατόν να έχει αντίκτυπο στη σωματική και στην ψυχική τους υγεία εφόσον σε γενικές γραμμές τείνουν να είναι ανυπόμονοι (ιδιαίτερα δε, σε περιπτώσεις άνοιας). Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι επίσημοι και οι ανεπίσημοι φροντιστές εκπαιδεύονται για τη σημαντικότητα της εκτέλεσης των καθηκόντων τους σε εύλογο χρονικό διάστημα;

Η Ι. αναφέρθηκε στις συνθήκες εργασίας που επικρατούν στα δημόσια νοσοκομεία:

« Εκπαιδευόμαστε, δεν λέω το αντίθετο, πόσο σημαντικές είναι οι νοσηλευτικές διεργασίες που γίνονται όπως πρέπει και στον χρόνο που πρέπει αλλά η πραγματικότητα είναι πολύ διαφορετική από τα βιβλία και το ιδανικό. Όταν βγάζουμε βάρδια 2 άτομα και έχουμε πάνω από τριάντα ασθενείς που πολλοί από αυτούς είναι ηλικιωμένοι τότε ζοριζόμαστε αρκετά. Δεν είναι δυνατόν εκ των πραγμάτων να είμαστε γρήγορα και την ώρα που χρειάζεται κάποιος κάτι, χωρίς να συζητάμε τις επείγουσες καταστάσεις που προκύπτουν πολύ συχνά μέσα στη

βάρδια. Θα πω ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη προσωπικού και ότι αυτό δεν είναι καλό για κανέναν».

Αντίθετα, ο Δ. αναφέρθηκε γενικότερα σε παράγοντες που κωλυσιεργούν τον επαγγελματία υγείας και που δεν σχετίζονται με την δική του εκπαίδευση:

« Τι σημαίνει μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα; Υπάρχουν πολλά πράγματα που δεν εξαρτώνται από εμάς και σίγουρα οτιδήποτε έχει να κάνει με τη γραφειοκρατία. Η αναμονή είναι μεγάλη και μου έχει τύχει να «φύγει» ο παππούς πριν προλάβει να πάει για εξετάσεις. Καταλαβαίνω πως ακούγεται αυτό αλλά, στην Ελλάδα έχω καταλάβει ότι δεν μπορείς να εκτελέσεις τα καθήκοντα σου με τον δέοντα τρόπο, είναι πάνω από σένα ή την εκπαίδευση σου.»

Η Ε. τοποθετείται ως προς την αντίληψη περί ταχύτητας του επίσημου φροντιστή:

«Στις περιπτώσεις που η ανυπομονησία προέρχεται από έναν ηλικιωμένο που δεν έχει πλήρη συνείδηση, δεν είναι απαραίτητο ότι ο επαγγελματίας θα τον αντιμετωπίσει θετικά. Μπορεί επίσης να σκεφτεί ότι δεν πειράζει, αφού δεν καταλαβαίνει, ας προηγηθεί κάποιος που έχει ανάγκη και επικοινωνεί κανονικά. Σε άλλες περιπτώσεις και ανεξάρτητα από την εκπαίδευση, είναι δυνατόν να μπει φραγμός ή αρνητική επικοινωνία από τον επίσημο φροντιστή προς τον ηλικιωμένο δηλαδή, λέξεις με αρνητική χροιά ή προστακτικό τόνο τύπου, περιμένετε, μην είστε τόσο ανυπόμονος, έχω δουλειά, δεν το βλέπεις, δεν καταλαβαίνεις; Γιατί κάνεις έτσι, περίμενε τη σειρά σου και άλλα τέτοια γοητευτικά....»

Η Μ. μοιράστηκε μαζί μας το ότι:

«Δεν είναι δυνατόν να εξυπηρετώ κάθε μα κάθε επιθυμία και γρήγορα μάλιστα! Είμαι και εγώ άνθρωπος και κουράζομαι πάρα πολύ και στη δουλειά μου, τρέχω να τα προλάβω όλα. Δεν θα την άφηνα ποτέ λερωμένη, ατάιστη αλλά μου είναι αδύνατον να φέρνω κάθε 10 λεπτά τοστ, νερό, χαρτομάντηλο και ότι άλλο θυμάται πως θέλει γιατί απλά ξέχασε ότι πριν από λίγο έγιναν όλα αυτά».

Η Β. παρατήρησε πως:

« Ήταν πάντα πολύ ήρεμος και υπομονετικός άνθρωπος σε όλα του, δεν με κουράζει καθόλου με τρελές απαιτήσεις πάρα το γεγονός ότι ξεχνάει βασικά πράγματα. Οπότε όταν θέλει κάτι, είναι πολύ σημαντικό νομίζω να το έχει άμεσα, το αξίζει.»

6. Ένα κοινωνικά ελκυστικό και υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να κρατήσει τα ηλικιωμένα άτομα ήρεμα και χαρούμενα αλλά και να μειώσει τις καταπονήσεις των φροντιστών. Σε ποιον βαθμό σύμφωνα με την εμπειρία σας παρέχεται υποστήριξη από σχετικούς με το γήρας φορείς στους επίσημους και τους ανεπίσημους φροντιστές;

Πιο συγκεκριμένα η Ε. επισήμανε ότι:

«Όχι μόνο δεν εφαρμόζεται υποστήριξη των φροντιστών αλλά κρίνεται ως δώρο θεού να μπορούμε να κάνουμε απαραίτητες υποστηρικτικές για την υγεία συνεδρίες για παράδειγμα με φυσιοθεραπευτή για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Μιλώ εδώ και για την υποστελέχωση των δομών, ιδιαίτερα των δημοσίων αλλά και για την έλλειψη υποδομών που θα επιτρέψουν την ύπαρξη χώρου, τοποθεσίας δηλαδή όπου το προσωπικό θα μπορεί να αποσυρθεί για να αποφορτίζεται. Ωστόσο δεν θα είμαι απόλυτη γιατί δεν έχω γνώση».

Η Χ. παρατήρησε ότι:

«Θα απαντήσω πως δεν παρέχεται υποστήριξη ούτε ελκυστικό περιβάλλον στους φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων. Εάν υπήρχε, δεν θα είχαμε τόσα περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων που εγώ προσωπικά θεωρώ ότι δεν γίνονται γιατί οι φροντιστές έχουν προσωπικά προβλήματα μαζί τους, αναφέρομαι βέβαια στις δομές φιλοξενίας γιατί υποψιάζομαι πως ο αριθμός των ηλικιωμένων που κακοποιούνται είναι στην πραγματικότητα σκοτεινός. Όταν ένας φροντιστής απολαμβάνει υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον, δεν καταρρέει, δεν δρα σπασμωδικά, δεν αντιδρά. Η υποστήριξη λειτουργεί ευεργετικά, υπενθυμίζει και εμπνέει τον άλλον να γίνει ακόμα καλύτερος στο επάγγελμα του, να προσφέρει δηλαδή τις υπηρεσίες του με ενσυναίσθηση και ανθρωπιά κι όχι σαν να κάνει αγγαρεία. Για να μην αναφερθώ στην μεγάλη κινητικότητα ως προς την κάλυψη θέσεων, κάθε λίγο ζητούνται άτομα γιατί κάποιος φεύγει και η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος είναι ένας από τους λόγους μαζί με τη σωματική κούραση.»

Η Β. από την πλευρά των άτυπων φροντιστών αναφέρθηκε στα κόστη των υπηρεσιών ενδυνάμωσης και υποστήριξης.

« Τόσα χρόνια τώρα δεν είδα στην τηλεόραση ή σε κάποιο μέσο δικτύωσης να προσφέρεται δωρεάν ψυχολογική υποστήριξη για εμάς που φροντίζουμε τους γονείς μας. Κι αν δεν είναι εγγεγραμμένοι στο Βοήθεια στο Σπίτι του δήμου, δεν

υπάρχει βοήθεια από πουθενά. Για ποια υποστήριξη μιλάμε και ποιο ελκυστικό περιβάλλον όταν όλα περνάνε από το χέρι μου; »

7. Η εκπαίδευση σχετικά με το γήρας που λαμβάνουν οι φροντιστές υγείας, τους βοηθά να προσαρμοστούν στις συνθήκες που εργάζονται;

Οι συμμετέχοντες στην πλειονότητα τους, ο καθένας μέσα από το πρίσμα του δικού του πεδίου ενασχόλησης με ηλικιωμένα άτομα απάντησαν πως η προσαρμογή στις συνθήκες και το περιβάλλον εργασίας δεν συναρτάται απόλυτα με την εκπαίδευση τους.

Χαρακτηριστικά ο Ν. ανέφερε πως:

«Η εκπαίδευση, η φοίτηση μου στην σχολή, μου έδωσε τα απαραίτητα εργαλεία και τη γνώση πάνω στο αντικείμενο. Παρά ταύτα, η προσαρμογή στην πραγματικότητα, στην αληθινή ζωή είχε να κάνει περισσότερο με τις δικές μου δεξιότητες, την αντίληψη και βέβαια την εξάσκηση και την ρουτίνα, στο τέλος. Επαναλαμβάνω ότι είναι τελείως διαφορετικό να εξασκείσαι στο πλαίσιο της πρακτικής και να έρχεσαι σε επαφή με τους ηλικιωμένους ανθρώπους προστατευμένος υπό την αιγίδα της σχολής και των καθηγητών σου και τελείως διαφορετικό από το να έχεις την πλήρη ευθύνη των πράξεων σου, την ευθύνη μιας ζωής».

Στο ίδιο μήκος κύματος, η Χ. απαντά πως:

«Τίποτα δεν είναι δυνατόν να σε προετοιμάσει κατάλληλα για αυτή τη δουλειά από την ίδια την πραγματικότητα που καλείσαι καθημερινά να αντιμετωπίσεις. Η φροντίδα ασθενών και ιδιαίτερα ηλικιωμένων ασθενών με άνοια σε προχωρημένα στάδια σε κάνει να έρχεσαι αντιμέτωπος κάθε μέρα με τον ίδιο σου τον εαυτό, με την υπομονή σου, την ανθρωπιά σου, την αντοχή την ίδια την ώρα που φλερτάρεις με την κατάρρευση. Στη σχολή είναι πολύ θεωρητικά τα ζητήματα αυτά, σου τα λένε αλλά είναι κάπως ότι δεν τα περιμένεις ούτε τόσο έντονα, ούτε τόσο εξοντωτικά.»

Αξιοσημείωτη είναι η απάντηση της άτυπης φροντίστριας Μ.

«Καμία εκπαίδευση δεν μπορεί να σε κάνει να προσαρμοστείς στις αλλαγές του ανθρώπου που κάποτε σε στήριζε και σε μεγάλωσε. Η άνοια τα ρημάζει όλα και

σε υποχρεώνει να αναιρέσεις όλα όσα ήξερες, ρημάζει τις σταθερές σου και όταν είσαι συναισθηματικά εμπλεκόμενος με τον άνθρωπο που φροντίζεις σχεδόν δεν θέλεις να προσαρμοστείς σε μια ζωή γεμάτη εκπτώσεις. Ίσως τα πράγματα να είναι καλύτερα για αυτούς που φροντίζουν ηλικιωμένους επαγγελματικά γιατί δεν συνδέονται μαζί τους σε τέτοιο βαθμό, είναι απλώς μια δουλειά.»

8. Πιστεύετε ότι χρειάζεται να γίνουν βελτιώσεις στην εκπαίδευση για την φροντίδα των ηλικιωμένων;

Η Ε. ήταν αρκετά αναλυτική ως προς τις βελτιώσεις που θεωρεί ότι απαιτούνται σύμφωνα με τη γνώμη της στην εκπαίδευση για την φροντίδα των ηλικιωμένων:

«Για εμένα είναι αυτονόητο ότι πρέπει να προστεθούν μαθήματα πάνω στη γηριατρική φροντίδα σε όλες τις βαθμίδες των σχολών υγείας και κοινωνικής εργασίας σε προπτυχιακό επίπεδο. Δεν εννοώ ότι ακόμα και ένας κοινωνικός λειτουργός θα έπρεπε να διδάσκεται τη σημασία της στοματικής υγιεινής για τον ηλικιωμένο βέβαια...είναι όμως απαράδεκτο οι νοσηλευτές και οι γιατροί να μην διδάσκονται την σημαντικότητα απλών διεργασιών που για έναν ηλικιωμένο μπορεί να αποβούν ακόμα και μοιραίες εάν αμελούνται».

Η Χ. παρατήρησε πως:

«Είναι διαφορετική η εκπαίδευση που απαιτείται να λάβει ο επαγγελματίας υγείας από την εκπαίδευση του άτυπου φροντιστή ασφαλώς. Αυτό που λείπει κατά τη γνώμη μου και πραγματικά θα το θεωρούσα βελτίωση είναι να προστεθεί η ηθική της φροντίδας. Τι θα πει αυτό το πράγμα, γιατί πρέπει να υπάρχει, μέχρι που φτάνει, γιατί κανείς δεν πρέπει να πέφτει στην παγίδα να γίνεται χώμα προκειμένου να εξυπηρετήσει αλλά τελικά δεν εξυπηρετεί γιατί χάνει τον εαυτό του, τα όρια, τα πρέπει και τα δεν πρέπει...στους ανεπίσημους ειδικά αυτά δεν υπάρχουν».

Και ο Ν. συμπληρώνει ότι:

«Καταρχήν το πλαίσιο της γηριατρικής και της γεροντολογίας να ενταχθεί ως ειδικότητα όπως για παράδειγμα η παιδιατρική, η γυναικολογία και να μην γίνεται ο παθολόγος η λύση για όλη την πρωτοβάθμια φροντίδα. Όπως δεν θα πηγαίναμε ένα παιδί με πυρετό στον ορθοπεδικό, έτσι και ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να απευθύνεται στον παθολόγο για κάθε σύμπτωμα ή ανάγκη του, να γεμίζει φάρμακα που δεν είναι σίγουρο κιόλας ότι πρέπει να τα λαμβάνει.»

Η Ρ. είπε χαρακτηριστικά πως:

«Το να προστεθούν μαθήματα, δεν λέω, θα ήταν καλό, όμως για να συμβαδίσουμε με τα ευρωπαϊκά πρότυπα και τις αυξημένες ανάγκες ενός πληθυσμού που γερνάει, οι αλλαγές πρέπει να είναι ριζικές. Είμαι γεροντολόγος ωστόσο την επιστήμη μου την σπούδασα στο Βέλγιο... Και πέραν του να κατανοηθεί η ανάγκη για την ύπαρξη επιστημών που σχετίζονται με το γήρας πρέπει να υπάρξουν και οι υποδομές αντίστοιχα, δεν μπορούν να υπάρχουν σήμερα νοσοκομεία και μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων χωρίς γεροντολόγο και γηρίατρο.»

9. Θεωρείτε πως οι ανεπίσημοι φροντιστές χρήζουν εκπαίδευσης;

Σε αυτό το ερώτημα ο Α. απάντησε γελώντας ότι:

«Με την αύξηση του προσδόκιμου της ζωής είμαστε όλοι εν δυνάμει φροντιστές των δικών μας ανθρώπων! Ναι και βέβαια οι ανεπίσημοι όπως τους λέτε φροντιστές χρειάζονται εκπαίδευση γιατί έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις που σίγουρα είναι δύσκολο να διαχειριστούν από μόνοι τους».

Ο Κ. επισήμανε ότι:

«Ασφαλώς και χρειάζονται εκπαίδευση αν και αρκετά διαφορετική από τους επαγγελματίες υγείας. Το παιδί ή ο σύζυγος του ανοικού ηλικιωμένου δεν χρειάζεται πτυχίο για να τον υποστηρίξει. Χρειάζεται όμως να εκπαιδευτεί να διαχειρίζεται καλύτερα τις δεξιότητες που θα του επιτρέψουν να προσφέρει βοήθεια χωρίς να εξαντλεί τον εαυτό, την υπομονή ακόμα και την προσωπική του υγεία. Χρειάζεται την εκπαίδευση για να ξέρει πως να δράσει την ώρα μιας κρίσης, κατά την διάρκεια μιας ίσως επίπονης καθημερινότητας και οπωσδήποτε χρειάζεται εκπαίδευση για προστατευθεί ο ίδιος από τις συναισθηματικές και πρακτικές συνέπειες που αφήνει η μακροχρόνια φροντίδα στον φροντιστή».

10. Επιθυμείτε να προσθέσετε κάτι ακόμα;

Η Ε. σχολίασε:

«Νομίζω ότι τα κενά στον τομέα της εκπαίδευσης για την Τρίτη ηλικία τελικά σημαίνουν δύο πράγματα: ηθικά ότι οι ηλικιωμένοι είναι η φύρα της κοινωνίας, δεν τους χρειάζεται άλλο πια κανείς και άρα δεν κρίνεται απαραίτητη η επιστημονική και ολιστική φροντίδα τους είναι το πρώτο. Δεύτερον, ένα σύστημα που δεν μπορεί να υποστηρίξει τους πολίτες σε όλα τα στάδια της ζωής τους δεν

μπορεί παρά να οδηγεί σε Καιάδες, ηλικιωμένων αυτή τη φορά και σε κακοποιητικές καταστάσεις μέσα στα σπίτια, μέσα στις γηροκομεία.»

Η Μ. επισήμανε την έλλειψη ενδιαφέροντος για την φροντίδα των ηλικιωμένων:

« Για πολύ μεγάλο διάστημα έψαχνα να προσλάβω κάποια για να φροντίζει τη μαμά μου όταν δούλευα. Έστειλα αγγελίες σε εφημερίδα, έγινα μέλος σε ομάδες στο Facebook που ζητάνε όλοι φροντιστή – δεκάδες τέτοιες με αιτήματα από όλη την Ελλάδα- και ξέρετε τι βρήκα; Αλλοδαπές, χωρίς στον ήλιο μοίρα, που είχαν ως λύση στο βιοποριστικό τους να ζουν στο σπίτι ενός παππού ή γιαγιάς μέχρι να βρουν κάτι καλύτερο. Μην με ρωτάτε αν ξέρανε να φροντίσουν σωστά τον ηλικιωμένο...όταν είσαι στην ανάγκη, θεωρείς αρκετό να μην κακομιλούν στη μάνα, να μην τη χτυπούν και να μην σε κλέβουν. Σπάνια θα βρεις Ελληνίδα και ακόμα σπανιότερα να είναι εκπαιδευμένη όπως το λέτε. Ανεξέλεγκτη η κατάσταση, δεν μας προστατεύει κανείς. »

Δεν θα μπορούσα παρά να κλείσω με τα πρόσθετα σχόλια της Β.:

«Καλή είναι η εκπαίδευση, αλλά έχει γεμίσει ο τόπος ‘εκπαιδευμένους’ χωρίς δουλειά, συμβαίνουν παράδοξα εδώ πέρα, όντως αυτοί που δουλεύουν με τους ηλικιωμένους χρειάζονται εκπαίδευση είτε είναι συγγενείς είτε γιατροί για να μην αναφερθώ σε όλες τις «πρακτικές», ξεκάρφωτες δηλαδή που πασχίζουν να επιβιώσουν. Αν είσαι πολύ εκπαιδευμένος, δεν θα έρθεις να φυλάς τον πατέρα μου με τρεις και εξήντα. Αν είσαι πολύ εκπαιδευμένος δεν βρίσκεις δουλειά γιατί έχεις πολλά προσόντα ή θα σε ρβίρεις καφέ και σουβλάκι. Γιατί δεν δίνουν λεφτά να πάρει περισσότερο κόσμο το Βοήθεια στο Σπίτι; Τι προλαβαίνουν να κάνουν δυο νοσηλευτές και δυο βοηθοί σε έναν ολόκληρο δήμο; Αυτά να κάνεις εργασία, τα παράδοξα, μήπως καταλάβω...»

3.5 Αποτελέσματα έρευνας

Ως προς το πρώτο ερώτημα που τέθηκε στους συμμετέχοντες, οι απαντήσεις στην πλειονότητα τους καταδείκνυαν ότι οι τυπικοί φροντιστές δεν εκπαιδεύονται επαρκώς στην κατανόηση των αλλαγών που επιφέρει το γήρας στα άτομα κατά την πορεία της φοίτησης στο αντικείμενο των σπουδών τους. Ως προς τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα τους ιατρούς, δεν εκπαιδεύονται ώστε να μεταχειρίζονται με διαφορετικό τρόπο τους ηλικιωμένους και το αντικείμενο της εργασίας τους δεν αφορά στην κατανόηση των προβλημάτων τους από το γήρας αλλά τη θεραπεία ή την αντιμετώπιση κάποιας πάθησης. Μόνο μια από τους ερωτηθέντες έδειξε ικανοποιημένη από το επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στον τομέα της νοσηλευτικής. Σημαντική ήταν η παρατήρηση ότι η διαχείριση του γήρατος φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα του ιδιωτικού τομέα (εκπαιδευτικά σεμινάρια από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις κ.α.) παρά του τυπικού εκπαιδευτικού συστήματος. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας απάντησαν πως η είναι η πρακτική εμπειρία και η καθημερινή συναναστροφή που λειτουργεί εκπαιδευτικά ως προς την κατανόηση των ηλικιωμένων. Σημειώθηκε επίσης, ότι συμπληρωματικά με την έλλειψη εκπαίδευσης προστίθεται το γεγονός ότι οι συγγενείς – φροντιστές εμπλέκονται συναισθηματικά με τα άτομα που φροντίζουν. Η ποιότητα της σχέσης και η καθημερινή επαφή και αλληλεπίδραση ενδέχεται να τους επηρεάσει αρνητικά ως προς την συνειδητοποίηση των αλλαγών που υφίσταται το άτομο που γηράσκει. Αξιοσημείωτη τέλος, είναι η παρατήρηση ότι όλοι μας, εφόσον μεγαλώνουμε θα έπρεπε να έχουμε την ευκαιρία να εκπαιδευόμαστε προληπτικά για τις αλλαγές που ενδέχεται να υποστούμε γηράσκοντας, χάριν πρόληψης και ενημέρωσης. Ισχυρή ήταν η συνολική αντίληψη ότι περισσότερο από τους επίσημους, οι ανεπίσημοι φροντιστές συνήθως είναι απροετοίμαστοι για τις αλλαγές που επιφέρει το γήρας στους δικούς τους ανθρώπους, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών.

Το δεύτερο ερώτημα δίχασε τους συμμετέχοντες και απαντήθηκε κατά κύριο λόγο από τους επαγγελματίες υγείας. Οι φροντιστές ηλικιωμένων με δεδομένο ότι η επαγγελματική τους ενασχόληση δεν ταυτιζόταν με τον τομέα της υγείας υπέθεσαν την απάντηση, διότι δεν είχαν προσωπική εμπειρία. Είναι σαφές στους περισσότερους ότι η επαγγελματική ενασχόληση με τη φροντίδα ατόμων της Τρίτης ηλικίας είναι επιλογή και ότι μέχρι σήμερα θεωρείται πρόσθετη εξειδίκευση ωστόσο κατέδειξαν την ανάγκη ύπαρξης γηριατρικών και γεροντολογικών μαθημάτων σε όλες τις επιστήμες ως απαραίτητο εργαλείο καλλιέργειας ενσυναίσθησης και ορθής διεπαφής με όλες τις ηλικιακές ομάδες. Παρατηρήθηκε ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης είναι ελκυστικά όταν είναι διεπιστημονικά και δεν υλοποιούνται

ως εάν να είναι αποκομμένα από την πραγματικότητα ή όταν ιατρικοποιούν το γήρας, δίνοντας έμφαση σε ασθένειες και συμπτώματα. Τρεις από τους συμμετέχοντες εξήγησαν ότι η εξέλιξη της ανθρώπινης ζωής και τα στάδια της είναι μια αλυσίδα συμβάντων και καταστάσεων που επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες και όχι μόνο από την υγεία ή την έλλειψη της. Συνεπώς, σύμφωνα με τη γνώμη τους τα εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με τη γήρανση ως διαδικασία και τα είδη της φροντίδας που ενέχονται σε αυτό το στάδιο της ζωής δύνανται και οφείλουν να προσφέρουν εργαλεία από όλες τις επιστήμες για να θεωρηθούν ελκυστικά, γεγονός που μέχρι και αυτή την στιγμή δεν συμβαίνει.

Η ερώτηση σχετικά με την προάσπιση της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων ατόμων και ο βαθμός στον οποίο αυτή διδάσκεται συγκέντρωσε αντικρουόμενες απαντήσεις. Οι άτυποι φροντιστές ηλικιωμένων απάντησαν ότι ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια κάθε ανθρώπου δεν αρκεί να εμπεριέχεται μόνο στη διδακτέα ύλη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων αλλά να εφαρμόζεται στην πράξη. Με δεδομένο ότι η φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου καταλαμβάνει ολόκληρο το 24ωρο, απάντησαν ότι η ανταπόκριση στις ανάγκες του δεν είναι θέμα εκπαίδευσης αλλά πρακτικό ζήτημα που εξαρτάται από το βαθμό του επείγοντος. Κατέληξαν πως αν και είναι πιθανόν η προάσπιση της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων ατόμων να είναι αντικείμενο εκπαίδευσης, στην πραγματικότητα όμως αυτό εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα και την καλλιέργεια του φροντιστή και λιγότερο από την εκπαίδευση του. Οι επαγγελματίες υγείας απάντησαν πως ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια κάθε ανθρώπου εμπίπτει στη δεοντολογία τους επαγγέλματος τους. Δεν έχουν λάβει ιδιαίτερη εκπαίδευση σχετική με την προστασία των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Είναι σημαντικό να καταγραφεί πως σε επείγουσες, απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή, η αξιοπρέπεια δεν αποτελεί προτεραιότητα.

Το τέταρτο ερώτημα έδειξε ότι οι άτυποι φροντιστές, οι οποίοι τις περισσότερες φορές είναι συγγενείς του ηλικιωμένου ατόμου, δεν είναι ιδιαιτέρως εκπαιδευμένοι εκτός και αν ασκούν κάποιο επάγγελμα που σχετίζεται με την υγειονομική περίθαλψη. Η επικοινωνία σχετίζεται επίσης με την ποιότητα της σχέσης και την διανοητική κατάσταση του ηλικιωμένου ενώ καθίσταται πολύ δύσκολη όταν οι γνωστικές λειτουργίες του ηλικιωμένου πλήττονται εξαιτίας της άνοιας. Το σύνολο των ερωτηθέντων από τους επαγγελματίες υγείας απάντησε πως η επικοινωνία με τους ηλικιωμένους ανθρώπους δεν αποτελεί αντικείμενο της τυπικής εκπαίδευσης. Οργανισμοί που εξειδικεύονται στο γήρας και την άνοια είναι οι μόνες πηγές ενημέρωσης και εκπαίδευσης των φροντιστών ως προς τους τρόπους προσέγγισης ηλικιωμένων που πάσχουν από αυτή τη νόσο.

Η ταχύτητα στην εκτέλεση των καθηκόντων τόσο για τους επίσημους φροντιστές όσο και για τους ανεπίσημους εμφανίζεται να είναι ένα ζήτημα που εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και οι περισσότεροι από αυτούς είναι πρακτικοί. Για τους επαγγελματίες υγείας, οι ηλικιωμένοι δεν εξυπηρετούνται πρώτοι εξαιτίας της ηλικίας τους αλλά ανάλογα με τη σειρά και τη βαρύτητα του περιστατικού. Τονίστηκε ότι σε περιπτώσεις άνοιας όπου η συνειδητότητα έχει πληγεί, η φροντίδα ενδέχεται να καθυστερήσει. Άλλος παράγοντας που δεν συντελεί στην γρήγορη εκτέλεση των καθηκόντων είναι ο χρόνος αναμονής τυπικών γραφειοκρατικών διαδικασιών και δεν σχετίζεται με τη βούληση των επαγγελματιών. Οι άτυποι φροντιστές δεν έχουν λάβει εκπαίδευση ως προς την γρήγορη εκτέλεση των καθηκόντων τους. Η καθημερινή ροή στην φροντίδα ενός ηλικιωμένου, οι ιδιαιτερότητες και οι ανάγκες του, η εργασία του φροντιστή και οι άλλες του υποχρεώσεις, όπως και το επείγον κάθε περίπτωσης είναι αυτά που επιτάσσουν τον ρυθμό ανταπόκρισης στα καθήκοντα της φροντίδας.

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεικνύουν ότι η υποστήριξη των φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων και το υποστηρικτικό περιβάλλον που θα τους ενίσχυε -και στην περίπτωση των άτυπων φροντιστών θα απάλυνε σε κάποιο βαθμό τα βάρη τους- βρίσκεται στα σπάργανα προς το παρόν στην Ελλάδα. Η έλλειψη υποστήριξης συνδυάστηκε με την έλλειψη υποδομών που θα φιλοξενούσαν τις δράσεις και τις συνεδρίες που θα ανακούφιζαν τους επίσημους φροντιστές ιδιαίτερα σε δημόσιους οργανισμούς όπως νοσοκομεία και κοινωνικές υπηρεσίες. Η υποστελέχωση των ανωτέρω δομών επίσης, δεν συμβάλλει στην αποφόρτιση του προσωπικού καθιστώντας την εργασία εξουθενωτική και καθόλου ελκυστική. Τονίστηκε πως συμβάντα κακοποίησης ηλικιωμένων ατόμων ενδέχεται να σχετίζονται με τις προαναφερθείσες ελλείψεις σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων.

Στο έβδομο ερώτημα, όλοι οι επαγγελματίες υγείας απάντησαν πως σε γενικές γραμμές η εκπαίδευση που έλαβαν κατά τη διάρκεια της φοίτησης, τους έδωσε εργαλεία και γνώση ώστε να μπορούν να εργαστούν στο πεδίο ωστόσο, η προσαρμογή στις απαιτήσεις της εργασίας δεν αντλούσε από την εκπαίδευση. Ιδιαίτερα στο πλαίσιο της φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων με άνοια, όπου η κατάσταση υπερβαίνει τη συνήθη νοσηλεία και κοινωνική εργασία, η προσαρμογή είναι θέμα προσωπικής δεξιότητας και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του εργαζόμενου. Η εκπαίδευση στις σχολές αποτελεί τη θεωρία και η πραγματικότητα της φροντίδας, οι ευθύνες και η κόπωση είναι η πράξη. Οι άτυποι φροντιστές χρειάστηκε να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις της φροντίδας του ηλικιωμένου μέσα από τις καθημερινές ανάγκες. Εκπαιδεύτηκαν από την πρακτική ενασχόληση και από τα λεγόμενα

τους προκύπτει η δυσκολία προσαρμογής στις αλλαγές και τις γνωστικές και σωματικές εκπτώσεις που υφίσταται ο ηλικιωμένος που υποφέρει από άνοια.

Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι πρέπει να γίνουν βελτιώσεις στην εκπαίδευση που αφορά στη διαχείριση του γήρατος σε όλες τις σχολικές, μεταδευτεροβάθμιες και προπτυχιακές βαθμίδες για επαγγέλματα υγείας. Βελτίωση που κρίνεται απαραίτητη επίσης είναι η προσθήκη μαθημάτων που αφορούν στην ηθική πλευρά της φροντίδας και στην αυτοπροστασία του φροντιστή από όποιο επάγγελμα ασκείται η φροντίδα. Οι σπουδές στην επιστήμη της Γεροντολογίας θα έδινε τη δυνατότητα στους ενδιαφερόμενους να μελετήσουν τη γήρανση εν τω βάθει και κατά συνέπεια να εκπαιδεύσουν άλλους για την καταλληλότερη προσέγγιση και φροντίδα προς τα ηλικιωμένα άτομα. Παρατηρήθηκε επίσης ότι στην Ευρώπη και σε άλλες χώρες η εκπαίδευση σε γηριατρικά θέματα είναι πιο διαδεδομένη σε σχέση με την Ελλάδα, η οποία αν και συγκαταλέγεται στις πλέον γηράσκουσες χώρες, αδυνατεί να παρακολουθήσει τις κοινωνικές εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα στο έδαφος της.

Η εκπαίδευση των άτυπων φροντιστών κρίνεται αναγκαία από όλους τους συμμετέχοντες αν και δεν χρειάζεται να πιστοποιείται όπως αυτή των επαγγελματιών. Με δεδομένη την αύξηση του προσδόκιμου της ζωής, υπάρχει το ενδεχόμενο όλοι οι άνθρωποι να χρειαστεί να φροντίσουν κάποιον ηλικιωμένο συγγενή τους συνεπώς, οι βασικές γνώσεις και κατευθυντήριες γραμμές οφείλουν να είναι γνωστές από όλους. Οι ανεπίσημοι φροντιστές που ήδη βρίσκονται στη διαδικασία φροντίδας, έχουν μεγάλη ανάγκη από εκπαίδευση ή οποία αφενός θα συνδράμει στη βελτίωση της γνώσης ωφέλιμων πρακτικών και αφετέρου θα λειτουργήσει υποστηρικτικά στη διαχείριση καταστάσεων που προκύπτουν στη διάρκεια της φροντίδας. Ένας καλά ενημερωμένος φροντιστής ηλικιωμένου μπορεί να συνεργαστεί καλύτερα με τον επαγγελματία υγείας με στόχο την βελτίωση της υγείας ή της ποιότητας ζωής του δέκτη φροντίδας. Η εκπαίδευση του άτυπου φροντιστή εκτός από τα ανωτέρω, μπορεί να συμβάλλει στην προστασία τόσο του ίδιου όσο και του ηλικιωμένου όσον αφορά στη διαχείριση στρεσογόνων, συναισθηματικών και σωματικών καταστάσεων.

Στην τελευταία ανοιχτή ερώτηση επισημάνθηκε ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων περιλαμβάνεται στα πιο εξουθενωτικά παραϊατρικά επαγγέλματα και δεν χαιρεί δημοφιλίας εξαιτίας των δυσκολιών στην επικοινωνία, τη νοσηλεία και τη διαχείριση σε περιπτώσεις άνοιας ενώ δεν μπορεί να παραλειφθεί η ματαίωση και η συναισθηματική φόρτιση από τη συνεχή επαφή με το θάνατο. Αναφέρθηκε επίσης ότι οι αμοιβές δεν αντιστοιχούν στον κόπο που απαιτείται σε αυτή την εργασία ενώ για τους άτυπους φροντιστές δεν υφίσταται χρηματική

αμοιβή. Συνεπεία τούτου είναι και η έλλειψη προθυμίας των επαγγελματιών για την ανάληψη τέτοιων καθηκόντων εκτός μονάδων φροντίδας. Ωστόσο, καθώς οι ανάγκες για κατ' οίκον φροντίδα διαρκώς αυξάνονται, δημιουργείται χώρος για ανεκπαιδευτους πρακτικούς και πρακτικές, στην πλειονότητα τους αλλοδαποί που συνδυάζουν δωρεάν στέγαση, σίτιση και μισθό. Η ποιότητα των υπηρεσιών τους, οι οικονομικές διαρροές που προκύπτουν από τα αφορολόγητα κέρδη τους και το καθεστώς των «γραφείων εργασίας» που τους κατευθύνει ανάλογα με τη ζήτηση μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο εκτενούς έρευνας και δεν αναλύεται στην παρούσα εργασία. Σημειώθηκε τέλος, ότι προγράμματα όπως το Βοήθεια στο Σπίτι θα έπρεπε να στελεχωθούν με περισσότερους εργαζόμενους ώστε αφενός, περισσότερα άτομα να λάβουν ενίσχυση και υποστήριξη και αφετέρου να δημιουργηθούν περισσότερες θέσεις εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας.

Συμπεράσματα

Ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνεται ραγδαία, με σημαντικές επιπτώσεις στην οικονομική και κοινωνική ζωή. Συνεπώς, η ανάγκη μελέτης της Τρίτης ηλικίας και τη διαδικασίας γήρανσης αυξάνεται. Η κατανόηση των ηλικιωμένων και η μελέτη του γήρατος ως στάδιο της ζωής θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε την ακόμα περισσότερο την κοινωνία μας. Ένας επιπλέον λόγος μπορεί να είναι ακόμα πιο πειστικός: όλοι γερνάμε χωρίς καμία εξαίρεση! Είναι δεδομένο πλέον σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία ότι μπορούμε να φτάσουμε σε μεγάλη σε ηλικία και έστω κι αν δεν σκεφτόμαστε τη γήρανση όταν είμαστε νέοι, είναι ένας από τους κύριους στόχους μας στη ζωή. Το να μεγαλώνουμε διατηρώντας ένα καλό ή υψηλό επίπεδο ποιότητας αποτελεί τον λόγο που ασκούμε, που προσέχουμε τη διατροφή μας, και που κάνουμε προληπτικές εξετάσεις ή ακολουθούμε κάποια φαρμακευτική αγωγή. Μελετώντας την ηλικία και τη γήρανση και εξοικειωνόμενοι με ορισμένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι τώρα και στο μέλλον, πραγματικά μελετάμε κάτι για τον εαυτό μας και ένα στάδιο στην πορεία της ζωής που όλοι ελπίζουμε να φτάσουμε.

Επισημαίνουμε ότι η μεταρρύθμιση του προγράμματος σπουδών των ειδικοτήτων που έρχονται σε επαφή με το γήρας, θα τονίσει τη συμπερίληψη πληροφοριών σχετικά με τις γηριατρικές ανάγκες και τα διαδεδομένα ιατρικά ζητήματα που σχετίζονται με αυτήν την

περίοδο της ζωής μας, μαζί με τα συνήθη σημεία και συμπτώματα που σχετίζονται με τη διαδικασία της γήρανσης. Θεωρούμε πως δεν είναι αρκετό το παρόν εκπαιδευτικό πρόγραμμα να αποτελείται μόνο από λεπτομέρειες για όλες τις χρόνιες ασθένειες, πληροφορίες σχετικά με την παθοφυσιολογία, τα σημεία και τα συμπτώματα, τις επιπλοκές, την ιατρική θεραπεία και τα νοσηλευτικά καθήκοντα για όλες τις χρόνιες ασθένειες. Πιστεύουμε ότι η ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών του γήρατος, θα επιτρέψει στους φροντιστές υγείας να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν τις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες των ηλικιωμένων με ουσιαστικό τρόπο.

Όταν το πρόγραμμα σπουδών στερείται πληροφοριών σχετικά με τη φροντίδα ηλικιωμένων ή οι εκπαιδευτές κατανέμουν τους μαθητές τους χάριν πρακτικής εξάσκησης σε νεότερους ενήλικες αγνοώντας τους ηλικιωμένους, μεταφέρονται στους μαθητές σιωπηρά μηνύματα ότι οι ηλικιωμένοι δεν είναι τόσο σημαντικοί όσο οι νέοι. Κατά συνέπεια, αυτό θα επηρεάσει αρνητικά τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές των φοιτητών προς τον γηριατρικό πληθυσμό. Επομένως, υπάρχει ανάγκη αλλαγής των εκπαιδευτικών πολιτικών, των παιδαγωγικών μεθόδων και των στρατηγικών διδασκαλίας του εκπαιδευτικού και τροποποίηση του περιεχομένου του προγράμματος σπουδών για τη βελτίωση της απόδοσης και των στάσεων των μαθητών.

Οι φροντιστές υγείας θα πρέπει να ενστερνίζονται την κοινωνική δικαιοσύνη, το σεβασμό στα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη γνώση σχετικά με την αποφυγή διακρίσεων (π.χ. ηλικιακές) και των ανισοτήτων που αναπόφευκτα έπονται αυτών. Η καλλιέργεια και η εκπαίδευση για την ισότητα εκκινεί από τις πρώτες τάξεις του σχολείου και εμπεδώνεται μέσω της ένταξης των βασικών αρχών της Κοινωνιολογίας σε όλες τις ειδικότητες. Ίσως, η πρωταρχική λειτουργία του εκπαιδευτή και του σχεδιαστή προγράμματος σπουδών είναι να διδαχθούν οι μαθητές τη δικαιοσύνη και τα οφέλη της για τα άτομα και την κοινωνία.

Αντλώντας από την βιβλιογραφία και από τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας που κάναμε, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η εκπαίδευση των επίσημων και των ανεπίσημων φροντιστών στην ολιστική διαχείριση του γήρατος είναι ανεπαρκής στην Ελλάδα, Η προσθήκη της επιστήμης της Γεροντολογίας ως ακαδημαϊκή έδρα και η προσθήκη θεματικών σε όλες τις σχετικές με την υγεία και την κοινωνία βαθμίδες εκπαίδευσης είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, στην βελτίωση των συνθηκών εργασίας των επαγγελματιών υγείας και στην προστασία και βελτίωση των δεξιοτήτων των άτυπων φροντιστών.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ

Akner G. (2004). Geriatric medicine in Sweden: a study of the organisation, staffing and care production in 2000-2001. *Age Ageing*. 33(4):338-41. doi: 10.1093/ageing/afh115. Epub 2004 May 10. PMID: 15136290.

Alsubaie, M. A. (2015). Hidden Curriculum as One of the Current Issue of Curriculum. *Journal of Education and Practice*, 6, 125-128.

Alves, H. & F., Raposo, C. (2015). Value co-creation: Concept and contexts of application and study. *Journal of Business Research*. 69. 10.1016/j.jbusres.2015.10.029.

Arani, M., Aazami, S., Azami, M., Borji, M. (2017) Assessing attitudes toward elderly among nurses working in the city of Ilam. *International Journal of Nursing Sciences*, Volume 4, Issue 3, Pages 311-313, <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.06.009>.

Beckman, A., Bernsten, C., Parker, M.G. et al. (2005). The Difficulty of Opening Medicine Containers in Old Age: A Population-Based Study. *Pharm World Sci* 27, 393–398 <https://doi.org/10.1007/s11096-005-7903-z>

Berger, L. P., Luckmann, T. (2003). Η κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας. Επίμ. Γ. Κουζέλης & Δ. Μακρυνιώτη . Μετ. Κ. Αθανασίου Εκδόσεις Νήσος, Αθήνα. σελ.47

Blusi M, Kristiansen L, Jong M. (2015). Exploring the influence of Internet-based caregiver support on experiences of isolation for older spouse caregivers in rural areas: a qualitative interview study. *Int J Older People Nurs*. 2015 Sep;10(3):211-20. doi: 10.1111/opn.12074. Epub 2014 Nov 25. PMID: 25425070.

Bryman, A. (2017). Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας. Επίμ. Α. Αιδίνης. Μετ. Π. Σακελλαρίου. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα. σελ.28

Bourdieu, P., Chamboredon, J., Passeron, J. (2009). Η τέχνη του κοινωνιολόγου. Μετ. Ε. Γιαννοπούλου, Δ. Φιλιππουπολίτης. Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα.

Butler, R. N. (1969). Age-Isms: Another Form of Bigotry, *The Gerontologist*, Volume 9, Issue 4_Part_1, Pages 243–246, https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243

Casemiro, F. G., Monteiro Quirino, D., Andreotti Diniz M. A., Partezani Rodrigues, R. A., Iost Pavarini, S. C., Martins Gratão, A. C., Effects of health education in the elderly with mild cognitive impairment <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017>

Celik, S., Celic, Y., Hikmet, N., Khan, M. M. (2018). Factors Affecting Life Satisfaction of Older Adults in Turkey. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2018;87(4):392-414. Volume 87, Issue4 <https://doi.org/10.1177/0091415017740677>

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.

Chen, C., Ding, S. & Wang, J. Digital health for aging populations. *Nat Med* 29, 1623–1630 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02391-8>

Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med*. 15;2:2333721416630492. doi: 10.1177/2333721416630492. PMID: 28138488; PMCID: PMC5119904.

Chinen, A. B. (1989). In the Ever After - Fairy Tales and the Second Half of Life. Chiron Pubns. p.6

Choi, M., Kong, S., Jung, D. (2012). Computer and Internet Interventions for Loneliness and Depression in Older Adults: A Meta-Analysis. *Healthcare informatics research*. 18. 191-8. [10.4258/hir.2012.18.3.191](https://doi.org/10.4258/hir.2012.18.3.191).

Corbin, J., & Strauss, A. (2007). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Corbin, J., & Strauss, A. (2007). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=751399>

Dally, M. & Lewis, J. (1991). Introduction: Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe in Taylor-Gooby, P. 'Welfare State Regimes and Welfare Citizenship', *Journal of European Social Policy*, vol. 1, no.2

Deasey, D., Kable, A., & Jeong, S. (2014). Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: A literature review. *Australasian journal on ageing*. 33. 229-36. [10.1111/ajag.12169](https://doi.org/10.1111/ajag.12169).

Deng, Z. (2010). Curriculum planning and systems change. In B. McGaw, E. Baker, & P. Peterson (Eds.), *International Encyclopedia of Education* (3rd ed.) (pp. 384-389). Oxford: Elsevier.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *The landscape of qualitative research: Theories and issue*. London: Sage Publications.
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=623699>

Dewey, J. (2016). *Δημοκρατία και εκπαίδευση. Μια εισαγωγή στη φιλοσοφία της εκπαίδευσης*. Μετ. Φ. Τερζάκης. Εκδόσεις Ηριδανός, Αθήνα.

Doucette W. R. & Andersen, T. N. (2005). Practitioner activities in patient education and drug therapy monitoring for community dwelling elderly patients. DOI: 10.1016/j.pec.2004.06.001

Dowd, J. J. (1981). Conversation and Social Exchange: Managing Identities in Old Age. *Human Relations*, 34(7), 541-553. <https://doi.org/10.1177/001872678103400702>

Eby, L. & Brown, N. (2009). *Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία*. Επιμ. Ε. Κοτρώτσιου, Ε. Κυρίτση. Ιατρικές Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος, Αθήνα

Erlingsson, C. S. & Saveman, B. I. (2003). Elder Abuse Risk Indicators and Screening Questions: Results from a Literature Search and a Panel of Experts from Developed and Developing Countries. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 15. 185-203. 10.1300/J084v15n03_11.

Evandro F. Fang et al. (2020). *A research agenda for ageing in China in the 21st century* (2nd edition): Focusing on basic and translational research, long-term care, policy and social networks, *Ageing Research Reviews*, Volume 64, doi.org/10.1016/j.arr.2020.101174.

Fitzpatrick, M. (2004). *Η τυραννία της υγείας. Οι γιατροί και οι κανόνες για το σύγχρονο τρόπο ζωής*. Επιμ. Β. Γεωργίου & Θ. Παπαγεωργίου. Μετ. Α. Γολέμη. Εκδόσεις Πολύτροπον, Αθήνα.

Giddens, A. (2009). *Κοινωνιολογία*. Επιμ. μετ. Δ. Τσαούσης. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Jossey-Bass.

Glesne, C. (2018). Η ποιοτική έρευνα. Οδηγός για νέους επιστήμονες. Μετ. Γ. Καλαουζίδης, Ζ. Παληός. Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα. σελ. 182

Goffman, E. (1994). Άσυλα. Μετ. Ξ. Κομνηνός. Εκδόσεις Ευρύαλος, Αθήνα

Gould, L., Abadir, P., Brem, H., Carter, M., Conner-Kerr, T., Davidson, J., DiPietro, L., Falanga, V., Fife, C., Gardner, S., Grice, E., Harmon, J., Hazzard, W. R., High, K. P., Houghton, P., Jacobson, N., Kirsner, R. S., Kovacs, E. J., Margolis, D., McFarland Horne, F., Reed, M. J., Sullivan, D. H., Thom, S., Tomic-Canic, M., Walston, J., Whitney, J.A., Williams, J., Zieman, S., Schmader, K. (2015). Chronic wound repair and healing in older adults: current status and future research. National Library of Med. doi: 10.1111/jgs.13332 in <https://www.maalot.co.il/Publications/TS20230130101316.pdf>

Graffigna G, Barello S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. Front Psychol. 2015 Mar 27;6:274. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00274. PMID: 25870566; PMCID: PMC4376060.

Grawitz, M. (2006). Μέθοδοι των κοινωνικών επιστημών, Τόμος πρώτος. Επιμ. Ι. Κατερέλλος. Μετ. Ε. Αστερίου. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα. σελ. 709

Gurner U, Thorslund M, Helhetssyn I. (2001). behövs i vården av multisviktande äldre. Förslag till förändring av vård- och omsorgsstrukturen i Stockholms län [Holistic perspective is needed in care of multiimpaired elderly. A proposal for structural change of the organization of care in the county of Stockholm]. Lakartidningen. 23;98(21):2596-602. Swedish. PMID: 11433995.

Han, M., V., & E., Y. (2015). An investigation on improving life quality of elderly in design of housing , Global Journal on Humanites & Social Sciences. [Online]. 01, pp 384-39. In education-center.org/index.php/pntsbs

Hasselkus, B. P., (1992). The Family Caregiver as Interpreter in the Geriatric Medical Interview. doi.org/10.1525/maq.1992.6.3.02a00070

Heppner, P., Wampold, B., Kivlighan, D. (2008). Research Design in Counselling. Thomson/ Brooks Cole. USA. p.46

Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E., Hess, S., Ladany, N. (2005) "Consensual Qualitative Research: An Update". College of Education Faculty Research and Publications. 18. https://epublications.marquette.edu/edu_fac/18

Hooyma, N.R. and Kiyak, H.A. (2011) Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective. 9th Edition. Pearson, New York. p. 17

Hughes, M. & Kroehler, J. C. (2007). Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες. Επιμ. Θ. Ιωσηφίδης, Μετ. Γ. Χρηστίδης. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

J. T. Dillon (2009) The questions of curriculum, Journal of Curriculum Studies, 41:3, 343-359, DOI: 10.1080/00220270802433261

Kabat- Zinn, J. (1990) Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1093/clipsy.bpg016>

Keçeci, A., Bulduk, S. (2012). Health Education for the Elderly. 10.5772/33472.

King, A.C., King, D.K. Physical Activity for an Aging Population. Public Health Rev 32, 401–426 (2010). <https://doi.org/10.1007/BF03391609>

KFF Survey Findings: LGBT Adults Treated Unfairly or with Disrespect by Health Care Providers In <https://www.kff.org/>

Kivlighan, D. M., Heppner, P. P., Wampold, B. (2008). Research Design in Counselling. https://www.researchgate.net/publication/262183394_Research_Design_in_Counselling

Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations DOI: 10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x

Larsson, K. (2004). According to need? : Predicting use of formal and informal care in a Swedish urban elderly population (PhD dissertation, Institutionen för socialt arbete - Socialhögskolan). Retrieved from <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-109>

Latest trends in Population Ageing in <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>

Levy, B. R. & Slade, M. D. Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/psp-832261.pdf>

Lima-Costa M. F., Bof de Andrade, D., Borges de Souza, P. R., Liberalesso Neri, A., De Oliveira Duarte, Y. A., Castro-Costa, E., De Oliveira, C. (2018). The Brazilian

Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design, *American Journal of Epidemiology*, Volume 187, Issue 7, July 2018, Pages 1345–1353, <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>

Logan, J. R., Ward, R., & Spitze, G. (1992). As old as you feel: Age identity in middle and later life. *Social Forces*, 71(2), 451–467. <https://doi.org/10.2307/2580019>

Lutz, W., Sanderson, W. & Scherbov, S. (2008) The Coming Acceleration of Global Population Ageing. *Nature*, 451, 716-719. <http://dx.doi.org/10.1038/nature06516>

Marent, B. & Henwood, F. (2022). Digital health: A sociomaterial approach. *Sociology of Health & Illness*. 45. 10.1111/1467-9566.13538.

Mather, M. et al. “What the 2020 Census Will Tell Us About a Changing America,” *Population Bulletin* 74, no. 1 <https://www.prb.org/resources/u-s-population-is-growing-older/>

Mather, M. & Carstensen, L. (2005). Aging and Motivated Cognition: The Positivity Effect in Attention and Memory. *Trends in cognitive sciences*. 9. 496-502. 10.1016/j.tics.2005.08.005.

Mills, R. C. (1985). Η κοινωνιολογική φαντασία. Μετ. Ν. Μακρυνικόλα, Σ. Τσακνιάς, επιμ. Γ. Η. Χάρης. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Morelli, N., Barelli, S., Mayan, M., Graffigna, G. (2019). Supporting family caregiver engagement in the care of old persons living in hard to reach communities: A scoping review. <https://doi.org/10.1111/hsc.12826>

Nettleton, S. (2002). Επιμ. Δ. Αγραφιώτης. μετ. Α. Βακάκη. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα

OECD (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) Ensuring quality long-term care for older people in Policy Brief (March 2005). In <https://www.oecd.org/els/health-systems/Ensuring-quality-long-term-care-for-older-people.pdf>

Panagiotakos, D. B , Chrysohoou, C., Siasos, G., Zisimos, K., Skoumas, J., Pitsavos, C. Et Al. Sociodemographic and lifestyle statistics of oldest old people (>80 years) living in Ikaria island: The Ikaria study. *Cardiol Res Pract* 2011, 2011:679187

Park, S. K., Tucker, K.L., O'Neill, M. S., Sparrow, D., Vokonas, P. S., Hu, H., Schwartz, J. (2009). Fruit, vegetable, and fish consumption and heart rate variability: the Veterans Administration Normative Aging Study², *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 89, Issue 3, Pages 778-786, <https://doi.org/10.3945/ajcn.2008.26849>.

Peterson M. D., Rhea M. R., Sen, A., Gordon P. M. (2010). Resistance exercise for muscular strength in older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2010 Jul;9(3):226-37. doi: 10.1016/j.arr.2010.03.004. Epub 2010 Apr 10. PMID: 20385254; PMCID: PMC2892859.

Pluta, K. & Busseri, M. (2019). Subjective Trajectories for Self-Rated Health as a Predictor of Change in Physical Health Over Time: Results from an 18-Year Longitudinal Study. *Social Cognition.* 37. 206-228. 10.1521/soco.2019.37.3.206.

Reicherter, E. A., Greene, R. (2005). Wellness and Health Promotion: Educational Applications for Older Adults in the Community. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 21(4):p 295-303, October 2005.

Ritzer, G. & Stepnisky, J.(2020). Κλασσική Κοινωνιολογική Θεωρία. Επιμ. Β Καντζάρα. Μετ. Α. Φρίλιγγος. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα. σελ. 776

Ritzer, G. (2012). Σύγχρονη κοινωνιολογική θεωρία. Μετ. Γ. Χρησιτίδης, επιμ. Ι. Καντανζόγλου. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα

Rothbaum, F. (1983). Aging and age stereotypes. *Social Cognition*, 2(2), 171–184. <https://doi.org/10.1521/soco.1983.2.2.171>

Rush KL, Hickey S, Epp S, Janke R. Nurses' attitudes towards older people care: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2017 Dec;26(23-24):4105-4116. doi: 10.1111/jocn.13939. Epub 2017 Sep 14. PMID: 28639384.

Sidebotham, M., Jomeen, J., Gamble, J. (2014). Teaching evidence based practice and research through blended learning to undergraduate midwifery students from a practice based perspective *Nurse Education in Practice* Volume 14, Issue 2, Pages 220-224 doi.org/10.1016/j.nepr.2013.10.001

Sixsmith J, Sixsmith A, Fänge AM, Naumann D, Kucsera C, Tomson S, Haak M, Dahlin-Ivanoff S, Woolrych R. Healthy ageing and home: the perspectives of very old people in five European countries. *Soc Sci Med.* 2014 Apr;106:1-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.006. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24524960.

Srisuk, N., Cameron, J., Chantal, F., Ski, B., Thompson, D. (2016). Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers doi.org/10.1111/jan.13192

Snoeren M, Volbeda P, Niessen TJ, Abma T (2016). Dutch Care Innovation Units in Elderly Care: A Qualitative Study into Students' Perspectives and Workplace Conditions for Learning. *Nurse Educ Pract.* 17:174-81. doi: 10.1016/j.nepr.2015.11.005. Epub 2015 Nov 23. PMID: 26694313.

Söderhamn O, Lindencrona C, Ek A-C. (2000). Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *Int J Nurs Stud* 37, 361-368 *International Journal of Nursing Studies* 37(4):361-8 DOI:10.1016/S0020-7489(00)00015-8

Schorch, M., Wan, L., Randall, D. W., Wulf, V. (2016). Designing for Those who are Overlooked: Insider Perspectives on Care Practices and Cooperative Work of Elderly Informal Caregivers. In *Proceedings of the 19th ACM Conference on Computer-Supported Cooperative Work & Social Computing (CSCW '16)*. Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, 787–799. <https://doi.org/10.1145/2818048.2819999>

Stålbrand, I.S., Svensson, T., Elmståhl, S. (2007). Subjective health and illness, coping and life satisfaction in an 80-year-old swedish population-implications for mortality. *Int. J. Behav. Med.* 14, 173–180. <https://doi.org/10.1007/BF03000189>

Stylianidis, E., Valari, E., Smagas, K., Giannoglou, V. (2017). Transport Solutions and Social Networking for Elderly People in a Smart City Environment. Chapter 5, p. 95-121 https://doi.org/10.1142/9789813200012_0005

The Sustainable Development Goals Report 2017 at <https://unstats.un.org/sdgs/report/2017/>

Larsson K, Thorslund M, Kåreholt I. Are public care and services for older people targeted according to need? Applying the Behavioural Model on longitudinal data of a Swedish urban older population. *Eur J Ageing.* 2006 Jan 27;3(1):22-33. doi: 10.1007/s10433-006-0017-1. PMID: 28794747; PMCID: PMC5546351.

Tornstam, L. (2005) *Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging*. Springer Publishing Company, New York.

Tilleray, S., Marko, M. (2023). Global Aging 2023: The Clock Ticks at <https://www.maalot.co.il/Publications/TS20230130101316.pdf>

Tilley S., Taylor, L. (2013) Understanding curriculum as lived: teaching for social justice and equity goals, *Race Ethnicity and Education*, 16:3, 406-429, DOI: 10.1080/13613324.2011.645565

Triantafyllou, J., Mestheneos E., Troisi, J., von Kondratowitz , H. (2013). *The Present and Future Health Status of Older People in the Mediterranean Region*. The Policy Press, UK

Topaz, M. & Doron, I. (2013). Nurses' Attitudes Toward Older Patients in Acute Care in Israel. *Online journal of issues in nursing*. 18. 10.3912/OJIN.Vol18No02PPT01.

Vann, M. A., (2023).The future of ambulatory surgery for geriatric patients, Volume 37, Issue 3, Pages 343-355, <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.12.004>.

Van Bruggen S, Gussekloo J, Bode C, Touwen DP, Engberts DP, Blom JW. Problems experienced by informal caregivers with older care recipients with and without cognitive impairment. *Home Health Care Serv Q*. 2016 Jan-Mar;35(1):11-24. doi: 10.1080/01621424.2016.1145166. Epub 2016 Mar 28. PMID: 27018745; PMCID: PMC4917916.

Vlachos, G., Kosmidis, M., Yannakoulia, M., Dardiotis, E., Hadjigeorgiou, G., Sakka, P., Ntanasi, E., Stefanis, L., Scarmeas, N. (2020). Prevalence of Mild Cognitive Impairment in the Elderly Population in Greece: Results From the HELIAD Study. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 34(2):p 156-162, April–June 2020. | DOI: 10.1097/WAD.0000000000000361

World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World <https://social.desa.un.org/issues/poverty-eradication/world-social-report>

Wakefield BJ, Vaughan-Sarrazin M. Home Telehealth and Caregiving Appraisal in Chronic Illness. *Telemed J E Health*. 2017 Apr;23(4):282-289. doi: 10.1089/tmj.2016.0105. Epub 2016 Sep 15. PMID: 27631165.

Wyman, M.F., Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J. (2018). Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (eds) *Contemporary Perspectives on Ageism*. International Perspectives on Aging, vol 19. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_13

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ

Αιτιολογική Έκθεση στο σχέδιο νόμου « Αύξηση των συντάξεων Δημοσίου , εισοδηματική πολιτική έτους 2008 και άλλες διατάξεις» Ανακτήθηκε <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/a-eisopol-eis.pdf>

Αλεξιάς, Γ. (2011). Κοινωνιολογία του σώματος. Από τον «Άνθρωπο του Νεότερνταλ» στον «Εξολοθρευτή». Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα

Ανώνυμος, (2016). Οι διακρίσεις και η αρνητική στάση απέναντι στη γήρανση οδηγούν σε αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Ανακτήθηκε <https://socialpolicy.gr/2016>

Γκουβάς, Κ. Χ., Σούλης, Γ., Παναγιωτάκος, Δ. Β. (2018) Πολλαπλές διαστάσεις της διαδικασίας της γήρανσης. Τι γνωρίζουμε για αυτές; <https://www.mednet.gr/archives/2018-6/pdf/757.pdf>

Έμκε-Πουλοπούλου Ή. (1983). Δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα. *The Greek Review of Social Research*, 49, 35–51. <https://doi.org/10.12681/grsr.180>

Ιωακείμ, Σ. (2024). Δημογραφικό: «Θηλιά» στο λαιμό της Ελλάδας η γήρανση του πληθυσμού – Αναζητούνται άμεσα λύσεις. Ανακτήθηκε από <https://www.ot.gr/2024/01/19/epikairothta/dimografiko-thilia-sto-laimo-tis-elladas-i-giransi-tou-plithysmou-anazitountai-amesa-lyseis/>

Καλογεροπούλου, Μ., Παπαθανασοπούλου, Ε. (2013) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Πιλοτική μελέτη. Ανακτήθηκε από <https://www.mednet.gr/archives/2013-5/pdf/587.pdf>

Κανελλόπουλος, Ν.Κ., Χολέζας, Ι. (2015). Επίκαιρα θέματα του ασφαλιστικού συστήματος. Ανακτήθηκε από <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/pdf>

Καντζάρα, Β. (2008). Εκπαίδευση και κοινωνία. Κριτική διερεύνηση των κοινωνικών λειτουργιών της εκπαίδευσης. Εκδόσεις Πολύτροπον, Αθήνα

Καντζάρα, Β. (2020). Η εκπαίδευση σε συνθήκες κρίσης στην Ελλάδα (2009-2014). Επιπτώσεις και πολιτικές. Μια κοινωνιολογική προσέγγιση. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ. (2007). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (burnout syndrome). Το Βήμα του Ασκληπιού, 2:1-7

Κουτσογιάννη, Ό. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της συνύπαρξης ψυχικής και σωματικής νόσου στην τρίτη ηλικία. <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/handle/123456789/5269>

Λυδάκη, Α. (2016). Αναζητώντας το χαμένο παράδειγμα. Επιτόπια έρευνα, κατανόηση, ερμηνεία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Λυμπεράκη, Α. (2009). Γήρανση, υγεία και συντάξεις. *Ενδεικτικά ευρήματα για την Ελλάδα και την Ευρώπη. ΖΩΗ 50+* . Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ

ΥΓΕΙΑ, ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Μαντζώρου, Μ. (2018). Διερεύνηση του στίγματος των ειδών γνώσης και της εξουθένωσης των φροντιστών ηλικιωμένων με ανοϊκές συνδρομές. <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/42951> DOI 10.12681/eadd/42951

Μητράκος, Τ. (2018). Οικονομικές ανισότητες, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Η διεθνής εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας κατά την περίοδο της πρόσφατης κρίσης. *Κοινωνική Πολιτική*, 9, 7–24. <https://doi.org/10.12681/sp.15983>

Μορέν, Ε. (1998). Κοινωνιολογία. Μετ. Δ. Δημουλάς. Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου, Αθήνα.

Μορέν, Ε. (2000). Οι επτά γνώσεις κλειδιά για την παιδεία του μέλλοντος. Μετ. Θ. Τσαπακίδης. Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου, Αθήνα.

Μυλωνάς, Θ. (2006). Κοινωνιολογία της ελληνικής εκπαίδευσης (Συμβολές). Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

Οικονόμου, Χ. (Επιμ.). (2013). Υγεία. κοινωνία και οικονομία. Ανισότιμες σχέσεις-Χάσματα ευζωίας. Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, Αθήνα

Παπαδοπούλου, Δ. (2012). Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της παγκοσμιοποίησης. Η διάρρηξη του κοινωνικού δεσμού και η αδυναμία συμμετοχής στα κοινωνικά δικαιώματα υπό συνθήκες κρίσης. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα

Προύσκας, Κ. (2017). Ανοϊκή πραγματικότητα και συμπεριφορά σε ανθρώπους με άνοια. Ανακτήθηκε από <https://alzheimerathens.gr/wp-content/uploads/2017/09/Prouskas.pdf>

Σούλης, Γ. (2021). Ανάγκη Αναγνώρισης της Γηριατρικής στην Ελλάδα <https://hellenicmedicalreview.gr/politikes-ygeias/anagki-anagnorisis-tis-giriatrikis-stin-ellada/>

Τεπέρογλου Α. (1989). Η ηλικιωμένη γυναίκα στην Ελλάδα: μια κοινωνιολογική προσέγγιση. *The Greek Review of Social Research*, 75, 170–183. <https://doi.org/10.12681/grsr.928>

Τζαβέλλα, Φ. (2019). Κοινωνία και υγεία στον 21ο αιώνα. Υγεία, υπηρεσίες υγείας και έρευνα σε βιοηθικό περιβάλλον. Εκδόσεις Ι. Σιδέρης, Αθήνα

Τομπέα, Ε. (2021). Οι ηλικιακές διακρίσεις προκαλούν σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Πηγή: un.org στο socialpolicy.gr

Τριανταφύλλου, Τ., Μενεσθαίου, Ε. (1993). Ποιος φροντίζει; Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Εκδόσεις SEXTANT, Αθήνα, σελ.

Τσιπλητάρης, Φ. Α. (2020). Τα νιάτα και τα γηρατειά. Μια συγκριτική μελέτη στα πλαίσια της δομής της οικογένειας και της κοινωνίας. Εκδόσεις Διάδραση, Αθήνα

Φωτοπούλου, Ε. (2019). Περικοπές στις συντάξεις. Αντισυνταγματικότητα των μέτρων. Ανακτήθηκε από <https://efotopoulou.gr/perikopes-stis-sintaxis-antisintagmatikotita-ton-metron/>

Χαν, Μ-Τ. (2021). Η κοινωνία της παρηγοριάς. Ο πόνος σήμερα. Μετ. Β. Τσάλης. Εκδόσεις Opera, Αθήνα

Χανιώτης, Ι. Φ. (1992). Εγχειρίδιο γηριατρικής για τις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Χιωτάκης Σ. (1994). Για μια κοινωνιολογία των ελευθέρων επαγγελματιών. Επιστημονική επαγγελματοποίηση των ιατρικών υπηρεσιών. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Οδηγός Συνέντευξης

1. Το γήρας επιφέρει σωματικές, γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές στη ζωή και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Κατά πόσο θεωρείτε ότι οι επίσημοι και οι ανεπίσημοι φροντιστές εκπαιδεύονται ώστε να βοηθούν το άτομο να προσαρμοστεί σε αυτές τις αλλαγές;
2. Πιστεύετε ότι τα σύγχρονα προγράμματα εκπαίδευσης είναι ελκυστικά για τους νέους φροντιστές υγείας ηλικιωμένων ατόμων;
3. Με βάση την εμπειρία σας (από την παροχή εκπαίδευσης / από τη διοίκηση μονάδων φροντίδας / από τη φροντίδα που παρέχετε) κατά πόσο ανταποκρίνεται η σύγχρονη εκπαίδευση υγειονομικής περίθαλψης στην προάσπιση της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων ατόμων;

4. Όταν οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν μέρος στη λήψη της απόφασης για τη φροντίδα που θα υιοθετηθεί και την κατανοούν, τείνουν να συμμορφώνονται με αυτήν και να συμβάλλουν στο μέτρο των δυνατοτήτων τους. Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι επίσημοι και οι ανεπίσημοι φροντιστές εκπαιδεύονται για την καλύτερη δυνατή επικοινωνία με ηλικιωμένα άτομα;
5. Όταν οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν μέρος στη λήψη της απόφασης για τη φροντίδα που θα υιοθετηθεί και την κατανοούν, τείνουν να συμμορφώνονται με αυτήν και να συμβάλλουν στο μέτρο των δυνατοτήτων τους. Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι επίσημοι και οι ανεπίσημοι φροντιστές εκπαιδεύονται για την καλύτερη δυνατή επικοινωνία με ηλικιωμένα άτομα;
6. Ένα κοινωνικά ελκυστικό και υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να κρατήσει τα ηλικιωμένα άτομα ήρεμα και χαρούμενα αλλά και να μειώσει τις καταπονήσεις των φροντιστών. Σε ποιον βαθμό σύμφωνα με την εμπειρία σας παρέχεται υποστήριξη από σχετικούς με το γήρας φορείς στους επίσημους και τους ανεπίσημους φροντιστές;
7. Η εκπαίδευση σχετικά με το γήρας που λαμβάνουν οι φροντιστές υγείας, τους βοηθά να προσαρμοστούν στις συνθήκες που εργάζονται;
8. Πιστεύετε ότι χρειάζεται να γίνουν βελτιώσεις στην εκπαίδευση για την φροντίδα των ηλικιωμένων;
9. Θεωρείτε πως οι ανεπίσημοι φροντιστές χρήζουν εκπαίδευσης;
10. Επιθυμείτε να προσθέσετε κάτι ακόμα;