

## ΤΕΚΤΟΝΙΚΟΝ ΙΔΡΥΜΑ

### ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

#### ΑΝΟΙΚΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ

Μερίμνη του Αδελφάτου του Τεκτονικού Ιδρύματος διοργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε στις 11 Μαΐου 1996, στο Τεκτονικό Μέγαρο Αθηνών, η δεύτερη φετινή Ανοικτή Εκδήλωση, με θέμα «Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας» με συντονιστή τον Πρόεδρο του Ιδρύματος και Ενδοξ.: Μεγ.: Διδ.: της Μεγ.: Στοάς της Ελλάδος κ. **Σάββα Βαφειάδη**, ο οποίος απευθυνόμενος προς το πολυπληθές και εκλεκτό Ακροατήριο είπε:

«Αξιότιμες Κυρίες, Αξιότιμοι Κύριοι,

Μετά το συντελούμενο με τη γέννηση θαύμα της Δημιουργίας, ακολουθούν η ανάπτυξη, η ωριμότητα και, στη συνέχεια, η σημαντική χρονική περίοδος που χαρακτηρίζεται από την επιβράδυνση των βιολογικών λειτουργιών και την υποστροφή των οργάνων, τα οποία συναποτελούν τον οργανισμό εκάστου ατόμου. Αυτή η τελευταία περίοδος αντιστοιχεί στην καλούμενη «τρίτη ηλικία» και, σχηματικά, θεωρείται ότι αρχίζει μετά το 65ο έτος της ζωής μας. Σήμερα, μάλιστα, χάρη στην εκπληκτική πρόοδο των Βιολογικών Επιστημών και της Βιοτεχνολογίας, αλλά και στην εν γένει βελτίωση των όρων διαβίωσης, με επακόλουθη τη σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων, θεωρείται, ότι την «τρίτη» ακολουθεί και «τέταρτη» ηλικία μετά το 75ο έτος. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται, ότι στην αρχαία Ελλάδα, το ποσοστό των άνω των 40 ετών ατόμων ήταν περίπου 10%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σήμερα φθάνει τα 45% και έχει αυξητική πορεία. Ανεξαρτήτως, όμως, συμβατικών όρων που είναι απλώς ενδεικτικοί, ο ανθρώπινος οργανισμός αντιδρά και συμπεριφέρεται στην κάθε ηλικία κατά διάφορο εκάστοτε τρόπο, σύμφωνα με την ατομική υπόσταση και την ιδιοσυστασία του, αλλά και σε συνάρτηση με ποικίλους εξωτερικούς παράγοντες. Πάντως, ιδιαίτερης σημασίας στοιχεία της «τρίτης ηλικίας» είναι η προοδευτική απομάκρυνση του ανθρώπου από τα συνήθη ενδιαφέροντα της ζωής καθώς

και οι διάφορες επιπτώσεις, που απορρέουν από τις ιδιαιτερότητες της προχωρημένης ηλικίας.

Διάφοροι λόγοι, όχι ιδιαίτερα σημαντικοί, υγείας, οικογενειακοί, επαγγελματικοί και περιβαλλοντικοί, επηρεάζουν καταλυτικά την ήδη αρξαμένη οργανική και λειτουργική γήρανση ανδρών και γυναικών της καλουμένης «τρίτης» ηλικίας, οι οποίοι θέτουν προοδευτικά τους εαυτούς τους στο περιθώριο της ζωής. Μεταξύ των συνήθων επιπτώσεων αυτής της περιθωριοποίησης είναι η σωματική αδράνεια με τις νοσηρές της συνέπειες, η πνευματική επιπέδωση, η εσωστρέφεια, η αδιαφορία και ο ψυχικός μαρασμός.

Τόσον, οι σωματικές όσο και, οι ψυχολογικές ιδιαιτερότητες αυτές της τρίτης ηλικίας έχουν σημαντικό πολιτισμικό και οικονομικό αντίκτυπο στο κοινωνικό σύνολο, λόγω της αυξήσεως των αδρανών και όχι ενεργητικών μελών μιας Κοινωνίας, αλλά και λόγω της επιβαρυνόμενης μέριμνας, φροντίδας και περίθαλψής τους.

Οφείλομε, λοιπόν, να διακρίνομε τους υγιείς από τους ασθενείς και όχι τους ηλικιωμένους με βάση την ημερομηνία γεννήσεώς τους. Οφείλομε επί πλέον να βοηθήσουμε την ανάπτυξη και την ενίσχυση των ικανοτήτων και δυνατοτήτων των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας όπως, επίσης, να μετριάσουμε τις δυσμενείς συνέπειες που επιφέρει στον οργανισμό η πρόοδος της ηλικίας. Με τον τρόπο αυτόν θα εμπλουτίσουμε το παραγωγικό και αποδοτικό δυναμικό της Κοινωνίας μας με τις απορρέουσες ευνοϊκές επιπτώσεις γι' αυτήν.

Συνάμα δε, θα συμβάλλουμε θετικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των επί μέρους ατόμων αυτής της ηλικίας, τα οποία, βεβαίως, εξακολουθούν να έχουν, ενώπιον του Θεού και των Νόμων, ίσα δικαιώματα στη ζωή με τους λοιπούς ανθρώπους.

Κατά συνέπειαν, μεγάλης σημασίας είναι η επισήμανση, η πρόληψη και η ορθή αντιμετώπιση των ιδιαιτεροτήτων και των συμφύτων αδυναμιών των ατόμων, της τρίτης ηλικίας, ώστε αυτά να συνεχίσουν να ζουν χωρίς ουσιώδεις διαφοροποιήσεις και, προπαντός, χωρίς περιθωριοποίηση από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Παράλληλα, όμως, είναι αναγκαία η τόνωση της ιδέας για ενεργοποίηση εκ μέρους των ιδίων και η ενίσχυση της επιθυμίας για συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα εκ μέρους όλων των ατόμων, που πλησιάζουν ή έχουν εισέλθει στην τρίτη ηλικία και δεν παρουσιάζουν μείζονα προβλήματα υγείας.

Κατ' αυτόν τον τρόπον, θα μικρυνθεί και το καλούμενο «χάσμα των γενεών», που οφείλεται κατά κύριο λόγο σε βιολογικές, ιδίως σε ορμονι-

κές, διαφορές και λιγώτερο σε διαφορετικές θεωρήσεις και κοινωνικές αντιλήψεις μεταξύ των γενεών.

Πάντως γεγονός είναι, ότι τα νεώτερα άτομα έχουν να κερδίσουν περισσότερα οφέλη από τη σωστή εκμετάλλευση της μακρόχρονης γνώσεως και της αποθησαυρισμένης πείρας των ηλικιωμένων, ενώ και οι ηλικιωμένοι θα είναι κερδισμένοι, συναισθανόμενοι ότι είναι χρήσιμοι και επωφελείς στο περιβάλλον τους. Εν προκειμένω, ο αείμνηστος και σημαίνων Τέκτων, Καθηγητής Πανεπιστημίου και Ακαδημαϊκός, Βασίλειος Κριμπάς, είχε τονίσει, σε σχετική ομιλία του πριν από 45 περίπου χρόνια, ότι:

«Η πείρα, ο ακοίμητος του γήρατος συνοδός, έχει καθήκον να αφεθή επάνω στα φτερά της νεότητας, όχι δια να τα βαρύνει εις την πτήσιν των, αλλά δια να υποδεικνύη τον συντομώτερον δρόμον, δια να τα εμποδίση να φτερουγίζουν ασκόπως και δια να τα ενισχύη να φθάσουν επιτυχώς εις το τέλος του ταξιδιού».

Για την επιτυχία της αμφίδρομης και επωφελούς για το κοινωνικό σύνολο αλληλεπιδράσεως μεταξύ των ατόμων της τρίτης ηλικίας και των νεωτέρων, απαιτείται κατάλληλη παιδεία αμφοτέρων. Ως προς με τους ηλικιωμένους, οφείλουν αυτοί να μη εγκαταλείπουν με την πάροδο του χρόνου τη μέριμνα του σώματος και του πνεύματός τους. Ένα, από τα θεμελιώδη διδάγματα του Ελευθεροτεκτονισμού είναι το εγκώμιον της Εργασίας, οι δε Ελευθεροτέκτονες θεωρούν εαυτούς «προ παντός Εργάτας του πνεύματος και των βραχιόνιων σε αρμονική μεταξύ τους ισορροπία». Εάν, βέβαια, με την παρόδο των ετών οι βραχιόνες εξασθενούν αναπόφευκτα, είναι δυνατόν η αντίστοιχη και κατάλληλη ανάπτυξη του πνεύματος και της ψυχής ν' αποκαταστήσει την ισόρροπη και αποδοτική συνισταμένη των ανωτέρω θεμελιωδών δυνάμεων του ανθρώπου. Ειδικότερα, για μεν την προστασία και υποστήριξη της φυσικής καταστάσεως, επιβεβλημένοι είναι, ασφαλώς, ο υγιεινός και εγκρατής τρόπος ζωής, η σωματική άσκηση, η συμμετοχή σε χρήσιμες ενασχολήσεις, αλλά και η υπεύθυνη ιατρική παρακολούθηση του ατόμου της τρίτης ηλικίας. Η τελευταία αυτή περιλαμβάνει τον τακτικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, την προληπτική αγωγή ποικίλων δυνητικών διαταραχών που σχετίζονται με την ηλικίαν και την έγκαιρη και σωστή θεραπεία των διαφόρων νοσηρών καταστάσεων. Για δε τη ψυχοπνευματική του πρόοδο, το ηλικιωμένο άτομο πρέπει να συνεχίσει να επιδεικνύει ενδιαφέρον για όλα τα κοινωνικά δρώμενα, να προχωρήσει σε πιο ενδελεχή παρατήρηση των φυσικών φαινομένων, να συμπληρώσει μελετώντας τις γνώσεις του, να αυτοεξοικονομείται και, προ πάντων απορρίπτοντας οποιεσδήποτε εγωιστικές τάσεις, να αποδέχεται τον συνάνθρωπον με επιείκεια

ως να ήταν ο έτερος πόλος του αυτού θείου διπόλου, που συναποτελούν αμφότεροι.

Ως προς δε τους νεωτέρους, θα πρέπει να συνηθίσουν μέσα από την οικογένεια, από το σχολείο και από τους εργασιακούς χώρους, για μεν τους εαυτούς τους να θεωρούν, ότι η μέλλουσα συνταξιοδότηση δεν αποτελεί υποχρεωτικό πέρας της ενεργού ζωής, εφόσον διατηρούν τις σωματικές και τις πνευματικές τους δυνάμεις. Για δε τους μεγαλύτερους σε ηλικία από αυτούς, να μη τους αντιμετωπίζουν οι νεώτεροι ως εάν ήταν εμπόδια στην εξέλιξή τους, ούτε να τους θεωρούν ιδιότροπους και οπισθοδρομικούς, που τους ανταγωνίζονται, αλλ' ως μεγαλύτερους στην ηλικία φίλους, που μπορούν να τους μεταλαμπαδεύσουν γνώσεις, πείρα και προ πάντων αγάπη. Σχετικό και επίκαιρο θεωρώ το ποιητικό απόφθεγμα του μεγάλου και αιμνήστου Εθνικού μας ποιητή Οδυσσέα Ελύτη: «Κάθε χρόνο στο πρόσωπό μου, εμφανίζεται μια καινούργια ρυτίδα ενώ μια άλλη εξαφανίζεται από την ψυχή μου».

Επισημαίνοντας τη σπουδαιότητα και τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η τρίτη ηλικία των ανθρώπων μέσα στη σύγχρονη κοινωνία, το Διοικητικό Συμβούλιο του Τεκτονικού Ιδρύματος επέλεξε το μεγάλο αυτό θέμα για την πραγματοποίηση στο τεκτονικό μέγαρο των Αθηνών, της δεύτερης Ανοικτής Εκδηλώσεώς του, εντός των καταστατικών πλαισίων και των θεμελιωδών αρχών που το διέπουν. Κατ' αυτόν τον τρόπο, συνεχίζεται η προσπάθεια πνευματικής και πολιτισμικής μέθεξης με το ευρύτερο κοινό, η οποία εγκαινιάσθηκε τον περασμένο Μάρτιο με την πραγματεία της «Ανθρωπιστικής και κοινωνικής σημασίας της Μουσικής» και η οποία στέφθηκε από πλήρη επιτυχία.

Την παρούσα Εκδήλωση επρόκειτο να συντονίσει ο Αναπλ. Καθηγητής της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης φίλτατος κ. Πέτρος Ιμπριάλος. Δυστυχώς λόγω ατυχήματος το οποίο υπέστη προχθές αδυνατεί να παραστεί και ως εκ τούτου θα αναλάβω προσωπικώς τον ρόλον του Συντονιστού σ' αυτό το Ιατροκοινωνικό Συμπόσιο.

Έχω δε την τύχη να πλασιώνομαι από πλειάδα εκλεκτών και φιλότιμων Επιστημόνων οι οποίοι θα αναπτύξουν διάφορα επί μέρους ζητήματα της τρίτης ηλικίας με βάση την ειδικότητα των γνώσεών τους.

Μεταξύ των ομιλητών συμπεριλαμβάνονται ο κ. Σταύρος Βουτζούλιας Διευθυντής Ορθοπαιδικός του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» ο οποίος θα αναφερθεί στο οξύτατο πρόβλημα της Οστεοπορώσεως που ταλανίζει μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων, ο κ. Θεοδόσιος Χριστοδουλάκης Ιατρός Ψυχίατρος που θα μας εισαγάγει στις ψυχιατρικές δια-

ταραχές των ηλικιωμένων μερικές μάλιστα από τις οποίες διαλάθουν συχνά της προσοχής μας, ενώ ο κ. Ιάκωβος Κλεώπας, Δ/ντής Τομέως Νευροψυχολογίας και Ψυχοπαθολογίας στο Κέντρο Αποκαταστάσεως και Αποθεραπείας «Ανάπλαση», θα αναφερθεί γενικά στον ψυχισμό των ηλικιωμένων αλλά και στην ψυχολογική στήριξη την οποία έχουν ανάγκη οι άνθρωποι που διάγουν την τρίτη ή και τέταρτη ηλικία της ζωής των. Στη συνέχεια ο κ. Κωνσταντίνος Σαφαρής Οικονομολόγος, θα διεξέλθει το μείζον θέμα των κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που άπτονται αυτής της ηλικίας και τέλος ο Υγιεινολόγος Ιατρός κ. Θεόδωρος Δαρδαβέσης ο οποίος εκπροσωπεί την Γηριατρική και Γεροντολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος, θα εκθέσει τα υφιστάμενα σήμερα προγράμματα προστασίας και φροντίδας των ηλικιωμένων, τα οποία εφαρμόζονται στην Ελλάδα και σε άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες.

Επιθυμώ και από της θέσεως αυτής να ευχαριστήσω θερμά όλους τους ανωτέρω εκλεκτούς Επιστήμονες για την επιτυχή και εποικοδομητική συμβολή τους στην πραγματοποίηση του παρόντος πνευματικού συμποσίου, το οποίον ελπίζω να συντελέσει στην ορθολογική και ρεαλιστική επίλυση έστω και μερικών από τα ζέοντα Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Ωσαύτως επιθυμώ να εκφράσω εγκάρδιες ευχαριστίες προς όλους όσους συνέβαλαν αθορύβως στην επιτυχή αποβινή μας σύναξη, όλως δε ιδιαίτερος προς τον φίλτατον κ. Οδυσσέα Νασιμπιάν για την εκ μέρους του σημαντική υλικότεχνική υποστήριξη της εκδηλώσεως, ως και προς τους φιλάτους κ. Μίμην Παπαβασιλείου για την επίβλεψη της στερεοφωνικής και τηλεοπτικής εγκαταστάσεως των αιθουσών και κ. Νίκον Καραγεωργίου για την καλλιτεχνική συμβολή του στις εκτυπωτικές εργασίες της Εκδηλώσεως αυτής».



Ακολούθως έλαβε το λόγο ο Ιατρός Διευθυντής Ορθοπεδικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» κ. **Σταύρος Βουτζούλιας** του οποίου η ομιλία παρατίθεται κατωτέρω:

## ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Οστεοπόρωση καλείται η συστηματική νόσος του σκελετού που χαρακτηρίζεται από ελάττωση της μάζας των οστών, αρχικά της σπογγώδους μοίρας και αργότερα και της φλοιώδους, με συνέπεια το οστόν να καταστεί αδύνατο και να υπάρχει μεγάλος κίνδυνος κατάγματος.

Ανάλογα με τα αίτια διαιρείται σε πρωτοπαθή οστεοπόρωση όταν πάσχει εξ αρχής αυτό τούτο το οστόν και δευτεροπαθή όταν το οστόν πάσχει λόγω άλλης νοσηρής καταστάσεως.

Στην πρωτοπαθή περιλαμβάνονται η νεανική οστεοπόρωση, η ιδιοπαθής οστεοπόρωση και η οστεοπόρωση της τρίτης ηλικίας, η οποία και θα μας απασχολήσει σήμερα.

Η τελευταία είναι πάρα πολύ συχνή και διαιρείται σε μεταεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση και οστεοπόρωση των γερόντων, αποτελεί δε ένα από τα πλέον δυσεπίλυτα προβλήματα της δημοσίας υγείας, ώστε να αποκαλείται και «μάστιγα της τρίτης ηλικίας», «ορθοπεδική επιδημία» κ.λ.π.

Τα αίτια της οστεοπόρωσης της τρίτης ηλικίας είναι πολλά και μεταξύ αυτών κυριότερα είναι η οστική υποστροφή, το φύλο και η φυλή, διάφορα μηχανικά αίτια, και διαιτητικοί παράγοντες αφού προηγουμένως αποκλεισθούν άλλες νοσολογικές καταστάσεις ή ειδικές φαρμακευτικές θεραπείες π.χ. λήψη κορτιζόνης. Ως προς την ηλικία έχει διαπιστωθεί ότι μετά το 45ο έτος ανεξαρτήτως φύλου συμβαίνει απώλεια της οστικής μάζας σε ποσοστό 0,1 έως 0,3% κατά έτος. Ο ρυθμός αυτός μεγαλώνει σε περιπτώσεις διακοπής της ορμονικής λειτουργίας και φθάνει σε ακέραιους αριθμούς, 1-2%, που σημαίνει ότι σε λίγα χρόνια έχει απωλεσθεί ποσοστό 10 ή 15% της συνολικής οστικής μάζας. Μετά παρέλευση μιας δεκαετίας δηλαδή μετά το 55ο έτος ο ρυθμός απώλειας της οστικής μάζας μειώνεται μεν αλλά έχει ήδη εγκατασταθεί η οστεοπόρωση ως νόσος.

Ως προς το φύλο η οστεοπόρωση είναι πλέον συχνή στις γυναίκες σε ποσοστό 4:1 ίσως λόγω πρωιμότερης διακοπής της ορμονικής δραστηριότητας με την εμμηνόπαυση. Δεδομένου ότι κατά τα τελευταία χρόνια ο μέσος όρος ζωής έχει αυξηθεί σημαντικά γίνεται αντιληπτό ότι σήμερα από το 45ο έτος μέχρι το 75ο του μέσου όρου ζωής μεσολαβεί μεγάλος χρόνος ικανός για την εγκατάσταση της οστεοπόρωσης.

Για την εμφάνιση οστεοπόρωσης μεγάλη σημασία έχει και η φυλετική προέλευση και η νόσος είναι πιο συχνή σε μέλη της λευκής φυλής, λιγότερο συχνή σε μέλη της Πολυνησιακής, Καυκασιακής και Ασιατικής φυλής ενώ είναι σχετικά σπανία στους νέγρους.

Οι μηχανικοί παράγοντες εντοπίζονται γενικώς στην έλλειψη συστηματικής σωματικής ασκήσεως κυρίως σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση ότι οι αστροναύτες λόγω ελλείψεως ασκήσεως και ιδίως της απουσίας βαρύτητας στους διαστημικούς σταθμούς εμφανίζουν κατά την επάνοδο στη Γη απώλεια κατά 30-50% της οστικής μάζας του σώματός τους.

Οι διαιτητικοί παράγοντες εντοπίζονται στην συνήθεια των ατόμων μεγάλης ηλικίας να σιτίζονται με τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και ιδίως με τροφές συντηρημένες.

Ανεξάρτητα από τα αίτια της οστεοπόρωσης οι επιπτώσεις που προκαλεί στην υγεία των ηλικιωμένων είναι πολύ σημαντικές είτε σαν χρόνια οσφυαλγία οφειλόμενη σε αλγεινή οστεοπόρωση είτε σαν αιτία προκλήσεως κατάγματος οφειλόμενο στην ευθραυστότητα του οστού λόγω της ατροφίας αρχικά της σπογγώδους μοίρας του και αργότερα και της φλοιώδους μοίρας.

Οι κύριες εντοπίσεις των καταγμάτων αυτών είναι η σπονδυλική στήλη, ο καρπός και η περιοχή του ισχίου.

Τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης είναι πολύ συχνά σπάνια όμως ο ασθενής καταφεύγει σε Νοσοκομείο λόγω της ελλείψεως έντονης κλινικής εικόνας και δυνατού άλγους. Είναι δυνατόν να επισυμβούν με δράση πολύ μικρής βίας, όπως η άρση κάποιου αντικειμένου ή ακόμα και η μετακίνηση του ασθενούς στο κρεβάτι του. Έτσι το κάταγμα της σπονδυλικής στήλης περνά απαρατήρητο και αποκαλύπτεται βραδύτερα σαν τυχαίο ακτινολογικό εύρημα. Έχει υπολογισθεί ότι 35% των γυναικών λευκής φυλής άνω των 65 και 50% εκείνων άνω των 85 έχουν υποστεί κάποτε κάταγμα σπονδυλικού σώματος. Η δημιουργία μικροκαταγμάτων των σπονδυλικών σωμάτων προκαλούν τη χαρακτηριστική γεροντική κύφωση.

Τα κατάγματα του καρπού και ειδικότερα της κάτω επιφύσεως της κερκίδας είναι και αυτά συχνά χωρίς να είναι εύκολο να μελετηθούν στατιστικά. Συμβαίνουν συνήθως σε άτομα της τρίτης ηλικίας ενώ είναι σπανιότερα κατά την τέταρτη ηλικία προφανώς γιατί τα μέλη της ομάδος αυτής χάνουν τα προστατευτικά αντανακλαστικά τους κατά τη πτώση και δεν προβάλλουν την άκρα χείρα ώστε να δημιουργηθεί κάκωσις του καρπού.

Τέλος τα κατάγματα της περιοχής του ισχίου επειδή κατά κανόνα νοσηλεύονται σε νοσοκομείο αποκαλύπτουν το μέγεθος του τεραστίου προβλήματος έτσι ώστε ποσοστό 30% των νοσοκομειακών ορθοπεδικών κλινικών της πατρίδος μας καλύπτονται από ασθενείς τρίτης ή τετάρτης ηλικίας συνεπεία καταγμάτων περιοχής ισχίου. Το κόστος νοσηλείας ετησίως για την Ελλάδα υπολογίζεται άνω των 10 δισεκατομ. δραχμών, για την Μεγάλη Βρετανία άνω των 500.000 λιρών και τις Η.Π.Α. άνω των 20 δισεκατομ. δολλαρίων. Όμως οι οικονομικές επιπτώσεις δεν είναι οι μόνες. Αν αναλογισθεί κανείς ότι οι υπερήλικες με κάταγμα ισχίου έχουν 10-20% μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από άτομα αντιστοίχου ηλι-

κίας χωρίς κάταγμα γίνεται κατανοητή η σοβαρότητα του προβλήματος το οποίο μάλιστα δυσχεραίνεται περισσότερο διότι από τους καταγματίες αυτούς μόνον 50% αποκαθίσταται ώστε να έχει την κινητικότητα και δραστηριότητα που είχε πριν από το κάταγμα, ενώ περίπου 25% θα υποστεί κάταγμα και στο άλλο ισχίο. Επιδημιολογικά έχει υπολογισθεί ότι κατά τη διάρκεια του βίου, 15% των γυναικών και 5% των ανδρών θα υποστούν κάταγμα περιοχής ισχίου. Οι συχνές πτώσεις των ηλικιωμένων δυνατό να οφείλονται σε άλλες παθήσεις που συνυπάρχουν (π.χ. διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, νευρολογικές παθήσεις κ.λ.π.) είτε στη λήψη φαρμάκων (όπως ηρεμιστικών αντιυπερτασικών) ή σε περιβαλλοντικά αίτια (σκάλες, καλώδια, ανεπαρκής φωτισμός).

Η διάγνωση της οστεοπόρωσης δεν είναι πάντοτε εύκολη και ασφαλής γιατί σε απλές ακτινογραφίες η απώλεια της οστικής μάζας πρέπει να είναι μεγάλη ώστε να απεικονισθεί, ενώ σύγχρονες μέθοδοι καταγραφής της οστικής μάζας με φωτόνια ή ακτίνες X δεν είναι απόλυτα αντικειμενικές και αξιόπιστες.

Η έλλειψη αξιόπιστων διαγνωστικών μεθόδων σε συνδυασμό με τη μακροχρόνια και πολυδάπανη θεραπεία έχουν συμβάλει στο χαρακτηρισμό της οστεοπόρωσης σαν μάστιγα της τρίτης ηλικίας και τη συστηματική μελέτη του προβλήματος από ομάδες ειδικών όπως η Μεσογειακή Ομάδα Μελέτης Οστεοπόρωσης (MEDOS).

Αν όμως η θεραπεία είναι δύσκολη η πρόληψη είναι πολύ εύκολη και βασίζεται σε απλές υγιεινοδιαιτητικές αρχές.

Κύριο μέλημα για την εφαρμογή των αρχών αυτών είναι η κατανόηση του μεταβολισμού του ασβεστίου, ενός στοιχείου που αφθονεί στη φύση, αλλά δεν αξιολογείται ορθά, γιατί εκτός από τη πρόσληψή του με τις διάφορες τροφές πρέπει να απορροφηθεί από τον εντερικό βλεννογόνο και εφ' όσον βρεθεί στη κυκλοφορία του αίματος να καθηλωθεί στο οστόν αποτελώντας δομικό στοιχείο του.

Υπολογίζεται ότι οι ημερήσιες ανάγκες του ενήλικος σε ασβέστιο είναι 300-350 mg που σημαίνει ότι κάθε άνθρωπος πρέπει να προσλαμβάνει με τις τροφές του περίπου 1,5 gr. την ημέρα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το γάλα αγελάδος περιέχει 130 mg/100 gr, το τυρί γραβιέρα 1000mg/100 gr, το τυρί Ροκφόρ 750mg/100 gr., ενώ το κρέας μόνο 5-18 mg/100 gr.

Το προσλαμβανόμενο με τις τροφές ασβέστιο πρέπει να ενεργοποιηθεί στο όξινο περιβάλλον του στομάχου ώστε να καταστεί ευαπορρόφητο από τον εντερικό βλεννογόνο και εφ' όσον αποτελέσει ενεργό στοιχείο του αίματος να καθηλωθεί εν τέλει στα οστά με τη δράση διαφόρων ορμονών.



Η όλη διαδικασία της ενεργοποίησης - απορρόφησης - καθήλωσης του ασβεστίου μονολεκτικά καλείται βιοδιαθεσιμότητα και έχει βρεθεί ότι το ασβέστιο των διαφόρων τυρών έχει δείκτη βιοδιαθεσιμότητας 87%, ενώ εκείνο του γάλακτος 80% και των διαφόρων λαχανικών 15-30%, ενώ ο δείκτης βιοδιαθεσιμότητας του κρέατος είναι μηδαμινή. Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί ότι ενώ η νόσος οστεοπόρωση αποτελεί χρόνια και δυσεπίλυτο ιατροκοινωνικό πρόβλημα, η πρόληψη είναι απλή και εύκολη.

Για την πρόληψη της οστεοπορώσεως πρέπει να αρχίσει από το 45ο έτος της ηλικίας αυξημένη πρόσληψη τυροκομικών και γάλακτος ώστε να αυξηθεί η παροχή ασβεστίου. Επίσης απαιτείται η ελαφρά αλλά καθημερινή άσκηση όπως η βόδιση 3-4 χιλιομέτρων ώστε να δραστηριοποιηθούν και οι μηχανισμοί που προάγουν την αξιοποίηση του ασβεστίου και την καθήλωσή του στα οστά. Οι απλοί αυτοί τρόποι θεωρούνται ικανοί για να αποτρέψουν τον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης στην ομάδα ατόμων μεγάλης ηλικίας.

Σε ακραίες ή προχωρημένες νοσηρές καταστάσεις απαιτείται η γνώμη ειδικού ο οποίος θα προχωρήσει σε αξιολόγηση της νόσου και σε ενδεδειγμένη κατά περίπτωση θεραπευτική αγωγή».



Στη συνέχεια, ο λόγος δόθηκε στον Ψυχίατρο κ. **Θεοδόση Χριστοδουλάκη**, του οποίου η εισήγηση είχε ως εξής:

### **ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Το γήρας είναι μια φυσιολογική κατάσταση. Μύθοι, όμως, στερεότυπα, προκαταλήψεις, υπερβολές και γενικεύσεις έχουν δημιουργήσει μια ψυχολογική εικόνα του ηλικιωμένου, τον οποίο περιγράφουν ως έχοντα διαταραγμένη μνήμη, με δυσκολίες στην κατανόηση, με επιβράδυνση των εγκεφαλικών του λειτουργιών, με έντονο μισονεισμό, με συναισθηματική ευθραυστότητα, εγωιστή, φιλάργυρο, χωρίς ενδιαφέροντα, άκαμπτο και πεισματάρη, ζηλιάρη, λάτρη των αναμνήσεων και άλλα πολλά.

Ενώ όμως στην εξελικτική ηλικία μπορούμε να κάνουμε γενικεύσεις, αναφερόμενοι σε μια ψυχολογία των 3ων ή των 6 χρόνων, αυτό δεν ισχύει στη γεροντική ηλικία, εξ' αιτίας των εντελώς διαφορετικών ιστοριών ζωής.

Για μια καλύτερη κατανόηση της ψυχοπαθολογίας που αφορά την 3η ηλικία θα ήταν σκόπιμο να κάνουμε ένα διαχωρισμό ανάμεσα σε γνωσιακές και ψυχολογικές παραμέτρους.

**1. Γνωσιακές παράμετροι:** σχετίζονται με τη φυσιολογική υποστρόφη των δομών του εγκεφάλου, δηλαδή, με την απώλεια νευρικών κυττάρων, με τη μείωση του αριθμού των συνδέσεων ανάμεσά τους και με τη διαταραχή των ισορροπιών που αφορούν τους νευρομεταβιθαστές, ουσιών δηλαδή που χρησιμεύουν για την επικοινωνία των κυττάρων.

Τι είναι αυτό όμως που οδηγεί τις εγκεφαλικές δομές σε υποστρόφη; Κατ' αρχάς αναγνωρίζουμε την ύπαρξη ενός βιολογικού ρολογιού που καθορίζει το όριο ζωής του νευρικού κυττάρου και στο οποίο δεν μπορούμε να επιδράσουμε.

Υπάρχουν όμως και επίκτητοι παράγοντες όπως: αγγειακοί - τοξικοί - δισμεταβολικοί και κυρίως ο καθοριστικός παράγοντας των ερεθισμάτων. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο εγκεφαλικός ιστός, όσον αφορά τις γνωσιακές λειτουργίες, αντιδρά όπως και ο μυϊκός ιστός. Διατηρείται δηλαδή σε φόρμα με ένα είδος «πνευματικής γυμναστικής» στην οποία είναι καλό να υποβάλλεται.

Η πιο συχνή γνωσιακή διαταραχή είναι η απώλεια της μνήμης. Αυτή γίνεται κατ' αρχάς αντιληπτή από το υποκείμενο που συχνά το ανακοινώνει στο περιβάλλον του. Στη συνέχεια, όταν η διαταραχή έχει γίνει πιο έντονη, γίνεται αντιληπτή και από το περιβάλλον. Τέλος, σε βαριές περιπτώσεις, η διαταραχή γίνεται αντιληπτή μόνο από το περιβάλλον, ενώ το ίδιο το υποκείμενο την αγνοεί. Λόγω της συχνότητας με την οποία η διαταραχή της μνήμης εμφανίζεται, έχει γίνει το σύμβολο που χαρακτηρίζει το γήρας και γι' αυτό πολύ συχνά τη βλέπουμε να περιγράφεται στη λογοτεχνία.

**2. Ψυχολογικές παράμετροι:** Αυτές, στην τρίτη ηλικία του ανθρώπου, σχετίζονται με την προσωπικότητα, με την ιστορία του ατόμου, με τον τρόπο ζωής, με την επίδραση που του ασκεί το περιβάλλον, με τα διάφορα γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής του και με το συναίσθημα που το χαρακτηρίζει.

Έτσι λοιπόν, η ψυχολογική γήρανση ενός ατόμου δεν αφορά τη γήρανση του εγκεφάλου, την απώλεια της μνήμης, τη διαταραχή της προσοχής και την επιβράδυνση των αντανακλαστικών, αλλά αφορά την απώλεια της περιέργειας, των ενδιαφερόντων, της επιθυμίας για ζωή, της ελπίδας και του ενθουσιασμού. Λειτουργιών δηλαδή, που συνήθως αποδίδονται στη νεότητα και που εσφαλμένα πιστεύουμε ότι υποστρέφονται μαζί με τα εγκεφαλικά κύτταρα.

Στην πραγματικότητα η γήρανση δεν επιδρά σε αυτές τις λειτουργίες παρά μόνο μέσω ασθενειών που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της 3ης ηλικίας.

Αυτό που πολύ συχνά συναντάμε είναι ένας τονισμός των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας εκάστου ατόμου. Έτσι, ορισμένα χαρακτηριστικά που ήταν κατά το παρελθόν θετικά, μπορούν με την αύξηση της εντάσεως να γίνουν αρνητικά. Για παράδειγμα, η σύνεση να γίνει καχυποψία, η εξωστρέφεια - κομπορρημοσύνη και η φροντίδα της υγείας να μετατραπεί σε υποχονδρία.

Υπάρχουν όμως και θετικές πλευρές της γήρανσης, όπως ο μετριασμός χαρακτηριστικών εκδηλώσεων της νεότητας.

Η παρορμητικότητα, η σκληρότητα προς τους άλλους, η επιθετικότητα, μπορούν να μετριασθούν σε ένταση με αποτέλεσμα να αναπτυχθεί μια καλύτερη συμπεριφορά του ατόμου.

Επίσης, η εμπειρία, η εξοικείωση με τις ματαιώσεις, μια σχετική απομάκρυνση από τα πάθη, δημιουργούν μία συμπεριφορά πιο υπομονετική κι ένα συναίσθημα πιο σταθερό.

Δυστυχώς οι θετικές πλευρές είναι πιο σπάνιες, ενώ συχνές είναι οι αρνητικές. Πέραν από τις προαναφερθείσες γνωσιακές και ψυχολογικές παραμέτρους, παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία των ψυχικών διαταραχών της 3ης ηλικίας, τις οποίες μπορούμε να κατατάξουμε σε:

**3. Οργανικές:** (άνοιες και Ν. Alzheimer) στις οποίες δεν θα αναφερθούμε στη σημερινή μας συζήτηση.

και **4. Λειτουργικές:** από τις οποίες συχνότερη είναι η κατάθλιψη.

### **Κατάθλιψη**

15% των ανθρώπων που ανήκουν στη 3η ηλικία πάσχουν από κατάθλιψη. (Υπάρχουν μελέτες που ανεβάζουν το ποσοστό σε 35%).

Υπάρχουν νευροχημικοί παράγοντες που συσχετίζουν τη γήρανση του εγκεφάλου με την κατάθλιψη και ψυχολογικοί παράγοντες στους οποίους κυρίως θα αναφερθούμε.

Δεν είναι τυχαία η ονομασία της όψιμης ηλικίας ως «εποχής των απωλειών».

Έχουμε απώλειες: Βιολογικές: δύναμη - αντοχή - ταχύτητα - αισθη-

τηριακές λειτουργίες - σεξουαλικές επιδόσεις. - συναισθηματικές: θάνατοι. - ανεξαρτησίας-αυτονομίας: κινητικότητα.

Επί πλέον, έχουμε την παρουσία υπαρξιακών τραυματισμών (από χρόνιες νόσους), τη συσσώρευση ματαιώσεων και το κοινωνικό αποκλεισμό, που οδηγούν σε αποθάρρυνση, σε αναστολή, σε αποφυγή και τέλος σε κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη όμως των ηλικιωμένων, συχνά υποεκτιμάται κι αυτό διότι τα συμπτώματά της εκλαμβάνονται ως: α) φυσιολογικά και για την 3η ηλικία β) ως σωματικά και γ) ως ανοϊκά συμπτώματα.

Στην πραγματικότητα είναι η κατάθλιψη και όχι η γήρανση που προκαλεί αυτή την εικόνα.

Τα συνηθέστερα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι: η έλλειψη ευχαρίστησης, ο περιορισμός των ενδιαφερόντων, η έλλειψη ελπίδας, η απάθεια, το αίσθημα έλλειψης βοήθειας και συμπαράστασης, το άγχος και η ανησυχία, η έλλειψη αυτοεκτίμησης, η επιβράδυνση και η απαισιοδοξία.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η κατάθλιψη, εκτός από τη μείωση που επιφέρει στην ποιότητα ζωής, κρύβει και το κίνδυνο της αυτοκτονίας. Το 20-25% των αυτοκτονιών αφορά αυτοκτονίες ηλικιωμένων ατόμων. Το δυστύχημα είναι ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς δεν φτάνουν ποτέ στους ψυχιάτρους κι αυτό διότι όπως προαναφέραμε τα συμπτώματά τους θεωρήθηκαν συμβατά με την ηλικία.

Αντίθετα με κατάλληλη θεραπεία θα είχαν θεραπευθεί πλήρως γι' αυτό, που ξανατονίζουμε, αποτελεί ασθένεια και όχι φυσική συνέπεια των γηρατιών.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι:

**1. Η προσωπικότητα:** παίζει σημαντικό ρόλο. Άτομα με καλά δομημένη προσωπικότητα, γερνούν και αργά και καλά.

**2. Οι αξίες** του υποκειμένου, παίζουν ρόλο στον τρόπο που θα γεράσει. Άνθρωποι, για παράδειγμα, που αναζητούν το σωματικό κάλος, τις ερωτικές επιδόσεις και την εξουσία, θα οδηγηθούν στη γελοιοποίηση και την κατάθλιψη. Αντίθετα άλλες αξίες όπως το καθήκον, η θρησκεία και η κουλτούρα, γίνονται σημαντικά βοηθήματα για μια ήρεμη και ισορροπημένη γήρανση.

**3. Η πρόληψη,** παίζει τεράστιο ρόλο. Η φυσιολογική διατροφή, η αποχή από καταχρήσεις τοξικών ουσιών, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενειών, προφυλάσσουν τις εγκεφαλικές δομές και την εν

γένει λειτουργία του εγκεφάλου.

**4.** Η ύπαρξη επί πλέον **υποστηρικτικών δομών**, αφορά την κοινωνική κυρίως αντιμετώπιση του προβλήματος.

Τέλος, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το κυριώτερο ίσως στοιχείο. Εκεί όπου η σωματική φθορά και η κατάθλιψη συναντούν την φιλοσοφία. Υπαρξιακά ερωτήματα που ενισχύονται από το πέρασμα του χρόνου, απαιτούν την ύπαρξη βιοθεωριών, όπως είναι ο Τεκτονισμός, ικανών να συντροφεύσουν αλλά και να στηρίξουν το άτομο στην περιπέτεια της ζωής, μετατρέποντάς την σε πηγή απόλαυσης και δημιουργίας.



Έπειτα, έλαβε το λόγο ο Ψυχοπαθολόγος κ. **Ιάκωβος Κλεώπας**, ο οποίος ανέπτυξε την εισήγησή του, με θέμα:

## Η ΨΥΧΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Το γήρας, είτε θεωρούμενο ως προς την βιολογική, είτε ως προς την ψυχονοητική είτε ως προς την κοινωνική του διάσταση, μπορεί να ορισθεί, ως μία διεργασία, η οποία είναι αναγκαστική, είναι συνεχής, αλλά και περιορισμένης χρονικής διάρκειας. Επίσης μπορούμε να πούμε ότι το γήρας, είναι μια φυσιολογική εξέλιξη άμεσα συνδεδεμένη με τη μακροβιότητα. Κι αυτό, καθώς ο μόνος τρόπος για να ζήσει κανείς πολλά χρόνια είναι να γεράσει. Άρα, θα λέγαμε ότι η επιθυμία της μακροβιότητας ή και του «ευ ζην», κατά το γήρας, ενέχει την ανάπτυξη εκείνων των ψυχικών μηχανισμών οι οποίοι θα επιτρέψουν την ικανοποίηση αυτής της επιθυμίας.

Ας εξετάσουμε όμως πιο συγκεκριμένα το είδος της ψυχικής διεργασίας και τον τρόπο διανοητικής λειτουργίας που αναπτύσσονται κατά τη γήρανση. Θεωρούμε εδώ σημαντική τη διαφοροποίηση μεταξύ, αφ' ενός της έννοιας της ψυχικής λειτουργίας του γήρατος, και αφ' ετέρου, της έννοιας της γηράνσεως της ψυχικής λειτουργίας. Θέλω να πω ότι υπάρχει μια ειδοποιός διαφορά μεταξύ ενός ψυχισμού όπως αυτός εξελίσσεται με τρόπον ώστε να επιτρέψει την γήρανση, από έναν γερασμένο ψυχισμό, δηλαδή μια ψυχική λειτουργία η οποία ουσιαστικά δρα ανασταλτικά ως προς τη διαδικασία της γηράνσεως, επομένως και της μακροβιότητας. Όμως, καθώς τίποτα δεν είναι απόλυτα, ένας ψυχισμός που γερνά δεν μπορεί παρά να είναι ένας λιγότερο ή περισσότερο γερα-

σμένος, άτονος ψυχισμός. Έτσι θα λέγαμε ότι ο τρόπος και το είδος της γηράνσεως έγκεινται στη διαθεσιμότητα ενός ψυχικού μηχανισμού προς την αποδιοργάνωση ή αντίθετα προς την αναδιοργάνωση της λειτουργικότητός του.

Βέβαια, η ύπαρξη μιας διαδικασίας γήρατος προϋποθέτει ότι ήδη θα έχει αναπτυχθεί και θα λειτουργεί ένας ψυχισμός και ένας τρόπος σκέψης. Έτσι, η ψυχική διεργασία του γήρατος αποτελεί τη συνέχεια και είναι συνάρτηση των διεργασιών οι οποίες αναπτύχθηκαν στις προηγούμενες ηλικίες. Πράγματι, η προσωπικότητα, ο τρόπος λειτουργίας ενός ηλικιωμένου καθορίζονται από τα πρωτύτερα χαρακτηριστικά του. Όμως ήδη εδώ θα πρέπει να κάνουμε μία διαφοροποίηση, επισημαίνοντας ότι ο ψυχισμός στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί μίαν απλή επανάληψη των πρωτύτερων στοιχείων μίας προσωπικότητας. Όπως άλλωστε δεν αποτελεί απλώς την ποσοτική ή ποιοτική έκπτωση αυτών των στοιχείων και του προγενεστέρου τρόπου λειτουργίας. Αυτή η περίπτωση θα λέγαμε ότι ισχύει περισσότερο για ορισμένες από τις παθολογικές καταστάσεις του γήρατος και δεν εξηγεί παρά ένα μέρος της ευρύτερης διαδικασίας του.

Κατ' αυτόν τον τρόπο, θεωρούμε ότι ο ψυχισμός των ατόμων της τρίτης ή και τέταρτης ηλικίας, αφορά μία νέα και ιδιόμορφη διεργασία επί αυτών των πρωτύτερων χαρακτηριστικών και τρόπων λειτουργίας, υπό το φως νέων βιολογικών, νοητικών και ψυχικών δεδομένων. Εννοώ ότι επί παραδείγματι, το στοιχείο της εσωστρέφειας ή της εξωστρέφειας του ενήλικος δεν θα εμφανιστεί στην τρίτη ηλικία ως περισσότερο ή λιγότερο έντονο, ή παθολόγο, επειδή αυτή είναι η «μοίρα» του γήρατος. Αλλά ότι θα υπάρξει μία νέα επεξεργασία αυτού όπως και των υπολοίπων στοιχείων που συνεχίζουν να αποτελούν μέρος του δυναμικού μίας προσωπικότητας. Θα έλεγα ότι η αποτυχία ή η επιτυχία αυτής της επεξεργασίας θα προσδιορίσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα, το ευ ζην του γήρατος, αλλά ίσως και τη μακροβιότητα. Βλέπουμε λοιπόν ότι η ψυχική διεργασία του γήρατος αποτελεί την συνέχεια αυτής των προηγούμενων περιόδων της ζωής, αλλά και συγχρόνως αποτελεί μια ιδιαίτερη και ξεχωριστή περίοδο. Υπάρχει τρόπον τινά μία σημαντική διαφοροποίηση, θα έλεγα, μία ασυνέχεια ως προς τις προηγούμενες ηλικίες και ένας ιδιαίτερος επαναπροσδιορισμός της λειτουργίας του ψυχισμού.

Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε ότι η ύπαρξη αυτής της «ασυνέχειας» και αυτού του επαναπροσδιορισμού μεταξύ του πρωτύτερου και του μεταγενεστέρου τρόπου λειτουργίας, είναι απαραίτητη για τη σωματική, ψυχική και νοητική βίωση του γήρατος.

Ορίζοντας αυτόν τον επαναπροσδιορισμό, θα λέγαμε ότι αφορά τον

χρόνο και τον χώρο. Ας επισημάνουμε ότι δεν αναφερόμεθα εδώ στις διαταραχές του χρονικού και τοπικού προσανατολισμού ή στις διαταραχές της μνήμης που παρουσιάζονται στους ηλικιωμένους. Πράγματι δεν είναι δύσκολο να παρατηρήσουμε στην τρίτη ηλικία, την ανάπτυξη μιας ιδιαίτερης έννοιας και σχέσης ως προς τον χρόνο, καθώς αυτός φαίνεται να χάνει κατά κάποιο τρόπο την ιδιότητα της διάρκειας. Τουλάχιστον όπως αυτή εννοείται και βιώνεται στις προηγούμενες περιόδους. Στον ηλικιωμένο, το παρελθόν φαίνεται να διεισδύει και να επικάθεται συχνά του παρόντος, ενώ το μέλλον να εξισώνεται με το παρόν. Χωρίς όμως αυτό να αφαιρεί, όχι αναγκαστικά όπως αυτό θα συμβεί στις παθολογικές διεργασίες, τη δυνατότητα προοπτικής και την ύπαρξη προσδοκιών. Θα λέγαμε ότι κατά κάποιον τρόπο στον ηλικιωμένο η προοπτική είναι το παρόν το οποίο δομείται από το παρελθόν. Χωρίς και πάλι αυτό να σημαίνει ότι ο ηλικιωμένος άνθρωπος δεν έχει παρόν, ή απλώς ότι ζει στο παρελθόν. Σχηματοποιώντας θα λέγαμε ότι στην τρίτη ηλικία, το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον διαπλέκονται, δημιουργώντας μίαν άλλη διάσταση του χρόνου χωρίς διάρκεια, ή μάλλον που δεν ορίζεται από τα οριοθετήματα τα οποία ισχύουν στις προηγούμενες ηλικίες. Είναι αυτός ο χρόνος του παραμυθιού, του μύθου ή του ιστορήματος που τόσο συχνά και τόσο όμορφα θα ακούσουμε να διηγούνται οι γέροντες. Λέμε πολλές φορές ότι οι γέροντες είναι μνήμες, όμως μία μνήμη δεν μπορεί να υπάρξει εάν δεν συνδεθεί με το παρόν ή, εάν δεν έχει προοπτική.

Όμως όπως κάθε οριοθέτηση, έτσι και αυτή, προϋποθέτει τον χώρο, ο οποίος με την σειρά του υπονοεί το σώμα. Ως προς τον χώρο, θα λέγαμε ότι το γήρας χαρακτηρίζεται από έναν τοπικό περιορισμό. Λόγω της υποστρόφης των οργάνων και της εκπιπτούσης κινητικότητας, το σώμα προσπαθεί να διατηρήσει την ομοιοστασία του αλλά συνάμα και να υπερβεί, φανταστικά πλέον, τον χώρο. Έτσι παρατηρούμε ότι οι εικόνες, δομικά στοιχεία του χώρου, στον ηλικιωμένο δεν αφορούν πλέον το σύστημα αντιλήψεως και των αισθήσεων αλλά τον εσωτερικό εαυτό, την ψυχική και φαντασιακή αντίληψη.

Στο επίπεδο του τρόπου σκέψεως, αυτός ο τοποχρονικός επαναπροσδιορισμός αφορά τη λεγόμενη αφαιρετική σκέψη. Πράγματι το γήρας είναι ο καιρός των αποφθεγμάτων, των πολυσήμαντων συμβουλών, της γλώσσας των χρησμών ή των παροιμιών. Λόγους που επίσης συχνά θα ακούσουμε από τα χείλη των γερόντων και στη συνέχεια θα ερμηνεύσουμε, ο καθένας σύμφωνα με τα δικά του οριοθετήματα, τους στόχους, τα παρόντα βιώματα και τις ανάγκες.

Θα αναρωτηθούμε όμως γιατί να υπάρχει αυτός ο τοποχρονικός επαναπροσδιορισμός, γιατί να μην λειτουργεί και η τρίτη ηλικία σύμφωνα

με το γραμμικό χρόνο, παρελθόν, παρόν και μέλλον. Μα για ποιό παρόν και για ποιό μέλλον, έτσι όπως τα εννοούμε στις προηγούμενες ηλικίες, θα ήθελε ποτέ ένας ηλικιωμένος άνθρωπος να λειτουργήσει; Είναι θέμα θεμελιώδους αυτοπροστασίας της σωματοψυχικής οντότητας που γεννά, να τεθεί «εκτός χρόνου», ή καλύτερα εντός ενός άλλου χρόνου. Το αντίθετο, η ακολούθηση του γραμμικού τύπου θα επέφερε τη σύγκρουση με την αγωνία του τέλους και την εγκατάσταση ενός ανυπέρβλητου συναισθήματος ματαιότητας. Άρα και καταθλίψεως, άγχους, ανίας, στην πορεία μιας σταδιακής σωματοψυχικής αποδιοργανώσεως.

Όμως η ύπαρξη της ψυχικής διαδικασίας του γήρατος, προϋποθέτει την αποδοχή του πεπερασμένου της ζωής. Μια αποδοχή η οποία πρέπει να γίνεται στις προηγούμενες ηλικίες. Βέβαια εκτός από τις περιπτώσεις μείζονος παθολογίας, σε γενικές γραμμές όλος ο ενήλιξ τουλάχιστον κόσμος έχει αυτή την επίγνωση. Επίγνωση η οποία κατά τη διάρκεια του βίου επισημαίνεται από επαναλαμβανόμενες στερήσεις, ματαιώσεις, επαναπροσαρμογές σε μία πραγματικότητα μέσα στην οποία καλούμεθα να φανταστούμε, να λειτουργήσουμε, να επιλέξουμε, να παράγουμε και να ικανοποιηθούμε. Τότε μόνον θα είναι δυνατή η νοηματοδότηση της μονοσήμαντης εξελικτικής πορείας της ζωής, άρα και του τελευταίου σταδίου της. Η αδυναμία επιλογών, επεξεργασίας των όσων ματαιώσεων για τα όνειρα, τα παρελθόντα ιδεώδη, των τόσων ανικανοποιήτων που ενέχει η συνολική ψυχική διεργασία, θα είναι συχνά υπεύθυνη για την αδυναμία ψυχικής επενδύσεως του γήρατος, έτσι ώστε να βιωθεί με έναν ικανοποιητικά καλό τρόπο. Επόμενη θα είναι και η αδυναμία επενδύσεως της μακροβιότητας. Δηλαδή, η ανάπτυξη της ψυχικής διεργασίας του γήρατος προϋποθέτει, αφ' ενός την αποδοχή του πεπερασμένου της ζωής και κατά συνέπεια των διαφόρων περιόδων της, και αφ' ετέρου την αποδοχή και τη δυνατότητα άρσεως των συναισθηματικών επενδύσεων των πρωτύπων επιλογών, παραστάσεων ή και τρόπου ζωής.

Δύο κλινικά παραδείγματα από αντίστοιχες ψυχοθεραπείες θα μας επιτρέψουν να δούμε πιο ανάγλυφα τη σημασία αυτών των αποδοχών και της ικανότητας επαναπροσδιορισμού των επενδύσεων. Το πρώτο αφορά μία γυναίκα μόλις 44 ετών, ιδιωτική υπάλληλο, μητέρα μίας κόρης 17 ετών και σε διάσταση από διετία με το σύζυγό της. Καθώς προσεγγίζει την περίοδο της κρίσεως της μέσης ηλικίας, δηλαδή του χρόνου του πρώτου απολογισμού της ενεργούς ζωής, παρουσιάζει ένα έντονο άγχος και σημεία δυσθυμίας. Αναλογίζεται τη μέχρι τώρα πορεία της, ως προς την οποία αισθάνεται αποκαρδιωμένη, λέει ότι δεν μπόρεσε να πραγματοποιήσει αυτά τα οποία θέλησε. Όμως και αυτές οι προηγούμενες επενδύσεις, πηγή απογοητεύσεων, εμφανίζονται ασαφείς, ενορ-



μητικές, χωρίς δεύτερη σκέψη, σαν προδομένα όνειρα. Πλέον βλέπει τον εαυτό της γερασμένο, αδύναμο να προχωρήσει και ανησυχεί, σχεδόν τρομοκρατείται στη σκέψη των γηρατειών. Η τρίτη ηλικία αναπαριστάται ως χρόνος οδύνης και μοναξιάς. Η μόνη της ευχή είναι να μην φτάσει ως εκεί, να «πεθάνει, όπως λέει, κάπου στη σύνταξη». Μόνο της μέλημα, αλλά και πραγματικός γρίφος εξ αιτίας της ψυχικής της κατάστασης και του τρόπου σκέψεώς της, «να μεγαλώσει καλά η κόρη της, να μην κάνει και εκείνη τα ίδια λάθη». Λάθη τα οποία δεν κατορθώνει να προσδιορίσει ως προς το αίτιό τους, ούτε για τον ίδιο της τον εαυτό. Ποιό ήταν λοιπόν το λάθος, αν μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε έναν τόσο απόλυτο όρο, που έκανε ή συνεχίζει να κάνει αυτή η νέα ακόμα γυναίκα με τον γερασμένο ψυχισμό; Μερικούς μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, θα συνειδητοποιήσει την παθογενή καθήλωσή της στις παλαιότερες επενδύσεις, τα νεανικά της ιδεώδη και επιθυμίες τα οποία δεν κατόρθωσε να πραγματοποιήσει, αλλά προς τα οποία είναι ακόμα στραμμένη και προσκολλημένη. Την ίδια αυτή προσκόλληση και αδυναμία επεξεργασίας των επενδύσεων συναντούμε, στη μητρική ανησυχία για το μέλλον και τα ενδεχόμενα λάθη της κόρης της. Η θεραπεία της θα περιστραφεί γύρω από την δυσκολία άρσεως των παλαιότερων επενδύσεων και την ανάπτυξη νέων, περισσότερο προσαρμοσμένων στα σημερινά δεδομένα. Παράλληλα αρχίζει να αποδέχεται πραγματικά την προοπτική του γήρατος, καθώς πλέον επενδύει συναισθηματικά και νοητικά την διαδικασία της ίδιας της ζωής. Βλέπουμε λοιπόν πώς, σε ένα νέο άνθρωπο, αναπτύσσεται ένας γερασμένος ψυχισμός, ο οποίος ουσιαστικά απαγορεύει την προσέγγιση μίας φυσιολογικής, ψυχικής διεργασίας του γήρατος. Αντί αυτής, η προοπτική του γήρατος φαίνεται να λειτουργεί ως μια τραυματική παράσταση, από την οποία ως μόνη διέξοδος διεγράφεται ο θάνατος.

Το δεύτερο περιστατικό αφορά έναν άνδρα 75 ετών, εν ενεργεία επιχειρηματία, έγγαμο χωρίς παιδιά. Άνθρωπος της δράσης, με ιδιαίτερες επιστημονικές και εγκυκλοπαιδικές γνώσεις, αεικίνητος, νευρώδης και μαχητικός, όπως το λέει ο ίδιος, «ψάχνει πάντα να βάλει νέους στόχους», φαίνεται ακόρεστος ερεθισμάτων. Η παραμικρή παύση τον αποδιοργανώνει, εκδηλώνει εκνευρισμό, νιώθει ανικανοποίητος, αγωνιά. Όταν τα εξωτερικά ερεθίσματα λιγοστεύουν και η προσοχή του στρέφεται προς τον ίδιο του τον εαυτό, δείχνει αμήχανος, υπερκινητικός, συλλογίζεται το τέλος το οποίο φαντασιώνει, επιθυμεί και φοβάται, με έναν αιφνίδιο θάνατο. Το άγχος αυτό επιδεινώνεται όταν παρουσιάζει μερικά προβλήματα υγείας, και αναγκάζεται σε μια παραμονή στο σπίτι, αποχή από τους συνήθεις ρυθμούς του, και την απόκτηση ενός τρόπου ζωής του τύπου της τρίτης ηλικίας. Η ήρεμη, αυτοπροστατευτική ζωή του ηλικιω-



της αναλογίας των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό.

Ας δούμε τον παρακάτω πίνακα για να καταλάβουμε πώς ακριβώς αρχίζει και γερνάει ο λαός μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Έτος	Πληθυσμός	Ηλικία 65+
1951	7.632.801	6.8%
1961	8.388.53	8.2
1971	8.768.640	11.1
1981	9.739.589	12.7
1991	10.057.400	13.9
1993	10.389.451	14.8

Το ποσοστό αυτό, το 14.8 δηλαδή σε αριθμούς σημαίνει 1.540.560 άτομα. Επίσης σημαίνει ότι σε μια περίοδο 40 χρόνων έχουμε υπερδιπλασιασμό του αριθμού των ηλικιωμένων, με αύξουσα τάση, στα χρόνια που έρχονται.

Από τις αρχές του αιώνα μέχρι σήμερα έχουμε σχεδόν διπλασιασμό, ακόμα και του μέσου όρου ζωής. Είναι γνωστή η είδηση που γράφτηκε σε μία εφημερίδα της εποχής και που έλεγε: «Ιππίλατος άμαξα, ελαύνουσα την οδόν Σταδίου, εφόνευσε 40τουτην γέροντα».

Το φαινόμενο της αύξησης της αναλογίας των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού δεν είναι μόνο φαινόμενο Ελληνικό.

Ας δούμε τον σχετικόν πίνακα:

Το ποσοστό αυτό, στις αναπτυσσόμενες χώρες, δεν ξεπερνά το 4.5%. Πιο συγκεκριμένα:

ΑΣΙΑ	4.5
ΑΦΡΙΚΗ	2.9
ΛΑΤ. ΑΜΕΡΙΚΗ	4.4

Βέβαια με μεγάλες διαφορές μεταξύ χωρών κατά Ήπειρο και με προβλεπόμενη σημαντική αύξηση στο άμεσο μέλλον.

Το γεγονός αυτό διαμορφώνει μια διαφοροποίηση στη στάση των κοινωνιών απέναντι στα νέα δεδομένα της σύνθεσης του πληθυσμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Χώρες	Έτος 81-82 ποσοστό	Έτος 90-91 ποσοστό
Γερμανία	15.6	15.3
Γαλλία	13.4	14.2
Ιταλία	13.6	14.5
Ολλανδία	11.6	12.9
Βέλγιο	14.4	14.8
Λουξεμβούργο	13.6	13.4
Μεγ. Βρετανία	14.8	15.6
Ιρλανδία	10.7	11.3
Δανία	14.5	15.6
Ελλάδα	12.7	13.9
Ισπανία	11.5	13.1

1. Οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί αντιμετωπίζουν αυξήσεις των συνταξιούχων τους, σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία με συνέπεια:

1.1. Να επιβαρύνουν τους ασφαλισμένους με υψηλότερα ασφάλιστρα.

1.2. Να μη μπορούν να παρέχουν συντάξεις που να εξασφαλίζουν μια αξιοπρεπή ζωή στους περισσότερους από τους συνταξιούχους.

Τι σημαίνει αυτό πρακτικά;

Να αντιμετωπίζουν την αύξηση της ηλικίας της συνταξιοδότησεως ή την μείωση του ποσοστού του προσδιορισμού της, ή ακόμα αύξηση των ετών που λαμβάνονται υπόψη για τον προσδιορισμό του μέσου όρου. Το ΙΚΑ π.χ. μέχρι πριν λίγα χρόνια για τον μέσο όρο του μισθού έπαιρνε τα 2 τελευταία χρόνια προ της συνταξιοδότησης. Τώρα υπολογίζει τα 5 τελευταία χρόνια. Γίνονται ακόμα σκέψεις να μειώσει το ποσοστό για τον προσδιορισμό της σύνταξης από 80% σε 70%. Και τέλος την ελάχιστη ηλικία των 65 χρόνων.

Για να δούμε πώς είναι η κατάσταση των συνταξιούχων στην χώρα μας, από οικονομικής πλευράς.

Σύμφωνα με στοιχεία των κυριωτέρων μας Ασφαλιστικών Οργανισμών ΙΚΑ, ΤΕΒΕ και ΟΓΑ.

Το ΙΚΑ έχει (Δεκέμβριος 1994) 702.993 συνταξιούχους. Από αυτούς οι 381.570 παίρνουν σύνταξη γήρατος και οι 175.430 θανάτου, είναι δηλαδή σύζυγοι θανόντων ασφαλισμένων, οι δε υπόλοιποι 145.993 παίρνουν σύνταξη αναπηρίας.

Από τις δύο πρώτες κατηγορίες που μας δίνουν τον αριθμό των 557.000 οι 405.500 παίρνουν σύνταξη από 1 δρχ. μέχρι 65.821 δρχ.

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, το όριο της φτώχειας ορίζεται στο μισό του κατά κεφαλήν Εθνικού Εισοδήματος.

Το 1994 το κατά κεφαλήν εισόδημα ήταν 1.819.826 δρχ. Το μισό μας δίνει 909.863 δρχ. τον χρόνο αν διαιρέσουμε αυτό το ποσό με το 12. Τότε έχουμε το όριο της φτώχειας. Δηλαδή εισόδημα από 75.821 δρχ. και κάτω το μήνα. Αυτό το όριο δεν το ξεπερνούν 405.502 άτομα από τους συνταξιούχους του ΙΚΑ (253.434 γήρατος και 152.068 θανάτου).

Το ΤΕΒΕ το Δεκέμβριο του 1994 είχε 62.068 συνταξιούχους γήρατος και 54.705 αιτία θανάτου, ένα σύνολο 116.773 ατόμων. Από αυτούς παίρνουν σύνταξη κάτω από το όριο της φτώχειας 96.537 άτομα.

Ο ΟΓΑ τον ίδιο χρόνο είχε 576.123 συνταξιούχους, έχει δε ακόμα 32.837 υπερήλικες ανασφάλιστους που μας δίνουν τον αριθμό 608.960 άτομα. Δεν χρειάζεται να τονιστεί ότι όλα αυτά τα άτομα παίρνουν σύνταξη κάτω του ορίου της φτώχειας.

Συνολικά από τα άνω των 65 ετών άτομα που μας δίνουν τον αριθμό 1.540.560, τα 1.110.990 άτομα παίρνουν μηνιαία σύνταξη κάτω του ορίου φτώχειας.

### **Η κατάσταση σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες**

Αρκετές επιστημονικές μελέτες ορίζουν ότι φτωχοί είναι άτομα ή οικογένειες με εισοδήματα που δεν τους εξασφαλίζουν στοιχειώδεις ανάγκες, όπως σπουδές, αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, κοινωνικές εντάξεις, ψυχαγωγία κ.λ.π. Ζουν σε χαμηλού επιπέδου οικίες, σε γειτονιές και συνοικίες με βασικές ελλείψεις κοινωνικών παροχών. Πολλοί από τους πιο φτωχούς ζουν σε απομόνωση.

Η φτώχεια είναι αιτία κακής υγείας, και η κακή υγεία είναι αιτία της φτώχειας.

Η μεγάλη ηλικία είναι ένας από τους τρεις παράγοντες που προκαλούν τη φτώχεια. Οι άλλοι δύο είναι το μεγάλο μέγεθος του νοικοκυριού και οι αγρότες με μικρό γεωργικό κλήρο.

Φτωχοί είναι ακόμα οι ηλικιωμένοι συνταξιούχοι με χαμηλές συντάξεις χωρίς άλλα εισοδήματα. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω οι μικροσυνταξιούχοι των 3 βασικών ταμίων ανέρχονται σε 1.110.000. Άλλες ομάδες είναι κάτοικοι που ζουν σε προβληματικές περιοχές, μετανάστες, πρόσφυγες, περιθωριακά άτομα και οι τοξικομανείς.

Οι φτωχοί σήμερα δεν αντιμετωπίζουν την ένδεια των προπολεμικών ετών. Φτωχοί ηλικιωμένοι υπάρχουν όμως σε πολλές περιοχές της Ευρώπης, οι οποίες είναι υποανάπτυκτες και παρακμάζουν.

Σύμφωνα με το πρώτο πρόγραμμα για την καταπολέμηση της φτώχειας στα μέσα της 10ετίας του 1970-80 υπήρχαν 30.000.000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα για να φθάσει ο αριθμός αυτός στην περίοδο 1980-85 50.000.000 άτομα.

Την ίδια όμως περίοδο είχαμε μείωση του αριθμού των φτωχών ηλικιωμένων από 9,7.000.000 σε 8,7.000.000.

Έρευνες στις διάφορες χώρες της Ε.Ο.Κ. δίνουν πληροφορίες για τη φτώχεια των ηλικιωμένων.

Στην Ιταλία (έτος 1991) σε δειγματοληπτική έρευνα σε 5.200.000 άτομα πάνω από 65 χρόνων, δηλαδή τα 2/3 των ηλικιωμένων που ζουν σε Ιταλικές οικογένειες, κάτω από το όριο της φτώχειας βρισκόταν το 28,6% που αν το συγκρίνομε με το συνολικό ποσοστό των Ιταλών φτωχών όλων των ηλικιών είναι πολύ υψηλό, αφού το δεύτερο είναι 15,7%.

Στην Ισπανία το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης δεν καλύπτει όλους τους ηλικιωμένους. Οι ανασφάλιστοι ηλικιωμένοι παίρνουν μόνο παροχές προνοίας με την προϋπόθεση ότι δεν διαθέτουν μέσα συντήρησης και δεν τους αναλαμβάνει το οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι παροχές αυτές είναι το 20% του κατωτάτου μισθού.

Στην Αγγλία στην 10ετία του 1960 οι μισοί ηλικιωμένοι ζούσαν στα όρια της φτώχειας.

### **Οι ηλικιωμένοι φτωχοί σε ανεπτυγμένες χώρες**

Μια συγκριτική μελέτη που έγινε σε 6 χώρες (ΗΠΑ, Σουηδία, Αγγλία, Καναδάς, Νορβηγία και Γερμανία) στα όρια της φτώχειας, δηλαδή έχουν λιγότερο το μέσο εισόδημα του μέσου Εθνικού Εισοδήματος, κυμαίνεται από 1% για την Σουηδία μέχρι 29% για την Αγγλία.

Ακόμα τα άτομα ηλικίας πάνω από 75 ετών που έχουν λιγότερο από το μισό του Εθνικού Εισοδήματος είναι σε ποσοστό πολύ υψηλότερο εκείνων με ηλικία 65-74 ετών.

Τέλος σε όλες τις χώρες αυξάνονται οι παροχές Κοινωνικής Ασφάλισης, σαν μέρος του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος λόγω της γήρανσης του πληθυσμού.

Στην Ελβετία διαπιστώθηκε ότι η φτώχεια περιορίζει τις ανθρώπινες επαφές και ότι αιτία εισόδου σε νοσοκομεία υπερηλίκων ατόμων δεν είναι συχνά η ασθένεια αλλά η φτώχεια.

Στις ΗΠΑ έρευνα το 1979 έδειξε ότι το 21% των ηλικιωμένων αγρωτών πάνω από 65 ετών είχε εισόδημα κάτω του μέσου του κατά Κεφαλήν Εθνικού Εισοδήματος, ενώ οι αντίστοιχες ηλικίες στις αστικές περιοχές ήταν 13%.

Σήμερα μπορούμε να πούμε ότι με τις κοινωνικές παροχές έχουν μειωθεί, όχι θέβαια σημαντικά, οι φτωχοί σε αναλογία στις ανεπτυγμένες χώρες.

Η Σουηδία είναι η χώρα που υπάρχει μικρή διαφορά ανάμεσα στο εισόδημα των συνταξιούχων και των εργαζομένων. Οι ειδικοί πάντως δεν είναι αισιόδοξοι ότι θα διατηρηθεί αυτή η σχέση στο μέλλον, βασιζόμενοι κυρίως στη βραδεία οικονομική ανάπτυξη και στην απαίτηση των εργαζομένων να διατηρήσουν το βιοτικό τους επίπεδο, παρά τον πληθωρισμό.

### **Οι φτωχοί ηλικιωμένοι Έλληνες**

Οι πιθανότητες ένα νοικοκυριό να υπαχθεί στο επίπεδο φτώχειας, αυξάνει στην χώρα μας, όταν ο αρχηγός του είναι πάνω από 65 ετών και η φτώχεια αυξάνει δραματικά όταν υπερβεί τα 75 χρόνια.

Το 1988 20% των νοικοκυριών θεωρούνταν φτωχά, ενώ οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών είχαν ποσοστό 27.8%.

Το εισόδημα από συντάξεις στην χώρα μας, είναι το χαμηλότερο στις χώρες της ΕΟΚ, το 1/3 του εισοδήματος της Γερμανίας, λιγότερο από το μισό της Ιρλανδίας και είναι χαμηλότερο και από εκείνο της Πορτογαλίας. Η σύγκριση έγινε το Μάρτιο του 1992, με βάση το ECU που είχε τότε 234 δραχμές. Σήμερα που η τιμή του είναι γύρω στις 310 δρχ., η παραπάνω σχέση γίνεται ακόμα χειρότερη για τους Έλληνες συνταξιούχους.

Οι συνταξιούχοι, και περισσότερο εκείνοι της τετάρτης ηλικίας, περιορίζονται μόνο στο εισόδημα της σύνταξης και ό,τι αποταμιεύσεις είχαν, αν είχαν, εξαντλούνται καθώς περνούν τα χρόνια, και μειώνεται η αγοραστική τους δύναμη ένεκα του πληθωρισμού και της μη εξέλιξης των συντάξεών τους, αλλά και από όσες έκτακτες ανάγκες τους παρουσιάζονται.

Αν εξαιρέσει κανείς τις δαπάνες διατροφής που μπορούμε να τις χαρακτηρίσουμε ελαστικές, οι άλλες, όπως το νοίκι, οι λογαριασμοί των ΔΕΚΟ και η υγεία, απαιτούν σε πολλές περιπτώσεις δαπάνες πάνω από το εισόδημά τους.

Κάτω από τις συνθήκες αυτές, οι ηλικιωμένοι προσφεύγουν στην Κρατική μέριμνα για την Υγεία τους ή στους Ασφαλιστικούς τους Οργανισμούς, με ό,τι από πλευράς ποιότητας σημαίνει αυτή η μέριμνα.

Το συμπέρασμα που μπορούμε να θγάλουμε είναι ότι στο σύνολο των 368 Θεραπευτηρίων της Χώρας (Κρατικά και Ιδιωτικά) που διαθέτουν 52.144 κλίνες το 1993 έχουμε δυνατότητα 19.032.560 ημερών για νοσηλεία ή 1.8 ημέρες για κάθε Έλληνα.

Από τις κλίνες αυτές οι 37.050 ανήκουν σε Κρατικά Θεραπευτήρια και σε Ν.Π.ΙΔ και οι 15.094 σε Ιδιωτικές Κλινικές».



Τέλος, έλαβε το λόγο ο Υγειονολόγος Ιατρός κ. **Θεόδωρος Δαρδαβέσης**, εκπρόσωπος της Γηριατρικής και Γεροντολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, ο οποίος είπε τα εξής:

### **ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**

Το φαινόμενο της δημογραφικής ωρίμανσης και γήρανσης που παρατηρείται έκδηλα, κυρίως στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες του κόσμου, έχει φέρει στην επιφάνεια την ανάγκη συστηματικής καταγραφής, μελέτης και αντιμετώπισης των ιατροκοινωνικών προβλημάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Σε άλλες εποχές, όπως συμβαίνει ακόμα και σήμερα στις υποανάπτυκτες, στις αναπτυσσόμενες και εν μέρει μόνο στις αναπτυγμένες χώρες, η φροντίδα των υπερηλικών αποτελούσε ευθύνη της οικογένειας. Οι έντονες όμως διαφοροποιήσεις στον τρόπο της ζωής και στη νοοτροπία των ανθρώπων, που παρατηρούνται κατά τα τελευταία χρόνια, έχουν κάνει την οικογένεια να είναι απρόθυμη να ανταποκριθεί στη συγκεκριμένη ευθύνη με αποτέλεσμα η προστασία των υπερηλικών να αποτελεί όλο και περισσότερο αντικείμενο του συνόλου της κοινωνίας. Επιπλέον, ο ταχύς ρυθμός τροποποίησης των συνθηκών διαβίωσης έχει αναγκάσει τους υπερήλικες να



αντιμετωπίζουν καθημερινά καταστάσεις τελείως διαφορετικές από αυτές στις οποίες είναι συνηθισμένοι. Τέλος, η συσσώρευση βιολογικών και πνευματικών αδυναμιών, προϋούσης της ηλικίας κατατάσσει ένα μεγάλο ποσοστό των υπερηλικών στην κατηγορία των χρονίως πασχόντων, που έχουν ανάγκη φροντίδας σε ειδικά ιδρύματα ή φροντίδας στο σπίτι από ειδικές υπηρεσίες.

Με το δεδομένο, ότι η δημογραφική ωρίμανση του ελληνικού πληθυσμού και η ωρίμανση και γήρανση του πληθυσμού των περισσότερων χωρών της Ευρώπης οδηγεί σταδιακά στην αύξηση του αριθμού των υπερηλικών, η καταγραφή και η αξιολόγηση των ιατροκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο πληθυσμός των ατόμων της τρίτης ηλικίας, αποτελεί μια από τις προϋποθέσεις ενός ορθολογικού προγραμματισμού στο χώρο της υγείας και στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής.

## Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### Α. Ιστορικά στοιχεία

Για πρώτη φορά ασχολήθηκε το ελληνικό κράτος με την πρόνοια και την περίθαλψη των ατόμων της τρίτης ηλικίας με το Βασιλικό Διάταγμα της 15ης Απριλίου 1833 «Περί σχηματισμού και αρμοδιότητας της Γραμματείας Εσωτερικών», το οποίο προέβλεπε τη σύσταση κρατικών γηροκομείων.

Το 1859 ο Παναγιώτης Νικολαΐδης κληροδότησε στο Δημόσιο δύο οικήματα για την ίδρυση κρατικού γηροκομείου, τα οποία το 1865 μεταβιβάστηκαν στην «Ελεήμονα Εταιρεία Αθηνών». Το 1912 οι Ομότιμοι Καθηγητές του Πανεπιστημίου Αθηνών, Σπύρος Λιθιεράτος, Ιωάννης Γεωργιάδης και διάφορα διακεκριμένα μέλη της Αθηναϊκής κοινωνίας, ίδρυσαν την «Εταιρεία Προστασίας του Γήρατος», της οποίας ο κύριος σκοπός ήταν η δωρεάν παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε άπορους υπερήλικες. Για το σκοπό αυτό ιδρύθηκε το πρώτο εξωτερικό παθολογικό ιατρείο, που στεγάστηκε στο Νοσοκομείο «Ελπίς» και το οποίο πλαισιώθηκε από ιατρούς και αδελφές του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Το 1914 με το ΝΔ 516 ιδρύθηκε στο Υπουργείο Εσωτερικών Τμήμα Δημόσιας Αντίληψης με αρμοδιότητα την περίθαλψη απροστάτευτων και φτωχών γερόντων. Το 1922 με νεώτερο ΝΔ το τμήμα αυτό μεταφέρθηκε στο Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης. το 1946 δημοσιεύθηκε ο νόμος 908, ο οποίος προέβλεπε την επιχορήγηση των γηροκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ ακολούθησαν τα επόμενα χρόνια διάφορα διατάγματα και ρυθμίσεις, που απέβλεπαν στην αντιμετώπιση των ιατροκοινωνικών προβλημάτων των υπερηλικών.

Το 1973 ψηφίστηκε ο νόμος 162, που περιείχε βασικές αρχές κοινωνικής πολιτικής, ανάλογες με αυτές των αναπτυγμένων χωρών τόσο στην ιδρυματική, όσο και στην εξωϊδρυματική προστασία των ηλικιωμένων.

### **Β. Η υγειονομική φροντίδα**

Παρά το μεγάλο αριθμό ατόμων της τρίτης ηλικίας που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία και παρά την παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας τους, δεν υφίσταται στην Ελλάδα η ειδικότητα της γηριατρικής και η ειδική εκπαίδευση νοσοκόμων σε θέματα ηλικιωμένων.

Για τους υπερήλικες σε όλη την Ελλάδα, λειτουργούν 4 προληπτικές γηριατρικές μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στην περιοχή των Αθηνών, ενώ από το 1990 λειτουργεί εξωτερικό γηριατρικό ιατρείο στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Οι μονάδες του Υπουργείου παρακολουθούν 7.000 περίπου ηλικιωμένους, παρέχοντας δωρεάν υπηρεσίες, που περιλαμβάνουν περιοδικές γενικές και εργαστηριακές εξετάσεις, επισκέψεις στο σπίτι από κοινωνικούς λειτουργούς και αδελφές νοσοκόμους, υγειονομικές συμβουλές, νομική καθοδήγηση, μελέτη των συνθηκών διαβίωσης και δραστηριότητες για ομαδική ψυχαγωγία. Έχει υπολογιστεί, ότι τα κέντρα αυτά προλαμβάνουν 9 από τις 10 πιθανές εισαγωγές σε ιδρύματα ή νοσοκομεία για μακρόχρονη περίθαλψη.

Το 1977 το Τμήμα Νοσηλευτικής του Ε.Ε.Σ. ξεκίνησε ένα πρόγραμμα επισκέψεων «κατ' οίκον» σε επίπεδο γειτονιάς, που υλοποιήθηκε με τη βοήθεια νοσοκόμων δημόσιας υγείας, αποκλειστικών νοσοκόμων και εθελοντών και αφορούσε θέματα υγείας, διαίτης και οικιακής φροντίδας των υπερηλίκων.

### **Γ. Η κοινωνική πρόνοια**

Το 1979 δημιουργήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα πρώτα Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα οποία στα επόμενα χρόνια εξελίχθηκαν σταδιακά, πολλαπλασιάστηκαν και έφτασαν να αποτελούν σήμερα θεσμό επιτυχημένο και αποδεκτό. Οι βασικές υπηρεσίες που προσφέρουν στους υπερήλικες τα ΚΑΠΗ περιλαμβάνουν: 1) Κοινωνική εργασία· 2) Φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία· 3) Βοήθεια στο σπίτι σε άτομα που ζουν μόνα τους ή έχουν ιδιαίτερες ανάγκες εξυπηρέτησης· 4) Οδηγίες και φροντίδα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη· 5) Οργανωμένη ψυχαγωγία· 6) Λέσχη που αποτελεί χώρο συνάντησης των υπερηλίκων κ.ά.

Πριν όμως από την ίδρυση των πρώτων ΚΑΠΗ, είχε προηγηθεί το 1968 ένα πρόγραμμα της Αρχιεπισκοπής Αθηνών για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, που υλοποιήθηκε μέσω της Υπηρεσίας Χριστιανικής Αλληλεγγύης. Το πρόγραμμα αυτό που οργανώθηκε σε επίπεδο ενοριών περιλάμβανε:

1. Λειτουργία σε 4 ενορίες «Σπιτιών Γαλήνης του Χριστού». Τα «Σπίτια» αυτά αποτελούσαν ιδρύματα ανοικτής περίθαλψης, όπου σε καθημερινή βάση εθελοντές ετοίμαζαν και προσέφεραν φαγητό, ενώ σποραδικά οργανώνονταν ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και συγκεντρώσεις. Υπεύθυνος κάθε «Σπιτιού» ήταν ο ιερέας της ενορίας και μια εθελόντρια. Σε κάθε «σπίτι» εργαζόνταν 20-30 εθελοντές και προσφέρονταν φροντίδα σε 25-30 ηλικιωμένους, οι οποίοι δεν είχαν οικονομικούς πόρους, ήταν πάνω από 60 ετών και διέμεναν στην αντίστοιχη ενορία. Οι εθελοντές πέρα από τις υπηρεσίες που προσέφεραν στα «Σπίτια Γαλήνης», συμπαραστέκονταν και βοηθούσαν τους ηλικιωμένους στα σπίτια τους και αναλάμβαναν, κατά περίπτωση, την εισαγωγή τους στα νοσοκομεία.

2. Λειτουργία σε 26 ενορίες, «Ομάδων Ελευθέρως Διαβιούντων Ηλικιωμένων», οι οποίοι 2-5 φορές την εβδομάδα, συγκεντρώνονταν σε κάποιο χώρο για να γευματίσουν ή για να ψυχαγωγηθούν.

3. Επίσκεψη 2-3 φορές την εβδομάδα σε σπίτια ηλικιωμένων ομάδας 2-3 εθελοντών εκπαιδευμένων στην παροχή νοσηλείας και μιας κοινωνικής λειτουργού. Η ομάδα αυτή παρείχε, κατά περίπτωση νοσηλεία και φρόντιζε για την ψυχική τόνωση και την ψυχαγωγία των ηλικιωμένων.

4. Λειτουργία στη Ν. Σμύρνη και τη Ν. Ιωνία δύο «Σπιτιών ηλικιωμένων» που επιχορηγούνταν από την Αρχιεπισκοπή και χαρακτηρίζονταν ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν δεκάδες ιδρύματα υπερηλικών, τα περισσότερα των οποίων είναι ιδιωτικού δικαίου και επιχειρήσεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

## **Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ**

### **Α. Μεγάλη Βρετανία**

Στη Μ. Βρετανία κατά την περίοδο της φεουδαρχίας ο κλήρος είχε αναλάβει μια υποτυπώδη πρόνοια για τους υπερηλικές, που εργαζόνταν στα κτήματα των ευγενών. Τον 12ο αιώνα ιδρύθηκε το πρώτο γηροκομείο με την επωνυμία «Οίκος Κυρίου», ενώ το 1504 δημοσιεύθηκε το πρώτο Διάταγμα «Περί Κοινωνικής Πρόνοιας των Γερόντων». Το 1601 η Βασίλισσα

Ελισσάβετ επέβαλε αναγκαστική φορολογία υπέρ των φτωχών και των υπερηλίκων, ενώ δύο αιώνες αργότερα το 1834, αποφασίστηκε η ίδρυση πτωχοκομείων και γηροκομείων και η συγκρότηση ενοριακών επιτροπών για τη φροντίδα αναξιοπαθούντων υπερηλίκων. Οι επιτροπές αυτές διέθεταν ιατρούς και νοσοκόμους για την περίθαλψη ασθενών και διένειμαν ρουχισμό και τρόφιμα κατά περίπτωση. Το 1900 ιδρύθηκε Σύλλογος υπό την επωνυμία «Βασιλική Επιτροπή για τους Άπορους Γέροντες», η οποία ανέλαβε τη διοργάνωση και λειτουργία νοσηλευτηρίων, εξωτερικών ιατρείων και κέντρων έρευνας των προβλημάτων των υπερηλίκων. Το 1929 καταργήθηκε με νόμο η ανάμιξη της Εκκλησίας σε ζητήματα πρόνοιας των υπερηλίκων και ανατέθηκε η ευθύνη της στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Η περίοδος αυτή αποτελεί την απαρχή της λειτουργίας των γηροκομείων με επιστημονικές προδιαγραφές και της ίδρυσης γηριατρικών ιδρυμάτων νοσηλείας των υπερηλίκων. Το 1944 όλες οι οργανώσεις που αποσκοπούσαν στη φροντίδα και στήριξη της τρίτης ηλικίας συγχωνεύτηκαν σε μια ενιαία οργάνωση με την επωνυμία «Εθνική Επιτροπή Αποκατάστασης των Γερόντων», η οποία άρχισε αμέσως την οργάνωση οίκων ευγηρίας, κέντρων εργασιοθεραπείας και ψυχαγωγίας, λουτρών και σιτιστίων. Η ίδια επιτροπή σε συνεργασία με τη «Nuffield Foundation» μελέτησε τα διάφορα προβλήματα των υπερηλίκων, προέβει σε απογραφή των ατόμων της τρίτης ηλικίας, εισηγήθηκε πρακτικά μέτρα πρόνοιας και εκπόνησε προγράμματα περίθαλψης και προστασίας των υπερηλίκων.

Σήμερα στη Μ. Βρετανία λειτουργούν γηριατρικά νοσοκομεία για τους χρονίους πάσχοντες υπερήλικες, έχει ληφθεί μέριμνα για νοσηλεία και φροντίδα στο σπίτι, ενώ υπάρχουν οίκοι ευγηρίας που καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Πρέπει τέλος να σημειωθεί, ότι η περίθαλψη των υπερηλίκων στη Μ. Βρετανία θεωρείται ως εκδήλωση κοινωνικού και κρατικού καθήκοντος και όχι ως παροχή ευεργεσίας λόγω οίκτου. Η αντίληψη αυτή είναι βαθειά ριζωμένη στη νοοτροπία των Βρεττανών, οι οποίοι από μικρή ηλικία ενημερώνονται για τις ανάγκες και τα προβλήματα των υπερηλίκων.

## **B. Γαλλία**

Στη Γαλλία η λειτουργία των Γηροκομείων θύμιζε μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα περισσότερο φυλακή παρά ιδρύματα πρόνοιας. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο τα προβλήματα πρόνοιας και περίθαλψης των υπερηλίκων άρχισαν να αντιμετωπίζονται με αποφασιστικό τρόπο. Τα παλιού τύπου γηροκομεία, που προσέφεραν απλή παραμονή στους υπερήλικες, καταργήθηκαν, ιδρύθηκαν σύγχρονα ιδρύματα πρόνοιας, γηριατρικά νοσοκο-

μεία και ινστιτούτα έρευνας, ενώ δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα σε ζητήματα ψυχαγωγίας και εργασιοθεραπείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Τα διάφορα μέσα που διατίθενται προς το σκοπό αυτό είναι οι εκδρομές, οι θερινές διακοπές, οι θεατρικές παραστάσεις, η ανθοκομία, η χειροτεχνία κ.ά. Πρέπει τέλος να επισημανθεί, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των οικονομικών δαπανών για τους υπερήλικες έχει αναληφθεί στη Γαλλία από το κράτος, ενώ τα μέλη των διαφόρων φιλανθρωπικών οργανώσεων συμμετέχουν κυρίως με προσωπική εργασία στη φροντίδα των υπερηλίκων.

#### **Γ. Κάτω Χώρες (Βέλγιο, Ολλανδία, Λουξεμβούργο)**

Στις Κάτω Χώρες κατά τον 17ο και 18ο αιώνα ο κλήρος είχε αναλάβει υποτυπωδώς την ευθύνη της φροντίδας των υπερηλίκων σε μοναστήρια και σε άλλα εκκλησιαστικά ιδρύματα. Αργότερα ιδρύθηκαν τα πρώτα γηροκομεία, τα οποία επίσης λειτουργούσαν υπό την ευθύνη του κλήρου, χωρίς όμως να μπορούν να προσφέρουν ικανοποιητικές συνθήκες διαβίωσης στους υπερήλικες.

Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο η ευθύνη της φροντίδας και της προστασίας των υπερηλίκων ανατέθηκε κατά κύριο λόγο στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, η οποία ασχολήθηκε συστηματικά με την ίδρυση γηριατρικών νοσοκομείων. Παράλληλα οργανώθηκαν ειδικές κρατικές υπηρεσίες, η σημαντικότερη των οποίων είναι η «Υπηρεσία της κατ' οίκον βοήθειας των γερόντων». Η υπηρεσία αυτή πλαισιώνεται κυρίως από εθελοντές και από ελάχιστους κρατικούς υπαλλήλους, οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες στους κατ' οίκον νοσηλευόμενους υπερήλικες.

#### **Δ. Σουηδία**

Η Σουηδία μπορεί να χαρακτηριστεί ως υπόδειγμα άριστης προσφοράς ιατροκοινωνικής πρόνοιας και περίθαλψης στους υπερήλικες.

Η παρεχόμενη σύνταξη, στην περίπτωση που δε βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα συμπληρώνεται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση με επιδόματα στέγασης και κατ' οίκον νοσηλείας. Επίσης υπάρχουν στις περισσότερες πόλεις «γειτονιές υπερηλίκων», που αποτελούνται από οικίες οικοδομημένες με προδιαγραφές για αποκλειστική χρήση από άτομα της τρίτης ηλικίας. Οι «γειτονιές» αυτές διαθέτουν κοινό εστιατόριο, γυμναστήριο, φυσιοθεραπευτήριο, αίθουσα διαλέξεων και κινηματογράφου, ενώ ο εξοπλισμός των χώρων διαμονής των υπερηλίκων είναι απλός, πρακτικός και ευχάριστος, δίδοντας την εντύπωση ιδιωτικής κατοικίας.

Στη Σουηδία δίδεται ιδιαίτερη προσοχή σε ζητήματα διατροφής των

υπερηλικών, ενώ αξία αναφοράς είναι η ειδική φροντίδα που παρέχεται για την περιποίηση των άκρων ποδών των υπερηλικών, προς αποφυγή δημιουργίας δυσκολιών στη βάδιση, η οποία θα είχε ως συνέπεια την απομόνωσή τους.

### **Ε. Ρουμανία**

Στη Ρουμανία τα γηριατρικά και γεροντολογικά προβλήματα απασχολούν διακεκριμένους επιστήμονες, εδώ και πολλά χρόνια. Από το 1912 ο Καθηγητής Pahon είχε ασχοληθεί συστηματικά με τα βιολογικά προβλήματα του γήρατος, συνεισφέροντας θετικά στοιχεία στον τομέα της πρόληψης του γήρατος και της παράτασης της ζωής. Συνεχιστές του έργου του υπήρξαν ο υιός του, η Aslan η οποία εφήρμοσε την ανανεωτική μέθοδο με τη νοβοκαΐνη και άλλοι επιστήμονες.

Στη Ρουμανία έχει καθιερωθεί μετά το 1950 σύστημα καθολικής ασφάλισης του πληθυσμού και παροχής δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ενώ τις θερινές περιόδους οι υπερήλικες που έχουν ανάγκη αποστέλλονται δωρεάν προς ανάπαυση σε ειδικά αναπαυτήρια και λουτροπόλεις. Άλλο σημείο αναφοράς είναι το «Ινστιτούτο Γηριατρικής», το οποίο εκτός της νοσηλείας των υπερηλικών ασχολείται με διάφορα ερευνητικά προγράμματα, που διερευνούν τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας.

### **ΣΧΟΛΙΟ - ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Στην εποχή μας που το Κράτος-Πρόνοια κυριαρχεί προβάλλει επιτακτικά η ανάγκη της ιδιαίτερης φροντίδας των υπερηλικών με όλα τα προσφερόμενα μέσα. Ειδικά όμως η οργάνωση ειδικών μονάδων παροχής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας σε υπερήλικες, θα προσφέρει βασική κοινωνική στήριξη, παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας και απλή νοσηλευτική εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Με τον τρόπο αυτό θα δημιουργηθούν προϋποθέσεις για να ζήσουν στον ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο, με τα λιγότερα δυνατά προβλήματα.

Το όλο θέμα συνδέεται κατά βάση με την ανθρωπιστική φιλοσοφία η οποία προσπαθεί να κάνει σαφές, ότι οι αγώνες της επιστήμης που στοχεύουν στη συνεχή αύξηση του μέσου όρου ζωής, πρέπει να συνδυάζονται με την εφαρμογή ενός ευρύτατου προγράμματος αντιμετώπισης του συνόλου των ιατροκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες. Εάν η παράταση του χρόνου της ζωής του ανθρώπου σημαίνει παράταση της αθλιότητας και των κακών συνθηκών διαβίωσης, τότε το επίτευγμα χάνει την αξία του και ο θρίαμβος της επιστήμης μετατρέπεται σε τραγωδία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Allan G. Friendship and care for elderly people. *Aging and Society* 1986;6:1-12.
2. Arling G. Strain, social support and distress in old age. *Gerontology* 1987;42:107-113.
3. Cape R, Henschke P. Perspective on health in old age. *J Am Geriatr Soc* 1980;28:295-299.
4. Δαρδαβέσης Θ. Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Αθήνα: Υγειονομική Σχολή Αθηνών; 1988.
5. Δαρδαβέσης Θ. Η ιδρυματική περίθαλψη και η προστασία των υπερηλίκων στην Ελλάδα και το εξωτερικό. *Εφημερίδα Μακεδονία*, 7-3-1993, αρ. φύλλου 24146, σελ. 29.
6. Δαρδαβέσης Θ. Ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των Ελλήνων υπερηλίκων. *Ιατρικό Βήμα* 1993;30:53-57.
7. Dimond M, Lund DA, Caserta MS. The role of social support in the first year of bereavement among the elderly. *Gerontologist* 1987;25:599-604.
8. Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος. Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα. Εθνική Έκθεση Αθήνα; 1982.
9. European Health Committee. The provision of medical and nursing care for old people at home. Strasbourg: Council of Europe 1984;7:11.
10. Groth B. Future directions in geriatric primary care. *Ceriatrics* 1987;42:89-92.
11. Lehr U. Σύγχρονες τάσεις της γεροντολογίας στις Ευρωπαϊκές χώρες. Πρακτικά διεθνούς συμποσίου για την τρίτη ηλικία. Αθήνα 1981;18-29.
12. Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδος (1821-1960) Αθήνα; 1960.
13. OECD. Aging populations. The social policy implications. Paris: OECD;1987.
14. Rowe JW. Health care of the elderly. *N Eng J Med* 1985;312:827-835.



Μετά το πέρας των γενομένων Εισηγήσεων, ο Συντονιστής προσεκάλεσε στο βήμα τον παρευρισκόμενο Γηρίατρο κ. Κίμων Βολίκα ο οποίος και εξέθεσε την πείρα και τις απόψεις του επί του θέματος της ιατρικής και νοσηλευτικής μέριμνας των ηλικιωμένων.

Επακολούθησε ενδιαφέρουσα και μακρά συζήτηση με το Ακροατήριο εις το οποίο συγκαταλέγοντο και εκπρόσωποι της Πολιτείας και εν τέλει, ο Πρόεδρος του Τεκτονικού Ιδρύματος και Συντονιστής του Συμποσίου κ. Σάββας Βαφειάδης συνοψίζοντας επεσήμανε την ανάγκη εξασφάλισης στα άτομα τρίτης ηλικίας συμμετοχής τους στα κοινωνικά δρώμενα, ως και της περαιτέρω αξιοποίησεως των δυνατοτήτων τους προς όφελος του Κοινωνικού συνόλου. Καταλήγοντας, τόνισε ότι δεν πρέπει να διακρίνομε τα άτομα με βάση την ημερομηνία γεννήσεώς τους και ότι δεν παύομε όλοι, ανεξαρτήτως ηλικίας να έχουμε ίσα δικαιώματα ενώπιον του Θεού και των Νόμων της Πολιτείας.

Την όλη εκδήλωση συμπλήρωσε η δεξίωση, που δόθηκε προς τιμήν των Επισκεπτών στο Κυλικείο του τεκτονικού μεγάρου.