

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ  
«ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ»**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ (1792)**

**ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΘΕΜΕΛΗ ΟΛΓΑ**

**ΡΕΘΥΜΝΟ 2008**

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	5
<b>2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b> .....	8
2.1. Ανασκόπηση του προβλήματος.....	8
2.2. Η κακοποίηση τρίτης ηλικίας ως χρόνια ασθένεια.....	10
2.3. Πραγματικότητες για την κακοποίηση.....	11
2.4. Πόσο γνωστό είναι το πρόβλημα της κακοποίησης στη Τρίτη ηλικία.....	12
2.4.1 Γιατί η κακοποίηση παραμένει ένα κρυμμένο πρόβλημα;.....	13
<b>3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b> .....	15
3.1. Ορισμός Κακοποίησης τρίτης ηλικίας.....	15
3.2. Είδη κακοποίησης.....	16
3.2.1. Σωματική κακοποίηση.....	16
3.2.2. Ψυχολογική κακοποίηση.....	16
3.2.3. Σεξουαλική κακοποίηση.....	17
3.2.4. Οικονομική εκμετάλλευση.....	18
3.2.5. Παραμέληση.....	18
3.2.5.1 Αυτό-παραμέληση.....	19
3.3. Προβλήματα από την έλλειψη σαφών ορισμών για τη κακοποίηση και παραμέληση.....	20
<b>4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</b> .....	21
4.1. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	21
4.1.1. Στις Ευρωπαϊκές χώρες.....	21
4.1.2. Στην Αυστραλία και την Αμερική.....	21
4.1.3. Στις Ασιατικές χώρες.....	22
4.1.4. Γενικά.....	22
4.2. Επιδημιολογικά στοιχεία των διαφορετικών ειδών κακοποίησης.....	23
4.3. Συχνότητα κακοποίησης στις ηλικιωμένες γυναίκες και άντρες.....	24
<b>5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</b> .....	25
5.1. Θεωρίες για τα αίτια της κακοποίησης τρίτης ηλικίας.....	25
5.1.1.Εξάρτηση του ηλικιωμένου.....	26
5.1.2.Το στρες του φροντίζοντος ατόμου (φροντιστή).....	27

5.1.3.Ακατάλληλοι φροντιστές.....	28
5.1.4.Απομόνωση-Μοναξιά.....	28
5.1.5.Η βία μεταξύ των γενεών.....	29
5.1.6.Ευερεθιστότητα των ηλικιωμένων.....	30
5.1.7.Κοινωνικοπολιτισμική Κουλτούρα.....	32
5.2. Πολυπαραγοντική Κλινική Εκτίμηση.....	33
5.3. Σχέση των χαρακτηριστικών προσωπικότητας του ηλικιωμένου θύματος με τη κακοποίηση.....	34
5.4. Παράγοντες κινδύνου για αυτό-παραμέληση γερόντων.....	37
<b>6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....</b>	<b>38</b>
6.1. Ποιοι είναι οι υπεύθυνοι για τη φροντίδα των ηλικιωμένων;.....	38
6.2. Ποιοι είναι οι δράστες;.....	39
6.3. Χαρακτηριστικά του φροντιστή.....	41
6.3.1.Παράγοντες που προκαλούν στρες στο φροντιστή.....	41
6.4. Συνέπειες από τη φροντίδα προς κάποιο ηλικιωμένο άτομο της οικογένειας.....	42
<b>7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....</b>	<b>45</b>
7.1. Χώροι Κακοποίησης Ατόμων Τρίτης Ηλικίας.....	45
7.1.1.Στα πλαίσια της οικογένειας.....	45
7.1.2.Στους Ιδρυματικούς χώρους.....	47
7.1.2.1 Παράγοντες κινδύνου για την κακοποίηση στα Ιδρύματα.....	48
7.2. Κακοποίηση τρίτης ηλικίας σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά στρώματα.....	49
<b>8. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ.....</b>	<b>51</b>
8.1. Είναι κάθε μελανιά, σημάδι κακοποίησης;.....	51
8.2. Γνώση της παθοφυσιολογίας της τρίτης ηλικίας.....	52
8.2.1.Φυσιολογικές σωματικές αλλαγές στους ηλικιωμένους.....	52
8.2.2.Φυσιολογικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες.....	54
8.2.3.Αλλαγές στη ψυχολογική υγεία των ηλικιωμένων.....	54
8.3. Αναγνώριση της κακοποίησης.....	54
<b>9. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ.....</b>	<b>57</b>
9.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	57
9.1.1.Παράγοντες που εμποδίζουν την ορθή εκτίμηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων.....	57
9.1.1.1.Ρατσισμός.....	57

9.1.1.2 Συμπτώματα που μιμούνται κάποια ασθένεια.....	58
9.1.2. Μέθοδοι εκτίμησης της κακοποίησης ηλικιωμένων.....	58
<b>9.2. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....</b>	<b>60</b>
9.2.1. Στρατηγικές παρέμβασης.....	60
<b>9.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....</b>	<b>61</b>
9.3.1. Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος.....	61
9.3.1.1. Ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος.....	61
9.3.2. Ίδρυση οργανισμών.....	63
9.3.3. Προγράμματα παρεμπόδισης.....	63
9.4. Ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση του προβλήματος.....	64
9.4.1. Πώς μπορούν να βοηθήσουν οι νοσοκόμες/οι ;.....	64
9.4.2. Ο ρόλος των ιατρών στη κακοποίηση των ηλικιωμένων.....	66
9.4.2.1. Προγράμματα Ιατρικής Εκπαίδευσης για τη κακομεταχείριση των ηλικιωμένων.....	67
9.4.2.2. Οφέλη από τη γνώση και την εφαρμογή τέτοιων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.....	70
9.4.2.3. Δυσκολίες για την εφαρμογή των προγραμμάτων.....	70
9.4.3. Ρόλος των κέντρων φροντίδας και των νοσοκομείων.....	71
9.4.3.1. Χρήση των τμημάτων «επειγόντων περιστατικών» από τα ηλικιωμένα θύματα.....	72
9.4.4. Ρόλος των οδοντιάτρων.....	74
9.4.4.1. Εκπαίδευση των οδοντιάτρων για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας.....	74
9.4.5. Συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών.....	75
9.4.6. Μείωση του άγχους του φροντίζοντος ατόμου (φροντιστή).....	75
9.5. Συμπεράσματα για τη διευθέτηση του προβλήματος.....	76
<b>10. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ.....</b>	<b>77</b>
10.1. Στάση της πολιτείας απέναντι στο πρόβλημα.....	77
10.2. Καταγγελίες περιστατικών κακοποίησης ηλικιωμένων.....	79
10.2.1. Ευθύνη καταγγελίας.....	80
10.3. Νομοθεσία για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας.....	80
10.4. Ο ρόλος της αστυνομίας.....	80
10.5. Θα πρέπει η κακομεταχείριση προς τους ηλικιωμένους να θεωρείται ανθρωποκτονία;.....	82

<b>11. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ</b> .....	84
11.1. Συνέπειες από τη κακοποίηση στους ανθρώπους μεγάλης ηλικίας.....	84
11.2. Επίλογος.....	85
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	88

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το πρόβλημα της κακοποίησης των ανθρώπων που ανήκουν στη Τρίτη ηλικία. Πρόκειται για μια μικρή προσπάθεια να παρουσιαστούν όλες οι υπάρχουσες πληροφορίες και απόψεις για το συγκεκριμένο αθέατο (στη χώρα μας, κυρίως αλλά και όχι μόνο) κοινωνικό πρόβλημα.

Στην αρχή της εργασίας, γίνεται μια μικρή ανασκόπηση του προβλήματος. Κατόπιν, παρατίθενται επιδημιολογικά στοιχεία, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη της άσχημης αυτής κατάστασης και της έκτασης που έχει πάρει στις ζωές των ηλικιωμένων ανθρώπων. Εν συνεχεία, ορίζονται τα είδη κακοποίησης, καθώς δεν υπάρχει μόνο μία μορφή παραβίασης των δικαιωμάτων των μεγάλων σε ηλικία ατόμων. Όπως ακριβώς, υπάρχουν διαφορετικά είδη κακοποίησης σε παιδιά, συζύγους και οποιαδήποτε άλλη ομάδα «αδυνάτων», έτσι και η βία στους ηλικιωμένους εκφράζεται με διάφορες μορφές. Τα είδη κακοποίησης εκτείνονται από τη σωματική κακοποίηση, η οποία γίνεται ορατή μέσα από τα σημάδια που αφήνει στο σώμα και φτάνουν μέχρι τη ψυχολογική βία, της οποίας τα σημάδια καταγράφονται στην ανθρώπινη ψυχή. Γι' αυτό και η ψυχολογική κακοποίηση γίνεται δυσκολότερα ανιχνεύσιμη και πιο έμμεσα προσεγγίσιμη.

Οι υπάρχουσες θεωρίες για τα αίτια της κακοποίησης, προσπαθούν να εξηγήσουν την ύπαρξη και τη διατήρηση του προβλήματος, στις σύγχρονες κοινωνίες.

Η βία λαμβάνει χώρα σε διάφορα πλαίσια. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να κακοποιούνται μέσα στην οικογένεια, τόσο από τα στενά μέλη της οικογένειάς τους, όσο και από το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον. Επίσης, η βία μπορεί να συμβαίνει και στα άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας από μέλη του προσωπικού που είναι υπεύθυνα για τη φροντίδα τους. Ακόμα και όταν ένας ηλικιωμένος περνά τα γεράματά του, ζώντας στο σπίτι του, έχοντας κάποιο φροντιστή που ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες, είναι πιθανόν να υποστεί κακοποίηση.

Τέλος, προτείνονται τρόποι για τη πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου, οργανώνοντας κατάλληλα προγράμματα παρέμβασης. Τα προγράμματα αφορούν την εκπαίδευση των ειδικών για τη φροντίδα της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων.

Στην Ελλάδα, το πρόβλημα υπάρχει αλλά παραμένει άγνωστο. Η νομοθεσία δεν έχει θεσπίσει νόμους, για τη προστασία των ηλικιωμένων που πέφτουν θύματα κακοποίησης εντός και εκτός οικογενειακού πλαισίου.

Επίσης, δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τον αριθμό των ατόμων – θυμάτων. Συνεπώς, η παρέμβαση για την αντιμετώπιση είναι ανύπαρκτη στη χώρα μας. Στην ουσία μιλάμε για ένα πρόβλημα, που απλώς νιώθουμε πως υπάρχει από τα περιστασιακά δημοσιογραφικά ρεπορτάζ και άρθρα που κατά καιρούς διαβάζουμε στις εφημερίδες ή ακούμε στα τηλεοπτικά δελτία ειδήσεων.

Η μη απασχόληση ειδικών για τα κοινωνικά προβλήματα, με το εν λόγω θέμα, οδηγεί στη ψευδαίσθηση πως μάλλον δε συμβαίνει στη χώρα μας. Συνεπώς, η θεματολογία της παρούσας εργασίας, βασίζεται σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε Ευρωπαϊκές χώρες (εκτός της Ελλάδας), στην Αμερική καθώς και σε χώρες της Ασίας.

Ελπίζουμε να γίνουν προσπάθειες, κάποια στιγμή και στη χώρα μας, ώστε το θέμα της βίας στους ηλικιωμένους να δημοσιοποιηθεί και να δημιουργηθούν θεραπευτικές παρεμβάσεις, πρόληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος, παρόμοιες με αυτές που υπάρχουν για τη παιδική και συζυγική κακοποίηση.

Η περίοδος του γήρατος, που είναι το τελευταίο στάδιο της ενήλικης ζωής και γενικότερα της ζωής του κάθε ανθρώπου, δε πρέπει να ταυτίζεται με την ανημποριά. Η προχωρημένη ηλικία είναι περίοδος της ζωής που το άτομο μπορεί να χαιρέται, χωρίς ή και παρά, τη μείωση των δυνάμεων του, σωματικών και πνευματικών. Πιστεύουμε, πως είναι χρέος των κοινωνιών να εξασφαλίζουν συνθήκες διαβίωσης στις οποίες τα άτομα τρίτης ηλικίας θα νιώθουν ασφάλεια. Ασφάλεια, ώστε να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους, ήρεμοι, χωρίς τραύματα, σωματικά και ψυχικά. Γιατί όπως, ακριβώς τα τραύματα της κακοποίησης στα παιδιά καταγράφονται στο ψυχισμό τους, καθορίζοντας την εξέλιξη της υπόλοιπης ζωής τους, έτσι και τα τραύματα της βίας στους ηλικιωμένους, καθορίζουν τη ποιότητα διαβίωσης τους, κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής τους, που αποτελεί και το στάδιο μετάβασης από τη ζωή στο θάνατο.

Άλλωστε, ο κλάδος της ψυχολογίας που ασχολείται με τα ηλικιωμένα άτομα και ονομάζεται γηροψυχολογία, υποστηρίζει πως οι ηλικιωμένοι όχι, απλώς διατηρούν τις ικανότητές τους, σε υψηλό επίπεδο, αλλά και βελτιώνονται σε τομείς όπως, η σοφία, η επαγγελματική γνώση, η δημιουργικότητα και η λύση προβλημάτων στη καθημερινή ζωή. Αυτό αποτελεί έναν ακόμα σημαντικό λόγο για τις κοινωνίες να προστατεύουν τους ηλικιωμένους, θεωρώντας τους χρήσιμα μέλη τους, που έχουν συνεισφέρει αλλά και που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ακόμα, στο κοινωνικό σύνολο.

Τα τραύματα από τη κακοποίηση των ανθρώπων, τους δημιουργούν δυσάρεστα συναισθήματα που δεν τους επιτρέπουν να ζήσουν, ήρεμοι και χαρούμενοι το τελευταίο στάδιο

της ζωής τους. Σίγουρα ο κάθε άνθρωπος στη πορεία της ζωής του, περνά από καταστάσεις που δεν είναι πάντα ευχάριστες. Φτάνοντας στη Τρίτη ηλικία, είναι μια καλή ευκαιρία να ησυχάσει, για όσα χρόνια ζήσει, ακόμα. Γιατί λοιπόν, να τους κακοποιούμε;

Ο Γεροντολογικός Σύλλογος των Η.Π.Α, όπως αναφέρει η Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999), προτείνει ένα σύνθημα για τη Τρίτη ηλικία, το οποίο είναι: «Πρόσθεσε ζωή στα χρόνια, όχι μόνο περισσότερα χρόνια στη ζωή» («Add life to years, not just more years to life»). Αυτή η φράση, μας ενέπνευσε, ώστε να διατυπώσουμε το παρακάτω σύνθημα, ενάντια στη κακοποίηση των ηλικιωμένων: «Μην αφαιρείς περισσότερη ζωή από τους ηλικιωμένους».



## 2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 2.1. Ανασκόπηση του προβλήματος

Ως συνέπεια της αύξησης του προσδόκιμου ορίου ηλικίας που έχει συμβεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο ή τριών δεκαετιών, πολλές χώρες γίνονται ραγδαία «γηραιές κοινωνίες».

Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, επιφέρει αλλαγές σε κάθε τομέα των κοινωνιών, συμπεριλαμβάνοντας και αυτούς στο σχήμα της οικογένειας και τις δομές της, επηρεάζοντας και τις ζωές των ηλικιωμένων ατόμων. Ενώ, παλιότερα, στις περισσότερες κοινωνίες τη φροντίδα των ηλικιωμένων είχαν τα στενά συγγενικά πρόσωπα, στις σημερινές κοινωνίες τη φροντίδα αναλαμβάνουν τρίτα προς την οικογένεια πρόσωπα ή ιδρύματα. Επίσης, η αύξηση των εργαζομένων γυναικών, έχει ως συνέπεια οι ηλικιωμένοι να ζουν μόνοι στο σπίτι και να έχουν την ευθύνη της φροντίδας του εαυτού τους (Oh et.al, 2005).

Η ετοιμότητα των κοινωνιών, ωστόσο, για το γηραιό πληθυσμό ήταν και παραμένει ελάχιστη, στις περισσότερες χώρες. Εφ' όσον οι κοινωνίες δεν είναι προετοιμασμένες για την αντιμετώπιση προβλημάτων ενός ολοένα αυξανόμενου πληθυσμού, οι δυσκολίες μεγαλώνουν και επεκτείνονται. Σε οικονομικό επίπεδο, το συνταξιοδοτικό σύστημα χορηγεί χαμηλά εισοδήματα και εάν οι ηλικιωμένοι δεν έχουν φροντίσει να αποταμιεύσουν, ζουν στερημένα, χωρίς να μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους. Οπότε, ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων δεν έχει καθόλου ή έχει πολύ χαμηλό ανεξάρτητο εισόδημα. Αυτός, συνήθως είναι και ο βασικός λόγος για τον οποίο αναγκάζονται να γίνονται οικονομικά εξαρτημένοι από τα παιδιά τους.

Η μετανάστευση είναι πολλές φορές, ακόμα ένας λόγος για τον οποίο οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, σύμφωνα με την άποψη του O'Malley (1983), όπως αναφέρει ο Madden (1995). Σύμφωνα με τον Lowenstein, όπως αναφέρει η Rabi, (2006), οι ηλικιωμένοι μετανάστες στο Ισραήλ, έχουν σε μεγάλο ποσοστό τέτοιες δυσκολίες. Στατιστικές αναλύσεις όλων των κοινωνικών στρωμάτων του Ισραηλινού πληθυσμού, αποκάλυψε ότι, μέσα στο 2000, μόνο το 9% αυτών που ήταν 65 ετών ακόμα εργάζονταν, συγκρινόμενοι με το 19% μέσα στο 1970. Το επίπεδο χαμηλής απασχόλησης, αντανακλά υψηλά επίπεδα οικονομικών δυσκολιών. Το 22% των ηλικιωμένων στο Ισραήλ είναι φτωχοί και σχεδόν το 19% αναφέρουν ανεπαρκή διατροφή, σύμφωνα με στοιχεία του Myers-JDC-Brookdale Institute, όπως αναφέρει η Rabi (2006). Αυτό έχει ως συνέπεια να γίνονται οικονομικά εξαρτημένοι και ευάλωτοι όσο μεγαλώνουν από τα παιδιά τους.

Δεν είναι τυχαίο λοιπόν, που με την απότομη αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων άρχισε να διαφαίνεται και το πρόβλημα της βίας, την ίδια περίοδο περίπου. Το πρόβλημα, άρχισε να γίνεται γνωστό στα μέσα της δεκαετίας του '70, όταν έγιναν αναφορές για «κακοποίηση παππούδων» (Heath et.al, 2005).

Η βία ενάντια στους ηλικιωμένους είναι το πιο πρόσφατο από τα προβλήματα της ενδοοικογενειακής βίας που κέρδισε το δημόσιο ενδιαφέρον και απασχόλησε την ιατρική κοινότητα. Ενώ η παιδική κακοποίηση, ήταν το πρώτο πρόβλημα που έλαβε προσοχή από τις αρχές της δεκαετίας του '60 και η ενδοοικογενειακή βία στις αρχές της δεκαετίας του '70, κανένα περιστατικό κακοποίησης γερόντων δεν είχε περιγραφεί πριν το 1975 (Kleinschmidt, 1997).

Το ενδιαφέρον για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας, ως ένα πραγματικό δημόσιο πρόβλημα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, άρχισε το 1978 με πραγματικά περιστατικά που είδαν το φως της δημοσιότητας, από έρευνες που διεξήχθησαν μέσα από Επιτροπές που είχαν συσταθεί για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας (Sijuwade, 1995).

Οι αποκαλύψεις στη Βρετανία και την Αμερική κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70, συνεχίστηκαν μέσα στη δεκαετία του '80 από μελέτες στο Καναδά, στη Νορβηγία, στη Σουηδία, στο Χονγκ-Κονγκ και την Αυστραλία και μέσα στη δεκαετία του '90 από μια διακρατική αναφορά του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για τη βία σε άτομα τρίτης ηλικίας στην οποία συμμετείχαν 22 ευρωπαϊκές χώρες (Sijuwade, 1995).

Τότε διατυπώθηκαν και οι θεωρίες για τα αίτια του προβλήματος της βίας, κυρίως μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο και αργότερα στα ιδρύματα. Βία και κακοποίηση στα ιδρύματα δεν έλαβαν την απαραίτητη προσοχή από τους ερευνητές για αρκετό καιρό. Έτσι, προτάθηκε μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου, που ήταν υπεύθυνοι για τη παραβίαση της προσωπικότητας των ηλικιωμένων ατόμων (Gordon & Brill, 2001).

Σύμφωνα με τον Sijuwade (1995), το φαινόμενο, αρχικά καταγράφηκε σε διάφορα επιστημονικά περιοδικά της Βρετανίας, ως «βίαιο χτύπημα της γιαγιάς», ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες ως «χτύπημα γονέων», μπαίνοντας στο κατάλογο των κοινωνικών προβλημάτων, δίπλα στη παιδική και συζυγική κακοποίηση.

Το 1985 και 1986 μια ομάδα ερευνητών στην Αμερική, πραγματοποίησε συνεντεύξεις σε περίπου 2000 ηλικιωμένους που ζούσαν στη μητροπολιτική περιοχή της Βοστώνης, τηλεφωνικώς ή πρόσωπο με πρόσωπο (Pillemer & Finkelhor, 1988 από Sijuwade, 1995). Βρήκαν ότι το 3,2% είχαν εμπειρία σωματικής κακοποίησης, λεκτικής κακοποίησης και/ή παραμέλησης,

όταν έφτασαν το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους. Η συζυγική κακοποίηση ήταν δύο φορές τόσο γενική όσο η βία από τα ενήλικα παιδιά, η αναλογία των θυμάτων ήταν ίσα μοιρασμένη μεταξύ ανδρών και γυναικών και η οικονομική θέση και ηλικία δε σχετιζόταν με το ρίσκο για κακοποίηση. Δεδομένα που όπως θα δούμε, στη συνέχεια, από μεταγενέστερες μελέτες έχουν αλλάξει καθώς και οι δύο αυτοί παράγοντες (οικονομική θέση και ηλικία) σχετίζονται με τη βία.

Το 1993, το ξεκίνημα δράσης για την κακοποίηση ηλικιωμένων στο Ηνωμένο Βασίλειο, η δημοσίευση ενός νομοθετικού πλαισίου από το Προεδρείο του Καναδά, η σύσταση του Διεθνούς Κέντρου για την βία ενάντια στους ηλικιωμένους στην Ουάσιγκτον, μαρτυρούσε πως η κακοποίηση είχε γίνει πλέον, ένα διάχυτο κοινωνικό πρόβλημα.

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με στοιχεία Κοινωνικών Υπηρεσιών της Αγγλίας, μολονότι οι κοινωνίες είναι περισσότερο από ποτέ ενημερωμένες για την παιδική κακοποίηση και τα μέτρα που έχουν θεσπιστεί, ώστε να προστατευτούν τα παιδιά, η κακομεταχείριση των ηλικιωμένων, παραμένει υποτιμημένη (Kmietowicz, 2004). Η παραβίαση της προσωπικότητας των ατόμων τρίτης ηλικίας, λαμβάνει ακόμα και σήμερα τη λιγότερη προσοχή, συγκριτικά με τις υπόλοιπες μορφές ενδοοικογενειακής βίας (Kleinschmidt, 1997).

## 2.2. Η κακοποίηση τρίτης ηλικίας ως χρόνια ασθένεια

Η κακοποίηση, αποτελεί πρόβλημα. Αποτελεί ασθένεια, πρωτίτως εκείνου που τη πραγματοποιεί, δηλαδή του θύτη και κατόπιν εκείνου που τη δέχεται, δηλαδή του θύματος.

Η κακοποίηση, ανεξάρτητα από τη μορφή, μπορεί να συμβαίνει χρόνια, από αρκετούς μήνες έως και χρόνια, πολλές φορές θέτοντας σε άμεσο κίνδυνο την υγεία του ατόμου. Η συχνότητα και η ένταση της κακοποίησης μπορεί να διαφέρει κάθε φορά. Ωστόσο και η μικρότερη σε ένταση κακοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη κρίση ένα ηλικιωμένο άτομο με κλονισμένη υγεία, σύμφωνα με τους Quinn & Tomita, (1997). Όλες οι μορφές κακοποίησης άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν την υγεία και τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Κάθε μορφή βίας μπορεί να συμβάλει στο άγχος, τη κατάθλιψη ή το μετα-τραυματικό στρες. Η παραμέληση μπορεί να οδηγήσει, επίσης, σε οργανικές βλάβες με αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών παθήσεων. Τα παραμελημένα άτομα δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια έγκαιρα, με συνέπεια την αύξηση των συμπτωμάτων και τη δυσκολότερη αντιμετώπιση της κατάστασής τους (Hirsch et.al, 1999).

Ο Wang και οι συνεργάτες του (2006), αναφέρουν την άποψη των Baker & Heitkemper, που επισημαίνουν ότι χωρίς την αναγνώριση και πρόληψη, η κακοποίηση στους ηλικιωμένους, θα πάρει διαστάσεις επιδημίας.

Όπως κάθε κοινωνικό πρόβλημα, όταν δεν αντιμετωπίζεται στο αρχικό στάδιο εμφάνισής του, τείνει να διατηρείται και να γίνεται εντονότερο, έτσι και η κακοποίηση της τρίτης ηλικίας, επεκτείνεται σε μεγαλύτερο αριθμό ηλικιωμένων και σε ολοένα και περισσότερα κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια. Έτσι, όσα περισσότερα χρόνια ζει ένας ηλικιωμένος, τόσο περισσότερο κακοποιείται. Καταλήγει να ζει τα τελευταία χρόνια της επίγειας ζωής του, δεχόμενος βία. Και καθώς η κατάσταση, τείνει να αποκρύπτεται, εξαπλώνεται και χρονιάζει. Γίνεται ένα πρόβλημα με ανοχή στο χρόνο. Θύμα και θύτης εγκλωβίζονται στην αρρώστια της βίας. Το θύμα μαθαίνει να αντέχει τη κακοποίηση που δέχεται από το δράστη, εξαρτημένος από μια σχέση που στηρίζεται στη παραβίαση της προσωπικότητάς του.

### 2.3. Πραγματικότητες για την κακοποίηση

Είναι γεγονός πως υπάρχει έλλειψη λεπτομερούς έρευνας για τη κακοποίηση στην Τρίτη ηλικία. Αυτό, δε βοηθά τη προσφορά των αρμόδιων υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας, στις περιπτώσεις βίας.

Οι Jones & Powell (2006), αναφέρονται στον ισχυρισμό του Stanko (1992), που είπε, ότι εν μέρει, το πρόβλημα εξακολουθεί να υπάρχει και να μη τιμωρείται, επειδή, ο κλάδος της εγκληματολογίας, σήμερα επικεντρώνεται στη καταδίκη των εγκληματικών ενεργειών που είναι ορατές και όχι στα εγκλήματα που δε φαίνονται και συμβαίνουν πίσω από τις κλειστές πόρτες των σπιτιών ή των ιδρυμάτων, πολλές φορές μεταξύ γνωστών προσώπων.

Οι πράξεις βίας στους ηλικιωμένους από γνωστά πρόσωπα, διαφαίνεται και από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία από τον Holt (1993), και κατά την οποία αναγνωρίστηκαν 90 περιπτώσεις σεξουαλικά κακοποιημένων ηλικιωμένων ατόμων- 86% ήταν γυναίκες και 14% ήταν άντρες. Σχεδόν όλα τα θύματα ήταν ηλικίας άνω των 85 ετών και εξαρτημένα από άλλους για την φροντίδα τους. Στις περιπτώσεις κακοποίησης των γυναικών, οι περισσότεροι από τους μισούς δράστες ήταν οι ενήλικοι γιοι τους ενώ στο 14% ήταν οι σύζυγοί τους. Στις περιπτώσεις κακοποίησης των αντρών, περίπου τα δύο τρίτα των δραστών ήταν «φίλοι» και το ένα τρίτο ήταν οι σπιτονοικοκυρές τους (Jones & Powell, 2006).

Το γεγονός, πως η κακοποίηση στους ηλικιωμένους συμβαίνει σε μεγάλο ποσοστό από γνωστά άτομα, έχει προκύψει και από έρευνα του Safarik και των συνεργατών του, το 2002, όπως αναφέρουν οι Jones & Powell (2006). Το δείγμα αποτελούσαν 128 δολοφονημένες γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 77 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ένα τρίτο όλων των παραβατών ζούσαν στον ίδιο δρόμο με το θύμα και το 56% ζούσε το πολύ έξι τετράγωνα μακριά από το θύμα. Τα θύματα ήταν κατά το 84% λευκές ηλικιωμένες γυναίκες και το υπόλοιπο ποσοστό μαύρες. Οι παραβάτες ανήκαν και στις δύο φυλές. Άλλο εύρημα της ίδιας έρευνας ήταν ότι οι παραβάτες έτειναν να κακοποιούν θύματα από τις ίδιες φυλές με θύματα της μαύρης φυλής να έχουν κακοποιηθεί από μαύρους παραβάτες. Η ίδια έρευνα βρήκε ότι οι παραβάτες ήταν αμόρφωτοι και άνεργοι. Η πλειοψηφία των παραβατών (92%) είχαν ένα ιστορικό εγκληματικότητας, άσχετα εάν το σύνολο των προηγούμενων παραβάσεων ήταν μηδαμινής φύσεως. Από τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας, προέκυψε ότι όσο νεότερος ο παραβάτης, τόσο σοβαρότεροι οι σωματικοί τραυματισμοί που προκαλούσαν στα θύματα τους.

Όλα τα παραπάνω ευρήματα, είναι πραγματικότητα αφού έχουν επιβεβαιωθεί και από άλλες έρευνες, καθώς θα δούμε και στη συνέχεια της παρούσας εργασίας.

Δεν είναι σπάνιο για τους ηλικιωμένους να είναι θύματα διαφόρων τύπων κακοποίησης, ταυτόχρονα. Η κακοποίηση μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε φυλετικό, εθνικό και κοινωνικοοικονομικό στρώμα. Είναι πιθανόν να λαμβάνει χώρα μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο ή σε ιδρύματα ακόμα και από μέλη του προσωπικού ή άλλα πρόσωπα του οικείου οικογενειακού περιβάλλοντος (Murphree et al, 2002).

#### 2.4. Πόσο γνωστό είναι το πρόβλημα της κακοποίησης στη Τρίτη ηλικία

Η πολιτισμικότητα και η παγκοσμιοποίηση έχουν, έξοχα βοηθήσει να έρθουν στην επιφάνεια κρυμμένα θέματα της κακοποίησης των ηλικιωμένων προς δημόσια συζήτηση και προβληματισμό, προκειμένου να επισημανθεί ως ένα κοινωνικό πρόβλημα, ιδιαίτερης σημασίας (Rabi, 2006). Πράγματι, πρόσφατες έρευνες αποκαλύπτουν υψηλά επίπεδα γνώσης της ύπαρξης του προβλήματος ως ένα σοβαρό κοινωνικό φαινόμενο που χρειάζεται να διευθετηθεί.

Μία μελέτη στο Ισραήλ, που πραγματοποιήθηκε από τους Neikrug & Ronen στις αρχές του 1990, οι οποίοι ήθελαν να εξετάσουν το βαθμό που το κοινό γνωρίζει το πρόβλημα, έδειξε ότι άσχετα από το εάν είναι εξοικειωμένοι ή όχι, από πρώτο χέρι με τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας το κοινό είναι ενήμερο για τη βία των ηλικιωμένων σε μικρό ή μεγάλο εύρος (Rabi, 2006).

Συγκεκριμένα, σε δείγμα 452 Ισραηλινών περισσότεροι από το 50% των συμμετεχόντων πίστευαν ότι υπάρχει πρόβλημα με τη κακοποίηση των ηλικιωμένων, σχεδόν το 39% πίστευε ότι πρόκειται για ένα ευρέως διαδεδομένο πρόβλημα, ενώ το 11% γνώριζε περιπτώσεις κακοποίησης μεταξύ συγγενών φίλων και τέλος το 7% γνώριζε για περιπτώσεις κακοποίησης στις οικογένειες του άμεσου περιβάλλοντος.

Ωστόσο, συνεχίζουμε ακόμα και σήμερα να μιλάμε για ένα κρυμμένο πρόβλημα. Ο Wang και οι συνεργάτες του, (1996) αναφέρονται στην έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στις Η.Π.Α από το National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS), στοιχεία της οποίας έδειξαν ότι 449.924 άτομα μεγάλης ηλικίας είχαν κακοποιηθεί, το έτος 1996. Από αυτές τις περιπτώσεις μόνο το 16% είχαν αναφερθεί και υποστηρίχθηκαν από τις Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων. Αυτό οδήγησε στον υπολογισμό, πως για κάθε μία υπόθεση κακοποίησης η οποία είχε καταγγεληθεί, υπήρχαν περισσότερες από πέντε για τις οποίες ποτέ δεν είχε γίνει κάποια καταγγελία, σε οποιαδήποτε αρμόδια Υπηρεσία Προστασίας Ενηλίκων.

Πολλά περιστατικά βίας δεν αναφέρονται. Έρευνα στη Βοστώνη από τους Pillemer & Finkelhor (1988), όπως αναφέρει ο Kleinschmidt (1997), έδειξε ότι μόνο μία από τις 14 περιπτώσεις βίας, είχε αναφερθεί. Ακόμα και τα θύματα, σπάνια αναφέρουν τη κακοποίηση. Σε μελέτη που έγινε στο Καναδά από τον Podnieks το 1992, όπως αναφέρει και πάλι ο Kleinschmidt (1997), μόνο ο ένας από τους 20 τροφίμους σε κέντρο φροντίδας ηλικιωμένων που εκμεταλλευτεί οικονομικά, ανέφεραν τη κατάσταση.

#### 2.4.1. Γιατί η κακοποίηση παραμένει ένα κρυμμένο πρόβλημα;

Η κακοποίηση, ανεξάρτητα από τον τύπο, είναι ένα κρυμμένο φαινόμενο γιατί και ο κακοποιημένος αλλά και ο δράστης, συχνά αισθάνονται ντροπή και γι' αυτό κρύβουν τη κατάσταση (Wang, 2005).

Ο Voelker το 2002, δήλωσε ότι, οι πιθανοί λόγοι για τους οποίους οι ηλικιωμένοι δε μιλούν, να είναι ότι : α) μπορεί να αρνούνται να παραδεχτούν το πρόβλημά τους, β) μπορεί να φοβούνται τις αρνητικές επιπτώσεις από τους δράστες για την αποκάλυψη, ή γ) μπορεί να έχουν λανθασμένες πεποιθήσεις ότι οι ίδιοι ευθύνονται για τη κατάσταση τους (Oh et.al, 2006).

Σε κάποιες χώρες, υπάρχουν ελλιπή στοιχεία για την ύπαρξη του φαινομένου, από τις κυβερνητικές αρχές. Σύμφωνα με το Wang και τους συνεργάτες του (2005), το ποσοστό κακοποίησης και συγκεκριμένα της ψυχολογικής κακοποίησης στη Ταϊβάν, ανερχόταν στο

22,6%, κατά το έτος 2003, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από εκείνο που οι κυβερνητικές αναφορές στη Ταϊβάν, γνωστοποίησαν (10%). Δεν μπορούμε να πούμε με σιγουριά εάν η απόκρυψη της πραγματικότητας γίνεται ηθελημένα από τις αρχές. Ωστόσο, συμβάλει στο να μη γνωρίζουμε τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος.

Στην Ιαπωνία η κοινωνική αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι θα έπρεπε να μεταχειρίζονται με ιδιαίτερη φροντίδα από την οικογένεια και το ιατρικό προσωπικό είναι ευρέως εδραιωμένη στις συνειδήσεις όλων και η κακοποίηση στους ηλικιωμένους θεωρείται πως συμβαίνει μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις. Ωστόσο, περιστατικά βίας συμβαίνουν, αλλά μένουν μη δημοσιοποιημένα (Azaka et al, 2003).

Στη Κορέα, όπου είναι μια χώρα στην οποία το πρόβλημα της κακοποίησης, αυξάνεται σύμφωνα με τον Oh και τους συνεργάτες του (2006), δεν έχει λάβει πολύ προσοχή ούτε από τους ερευνητές ή τους πολιτικούς, με συνέπεια το πρόβλημα να παραμένει κρυμμένο πίσω από την απροθυμία για δημόσια αποκάλυψη.

Σύμφωνα με στοιχεία του National Incidence Study Website, όπως αναφέρει ο Pavlik και οι συνεργάτες του (2001), κατά το έτος 1996, υπολογίστηκε ότι υπήρξαν 820.000 με 1.860.000, κακοποιημένοι ηλικιωμένοι στο Τέξας. Το μεγάλο εύρος οφείλεται στο ότι πολλές υποθέσεις μένουν μη καταγγεληθέντες.

Όπως ο Johnson το 1995, υποστήριξε, περιστατικά ψυχολογικής βίας ηλικιωμένων, λείπουν γιατί μόνο περιπτώσεις ορατής σωματικής βίας αναφέρονται, στα διοικητικά τμήματα αρμόδιων υπηρεσιών. Η ψυχολογική βία μπορεί μόνο να αναγνωριστεί από παρατήρηση καθημερινής διαντίδρασης. Τρεις λόγοι έχουν διατυπωθεί από τον Wang, (2005), ώστε να εξηγήσει αυτή τη κατάσταση:

Πρώτον, οι επίσημες αρχές ασχολούνται με την ανίχνευση της προφανούς σωματικής κακοποίησης. Δεύτερον, οι ερευνητές φοβούνται ότι εάν η έρευνα αποκαλύψει περιστατικά κακοποίησης των ηλικιωμένων στο οικογενειακό περιβάλλον ή τα ιδρύματα, πιθανόν να θεωρηθεί ότι σκοπός είναι να κατηγορηθεί η οικογένεια ή το προσωπικό των ιδρυμάτων. Τρίτον, οι ηλικιωμένοι που έχουν υποστεί κακοποίηση, μπορεί να είναι απρόθυμοι να αναφέρουν το περιστατικό, καθώς μπορεί να είναι εξαρτημένοι από το δράστη (που συχνά είναι τα ίδια τους τα παιδιά), για τη βασική τους επιβίωση. Περαιτέρω, μερικά θύματα μπορεί να φοβούνται να μετακομίσουν από τα σπίτια τους ή να γίνουν ιδρυματοποιημένοι, ενώ άλλοι φοβούνται την εγκατάλειψη ή τα συνεπαγόμενα αντίποινα.

Η κατάσταση της εξάρτησης του ηλικιωμένου για τη καθημερινή του φροντίδα από έναν ενήλικα, αποτελεί και μία από τις αιτίες του προβλήματος και συζητήτε στο κεφάλαιο για την αιτιολόγηση.

Επιπλέον, η σωματική και νοητική έκπτωση συμπεριλαμβανομένου των προβλημάτων στο λόγο και την ομιλία, επιφέρει δυσκολία στο θύμα να αποκαλύψει τη βία. Συχνά, ο επιτιθέμενος θα συνοδεύσει το ηλικιωμένο θύμα σε κέντρα υγείας, καθιστώντας το αδύνατο να μιλήσει. Ομοίως, στα ιδρύματα, δεν υπάρχει επαρκή ιδιωτικότητα ώστε να ειπωθούν, τέτοιες σκληρές πραγματικότητες. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να είναι ενημερωμένοι για τέτοιους περιορισμούς ώστε να αναπτύξουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς που θα επιτρέπουν ευαίσθητες συζητήσεις, εξασφαλίζοντας την απόλυτη εχεμύθεια.

Σύμφωνα με τους Walby & Allen's (2004), όπως αναφέρουν οι Jones & Powell (2006), η Βρετανική Έρευνα για το έγκλημα (British Crime Survey BCS), έδειξε ότι γυναίκες που είχαν εμπειρία οικογενειακής βίας ή σεξουαλική κακοποίηση, δεν το ανέφεραν στην αστυνομία. Το 40% των γυναικών που είχαν βιώσει σεξουαλική βία δεν το είπαν σε κανένα και μόνο το 15% το κατήγγειλε στην αστυνομία. Από όλους τους τύπους κακοποίησης, η σεξουαλική είναι αυτή που μένει πιο καλά κρυμμένη και δε δημοσιοποιείται από τους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με την άποψη του Twigg (2004), όπως αναφέρουν οι ίδιοι συγγραφείς, αισθάνονται πολύ μεγάλη ντροπή και κατηγορούν τους εαυτούς τους.

### 3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

#### 3.1. Ορισμός Κακοποίησης τρίτης ηλικίας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2000, όρισε τη κακοποίηση ως «μια πράξη βίας της ατομικότητας και των πολιτικών δικαιωμάτων του ανθρώπου από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο ή πρόσωπα» (Baker & Heitkember, 2005).

Ειδικότερα, η κακοποίηση τρίτης ηλικίας, σύμφωνα με το Διεθνές Δίκτυο Παρέμβασης της Βίας των Ηλικιωμένων (International Network for the Prevention Of Elder Abuse) ορίζεται, ως «μία μοναδική ή επαναλαμβανόμενη πράξη που προκαλεί βλάβη ή έντονο άγχος στο ηλικιωμένο άτομο» (Krug από Jones & Powell, 2006).



Η κακοποίηση των ηλικιωμένων δεν ορίζεται μόνο από την ενεργητική κακοποίηση στο σώμα του ατόμου αλλά και από τη πιο κοινή και λιγότερο δραματική μορφή, την εκμετάλλευση, τη παραμέληση και το ψυχολογικό εκβιασμό.

Ο όρος κακομεταχείριση ηλικιωμένων περιλαμβάνει πράξεις επιβολής (βία) ή έλλειψης προσοχής των βασικών αναγκών (παραμέληση), που αποδεικνύονται βλαβερές ή θέτουν σε μεγάλο κίνδυνο την υγεία και την ευημερία του ηλικιωμένου ενήλικα (Baker & Heitkember, 2005).

### 3.2. Είδη κακοποίησης

Σύμφωνα με τους Baker & Heitkemper (2005), η κακομεταχείριση των ηλικιωμένων περιλαμβάνει τη σωματική, τη συναισθηματική / ψυχολογική κακοποίηση, τη σεξουαλική, την οικονομική ή υλική εκμετάλλευση, καθώς επίσης και τη παραμέληση.

#### 3.2.1. Σωματική κακοποίηση

Σωματική κακοποίηση, υπάρχει όταν διαπράττονται πράξεις βίας στο σώμα του ηλικιωμένου, όπως χτυπήματα, σπρώξιμο ή οτιδήποτε άλλο μπορεί να δημιουργήσει σωματικό τραύμα, πόνο ή οποιαδήποτε σωματική απώλεια ή βλάβη (Windham, 2000 & Day, 2007 & Liao & Mosqueda, 2006)

Οι Liao & Mosqueda, (2006), προσθέτουν στον ορισμό την αναγκαστική πρόσληψη τροφής, την πρόκληση πόνου και την παρεμπόδιση από την ανακούφιση του πόνου. Σύμφωνα με τους Choi & Mayer, όπως ο Wang (2005), αναφέρει, η σωματική κακοποίηση αφήνει ορατές πληγές, μώλωπες ή σπασμένα κόκαλα στο ήδη ευερέθιστο, από το πέρασμα του χρόνου, σώμα του ηλικιωμένου.

Θεωρείται ο πιο κοινός τύπος κακοποίησης των ηλικιωμένων.

#### 3.2.2. Ψυχολογική κακοποίηση

Η ψυχολογική κακοποίηση, γενικά αναφέρεται στην επιβολή της ψυχικής οδύνης και περιλαμβάνει πράξεις που προκαλούν φόβο βίας, απομόνωσης ή στέρησης ή αισθήματα ντροπής και αδυναμίας. Η ψυχική οδύνη μπορεί να συμβαίνει με λεκτική ή μη λεκτική επίθεση,

συναισθηματική παραμέληση ή εκβιασμό, απομόνωση, εξευτελισμό, ταλαιπωρία, χειρισμό, δυσφημιστικές δηλώσεις ή απειλές (Windham, 2000, Wang & Lin & Lee, 2006).

Ο Rodriguez (2004), στον ορισμό της ψυχολογικής κακοποίησης προσθέτει και την αγνόηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Αγνόηση της ύπαρξής τους, συνεπώς και των αναγκών τους.

Σύμφωνα με τους Pillemer & Finkelhor (1988), όπως αναφέρει ο Kleinschmidt (1997), αρκεί ο ασθενής να έχει εκτεθεί το λιγότερο σε 10 επεισόδια τέτοιων συμπεριφορών κατά το τελευταίο χρόνο, ώστε να οριστεί η ψυχολογική κακοποίηση.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, η ψυχολογική κακοποίηση είναι η πιο κοινή μορφή κακοποίησης στα άτομα τρίτης ηλικίας και είναι αρκετά υποτιμημένη και παραγνωρισμένη εξαιτίας της έλλειψης καθαρής και φανεράς απόδειξης (Wang et.al, 2006).

Περισσότερη έρευνα χρειάζεται για την ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση ως μορφή κακομεταχείρισης, καθώς είναι εξαιρετικά συνδεδεμένη με τις περισσότερες μορφές κακοποίησης ηλικιωμένων (Azaka et al, 2003).

### 3.2.3. Σεξουαλική κακοποίηση

Σύμφωνα με τους Bendow & Haddad (1993), εφ'όσον δεν υπάρχει ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της σεξουαλικής κακοποίησης ατόμων 3<sup>ης</sup> ηλικίας, προτείνουν έναν. Ορίζουν την σεξουαλική κακοποίηση ως τον εξαναγκασμό του ηλικιωμένου να έχει σεξουαλική επαφή, χωρίς τη συγκατάθεση του. Περιλαμβάνονται όλοι οι τύποι σεξουαλικής επαφής. Γενικότερα, σεξουαλική κακοποίηση είναι ο οποιοσδήποτε εξαναγκασμός ενός ηλικιωμένου, να πάρει μέρος σε μη ηθελημένη σεξουαλική πράξη (Rodriguez, 2004).

Οι ίδιοι συγγραφείς υπογραμμίζουν τη δυσκολία, του να εξεταστούν τα γεγονότα σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης, ιδιαίτερα στις καταστάσεις κατά τις οποίες το θύμα είναι γνωστικά ελλειμματικό με αποτέλεσμα να μην μπορεί να δώσει αναλυτική περιγραφή των γεγονότων. Ο δράστης συχνά, αντιμετωπίζει ψυχιατρικά προβλήματα.

### 3.2.4. Οικονομική εκμετάλλευση

Με τον όρο οικονομική εκμετάλλευση εννοούμε την αυθαίρετη χρήση των χρημάτων του ηλικιωμένου ή ακόμα και τη κλοπή των οικονομικών του αποταμιεύσεων, της περιουσίας ή όλων των υλικών υπαρχόντων του (Rodríguez & Benton, 2004).

Οι ηλικιωμένοι πολύ συχνά, πέφτουνε θύματα οικονομικής κοροϊδίας, καθώς οι φροντιστές και μέλη του άμεσου οικογενειακού τους περιβάλλοντος κάνουν κατάχρηση της ευθύνης για τα χρήματα των ηλικιωμένων, με συνέπεια να τα χρησιμοποιούν για την κάλυψη των δικών τους αναγκών. Έχουν στη κατοχή τους τα βιβλιάρια των τραπεζικών λογαριασμών τους και της σύνταξης, χρησιμοποιώντας τα, σύμφωνα με τη κρίση τους, χωρίς να δίνουν εξηγήσεις για τη διαχείριση των οικονομικών στους δικαιούχους.

### 3.2.5. Παραμέληση

Με τον όρο παραμέληση εννοούμε την αποτυχία του φροντιστή να παρέχει βασική φροντίδα σε έναν ασθενή, προκειμένου να ικανοποιούνται επαρκώς οι καθημερινές του ανάγκες, που εξασφαλίζουν ένα καλό επίπεδο διαβίωσης (Tatara, 1990 από Kleinschmidt, 1997).

Επίσης, ο όρος περιλαμβάνει αποτυχία να παρέχουν προϊόντα ή υπηρεσίες που είναι απαραίτητες ώστε, να αποφύγουν ή να εμποδίσουν τη σωματική ή τη νοητική βλάβη. Θεωρείται ένας τύπος σωματικής βίας, και μπορεί να γίνεται με πρόθεση ή χωρίς. Η παραμέληση χωρίς πρόθεση συμβαίνει όταν ο φροντιστής δεν είναι γνώστης των αναγκών των ηλικιωμένων (Rodríguez, 2004).

Η παραμέληση της 3<sup>ης</sup> ηλικίας είναι το πιο περίπλοκο είδος της κακομεταχείρισης ηλικιωμένων καθώς επίσης και το πιο συχνά αναφερόμενο από όλα τα είδη κακοποίησης. Υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ του 70% - 80% των αναφερομένων υποθέσεων (Baker & Heitkemper, 2005), ενώ σύμφωνα με τους Fulmer, Paveza, Abraham, Fairchild (2000), όπως αναφέρει η Meeks-Sjostrom (2004), υπολογίζεται μεταξύ του 60% - 70%, των αναφορών για κακομεταχείριση ηλικιωμένων, προς τις υπηρεσίες προστασίας ενηλίκων. Χαρακτηρίζεται, επίσης, ένα εξαιρετικά επικίνδυνο σύνδρομο. Η ίδια συγγραφέας, αναφέρει τον ισχυρισμό του Patterson (1994), που είπε ότι η παραμέληση μπορεί να οδηγήσει σε οποιοδήποτε από τα τρία είδη κακοποίησης: τη σωματική, τη ψυχολογική ή την οικονομική κακοποίηση.

Το πρόβλημα με αυτό τον ορισμό είναι ότι πολλοί παράγοντες για να οριστεί μια περίπτωση ως παραμέληση είναι σχετικοί και όχι απόλυτα προσδιορισμένοι. Για παράδειγμα, πώς ορίζεται η σωματική και ψυχική υγεία από τον καθένα χωριστά; Ποιος θεωρείται ως υπεύθυνος φροντιστής; Τι γίνεται όταν ένας ηλικιωμένος επιλέγει να αγνοεί τις βασικές του ανάγκες; Αυτές οι ερωτήσεις αντικατοπτρίζουν την απουσία εμπειρικών δεδομένων πάνω στο θέμα. Οι επαγγελματίες βασίζονται στην δική τους κλινική εμπειρία, ώστε να αποφασίσουν, πότε οι καταστάσεις φαίνονται να βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα φροντίδας, ώστε να πουν, ότι η εν λόγω κατάσταση συνιστά παραμέληση (Fulmer, 1991).

Έρευνα των Collins & Presnell (2005), σε παραμελημένα θύματα έδειξε ότι, οι συνθήκες επιβίωσης χαρακτηρίζονταν από αθλιότητα. Το δείγμα αποτελούσαν 8 θύματα ηλικίας μεταξύ 74-94 ετών. Τα άτομα είχαν πεθάνει, οπότε πραγματοποιήθηκαν νεκropsίες, οι οποίες φανέρωσαν πως η αιτία θανάτου ήταν η σήψη από σοβαρές ασθένειες. Εξετάστηκε με προσοχή το περιβάλλον όπου ζούσαν. Στα 5 από τα 8 άτομα, υπήρχε φτωχή υγιεινή και καθαριότητα του άμεσου περιβάλλοντος, ακαταστασία, γεγονός που ήταν εμφανές από το σκορπισμένο ρουχισμό στο πάτωμα. Έλλειψη πόσιμου νερού σε βαθμό τέτοιο που μία περίπτωση είχε πάθει αφυδάτωση. Η μελέτη επίσης, έδειξε ότι το φαγητό που λάμβανε μία εκ των πέντε, παραμελημένη γυναίκα από το προσωπικό του ιδρύματος ήταν ακατάλληλο αφού βρέθηκαν αλλοιωμένα συστατικά στις τροφές. Σε όλες τις περιπτώσεις, ανιχνεύτηκαν μη ασφαλείς συνθήκες ζωής, απουσία ζέστης για τις κρύες μέρες του χειμώνα και ψύξης για τις θερμές μέρες του καλοκαιριού, ακατάλληλο ντύσιμο, υπερκατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων, απομόνωση-κλείδωμα σε ένα δωμάτιο, έλλειψη γυαλιών οράσεως, ακουστικών βοηθημάτων κ.α.

### 3.2.5.1. Αυτό-παραμέληση

Με τον όρο εννοούμε τη παραμέληση που οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι υποβάλουν τους εαυτούς τους, αρνούμενοι τη βασική για την επιβίωση τους φροντίδα. Συνήθως οι ηλικιωμένοι αυτοί ζουν μόνοι, υποφέροντας από πολλά προβλήματα υγείας.

Η αυτό-παραμέληση είναι η αποτυχία να αναλάβουν τις δραστηριότητες της κουλτούρας στην οποία ανήκουν που είναι απαραίτητες ώστε να είναι κοινωνικά αποδεκτοί, στερούμενοι την ενέργεια που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της καλής υγείας. Η αυτό-παραμέληση έχει κατηγοριοποιηθεί ως ένα είδος σωματικής κακοποίησης από κάποιους συγγραφείς, σύμφωνα με το Rodriguez, (2004).

### 3.3. Προβλήματα από την έλλειψη σαφών ορισμών για τη κακοποίηση και παραμέληση

Ο Stones, το 1994, όπως αναφέρει ο Kozak (1994), έδειξε ότι το τι συνιστά, τη κακοποίηση και παραμέληση, εξαρτάται από το ποιος την ορίζει. Αυτός μπορεί να είναι ο κακοποιημένος ηλικιωμένος, κάποιος επαγγελματίας κέντρου υγείας ή κάποιος αστυνομικός. Ισχυρίστηκε ότι οι ορισμοί εντάσσονται σε τρεις κατηγορίες: α) συμβολικοί ορισμοί (connotative definitions) που επικεντρώνονται κυρίως, στη συμβολική σημασία της έννοιας της βίας και της παραμέλησης, β) ορισμοί που αφορούν τη δομή (structural definitions) που δίνουν έμφαση στα κριτήρια για τη μέτρηση της βίας και της παραμέλησης και γ) πραγματικοί ορισμοί (denotative definitions) που επικεντρώνονται σε παραδείγματα βίας και παραμέλησης. Σύμφωνα, με τον ίδιο συγγραφέα, η ερευνητική χρήση των διαφορετικών τύπων ορισμών μπορεί να ευθύνεται για την αδυναμία να αναπτυχθούν σταθερά εργαλεία μέτρησης των διαφορετικών ειδών κακοποίησης και αυτό μπορεί να εξηγήσει τη μεγάλη ποικιλία στα επίπεδα βίας και παραμέλησης που αναφέρονται από τις ομάδες επαγγελματιών που ασχολούνται με το θέμα.

Η απουσία σταθμισμένων ορισμών για τη κακοποίηση και τη παραμέληση επηρεάζει οποιαδήποτε προσπάθεια να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα κάθε προσπάθειας παρέμβασης. Δεν υπάρχουν αντικειμενικοί ορισμοί ή εργαλεία μέτρησης των επιτυχών αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις παρεμβάσεις. Η Spencer (1994), όπως αναφέρει ο Kozak (1994), διεξήγαγε μια μελέτη των μοντέλων παρέμβασης στο Καναδά και τις Η.Π.Α. Θέλησε να εξετάσει, την αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων. Υποστήριξε ότι, παρά το γεγονός πως ο Καναδάς αποτελεί παράδειγμα για την ανάπτυξη και εφαρμογή τέτοιων μοντέλων, δεν υπάρχουν στοιχεία για την επιτυχία ή την αποτυχία τους κατά τη διάρκεια χρόνων. Σε ένα κέντρο υγείας, επιτυχία μπορεί να είναι η μετακίνηση ενός ηλικιωμένου ατόμου από τη δυσάρεστη κατάσταση, ωστόσο για το ίδιο το άτομο αυτό μπορεί να είναι μια αποτυχία, καθώς η επιτυχία είναι μια σχετική έννοια. Οι διαφορές στις πεποιθήσεις του τι θεωρείται μία «επιτυχημένη» λύση, μπορεί να είναι ένας από τους κύριους λόγους που οι ηλικιωμένοι δε καταγγέλλουν τη κακοποίηση και παραμέληση. Όμοια προβλήματα υπάρχουν και στην ανίχνευση της κακοποίησης στα ιδρύματα.

## 4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### 4.1. Επιδημιολογικά στοιχεία

#### 4.1.1. Στις Ευρωπαϊκές χώρες

Γενικά, οι στατιστικές για τη κακοποίηση των ηλικιωμένων, ποικίλουν ευρέως. Ο Διεθνής Οργανισμός Υγείας, κάνει λόγο για ένα ποσοστό 4%-6% για την κακοποίηση τρίτης ηλικίας στην Ευρώπη, χωρίς όμως να συγκεκριμενοποιεί τον τύπο της κακοποίησης.

Στην Αγγλία υπολογίζεται ότι περίπου 500.000 άνθρωποι τρίτης ηλικίας κακοποιούνται από συγγενείς, βοηθούς ή ξένους (Kmietowicz, 2004). Η Manthorpe και οι συνεργάτες της (2007), στην εκτεταμένη έρευνα που πραγματοποίησαν στους 2.111 ανθρώπους ηλικίας άνω των 66 ετών, στο Ηνωμένο Βασίλειο, βρήκαν πως το 2,6% αυτών, είχαν βιώσει κακοποίηση και παραμέληση.

Άλλη Βρετανική μελέτη, το 2003, όπως αναφέρει η Manthorpe και οι συνεργάτες της (2007) αναγνώρισε ένα ποσοστό 5% για ψυχολογική κακοποίηση. Ίδια επίπεδα βρέθηκαν επίσης, σε μια Γερμανική μελέτη, την αντίστοιχη χρονική περίοδο, με 5,6%, ως γενικό επίπεδο κακοποίησης και 3,2% για ψυχολογική κακοποίηση.

#### 4.1.2. Στην Αυστραλία και την Αμερική

Στην Αυστραλία ο Kuttle και οι συνεργάτες του, είχαν δείξει στις αρχές της δεκαετίας του '90 ότι τα επίπεδα κακοποίησης, σε αυτή τη χώρα ήταν μεταξύ 4% - 5%, ίδια με επίπεδα και άλλων ερευνών (Trevitt & Gallagher, 1996).

Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας, υπολογίζεται ότι 5 εκατομμύρια ηλικιωμένα άτομα κακοποιούνται ή παραμελούνται ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες (Azaka et al, 2003). Στο Ιλλινόις, το 1996, το Σύστημα για τη Βία των Ηλικιωμένων ανέφερε 3.727 υποθέσεις βίας κατά τη διάρκεια 27 μηνών (Pavlik et al, 2001).

#### 4.1.3. Στις Ασιατικές χώρες

Στις Ασιατικές χώρες και συγκεκριμένα στη Ταϊβάν, βρέθηκε ότι παρουσιάζεται αυξητική τάση της κακοποίησης στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Αναφορές για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας στην Ιαπωνία είναι σπάνιες και λίγα είναι γνωστά για τη κατάσταση (Wang et. al, 2006).

Έρευνα των Yan & Tang το 2001, εξέτασε τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας στο Χογκ-Κονγκ και από την οποία προέκυψε ότι το ποσοστό βίας έφτανε το 21,4% και 355 ηλικιωμένοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν πέσει θύματα ψυχολογικής κακοποίησης τριών μορφών από τους φροντιστές: στο 18,3% οι φροντιστές τους φέρθηκαν μοχθηρά, στο 15,5% τους προσέβαλαν ή τους φώναζαν και στο 15,5% τους φώναζαν πολύ έντονα (Wang et.al, 2006).

Ο Oh και οι συνεργάτες του το 1999, θέλοντας να εξετάσουν τα επίπεδα κακοποίησης στη Κορέα, πραγματοποίησαν συνεντεύξεις σε 15.230 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Γενικά το επίπεδο κακοποίησης ήταν 1,6-3,7%.

Στο Ισραήλ υπολογίζεται ότι περίπου 20.000 με 50.000 ηλικιωμένοι κακοποιούνται κάθε χρόνο (Lowenstein, 1995 από Rabi, 2006).

#### 4.1.4. Γενικά

Βασιζόμενοι στα αποτελέσματα των λίγων ερευνών, σε διαφορετικές χώρες «μεταξύ 4% και 6% των ηλικιωμένων, κακοποιούνται με κάποιο τρόπο στα σπίτια τους» (Oh et. al, 2006).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Pavlik και τους συνεργάτες του (2001), έγινε μέτρηση των κακοποιημένων ενήλικων ατόμων. Συγκρίνανε, το ποσοστό κακοποίησης σε ομάδες ενήλικων (< 65 ετών) και σε ομάδες ηλικιωμένων (> 65 ετών). Τα συνολικά ποσοστά κακοποίησης στα άτομα (άντρες και γυναίκες) άνω των 65 ετών ήταν πολύ μεγαλύτερα συγκριτικά με τα άτομα ηλικίας μικρότερης των 65 ετών. Το 65 % των αναφορών κακοποίησης έγιναν από άτομα > 65 ετών.

Τα ποσοστά τέτοιων ευρημάτων, ωστόσο, μπορεί να μην αντανακλούν την αληθινή εικόνα, εφ'όσον η απόκρυψη του φαινομένου είναι ιδιαίτερα ύποπτη. Ο Douglas, παλιότερα είχε πει, ότι μόνο το 20% όλων των περιπτώσεων κακοποίησης αναφέρονται, οπότε είναι πιθανόν η γενίκευση να είναι υποτιμημένη.

#### 4.2. Επιδημιολογικά στοιχεία των διαφορετικών ειδών κακοποίησης

Η σωματική κακοποίηση είναι το πιο κοινό από τα υπόλοιπα είδη κακοποίησης. Ακολουθεί η ψυχολογική κακοποίηση (Madden, 1995).

Τα ποσοστά των διαφορετικών τύπων κακοποίησης ποικίλει πολύ, μεταξύ των μελετών που είναι βασισμένες σε διαφορετικές κοινότητες. Μελέτη στη Βοστώνη, αποκάλυψε βία σε ποσοστό 3,2%, με τη σωματική βία να φτάνει το 2,2%, τη λεκτική βία στο 1,1% και τη παραμέληση στο 0,4%. (Pillemer & Finkelhor, 1988 από Kleinschmidt, 1997). Άλλη μελέτη στο Καναδά, σύμφωνα με τον Ponkiens το 1992, όπως αναφέρει ο Kleinschmidt, (1997) έδειξε ένα γενικό ποσοστό βίας 4%, με την οικονομική εκμετάλλευση να κυμαίνεται μεταξύ του 1,9-3,3%, τη λεκτική κακοποίηση μεταξύ του 0,8-1,8%, τη σωματική μεταξύ του 0,3-0,9% και τη παραμέληση μεταξύ 0,2-0,6%. Ενώ, συγκριτικά τα ποσοστά της κακοποίησης και της λεκτικής βίας ήταν όμοια σε αυτές τις δύο μελέτες, η σωματική βία συνέβαινε περισσότερο στη Βοστώνη απ' ό τι στο Καναδά, χωρίς όμως να δίνεται κάποια εξήγηση γι' αυτή τη διαφορά.

Όπως ισχυρίστηκαν οι Ogg & Bennett (1992), σύμφωνα με τον Kleinschmidt, (1997) σε δείγμα 589 ηλικιωμένων Βρετανών, 6% ανέφεραν λεκτική κακοποίηση, 2% σωματική κακοποίηση και 2% οικονομική εκμετάλλευση. Διαφορετική έρευνα στη Βρετανία του Ogg, το 1993, όπως αναφέρει ο Wang και οι συνεργάτες του (2006), για τα επίπεδα βίας, έδειξε ένα επίπεδο ψυχολογικής κακοποίησης περίπου 5%. Ίδια περίπου επίπεδα (3,2%) βρέθηκαν και σε μια Γερμανική μελέτη του Comijs και των συνεργατών του το 1998, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς. Οι Kurtle & Sandler το 1992, υποστήριξαν ότι στην Αυστραλία ήταν ο πιο κοινός τύπος κακοποίησης. Στις Η.Π.Α το ποσοστό φτάνει το 54,1% για τη ψυχολογική βία, σύμφωνα με τους Hajjar & Duthie (2001).

Ο Lachs και οι συνεργάτες του, από έρευνα που πραγματοποίησε στο Connecticut το 1994, όπως αναφέρει ο Kleinschmidt, (1997), έδειξε ότι η παραμέληση έφτανε στο 78%, η σωματική και λεκτική κακοποίηση στο 14%, η οικονομική εκμετάλλευση στο 7% και η εγκατάλειψη στο 1%. Συλλογή στοιχείων από το 1988 μέχρι το 1991, έδειξε ότι η παραμέληση ήταν μεταξύ 37-45%, η σωματική κακοποίηση μεταξύ 19-26%, η οικονομική εκμετάλλευση από 17-20%, η ψυχολογική βία μεταξύ 11-14% και η σεξουαλική κακοποίηση μεταξύ 0,6-1,6% (Tatara, 1990 από Kleinschmidt, 1997).

Ο οργανισμός δράσης για κακοποίηση ηλικιωμένων στη Μεγάλη Βρετανία έχει μια γραμμή βοήθειας, η οποία έλαβε περίπου 160 τηλεφωνήματα από οικογένειες μεταξύ του 1997 και του



2001 αναφέροντας σεξουαλική βία σε γέρους. Στατιστικά στοιχεία στην Αμερική το 1997, σύμφωνα με το Bureau of Justice Statistics έδειξαν ότι ένα στα επτά θύματα σεξουαλικής βίας ήταν ηλικίας 60 ετών ή μεγαλύτερα. (Jones & Powell, 2006).

#### 4.3. Συχνότητα κακοποίησης στις ηλικιωμένες γυναίκες και άντρες

Η κακοποίηση των γυναικών είναι συχνότερη και οι πληγές συνήθως σοβαρότερες, από εκείνες που συμβαίνουν στους κακοποιημένους άντρες (Murphree et al, 2002), εξαιτίας της μυϊκής δύναμης που εκ φύσεως είναι μεγαλύτερη στους άντρες.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες που πιθανόν να κακοποιούνται περισσότερο είναι εκείνες με σοβαρά σωματικά ή νοητικά προβλήματα (Lachs & Pillemer et al, από Oh et.al., 2006) και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Shiferaw et al, από Oh et.al., 2006). Επίσης, γυναίκες σε μεγάλη ηλικία που είναι ανίκανες να ζήσουν μόνες τους, εξαιτίας της πενιχρής σύνταξης και είναι αναγκασμένες να ζουν με οικογενειακά μέλη είναι πιθανότερο να κακοποιηθούν.

Έρευνα των Koreisha, Shogu & Kenkyukai το 1994, για την ενδοοικογενειακή βία στην Ιαπωνία, όπως αναφέρει ο Kozu (1999), έδειξε ότι οι γυναίκες ήταν 2,5 φορές, περισσότερο θύματα κακοποίησης, απ'ότι οι άντρες.

Οι γυναίκες παραδοσιακά θεωρείται, πως είναι τα πιο κοινά θύματα κακοποίησης. Το ίδιο έχει προκύψει και από έρευνα του Saveman και των συνεργατών του το 1999, από την οποία προέκυψε πως τα 2/3 των θυμάτων ήταν γυναίκες (Wang, 2005).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Pavlik και τους συνεργάτες του (2001), στο Τμήμα Υπηρεσιών Προστασίας του Τέξας, όπου μετρήθηκαν τα περιστατικά κακοποίησης για ένα χρόνο, ένα από τα ευρήματα, έδειξε ότι οι γυναίκες βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο για κακοποίηση συγκριτικά με τους άντρες. Αυτός ο κίνδυνος αναφέρεται σε όλο το φάσμα των ηλικιών των γυναικών. Είναι ιδιαίτερα αυξημένος στις γυναίκες ηλικίας 45-54 ετών και από την ηλικία των 75, πέφτει στο 16% περίπου.

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Κορέα από τον Oh και τους συνεργάτες του (2006), βρέθηκε ότι το επίπεδο βίας στους ηλικιωμένους άντρες ήταν σημαντικά υψηλότερο. Οι κυριότερες μορφές βίας προς τους άντρες ήταν η οικονομική και λεκτική κακοποίηση. Αυτό το διαφορετικό εύρημα, εξηγείται από τους συγγραφείς, με βάση τη κουλτούρα κατά την οποία, στα μεγαλύτερα ποσοστά οι γυναίκες αναλαμβάνουν τη φροντίδα των αντρών. Συνήθως οι κόρες και οι σύζυγοι των γιών, δηλαδή οι νύφες.

Οι συγγραφείς Baker & Heitkemper (2005), αναφέρουν την άποψη των Pillemer & Finkelhor, οι οποίοι ισχυρίζονται πως το επίπεδο θυματοποίησης είναι υψηλότερο για τους άντρες (5,1%) παρά για τις γυναίκες (2,5%). Ωστόσο, επειδή οι γυναίκες καλύπτουν ένα μεγαλύτερο ποσοστό του γηραιότερου πληθυσμού, αυτές αποτελούν την πλειοψηφία των αναφορών στις Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων. Όταν κακοποιούνται γυναίκες, θεωρείται πιο σοβαρή κακοποίηση, υποφέροντας περισσότερο σωματικά και συναισθηματικά απ'ότι οι άντρες.

Μία έρευνα στη Βρετανία, από τον Holt το 1993, για τη συχνότητα της κακοποίησης μεταξύ γυναικών και ανδρών, όπως αναφέρουν οι Jones & Powell (2006), αναγνώρισε 90 κακοποιημένους ηλικιωμένους, ηλικίας άνω των 85ετών (86% ήταν γυναίκες και 14% ήταν άντρες).

Άλλες έρευνες δεν έχουν βρει διαφορές φύλου. Η βία των γυναικών πιστεύεται πως αναφέρεται πιο συχνά από των αντρών, γιατί η σοβαρότητα του χτυπήματος είναι συνήθως μεγαλύτερη (Azaka et al, 2003).

## 5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### 5.1. Θεωρίες για τα αίτια της κακοποίησης τρίτης ηλικίας

Η έρευνα γύρω από τα αίτια για τη κακοποίηση και παραμέληση, καθώς και για αποτελεσματικότερους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων, άρχισε να αναδύεται στα τέλη της δεκαετίας του '70. Οι πρωταρχικές προσπάθειες ξεκίνησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και το Καναδά και επικεντρώθηκε σχεδόν ολοκληρωτικά στη βία και τη παραμέληση μέσα στα οικογενειακά πλαίσια. Αργότερα, η έρευνα επεκτάθηκε και στους ιδρυματικούς χώρους παροχής βοήθειας και φροντίδας, αναγνωρίζοντας και εκεί τους παράγοντες κινδύνου (Gordon & Brill, 2001).

«Για τον κόσμο είναι ιδιαίτερα δύσκολο να καταλάβει γιατί κάποιος θα ήθελε να κακοποιήσει ένα ηλικιωμένο άτομο, αλλά όταν κάποιος υποφέρει από νοητική και σωματική αδυναμία είναι το τέλει θύμα: δεν μπορεί να υπερασπιστεί τον εαυτό του, δε μπορεί να ξεφύγει και εάν δεν είναι ικανός να επικοινωνήσει, πιθανόν δε γίνεται πιστευτός. Τι περισσότερο μπορεί να θέλει ένας επιτιθέμενος; Δεν είναι για το σεξ αλλά για τη δύναμη» (Jenkin από Jones & Powell 2006).

Το φαινόμενο της κακοποίησης στην Τρίτη ηλικία εξηγείται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων. Οι ειδικοί συμφωνούν μεταξύ τους, πως ένας αριθμός από θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για τα αίτια αυτής της κατάστασης, προσπαθούν να εξηγήσουν την ύπαρξη της. Αυτές οι θεωρίες παρατίθενται στη συνέχεια.

#### 5.1.1. Εξάρτηση του ηλικιωμένου

Στους ηλικιωμένους η εξάρτηση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η σωματική αδυναμία, η ψυχική υγεία, η χρήση φαρμάκων, το περιβάλλον και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Η εξαρτημένη από άλλους συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς, όπως ο νοητικός, ο σωματικός ή ο οικονομικός και σε διάφορα επίπεδα, όπως το συμπεριφορικό, το προσωπικό ή διαπροσωπικό.

Όταν κάποιος μεγαλώνει, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να χρειαστεί βοήθεια, ώστε να καταφέρει να πραγματοποιήσει καθημερινές δραστηριότητες, όπως η λήψη τροφής, η ατομική περιποίηση, η χρήση της τουαλέτας και άλλες βασικές ανάγκες. Καθώς η ηλικία περνά, η οικογένεια παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο στο κοινωνικό δίκτυο του ατόμου. Η συμβολή του/της συζύγου είναι πρωταρχική. Ακολουθεί αυτή των παιδιών, των αδελφών και άλλων συγγενών. Πραγματικά, η εξάρτηση κατά τη μεγάλη ηλικία αυξάνει και μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς της ζωής (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Γενικά, η σημασία της οικογένειας με τις σχέσεις αλληλεξάρτησης που έχει είναι μεγάλη για όλους, υγιείς και ασθενείς, σύμφωνα με τον Lemme. Γίνεται, όμως, ακόμα πιο μεγάλη στη περίπτωση που το άτομο αρρωσταίνει. Κάτω από τα 65 χρόνια μόνο το 2,5% περίπου των ανθρώπων χρειάζεται φροντίδα από τα μέλη της οικογένειας του. Το ποσοστό αυξάνει στο 9% στα 65-69 χρόνια και φτάνει στο 23% στα 80-84 χρόνια και στο 45% μετά τα 85 χρόνια, όταν πληθαίνουν οι ασθένειες και κυρίως η άνοια (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Ενήλικα παιδιά που ζουν με τους ηλικιωμένους γονείς τους μπορεί να τους κακοποιήσουν ή να τους εκμεταλλευτούν προκειμένου να ικανοποιήσουν προσωπικό τους συμφέρον (Fulmer, 1991). Στις περισσότερες έρευνες η κακοποίηση ήταν γεγονός όταν ένα ηλικιωμένο άτομο και η/ο φροντιστής του ήταν ιδιαίτερα εξαρτημένοι ο ένας από τον άλλον, εξαιτίας των μεταβολών στις σχέσεις τους. (πχ. έλλειψη οικογενειακής στήριξης, εκτενής κοινωνική απομόνωση κτλ), (Kozak, 1994).

Η πιο κοινή μορφή εκμετάλλευσης ή και κακοποίησης στις σχέσεις εξάρτησης μπορεί να είναι η περίπτωση στην οποία τα ενήλικα παιδιά καθώς επίσης και οι φροντιστές, στερούν τις υπηρεσίες φροντίδας και προσοχής στους ηλικιωμένους, όταν δηλαδή τους παραμελούν (Hickey & Douglass, 1981).

#### 5.1.2. Το στρες του φροντίζοντος ατόμου (φροντιστή)

Το στρες που υφίσταται το άτομο που φροντίζει έναν δικό του ασθενή και μάλιστα ηλικιωμένο, είναι μεγάλο και οι συνέπειες ψυχικές και σωματικές. Ο Pearlin και οι συνεργάτες του, λέει ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές, φτάνουν το 30-50%, ενώ αυξάνει το άγχος, οι γνωστικές διαταραχές και τα προβλήματα υγείας, των ίδιων των βοηθών. Ο βαθμός του στρες εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η εργασία, το οικογενειακό ιστορικό, η υγεία, η συζυγική κατάσταση και η προσωπικότητα (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Το στρες αυξάνει όταν επικρατεί η αίσθηση ότι η φροντίδα του ηλικιωμένου είναι ένα καθήκον και όχι επιθυμία του ίδιου του ατόμου. Οι λόγοι που οδηγούν στη φροντίδα των ηλικιωμένων είναι η προσκόλληση (τα παιδιά εξακολουθούν να αισθάνονται ψυχολογική ασφάλεια κοντά στο γονέα), ή η αίσθηση της υποχρέωσης (η αντίληψη ότι αυτό είναι κοινωνικό καθήκον).

Οι Thompson & Gallagher, διακρίνουν το αντικειμενικό βάρος που προκαλεί η φροντίδα ενός ηλικιωμένου και το υποκειμενικό βάρος. Το υποκειμενικό βάρος διαμορφώνεται από το πόσο ο φροντιστής βλέπει τη φροντίδα ως απειλή προς τον ίδιο και την ικανότητά του, να το αντιμετωπίσει. Επηρεάζεται, επίσης, από την ποιότητα της σχέσης του φροντιστή με το φροντιζόμενο. Κάποιος που είχε για χρόνια μια κακή σχέση με το φροντιζόμενο αντιλαμβάνεται το καθήκον πιο αρνητικά απ'ότι κάποιος που είχε καλή σχέση (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Η ανάληψη πολλών ευθυνών από το άτομο που φροντίζει τους ηλικιωμένους, αυξάνει το άγχος που πιθανόν να οδηγήσει σε κακομεταχείριση. Οι γυναίκες που φροντίζουν τα παιδιά τους, ταυτόχρονα με τους ηλικιωμένους γονείς τους, μπορεί να είναι ιδιαίτερα στρεσαρισμένες. Ως αποτέλεσμα, πιθανόν να κάνουν χρήση επιθετικής λεκτικής και σωματικής συμπεριφοράς (Fulmer, 1991).

### 5.1.3. Ακατάλληλοι φροντιστές

Αναφερόμαστε στους φροντιστές που κάνουν χρήση ουσιών ή αλκοόλ, είναι ψυχιατρικά άρρωστοι ή γνωστικά ελλιπείς. Συνεπώς ενεργούν μη φυσιολογικά και μπορεί να γίνουν επιθετικοί ή να παραμελούν πλήρως τα ηλικιωμένα άτομα που φροντίζουν.

Οι Wolf, Godkin & Pillemer το 1986, όπως αναφέρουν οι Gordon & Brill (2001), βρήκαν ότι υπάρχει στενή συσχέτιση μεταξύ της χρήσεως αλκοόλ και της σωματικής και οικονομικής κακοποίησης, εξετάζοντας πολλές έρευνες που έχουν υποστηρίξει τη σύνδεση ανάμεσα στα δύο. Για παράδειγμα, αναφέρονται στην Καναδική έρευνα των Bradshaw & Spencer το 1999, η οποία έδειξε ότι το 15% των δραστών είναι πολύ εξαρτημένοι από το ποτό, συμβάλλοντας σημαντικά στη κακοποίηση.

Μία από τις ερωτήσεις που μπορούμε να θέσουμε στους βοηθούς, προκειμένου να διαπιστώσουμε για το πώς αισθάνεται για το ρόλο του, είναι να ρωτηθεί ο φροντιστής μια ερώτηση όπως: «Μερικοί άνθρωποι το βρίσκουν πολύ δύσκολο να φροντίσουν για ένα γονιό, εάν αυτός βρίσκεται στη κατάσταση της μητέρας σου. Εσύ;» Από την απάντηση μπορούμε να κρίνουμε εάν είναι ευχάριστο ή δυσάρεστο για τον ίδιο να φροντίζει το οικείο του πρόσωπο. Συνεπώς, είμαστε σε θέση να έχουμε μια πρώτη εικόνα, ώστε να αποφασίσουμε για τη καταλληλότητα ή όχι του ατόμου, ως φροντιστή.

### 5.1.4. Απομόνωση-Μοναξιά

Οι απομονωμένοι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου για κακομεταχείριση (Dong et. al, 2007). Η μοναξιά έχει βρεθεί ότι μπορεί να έχει σοβαρές για την υγεία συνέπειες και σχετίζεται με έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα, γνωστικές ελλείψεις, περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και χαμηλότερη ποιότητα ζωής, όπως έχουν αναφέρει και οι Ryan, 1998 & Casio, 2006. Η μοναξιά, επίσης έχει σχετιστεί με τάση για αυτοκτονία.

Όσοι ηλικιωμένοι ζουν μόνοι, έρχονται αντιμέτωποι με τη παραμέληση, τη σωματική ή ψυχολογική, αλλά και αντιμέτωποι με τη βία ή τη κακοποίηση. Παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι υπόκεινται (σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες), σε περισσότερα τροχαία ατυχήματα ή εγκληματικές επιθέσεις (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Ο Dong και οι συνεργάτες του, (2007) θέλησαν να ερευνήσουν και εκείνοι τη σχέση της μοναξιάς με τη κακοποίηση στους ηλικιωμένους. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο

μιας μικρής πόλης της Κίνας και το δείγμα αποτελούσαν 412 άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ποσοστό κακομεταχείρισης στο 35,2% των συμμετεχόντων (δηλαδή στους 145 συμμετέχοντες). Το κριτήριο της μοναξιάς μετρήθηκε σε αυτούς που είχαν εμπειρία κακομεταχείρισης, καθώς και από όσους δεν είχαν. Ανάμεσα σε εκείνους που είχαν εμπειρία κακομεταχείρισης, ένα αίσθημα έλλειψης παρέας και συντροφικότητας βρέθηκε στο 53% και μεταξύ όσων δεν είχαν εμπειρία κακομεταχείρισης στο 32%. Αίσθημα παραίτησης από τη ζωή, βρέθηκε στο 42% όσων είχαν κακοποιηθεί ενώ μόλις στο 23% όσων δεν είχαν. Τέλος, το 55% όσων ήταν θύματα κακοποίησης και το 31% όσων δεν είχαν βιώσει κακοποίηση περιέγραψαν αισθήματα απομόνωσης από το κοινωνικό περίγυρο. Επιπλέον, η έρευνα αυτή έδειξε ότι οι συμμετέχοντες που ένιωθαν υψηλότερη μοναξιά ήταν τέσσερις φορές πιθανότερο να βιώσουν κακομεταχείριση απ' ό,τι εκείνοι που δεν ένιωθαν μοναξιά.

Συνεπώς, η μοναξιά είναι κοινή στους ηλικιωμένους, ωστόσο σχετίζεται περισσότερο με τα άτομα που υπόκεινται σε κακομεταχείριση. Αποτελεί, δηλαδή, έναν υψηλό παράγοντα κινδύνου για κακοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας. Ταυτόχρονα όμως, η κακοποίηση είναι πιθανό να οδηγεί τα άτομα που τη βιώνουν σε απομόνωση και μοναξιά. Νιώθοντας ντροπή για αυτό που τους συμβαίνει αποσύρονται από τις κοινωνικές συναλλαγές, μένοντας μόνοι. Περισσότερη έρευνα απαιτείται, ώστε να διαπιστωθεί η αλληλεξάρτηση των δύο αυτών παραγόντων.

Ωστόσο, όπως αναφέρουν οι Baker & Heitkemper (2005), τα άτομα που ζουν μόνα τους βρίσκονται σε μικρότερο κίνδυνο να κακομεταχειριστούν από τους άλλους. Η έρευνα οφείλει να επικεντρωθεί περισσότερο σε αυτό.

Σύμφωνα με τους Reay & Browne, η απομόνωση σε συνδυασμό με την έλλειψη φροντίδας για ένα ηλικιωμένο άτομο, μπορεί να προκαλέσει υψηλά επίπεδα άγχους, θλίψης και στρες (Wang et.al, 2006).

#### 5.1.5. Η βία μεταξύ των γενεών

«Όταν ήμουν νεαρός, ζούσα με τη γιαγιά μου και πολλές φορές με χτυπούσε δυνατά. Τώρα που είμαι άντρας και η γιαγιά ζει μαζί μου, κάνω στη γιαγιά μου, ό,τι έκανε εκείνη σε εμένα» (Jones et. al, 1997).

Όσοι ενήλικες, έχουν πληγωθεί, από τους γονείς τους, όταν ήταν παιδιά και αν αυτό συνεχίζει να τους πληγώνει, βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του παρελθόντος, θέλοντας να

βρουν ευκαιρία να ξεσπάσουν, τώρα που ο γονέας είναι ανήμπορος και αυτοί έχουν τη φροντίδα τους (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες στα πλαίσια των οποίων χρησιμοποιείται βία γίνονται επιθετικοί ενήλικες. Είναι πιθανόν η βία να είναι μια μαθημένη συμπεριφορά και ένα παιδί που μεγαλώνει με τη βία και την κακοποίηση, πιθανόν να υιοθετήσει την ίδια συμπεριφορά (Fulmer, 1991).

Ο Jones και οι συνεργάτες του (1997), έχουν υποστηρίξει ότι η ενδοοικογενειακή βία, μαθαίνεται μέσα στο σπίτι και περνά από τη μία γενιά στην επόμενη. Γι' αυτό η κακοποίηση της τρίτης ηλικίας μπορεί να είναι ένα κυκλικό φαινόμενο, με γονείς και παιδιά να κακοποιούν ο ένας τον άλλον κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι παραπάνω ερευνητές, αναφέρονται σε έρευνα των Sengstock & Liang, που πραγματοποίησαν στο Ντιτρόιτ, και οι οποίοι εξέτασαν 77 περιπτώσεις κακοποίησης, από τις οποίες το 10,4% έδειξαν αμοιβαία βιαιότητα μεταξύ μελών της ίδιας οικογένειας.

#### 5.1.6. Ευερεθιστότητα των ηλικιωμένων

- Ευάλωτη υγεία

Όσο πιο ευαίσθητη η υγεία του ηλικιωμένου ατόμου, τόσο αυξημένος είναι ο κίνδυνος να υποστεί κακοποίηση. Η ευερεθιστότητα του ηλικιωμένου διαπιστώνεται και από τις χαμηλές νοητικές ικανότητες, καθώς και τις σωματικές λειτουργίες. Ηλικιωμένοι με νοητική στέρηση, είναι συχνά, θύματα βίας. Άτομα μεγάλης ηλικίας με ασθένειες που τους καθιστούν εγκλωβισμένους στο κρεβάτι, επίσης, πέφτουν θύματα πολλαπλής εκμετάλλευσης (Rodriguez, 2004). Τα άτομα μεγάλης ηλικίας, που έχουν δυσκολίες στις καθημερινές τους δραστηριότητες έχουν ένα μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν θύματα παραμέλησης, ιδιαίτερα εάν οι δυσκολίες τους είναι και στη λήψη τροφής και νερού (Azaka et al, 2002).

Σύμφωνα με δύο άλλους ερευνητές Lachs & Pillemer, όπως αναφέρουν οι Baker & Heitkemper (2005), ενώ αυξάνεται η ευπάθεια της υγείας του ηλικιωμένου δε φαίνεται να είναι άμεσα σχετιζόμενη με την κακοποίηση. Μάλλον αυξάνει την πιθανότητα ότι ένας ηλικιωμένος είναι αδύνατον να αναζητήσει βοήθεια ή υπεράσπιση του εαυτού του.

Σύμφωνα με τον Blunt, οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας, γίνονται θύματα σεξουαλικής βίας λόγω της ευπάθειας του σώματος και του πνεύματος (Jones & Powell, 2006).

- Χρήση αλκοόλ

Η κακοποίηση εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ ενός ηλικιωμένου είναι ο πιο κοινός παράγοντας για την κακοποίηση τρίτης ηλικίας. Διάφορες έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος βίας για το θύμα μπορεί ν'αυξηθεί έως και 10 φορές, όταν αυτό βρίσκεται υπό την επήρεια αλκοόλ. Οι Gordon & Brill (2001), αναφέρονται σε διάφορες έρευνες που έχουν γίνει από πολλούς ερευνητές και έχουν υποστηρίξει ότι τα θύματα βίας έχουν προβλήματα λόγω χρήσεως αλκοόλ ή κατάχρησης ουσιών σε περισσότερο από το 20% των περιπτώσεων κακοποίησης.

- Ηλικία

Ηλικιωμένοι που ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (>75 ετών) φαίνεται να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για κακομεταχείριση απ'ότι εκείνοι που είναι μεταξύ 60-74 ετών. Οι υπερήλικες αντιμετωπίζουν, σαφέστερα περισσότερα προβλήματα στις σωματικές και νοητικές λειτουργίες τους.

- Άνοια

Οι ηλικιωμένοι με άνοια επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι, εξαιτίας των επιθετικών συμπεριφορών που εκδηλώνουν προς τους φροντιστές, είναι πιθανότερο να δεχθούν βία. Ο Coyne και συνεργάτες το 1993 και Paveza και συνεργάτες το 1990, μέσα από έρευνες για τη σχέση μεταξύ άνοιας και κακοποίησης, υποστήριξαν ότι το 17-33% των ανοϊκών ασθενών εκδήλωναν έντονες σωματικές επιθετικές συμπεριφορές προς τους φροντιστές, και ότι το 5% από αυτούς τους φροντιστές ήταν βίαιοι προς τους ασθενείς. Η βία των εν λόγω, ασθενών αυξάνεται εάν ο ασθενής είχε προβλήματα συμπεριφοράς ή φτωχή σχέση με το πρόσωπο που έχει την ευθύνη της φροντίδας του, πριν την έναρξη της ασθένειας (Kleinschmidt, 1997).

Το παραπάνω έχει επιβεβαιωθεί και από δύο έρευνες των Soeda & Araki, το 1999, μέσα από τις οποίες φάνηκε ότι ένα ποσοστό 42,4% και 57,6% των ηλικιωμένων που είχαν κακοποιηθεί, είχαν άνοια και υποστήριξαν ότι οι ανοϊκοί ασθενείς κακοποιούνται περισσότερο από τους υγιείς ηλικιωμένους. Επιπλέον, βρέθηκε ότι μεταξύ 72-81% των κακοποιημένων ασθενών ήταν από αρκετά έως πολύ εξαρτημένοι από τους παροχούς φροντίδας (Wang, 2005).

Οι Pillemer & Suitor το 1992, όπως αναφέρει ο Kleinschmidt, (1997) εξέτασαν 236 φροντιστές ανοϊκών ασθενών για «βίαια συναισθήματα». Η συμπεριφορά των ασθενών δημιουργούσαν εχθρικά συναισθήματα στους φροντιστές, κυρίως σε εκείνους που χαρακτηρίζονταν από χαμηλή αυτοπεποίθηση καθώς και σε εκείνους που ζούσαν μαζί με τον ασθενή.



### 5.1.7. Κοινωνικοπολιτισμική Κουλτούρα

Σε κάθε τύπο κακοποίησης, παράγοντες όπως η κουλτούρα και η ποικιλία εθνοτήτων μπορεί να επηρεάσει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα βίαιων συμπεριφορών.

Πολλοί από τους παράγοντες για κίνδυνο κακοποίησης, είναι περισσότερο έντονοι στις μειονοτικές ομάδες. Τέτοιες ομάδες, αποτελούνται από άτομα που βρίσκονται σε αποκλεισμό από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Εάν στις ομάδες αυτές επικρατεί χαμηλό επίπεδο καλής υγείας, λόγω φτώχης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με συνέπεια τα άτομα να αντιμετωπίζουν ένα σύνολο δυσκολιών τότε μπορεί να αυξηθεί η ευαλωτότητα και ο κίνδυνος για κακοποίηση να είναι μεγαλύτερος.

Η είσοδος των μεταναστών και η υιοθέτηση της κουλτούρας της νέας χώρας που εγκαθίστανται μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερο στρες λόγω και των δυσκολιών όπως η εκμάθηση της νέας γλώσσας και η κοινωνική διάκριση, με την οποία συχνά έρχονται αντιμέτωποι. Οπότε, τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα μιας οικογένειας εξαρτώνται περισσότερο από τα νεότερα μέλη της οικογένειας.

Οι πολιτισμικές προσδοκίες, επίσης, μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο που η βία εκδηλώνεται καθώς και τη πιθανότητα το θύμα ή η οικογένεια να αναζητήσει βοήθεια.

Στις κουλτούρες στις οποίες οι ηλικιωμένοι έχουν υψηλή εκτίμηση, ή στις οικογένειες όπου οι δεσμοί είναι πολύ στενοί, η παροχή φροντίδας στον ηλικιωμένο είναι αυτονόητη ενέργεια από τα υπόλοιπα μέλη. Πολλά κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια, δεν εγκρίνουν την αναζήτηση βοήθειας από άτομα ξένα προς το στενό οικογενειακό πλαίσιο. Θεωρείται, πως η μοναδική βοήθεια πρέπει να παρέχεται από μέλη της οικογένειας. Το γεγονός αυτό, από τη μια μεριά φανερώνει τη σπουδαιότητα που έχει για κάποιες κουλτούρες η φροντίδα προς τα γερασμένα άτομα, από την άλλη όμως καταδεικνύει τη στενότητα των οικογενειών να αναζητήσουν εξωτερική βοήθεια στις περιπτώσεις που υπάρχουν δυσκολίες ως προς τη φροντίδα (Jones et al., 1997).

Τέτοιες κουλτούρες είναι έντονες στη Κίνα, όπου η φροντίδα από τη κόρη είναι ισχυρός κοινωνικός κανόνας. Η υποχρέωση για τη φροντίδα των γονέων είναι μεγάλη. Ακόμα και όταν τα παιδιά φεύγουν από το πατρικό τους σπίτι, η υποχρέωση προς τους γονείς παραμένει. Στις περιπτώσεις όπου η φροντίδα δεν είναι απαραίτητη, λόγω ικανότητας των γονιών να εξυπηρετούνται, θεωρείται χρέος των παιδιών να τους επισκέπτονται τακτικά (Jones et al., 1997).

Η προσδοκία, ότι οι ενήλικες θα υποστηρίξουν και θα φροντίσουν τους ηλικιωμένους γονείς τους, είναι προφανές σε χώρες όπως το Ισραήλ. Το δεδομένο της οικογενειακής στήριξης και φροντίδας προς τους ηλικιωμένους γονείς, δημιουργεί πολύ έντονο στρες, σύμφωνα και με την άποψη του συγγραφέα Hazan (2000), όπως αναφέρει η Rabi, (2006).

Στη σημερινή εποχή, δυστυχώς οι παραπάνω αξίες και οι θέσεις των νεότερων γενεών έχουν αλλάξει ως αποτέλεσμα των αλλαγών στην οικογενειακή δομή. Συνεπώς, όταν τα νέα ζευγάρια με τις δικές τους οικογένειες, ζουν μακριά από τους ηλικιωμένους γονείς, τους επισκέπτονται λιγότερες φορές.

Οι Bristowe & Collins το 1989, σύμφωνα με τον Kleinschmidt (1997), θέλησαν να εξετάσουν τη κακοποίηση σε αγροτικές και αστικές περιοχές, ως έναν παράγοντα κινδύνου. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν καμμία διαφορά μεταξύ πόλεων και χωριών, παρά το γεγονός ότι έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί το 1988 από τον Tataara, είχε δείξει ότι επίπεδα κακοποίησης σε αστικές περιοχές ήταν μεγαλύτερα. Θα ήταν ενδιαφέρον, η έρευνα να επικεντρωθεί σε αυτό ώστε να διαπιστώσουμε εάν υπάρχουν όντως διαφορές.

## 5.2. Πολυπαραγοντική Κλινική Εκτίμηση

Ο Rourke προτείνει ότι η βία είναι πιθανότερο να είναι αποτέλεσμα συμβολής πολλών παραγόντων παρά μόνο ένας παράγοντας να θεωρείται υπεύθυνος (Oh et al., 2006). Έχοντας υπόψη του, αυτό ο κλινικός θα αξιολογήσει τους διαφορετικούς παράγοντες στο σύνολό τους, προκειμένου να καταλήξει σε ορθότερα συμπεράσματα.

Πολλοί κλινικοί συχνά παραβλέπουν τη σημαντικότητα της γενικής κατάστασης των φροντιστών των ηλικιωμένων ατόμων. Οι κλινικοί οφείλουν να γνωρίζουν ότι η παροχή βοήθειας είναι ένας παράγοντας που αυξάνει το άγχος και θα πρέπει να δίνουν περισσότερη προσοχή σε αυτό. Έτσι, χρειάζεται πολλές φορές, πέρα από τη παρατήρηση του κακοποιημένου ατόμου να παρατηρούν και να εξετάζουν τις δυναμικές σχέσεις στην οικογένεια του. Το ίδιο πρέπει να συμβαίνει και για την οικογένεια του φροντιστή, αξιολογώντας τις δυσκολίες που μπορεί να υπάρχουν.

Σύμφωνα με τη Manthorpe και τους συνεργάτες της (2007), η μοναξιά, το άγχος και η φτωχή ποιότητα ζωής είναι όλα συνδεδεμένα με τη κακομεταχείριση.

Παράγοντες που θέτουν τα άτομα σε υψηλό κίνδυνο για ψυχολογική κακοποίηση από τους φροντιστές των ηλικιωμένων, είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του φροντιστή σε

συνδυασμό με το στρες από την υπερφόρτωση των καθηκόντων. Εάν ένα άτομο χαρακτηρίζεται ως επιθετικό, οι αυξημένες απαιτήσεις από τη δουλειά μπορεί να τον κάνουν εντονότερα βίαιο (Wang et.al, 2006).

Ανάλυση που έχει πραγματοποιηθεί σε ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα για 236 οικιακούς φροντιστές που ήταν υπεύθυνοι για θύματα με άνοια έδειξε ότι η ηλικία του φροντιστή ήταν θετικά σχετιζόμενη με την ηλικία του φροντιζόμενου και ότι οι μέσης ηλικίας φροντιστές, ήταν πιθανότερο από τους νέους φροντιστές να κακοποιήσουν ηλικιωμένα άτομα.

Μολονότι οι διαφορές του φύλου δεν ήταν σημαντικές σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί ανά τον κόσμο για τους φροντιστές, η πλειοψηφία των ερευνών, έδειξε κακοποίηση από γυναίκες καθώς μέσα από πολλές έρευνες έχει προκύψει ότι οι γυναίκες αναλαμβάνουν, συνήθως, το ρόλο των φροντιστών στα πλαίσια της οικογένειας.

Η νεότερη έρευνα επικεντρώνεται στην εξάρτηση του ηλικιωμένου και το στρες του φροντιστή, ως τους πρωταρχικούς παράγοντες κινδύνου (Hirsch et.al, 1999).

Σύμφωνα με τους Benton & Marshall, που εξέτασαν άτομα που αντιλαμβάνονταν τις ευθύνες της δουλειάς τους ως στρεσογόνες και φορτικές, έδειξαν ότι αυτοί οι βοηθοί είχαν ισχυρότερη ένδειξη να διαπράξουν κακοποίηση σε ηλικιωμένους (ψυχολογική, σωματική και οικονομική). Συνεπώς, το φορτίο της φροντίδας δε θα πρέπει να παραγνωρίζεται ως ένας δυναμικός παράγοντας που συμβάλει στη ψυχολογική κακοποίηση.

Αποτελέσματα άλλων ερευνών έχουν βρει, ότι τα περιστατικά κακοποίησης συχνά συμβαίνουν όταν ο βοηθός και ο αποδέκτης βοήθειας ζουν μαζί, γιατί σε αυτή την περίπτωση, η ένταση και η σύγκρουση είναι δύσκολο να αποφευχθούν (Azaka et al, 2003). Όταν ο ηλικιωμένος γίνεται συνεχώς εξαρτώμενος από το φροντιστή για τις σωματικές, συναισθηματικές και οικονομικές ανάγκες, ο φροντιστής αργά αλλά σταθερά γίνεται υπερφορτωμένος και αντιμετωπίζει μνησικάκα τις απαιτήσεις των ηλικιωμένων.

### 5.3. Σχέση των χαρακτηριστικών προσωπικότητας του ηλικιωμένου θύματος με τη κακοποίηση

- Μορφωτικό επίπεδο

Από έρευνα του Oh και των συνεργατών του (2006), προέκυψε ότι όσοι ηλικιωμένοι δεν είχαν καθόλου μόρφωση ήταν πιθανότερο να κακοποιηθούν σε σύγκριση με εκείνους που είχαν μόνο μόρφωση γυμνασίου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Κορέα και 15.230 άτομα πέρασαν

από συνέντευξη στα σπίτια τους, προκειμένου να εξεταστεί η σχέση ανάμεσα σε αυτούς που είχαν εμπειρία κακοποίησης και των προσωπικών χαρακτηριστικών τους.

- Νοητικό επίπεδο.

Από την παραπάνω έρευνα, προέκυψε, επίσης ότι όσοι ηλικιωμένοι είχαν χαμηλό νοητικό λειτουργικό επίπεδο, είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα για κακοποίηση.

- Δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις

Όσα από τα ηλικιωμένα άτομα είχαν τη πεποίθηση ότι οι οικογενειακές τους σχέσεις ήταν «πολύ κακές», είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν παραβίαση των δικαιωμάτων τους, συγκριτικά με εκείνους που βίωναν τις οικογενειακές τους σχέσεις, ως ευχάριστες. Η ομάδα των ατόμων που χαρακτήρισαν αρνητικά τις σχέσεις με την οικογένεια, υπέφεραν περισσότερο από κακοποίηση και κυρίως σωματική κακοποίηση.

- Προσωπικότητα ηλικιωμένου

Η κακοποίηση, συχνά συμβαίνει σε οικογένειες όπου το ηλικιωμένο άτομο έχει μια κυριαρχική προσωπικότητα και οι δραστηριότητες των παιδιών είναι αυστηρώς ελεγχόμενες και αποφασίζονται μόνο από το γονέα (Azaka et al, 2003).

- Ικανότητα διευθέτησης των προβλημάτων

Ο Finn (1985), όπως αναφέρει ο Comijs και οι συνεργάτες του (1999), βρήκε ότι οι γυναίκες που δέχονταν βία από τους συζύγους τους, χρησιμοποιούσαν λιγότερες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, όταν έρχονταν αντιμέτωπες με δυσλειτουργικές καταστάσεις. Αντίθετα, έτειναν να αγνοήσουν το πρόβλημα. Προσπαθούσαν να αγνοήσουν τα προβλήματα ή να πιστεύουν πως η λύση του προβλήματος εξαρτάται από παράγοντες που βρίσκονται έξω από αυτές (εξωτερικός έλεγχος).

Το εύρημα αυτό έχει επιβεβαιωθεί και από προγενέστερες έρευνες των Lazarus & Folkman (1984) και είναι αποδεκτό πως υπάρχει σχέση μεταξύ της ικανότητας μάθησης σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων, κάνοντας τους ηλικιωμένους περισσότερο ή λιγότερο ευπαθής στη βία. Όσο μεγαλύτερη η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων τόσο μικρότερη η πιθανότητα να δεχθεί βία και αντίστροφα.

- Αίσθημα θυμού

Άλλο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που σχετίζεται με τη βία είναι ο θυμός. Όταν ο ανήμπορος ηλικιωμένος αισθάνεται θυμό και απογοήτευση για τη κατάσταση και τη ζωή του, εκφράζεται επιθετικά, προβάλλοντας τα συναισθήματα του, στους άλλους. Επιπλέον, ο θυμός και το αίσθημα της εχθρότητας μεταξύ δύο ανθρώπων ως άμεση αιτία για λεκτική ή σωματική

επιθετικότητα, μπορεί να συμβαίνει γιατί το θύμα έχει μάθει να επικοινωνεί με επιθετικό τρόπο. Ο φροντιστής που δε μπορεί να αξιολογήσει τη συμπεριφορά του ηλικιωμένου, αντιδρά και ο ίδιος επιθετικά, φτάνοντας σε σημείο κακοποίησης.

Ο Comijs και οι συνεργάτες του (1999), θέλησαν να εξετάσουν τη σχέση ανάμεσα στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και της ικανότητας να ενεργούν αποτελεσματικά στη ζωή και τη βία. Το δείγμα αποτελούσαν 217 άτομα ηλικίας 65ετών και άνω που ήταν θύματα χρόνιας λεκτικής επιθετικότητας, σωματικής βίας και οικονομικής εκμετάλλευσης. Στις συνεντεύξεις που έγιναν χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία αξιολόγησης της ικανότητας των ανθρώπων να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα στη καθημερινή τους ζωή και της ικανότητά τους να είναι αποτελεσματικοί (αυτό-αποτελεσματικότητα). Η μελέτη έδειξε, ότι, τα άτομα που είχαν υποστεί χρόνια λεκτική επιθετικότητα είχαν χαμηλή ικανότητα να ελέγχουν τις προβληματικές καταστάσεις. Τα άτομα που είχαν υποστεί σωματική επιθετικότητα χαρακτηρίζονταν από μια παθητική και αποφευκτική συμπεριφορά. Η πλειοψηφία των θυμάτων αποσύρονταν από την κατάσταση της κακομεταχείρισης, χωρίς να κάνουν το παραμικρό ώστε να αμυνθούν.

Την ίδια συμπεριφορά είχαν και στον τρόπο χειρισμού των δυσκολιών. Συνεπώς δεν ήταν ικανοί να χειρίζονται προβληματικές καταστάσεις. Απλώς, τις απέφευγαν, χωρίς όμως να τις επιλύουν. Όσοι από τους συμμετέχοντες ήταν θύματα οικονομικής εκμετάλλευσης, θεωρούνταν μη αποτελεσματικοί στη διαχείριση των οικονομικών τους λογαριασμών, νιώθοντας απογοήτευση για τον ίδιο τους τον εαυτό.

Τα παραπάνω ευρήματα, δείχνουν ότι σε συνδυασμό με τους ήδη γνωστούς παράγοντες κινδύνου, κάποια προσωπικά χαρακτηριστικά των θυμάτων μπορούν να θεωρηθούν παράγοντες κινδύνου για κακομεταχείριση. Ο τρόπος που οι άνθρωποι χειρίζονται τις δυσχερείς καταστάσεις τους κάνει λιγότερο ή περισσότερο οικείου στο να γίνουν θύματα κακοποίησης. Όταν τα άτομα δεν είναι εξοικειωμένα με αποτελεσματικές συμπεριφορικές στρατηγικές, δεν μπορεί να διευθετήσουν αποτελεσματικά αγχογόνες καταστάσεις και αρνητικά συναισθήματα.

Μέσα από τα παραπάνω στοιχεία, φαίνεται πως αν δώσουμε στήριξη και συμβάλλουμε στην εκμάθηση καλύτερου τρόπου χειρισμού των προβλημάτων μέσα από στρατηγικές επίλυσης δυσχερών καταστάσεων, πιθανόν η κακοποίηση να προληφθεί ή ακόμα και να αντιμετωπιστεί.

- Χρόνιες ασθένειες

Ο Wang το 2005, θέλησε να ερευνήσει τη σχέση μεταξύ της ψυχολογικής κακοποίησης και κάποιων προσωπικών χαρακτηριστικών του θύματος. Για το σκοπό αυτό συνέλεξε δεδομένα από κοινότητες της Ταϊβάν από ένα δείγμα 195 ατόμων ηλικίας 60 ετών και πάνω. Μετρήθηκε ο

βαθμός ψυχολογικής κακοποίησης με ειδική κλίμακα (Psychological Elder Abuse Scale PEAS). Τα αποτελέσματα, έδειξαν ότι χρόνιες ασθένειες ήταν σημαντικά σχετιζόμενες με τη ψυχολογική κακοποίηση, επισημαίνοντας πως ηλικιωμένοι με χρόνιες ασθένειες, δέχονταν βία από τους φροντιστές τους.

Η Shugarman και οι συνεργάτες της (2003), θέλησαν να εξετάσουν τη σχέση ανάμεσα στα ποικίλα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων και μιας κλίμακας μέτρησης ενδεχόμενης κακοποίησης ηλικιωμένων. Το δείγμα αποτελούσαν 701 άτομα ηλικίας > 60 ετών, οι οποίοι αναζητούσαν υπηρεσίες για φροντίδα στο σπίτι. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα MDS-HC (Minimum Data Set For Home Care). Το 4,7% αυτών είχαν τουλάχιστον ένα από τα σημάδια που σχετίζονταν με ενδεχόμενη κακοποίηση. Το 39,4% είχαν κακή υγιεινή, το 24,4% φοβόταν ένα από τα μέλη της οικογένειας, το 21,1% φάνηκε παραμελημένο και το 6,1% είχε ανεξήγητες πληγές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στενή συσχέτιση μεταξύ της ενδεχόμενης βίας και των προβλημάτων των ηλικιωμένων: α) εξασθένηση της βραχύχρονης μνήμης, β) ψυχιατρικές διαταραχές και γ) χρήση αλκοόλ.

#### 5.4. Παράγοντες κινδύνου για αυτό-παραμέληση γερόντων

Το 2005, ο Διεθνής Οργανισμός Υπηρεσιών Προστασίας Αδυνάτων, ερεύνησε περίπου 170.000 υποθέσεις αυτοπαραμέλησης σε 34 πολιτείες της Αμερικής, και έδειξε αύξηση κατά 44% από το 2000 (Teaster και συνεργάτες από Smith και συνεργάτες, 2006).

Ο Smith και οι συνεργάτες του (2006), θέλησαν να μελετήσουν τα ηλικιωμένα άτομα που παραμελούν, οι ίδιοι τις ανάγκες τους, και εμφανίζουν ελλείψεις στη διατροφή τους και να εξετάσουν κατά πόσον αυτό μπορεί να αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για κακοποίηση. Αυτές, οι ελλείψεις στη διατροφή που αντικατροπίζονται στα συστατικά του αίματος, αποτελούν ενδείξεις ελλιπούς φροντίδας που παρέχουν οι ηλικιωμένοι στους εαυτούς τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι 30 συμμετέχοντες ηλικιωμένοι παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα συγκεντρώσεως στο αίμα διάφορων βιταμινών και άλλων θρεπτικών συστατικών.

Οι ηλικιωμένοι που παραμελούν τις ανάγκες τους, μπορεί να εμφανίζουν γνωστικές δυσλειτουργίες, ψυχικές διαταραχές ή οργανικές παθήσεις. Σύμφωνα τον Goodwin και τους συνεργάτες του, όπως αναφέρει ο Smith και οι συνεργάτες του (2006), ακόμα και υγιείς ηλικιωμένοι με χαμηλές συγκεντρώσεις στο αίμα βασικών συστατικών για τον οργανισμό (όπως

βιταμίνες) είχαν χαμηλά σκορ σε δοκιμασίες μνήμης και μη λεκτικής σκέψης. Πολλές έρευνες αναφέρουν βελτίωση στη γνωστική λειτουργικότητα μετά τη λήψη βιταμινών.

## 6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### 6.1. Ποιοι είναι οι υπεύθυνοι για τη φροντίδα των ηλικιωμένων;

Αρχικά, ο/η σύζυγος μπορεί να παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα στον/στην αδύναμο σύζυγο. Όσο όμως η ηλικία μεγαλώνει και γίνεται λιγότερο ικανός/ικανή ή όταν ο/η σύζυγος πεθαίνει, τα ενήλικα παιδιά γίνονται οι φροντιστές των γονέων. Τα ενήλικα παιδιά βρίσκονται στο πεντηκοστό, εξηκοστό και σε μερικές εξαιρέσεις στο εβδομηκοστό έτος της ηλικίας τους, όσο το προσδόκιμο όριο ζωής μεγαλώνει.

Φροντίδα προς τους ηλικιωμένους, προσφέρουν κυρίως οι σύζυγοι (περίπου 30%) και τα ενήλικα παιδιά (30-40%). Από τα παιδιά το 80% είναι γυναίκες. Η συνήθης ηλικία των γυναικών είναι μεταξύ των 40-50 ετών. Κατά συνέπεια η λήψη καθηκόντων είναι μεγάλη. Από τη μια μεριά, έχουν τις απαιτήσεις της δουλειάς και της δικής τους οικογένειας και από την άλλη την υποχρέωση φροντίδας των γονέων τους (Plowfield et. al, 2000).

Οι κόρες αντί για τους γιους αναλαμβάνουν τη φροντίδα, ενώ οι δεύτεροι είναι συνηθέστερο να βοηθούν οικονομικά. Οι δυναμικές της κάθε οικογένειας επηρεάζουν το βαθμό στον οποίο οι ευθύνες μοιράζονται μεταξύ των αδερφών. Ο βαθμός επαφής μεταξύ των γενεών επηρεάζει τις αποφάσεις που καλούνται να πάρουν οι υπεύθυνοι για τη φροντίδα. Εκείνες οι οικογένειες που έχουν δυνατές οικογενειακές αξίες και υψηλά επίπεδα επαφής τείνουν να φροντίζουν τους αδύναμους συγγενείς στο σπίτι.

Στις οικογένειες με περισσότερα του ενός παιδιά, τη φροντίδα του ηλικιωμένου αναλαμβάνει αυτός που είναι πιο πρόσφορος είτε γεωγραφικά, δηλαδή βρίσκεται σε κοντινότερη απόσταση, είτε έχει λιγότερες οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις.

Όταν οι ηλικιωμένοι δεν έχουν δική τους οικογένεια, η λύση για τη κάλυψη της φροντίδας τους, γίνεται με εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα ή παρέχεται φροντίδα από κάποιο τρίτο πρόσωπο, έναντι οικονομικού ανταλλάγματος (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Πραγματικά, το ίδρυμα κλειστής περίθαλψης αποτελεί πολύ καλή λύση για τον υπερήλικα, όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, όπου θα μπορούσε να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του υπερήλικα. Ωστόσο, σε πολλές κοινωνίες, όπως π.χ. στο Ισραήλ, η ιδρυματοποίηση

του ηλικιωμένου δεν είναι αποδεκτή, ως ένας τρόπος ζωής. Σύμφωνα με τον Be'er (2003), όπως αναφέρει η Rabi (2006), κατά το έτος 1999, μόνο ένα 4% του πληθυσμού τρίτης ηλικίας ζούσαν σε ιδρύματα μακροπρόθεσμης φροντίδας.

## 6.2. Ποιοι είναι οι δράστες;

Από έρευνα της Manthorpe και των συνεργατών της (2007), σε δείγμα 2.111 ηλικιωμένων άνω των 66 ετών βρέθηκε ότι η κακοποίηση, συνέβαινε από φίλους, μέλη της οικογένειας και τρίτα πρόσωπα που ήταν υπεύθυνα για τη φροντίδα. Μάλιστα, όταν στους υπόπτους συμπεριλήφθηκαν γείτονες και γνωστοί, το ποσοστό από 2.6% ανήλθε στο 4%.

Οι συγκρούσεις μεταξύ της συζύγου και της πεθεράς, συχνά οδηγεί σε κακοποίησης της ηλικιωμένης. Το φαινόμενο αυτό είναι πολύ έντονο στην Ιαπωνία, και μάλιστα το θέμα αυτό είναι συχνό στις δραματικές σειρές της τηλεόρασης στην Ιαπωνία (Kaneko & Yamada, 1990 από Koza, 1999).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Κορέα από τον Oh και τους συνεργάτες του (2006), σε ένα δείγμα 15.230 ανθρώπων μεγάλης ηλικίας, έδειξε ότι, οι δράστες ήταν οι γιοι ή και οι νύφες στο 75% - 80% των κακοποιημένων ηλικιωμένων.

Οι Collins & Presnell (2005), οι οποίοι θέλησαν να ερευνήσουν το θέμα της παραμέλησης σε 8 άτομα κατά την εξέταση νεκροψίας, βρήκαν ότι και σε αυτές της περιπτώσεις δράστες ήταν γνωστά πρόσωπα. Το εύρος ηλικίας των αποθανόντων ήταν μεταξύ 74-94 ετών. Δύο ήταν λευκοί, 6 μαύροι, ένας ήταν άντρας και 7 γυναίκες. Οι αιτίες θανάτων ήταν η σήψη από σοβαρές ασθένειες. Η έρευνα έδειξε ότι στις 5 από τις 8 περιπτώσεις οι δράστες ήταν οικογενειακά μέλη. Στις δύο περιπτώσεις οι δράστες ήταν τα εγγόνια. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις δράστες ήταν ο γιος και η κόρη, ο σύζυγος και κάποιο από τα μέλη προσωπικού σε ίδρυμα. Τα 5 από τα 8 περιστατικά συνέβησαν στο σπίτι και τα 3 από αυτά σε κάποιο ίδρυμα.

Οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να κακοποιηθούν εάν ζουν με την οικογένειά τους αλλά δεν έχουν σύζυγο εν ζωή. Ιδιαίτερα οι γυναίκες που πιθανόν είναι χήρες βρίσκονται σε υψηλότερο ρίσκο για κακοποίηση. Ωστόσο, γυναίκες μπορεί επίσης, να κακοποιηθούν όταν φροντίζουν ένα σύζυγο, ο οποίος ήταν ή συνεχίζει να είναι επιθετικός (Rodríguez, 2004).

Στοιχεία από έρευνες του Tataru το 1990 & 1993, όπως αναφέρονται στον Kleinschmidt (1997), έχουν δείξει ότι οι πιο κοινοί δράστες των αναφερομένων υποθέσεων κακοποίησης, είναι τα ενήλικα παιδιά (30-33%), οι σύζυγοι (14-15%) ή άλλοι συγγενείς (13-20%). Ωστόσο άλλη



έρευνα, έχει δώσει στοιχεία για κακοποίηση από σύζυγο στο 58% των περιπτώσεων, από κάποιο παιδί στο 16% και από άλλα άτομα (εγγόνια, αδέρφια) στο 18%. (Pillemer & Finkelhor, 1988 από Kleinschmidt, 1997).

Αξιοσημείωτα, ο Sengstock, όπως αναφέρει ο Wang και οι συνεργάτες του, (2006) έχει υποστηρίξει ότι γυναίκες βοηθοί είναι πιθανότερο να ασκήσουν συναισθηματική κακοποίηση (οι κόρες φτάνουν το ποσοστό του 44%, ενώ οι αδερφές των θυμάτων υπολογίζονται στο 33%).

Σύμφωνα με τους Benbow & Haddad (1993), όπως αναφέρει ο Kleinschmidt (1997), σε τρεις από τις τέσσερις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης, μέσα σε οικο ευγηρίας, οι δράστες ήταν άλλοι ιδρυματοποιημένοι ασθενείς, που είχαν ψυχιατρικές διαταραχές.

Ο Holt το 1993, αναγνώρισε θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Το 98% των δραστών, ήταν άντρες, παρότι τα θύματα ήταν και άντρες και γυναίκες (περισσότερες γυναίκες από άντρες). Από το 86% των γυναικών που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά, οι περισσότεροι από τους μισούς ήταν οι ενήλικοι γιοί ενώ στο 14% ήταν οι σύζυγοί τους. Από το 14% των αντρών-θυμάτων 2/3 των δραστών ήταν «φίλοι» και το 1/3 ήταν οι σπιτονοικοκυρές τους.

Ο Azaka και οι συνεργάτες του, το 2002 πραγματοποίησαν νεκροψίες σε 15 περιπτώσεις θυμάτων κακοποίησης τρίτης ηλικίας, στην Ιαπωνία. Στις 10 από αυτές τις περιπτώσεις, όπου δράστες ήταν ο γιος ή ο εγγονός των θυμάτων, οχτώ από τους δράστες ήταν άνεργοι και είχαν ελάχιστο ή και καθόλου εισόδημα. Επίσης, τέσσερις από τους δράστες στις ενδοοικογενειακές καταστάσεις βίας είχαν νοητικές δυσλειτουργίες και δύο ήταν χρόνιοι χρήστες αλκοόλ.

Στην έρευνα του Oh και των συνεργατών του (2006), που έλαβε μέρος σε μια μικρή πόλη της Κορέας, ο πιο συχνός κακοποιός σε οποιοδήποτε είδος βίας ήταν ο γιος ακολουθούμενος από μια νύφη, μέσα στην οικογένεια. Μολονότι αυτό το αποτέλεσμα είναι όμοιο με τα ευρήματα και άλλων ερευνών στη Κορέα, ήταν διαφορετικά από μελέτες σε άλλες χώρες, στις οποίες μια αδερφή ή μια κόρη ήταν ο πιο συχνός κακοποιός στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Αυτή η διαφορά εξηγείται εξαιτίας του γεγονότος ότι παραδοσιακά στη Κορέα το φορτίο της φροντίδας των γονιών, στηρίζεται στο μεγαλύτερο γιο και τη γυναίκα, γενικά.

Πολλά θέματα των ατόμων που φροντίζουν εξασθενημένους ηλικιωμένους είναι κοινά. Η αντιστροφή των ρόλων, άλυτες συγκρούσεις, απορρόφηση του φροντιστή.

Η ανατροπή στους ρόλους επέρχεται όταν ένας σύζυγος ή κάποιο παιδί αναλαμβάνει ένα ρόλο φροντιστή. Παραδοσιακά, οι μητέρες και οι σύζυγοι κρατούν το ρόλο φροντίδας στις οικογένειες. Γι' αυτό όταν αυτοί εξασθενήσουν και απαιτήσουν βοήθεια από τους συζύγους ή τα παιδιά τους, οι ρόλοι ανατρέπονται και μπερδεύονται. Το εξασθενημένο άτομο μπορεί να

αισθάνεται άβολα λαμβάνοντας φροντίδα. Είναι σημαντικό για εκείνο να κρατήσει την αξιοπρέπεια του.

Οι άλυτες συγκρούσεις είναι άλλη μια πηγή πίεσης στις σχέσεις φροντίδας. Παιδιά και γονείς μπορεί να είχαν δυσκολίες στα νεότερα χρόνια που έμειναν άλυτες, παραμένοντας σιωπηλές πηγές πόνου. Όταν τα θέματα αυτά, αναγνωριστούν και ταξινομηθούν, επέρχεται ανακούφιση. Μια επιδέξια συζήτηση και η προσεκτική ακρόαση, βοηθούν την οικογένεια να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις.

Στοιχεία από έρευνα του Zhu και των συνεργατών του, (2000), οι οποίοι διεξήγαγαν νεκροψίες σε 121 περιπτώσεις κακοποιημένων ηλικιωμένων, ώστε να εξετάσουν τα χαρακτηριστικά, έδειξαν ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες κακοποιήθηκαν στις περισσότερες περιπτώσεις από τους γιους ή τους εγγονούς τους, ενώ οι ηλικιωμένοι άντρες έπεσαν θύματα κακοποίησης από άντρες όπως γιους ή συζύγους αδελφών.

### 6.3. Χαρακτηριστικά του φροντιστή

Ο Wang και οι συνεργάτες του το 2006, θέλησαν να ερευνήσουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά των φροντιστών που κακοποιούν ψυχολογικά ηλικιωμένους και να αναγνωρίσουν παράγοντες κινδύνου για αυτό το είδος κακοποίησης. Εξετάστηκαν 92 φροντιστές και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το επίπεδο της βίαιης συμπεριφοράς ήταν θετικά σχετιζόμενο με το φύλο, το επίπεδο μόρφωσης και το βάρος της ευθύνης του φροντιστή και αρνητικά σχετιζόμενο με την ηλικία. Όσοι από τους φροντιστές ήταν γυναίκες, είχαν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης και είχαν μεγάλο φορτίο λόγω αυξημένων υποχρεώσεων, εκδήλωναν σοβαρότερη ψυχολογική επιθετικότητα.

#### 6.3.1. Παράγοντες που προκαλούν στρες στο φροντιστή

- Αλλαγή του οικογενειακού συστήματος, αφού η φροντίδα προκαλεί αλλαγή στη σχέση
- Προβληματικές συμπεριφορές του ασθενούς
- Άσχημη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς
- Ανάγκη αποδοχής ότι κάποιος που αγαπάμε είναι ανήμπορος
- Περιορισμοί προσωπικού χρόνου και ελευθερίας

- Φορτίο πολλών ρόλων, παρέμβαση στον υπάρχοντα τρόπο ζωής, μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση
- Ενοχή λόγω μη επαρκούς προσφοράς.

Σύμφωνα με τον Pearlin και τους συνεργάτες του, άλλοι παράγοντες που αυξάνουν το στρες του φροντίζοντος ατόμου είναι η οικονομική επιβάρυνση, που αυξάνει τα άλλα προβλήματα του ατόμου, οι ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις, η πτώση της αυτοεκτίμησης και ο εγκλωβισμός στο ρόλο, η αίσθηση ότι χάνεται η προσωπική ζωή και ο εαυτός του (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Ο Chez (1999), τονίζει πως είναι απαραίτητο, οι ειδικοί να έχουν ενσυναίσθηση για το ρόλο και τη θέση των φροντιστών. Πολλοί από αυτούς αντιμετωπίζουν πολλές δυσχερείς καταστάσεις για την κάλυψη των δικών τους αναγκών, οικονομικές στενότητες, συνήθως έχουν δικές τους οικογένειες και έχουν την ευθύνη της ανατροφής των παιδιών ζώντας σε περιορισμένα σπίτια. Προσμετρώντας όλα αυτά τα προβλήματα μπορεί να έχουν έλλειψη γνώσης για τις ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων ατόμων, τις ανεπάρκειες και τις αρρώστιες της τρίτης ηλικίας.

#### 6.4. Συνέπειες από τη φροντίδα προς κάποιο ηλικιωμένο άτομο της οικογένειας

Ελάχιστες οικογένειες είναι προετοιμασμένες να αντιμετωπίσουν το κόστος της φροντίδας, το οποίο δεν είναι μόνο οικονομικό αλλά επίσης, συναισθηματικό και σωματικό. Η έλλειψη γνώσης καθώς και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες μπορεί γρήγορα να οδηγήσουν σε απογοήτευση και εξάντληση και καθώς οι ανάγκες του ηλικιωμένου ατόμου αυξάνουν, η κατάσταση ενδέχεται να βιώνεται ως ανεξέλεγκτη.

#### ♦ Θετικές συνέπειες από τη φροντίδα του ηλικιωμένου

##### 1) Βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων

Παρά το γεγονός πως η φροντίδα ενός εξασθενημένου ηλικιωμένου είναι μια μεγάλη και κουραστική ευθύνη, μπορεί παράλληλα να είναι και μια ευκαιρία εκδήλωσης αγάπης και δέσμευσης. Οικογένειες που αξιολογούν τη φροντίδα θετικά αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και χαρακτηρίζονται από λιγότερη σκληρότητα όταν συγκρίνονται με φροντιστές που αξιολογούν την φροντίδα αρνητικά.

Οι δεσμοί μεταξύ των εγγονών και των παππούδων/γιαγιάδων μπορούν να γίνουν ισχυρότεροι. Οι έφηβοι της οικογένειας συχνά αναφέρουν μεγαλύτερη συμπάθεια για τους γηραιότερους καθώς και μεγαλύτερο συναισθηματικό δέσιμο με τα αδέρφια.

## 2) Αισιοδοξία του φροντιστή

Παρότι, οι οικογένειες βιώνουν πίεση, οι φροντιστές εκφράζουν ικανοποίηση από τον ρόλο τους. Η ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη όταν οι φροντιστές, και τα υπόλοιπα μέλη εκφράζουν την κατανόησή τους συμμετέχοντας συνεργατικά στη φροντίδα. Οι φροντιστές που νιώθουν αυτοπεποίθηση και είναι αποτελεσματικοί σε αυτό το ρόλο αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και χαρακτηρίζονται από έντονη αισιοδοξία.

## 3) Επιτυχία στο να αντιμετωπίζουμε δύσκολες καταστάσεις

Το να γίνει κάποιος φροντιστής και να συνειδητοποιήσει την σημασία του, αφορά ένα γεγονός που προάγει γνωστικές αλλαγές λόγω των καινούργιων καταστάσεων που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Οι φροντιστές, μαθαίνουν να διαπραγματεύονται ένα σύνολο παροχών υγείας και ασφαλιστικών εταιρειών, να αξιολογούν τις πηγές της κοινότητας και κυρίως να εκτιμούν τα ηλικιωμένα άτομα. Αυτές οι δραστηριότητες δίνουν τη δυνατότητα στους φροντιστές να χτίσουν και να επεκτείνουν τις καταστάσεις στη ζωή τους με τις οποίες μπορούν να τα βγάλουν πέρα. Το να τα βγάλει, κανείς, πέρα σε δύσκολες καταστάσεις καθορίζεται από την προσωπική τόλμη που χαρακτηρίζεται από μια δυνατή αίσθηση αυτοϊκανοποίησης. Η τόλμη κατακτάται από την εσωτερική δυναμική της οικογένειας, τις υγιείς σχέσεις, τις μεταβολές στις πεποιθήσεις και την προσωπική ανάπτυξη.

### ♦ Αρνητικές συνέπειες από τη φροντίδα των ηλικιωμένων

#### 1) Οικονομικό κόστος της φροντίδας των ηλικιωμένων

Το κόστος σίγουρα είναι μικρότερο όταν η φροντίδα γίνεται στα πλαίσια του σπιτιού παρά όταν αυτή λαμβάνει μέρος σε δομές μακροπρόθεσμης φροντίδας. Η φροντίδα στο σπίτι ασθενών με άνοια φτάνει τα \$ 18.000, ενώ έξω από το σπίτι τα \$ 42.000 ετησίως.

## 2) Συνέπειες στην εργασία

Μια Καναδική έρευνα, το 1994, βρήκε ότι οι επιπτώσεις στην απασχόληση ή την εργασία, όσων φροντίζουν ηλικιωμένους γονείς, προσδιορίζονται ως αρνητικές. Για όσους κατέχουν υψηλότερες επαγγελματικές θέσεις, ο συνδυασμός εργασίας και φροντίδας είναι σχετικά ευκολότερος σε αντίθεση με αυτούς που κατέχουν χαμηλότερες θέσεις. Τέλος, υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον αστικό και αγροτικό χώρο (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Πολλές φορές, εάν ο φροντιστής εργάζεται, αναγκάζεται να διακόψει την εργασία του, καθώς είναι αδύνατον να ανταπεξέλθει στις αυξημένες υποχρεώσεις. Εάν συνεχίσει να εργάζεται, πολλές φορές δεν είναι συγκεντρωμένος στη δουλειά του εξαιτίας των μεγάλων ευθυνών στην φροντίδα. Παρουσιάζει κόπωση, άγχος, αϋπνίες και αδυναμία να συγκεντρωθεί στη δουλειά του. Οι εργοδότες καταγράφουν τις αρνητικές επιπτώσεις αυτών των συμπτωμάτων όπως απουσίες, καθυστερημένη προσέλευση, πρόωρη αναχώρηση, μεγάλη χρήση τηλεφώνου.

Στην Αμερική υπολογίστηκε ο χαμένος χρόνος της εργασίας κατά μέσο όρο 8,8 ώρες το μήνα. Συχνή κατάληξη αυτής της κατάστασης είναι η απόλυση, ή η παραίτηση από την εργασία. Ως συνέπεια αυτού, οι εργοδότες μπορεί να στερηθούν αξιόλογο προσωπικό αντιμετωπίζοντας συγχρόνως και κόστος στη παραγωγικότητα. Μελέτες στην Ιρλανδία έχουν δείξει ότι το 13% των εργαζομένων, εγκαταλείπουν την εργασία τους. Τη σοβαρότητα του θέματος επισημαίνει η κοινωνιολόγος Judith Philips, όπως αναφέρει η Κωσταρίδου-Ευκλείδη, (1999) λέγοντας πως, καθώς αυξάνεται το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού το πρόβλημα μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών, ολοένα και θα αυξάνει. Οι εργοδότες υπολογίζουν, ότι \$26 εκατομμύρια, χάνονται ετησίως από την παραγωγικότητα εξαιτίας της φροντίδας ενός ηλικιωμένου.

## 3) Επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων που έχουν αναλάβει τη φροντίδα των ηλικιωμένων

Επιπλέον με το χάσιμο της παραγωγικότητας και το οικονομικό κόστος της φροντίδας στο σπίτι, οι βοηθοί μπορεί να βιώσουν ψυχολογική πίεση και χρόνιο στρες. Η φροντίδα ενός μέλους στο σπίτι, μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στον τρόπο ζωής των υπόλοιπων μελών της οικογένειας και απώλεια της ιδιωτικής ζωής του κάθε μέλους. Η κόρη που φροντίζει το γονέα, παραμένει η νοικοκυρά από την οποία, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας συνεχίζουν να έχουν απαιτήσεις. Συνεπώς η πίεση αυξάνει. Αν συνδυαστεί με νοητικές ή συμπεριφορικές ελλείψεις του ηλικιωμένου, το στρες γίνεται εντονότερο.

Η επιβάρυνση της υγείας του φροντιστή συμβαίνει όταν απορροφούνται ολοκληρωτικά από τη καθημερινή φροντίδα του ασθενή ηλικιωμένου και παραβλέπουν τον εαυτό τους και την υγεία

τους. Η φυσική και πνευματική υγεία διακινδυνεύεται όσο εμφανίζονται συμπτώματα που παραμελούνται και δε τα φροντίζουν. Οι φροντιστές παρουσιάζουν συχνά συμπτώματα κατάθλιψης τα οποία παραβλέπονται. Υπέρταση και αξιοσημείωτες μεταβολές στο βάρος, χαμηλότερα επίπεδα συγκέντρωσης και διαταραχές στον ύπνο χαρακτηρίζουν τα σωματικά συμπτώματα.

## 7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### 7.1. Χώροι Κακοποίησης Ατόμων Τρίτης Ηλικίας



Τα δεδομένα από το παραπάνω σχήμα, συλλέχθηκαν από τηλεφωνήματα που έγιναν στο τμήμα δράσης για τη κακοποίηση ηλικιωμένων του Λονδίνου, για καταγγελίες περιστατικών βίας, από τις αρχές του 1997 μέχρι και το Σεπτέμβριο του 2003 (Kmietowicz, 1997).

#### 7.1.1. Στα πλαίσια της οικογένειας

Η κακοποίηση στο οικογενειακό πλαίσιο, συμβαίνει συχνά (όπως φαίνεται και από το παραπάνω σχήμα το ποσοστό του 67% είναι αρκετά μεγάλο) και είναι αρκετά δύσκολο να ανιχνευτεί, καθώς η οικογένεια αποτελεί μια κλειστή δομή. Στις κοινωνίες όπου οι ηλικιωμένοι ζουν με την οικογένεια (παιδιά, εγγόνια), η κακοποίηση είναι ένα θέμα έντονο (Wang et.al, 2006).

Ο Wang και οι συνεργάτες του, (1996), αναφέρουν πως η ακριβέστερη έρευνα για την συχνότητα της ενδοοικογενειακής κακομεταχείρισης στους ηλικιωμένους έγινε το 1996 στις

Η.Π.Α και ονομάστηκε εθνική έρευνα συχνότητας της κακοποίησης των ηλικιωμένων (National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS)). Επιλέχθηκε ένα μεγάλο δείγμα από 20 πολιτείες, συλλέγοντας δεδομένα από δύο πηγές: α) από αναφορές ενηλίκων σε υπηρεσίες προστασίας και β) αναφορές από ειδικά εκπαιδευμένους βοηθούς της κοινότητας. Βασισμένοι στα δεδομένα της έρευνας, υπολογίστηκε ότι 449.924 άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών, ήταν κακοποιημένα και/ ή παραμελημένα (δεν περιλαμβάνονταν άτομα αυτοπαραμελημένα) στην οικογένεια στην οποία ζούσαν. Μάλιστα στην Ουάσιγκτον, κατά το έτος 2003, οι Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων έλαβαν 14.390 ισχυρισμούς για κακοποίηση, παραμέληση, αυτοπαραμέληση, οικονομική εκμετάλλευση, εγκατάλειψη από ενήλικες ηλικίας άνω των 18 ετών, εντός της οικογένειας. Το 63% των θυμάτων αυτών των περιπτώσεων ήταν ηλικίας άνω των 60 ετών. (Baker & Heitkemper, 2005).

Ακόμα και αυτός ο υπολογισμός είναι χαμηλός αν σκεφτεί κανείς το γεγονός ότι πολλοί απομονωμένοι και αυστηρά περιορισμένοι στο σπίτι ηλικιωμένοι είναι αδύνατο να έρθουν σε επαφή με κάποια κοινωνική υπηρεσία, ώστε να καταγραφεί η κατάστασή τους.

Σύμφωνα, επίσης με το Wang και τους συνεργάτες του (2006), έρευνα που κράτησε 10 μήνες από τον Διεθνή Οργανισμό για την Ανεξαρτησία, βρήκε ότι από τα 1.167 θύματα κακοποίησης ατόμων τρίτης ηλικίας, 1.060 είχαν κακοποιηθεί στις οικογένειές τους.

Ο Kivela το 1992, όπως αναφέρει ο Sijuwade (1995), θέλοντας να μετρήσει τη κακοποίηση που είχε υποστεί ο ηλικιακός πληθυσμός μετά την περίοδο της σύνταξης σε μια μικρή βιομηχανική πόλη της Φιλανδίας, υποστήριξε ότι η βία έφτανε στο 5,4% να συμβαίνει στα πλαίσια της οικογένειας από συγγενείς: 2,5% για άντρες και 7% για γυναίκες..

Η Rabi (2006), αναφέρει στοιχεία των Katzman & Litwin, οι οποίοι υποστήριξαν ότι κατά το έτος 2002, στο Ισραήλ το μεγαλύτερο ποσοστό κακοποίησης των ηλικιωμένων συνέβη στο οικογενειακό πλαίσιο, τυπικά από ενήλικες απογόνους (45%) ή το/τη σύζυγο (41%).

Η διαμάχη μεταξύ της συζύγου και της πεθεράς συχνά οδηγεί σε κακοποίηση της ηλικιωμένης στην Ιαπωνία (Kaneko & Yamada από Koizu, 1999).

Ο Hydle το 1993, ανέφερε ότι ένα ποσοστό 1-8% βίας από στενούς συγγενείς, αποκαλύφθηκε από έρευνα που διεξήχθη στη Δανία, τη Φιλανδία και τη Σουηδία. Στην Ιρλανδία ο O'Neil και οι συνεργάτες του βρήκαν το 1990, ότι το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 3-5% ( Wang, 2005).

### 7.1.2. Στους Ιδρυματικούς χώρους

Οι ιδρυματικοί χώροι, περιλαμβάνουν τους οίκους ευγηρίας, καθώς και τα κέντρα φροντίδας και διασκέδασης των ηλικιωμένων. Θα αναφερθούμε περισσότερο στους οίκους ευγηρίας, καθώς υπάρχουν περισσότερα ερευνητικά στοιχεία.

Όπως, φαίνεται και στο πιο πάνω σχήμα, το ποσοστό κακοποίησης των ηλικιωμένων μέσα στους οίκους ευγηρίας, φτάνει το ποσοστό του 12%.

Σύμφωνα με τον Kleinschmidt (1997), 1,3 εκατομμύρια ηλικιωμένοι ζούσαν σε ιδρύματα, κατά τη χρονική περίοδο του 1985, στην Αμερική. Υπολογίζεται ότι 3,5 εκατομμύρια θα φτάσουν έως το 2030. Και στις Ευρωπαϊκές χώρες, ο αριθμός των ατόμων μεγάλης ηλικίας που ζουν σε οίκους ευγηρίας ή άλλες δομές μακροπρόθεσμης φροντίδας, είναι μεγάλος και τείνει να γίνεται συνεχώς μεγαλύτερος (Rabi,2006).

Ενώ ο ακριβής υπολογισμός για τα ποσοστά της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων στα Ιδρύματα δεν είναι διαθέσιμος, οι ενδείξεις φανερώνουν ότι το φαινόμενο αποτελεί μια πολύ σοβαρή και διάχυτη κατάσταση. Ο αριθμός των περίπου 2,5 εκατομμυρίων ηλικιωμένων στα Ιδρύματα, όπως οι οίκοι ευγηρίας, είναι σε υψηλή ομάδα κινδύνου για κακομεταχείριση (Baker & Heitkemper, 2005). Αποδείξεις για την κακοποίηση και την παραμέληση εντός αυτών των πλαισίων είναι δύσκολα ανιχνεύσιμες και συνήθως μη αναφερόμενες. Το ίδιο υποστήριξε και ο Hawes, (2003), ότι περίπου 1,5 εκατομμύρια άνθρωποι ηλικίας άνω των 65 ετών, ζούσαν στα περίπου 17.000 γηροκομεία που υπάρχουν στην Αμερική. Παρά το γεγονός πως δεν υπάρχει συστηματική μελέτη της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων συνολικά στους οίκους ευγηρίας της Αμερικής, υπάρχει συμφωνία ότι το πρόβλημα είναι ευρύτατο. Από τον Ιανουάριο του 1999 έως τον Ιανουάριο του 2001, υπήρξαν 5.283 παραπομπές για σχεδόν 9.000 θύματα κακοποίησης σε οίκους ευγηρίας. Περίπου 2.500 από αυτές τις βιαιότητες ήταν αρκετά σοβαρές. Τόσο που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν σοβαρή και μόνιμη βλάβη στους ιδρυματοποιημένους θέτοντάς σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή τους (Baker & Heitkemper, 2005).

Μια έρευνα των Pillemer & Moore, το 1993 για τη κακοποίηση στους οίκους ευγηρίας, που έγινε σε 577 άτομα προσωπικού σε 31 οίκους ευγηρίας αποκάλυψε ότι περίπου 36% ήταν αυτόπτες μάρτυρες, τουλάχιστον μιας περίπτωσης σωματικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια 12 μηνών. Το 10% είχαν διαπράξει οι ίδιοι σωματική βία, ενώ το 81% είχαν παρατηρήσει περιστατικά ψυχολογικής βίας και το 40% είχαν διαπράξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο λεκτικής ή



ψυχολογικής κακοποίησης, σε διάστημα 12 μηνών που διήρκησε η έρευνα (Lindbloom et al., 2007).

Δεδομένα που προέκυψαν από Προγράμματα Μακροπρόθεσμης Φροντίδας στην Ατλάντα το 2000, έδειξαν ότι η σωματική (περιλαμβανομένης και της σεξουαλικής) κακοποίησης, η ψυχολογική κακοποίηση και η παραμέληση από τους υπευθύνους των οίκων ευγηρίας είναι έντονα προβλήματα. Για παράδειγμα, σε ένα από αυτά τα προγράμματα, το 44% των τροφίμων ανέφεραν ότι είχαν κακοποιηθεί, το 48% ανέφεραν ότι είχαν μεταχειριστεί σκληρά, το 38% ανέφεραν ότι είχαν δει άλλους να κακοποιούνται και τέλος, το 44% είπαν ότι είχαν δει άλλους τροφίμους να μεταχειρίζονται σκληρά (Baker & Heitkemper, 2005).

#### 7.1.2.1. Παράγοντες κινδύνου για την κακοποίηση στα Ιδρύματα

Οι παράγοντες κινδύνου για την κακομεταχείριση μεταξύ των ιδρυματοποιημένων ηλικιωμένων είναι όμοιοι με αυτούς που βρέθηκαν μεταξύ των μη - ιδρυματοποιημένων ηλικιωμένων. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που είναι σε υψηλό κίνδυνο παραμέλησης περιλαμβάνουν σωματικές και νοητικές βλάβες, καθώς επίσης και συμπεριφορά που διακρίνεται από επιθετικότητα (Hawes, 2003 από Baker & Heitkemper, 2005).

Πολύ σοβαρά θέματα στους χώρους αυτούς που έχουν να κάνουν με τα αυξημένα καθήκοντα του προσωπικού είναι το έντονο άγχος στο χώρο εργασίας, το burnout, η έλλειψη οργανωμένης διοίκησης και διεύθυνσης, ώστε να θέτουν τα παράπονά τους και να λαμβάνουν την απαραίτητη στήριξη που χρειάζονται. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά και όταν το προσωπικό έχει φτωχή εκπαίδευση δε μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά αυτές τις συμπεριφορές.

Ο Lindbloom και οι συνεργάτες του, (2007), κάνει λόγο για τα χαρακτηριστικά του προσωπικού στα γηροκομεία, που οδηγούν πολλές φορές σε πράξεις σωματικής βίας απέναντι στους ηλικιωμένους. Μερικά από τα κύρια χαρακτηριστικά είναι: Χαμηλό αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία, λανθασμένη αντιμετώπιση των ασθενών (συντά τους αντιμετωπίζουν σαν παιδιά), έλλειψη ασφάλειας στο χώρο εργασίας, ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας ή ψυχικής ασθένειας, εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ.

Μια πραγματική εικόνα στους οίκους ευγηρίας, είναι συχνά, η αντεκδίκηση του προσωπικού απέναντι στη φυσική επιθετικότητα ή ανταγωνιστικότητα του ηλικιωμένου. Σε μια έρευνα οι Σουηδοί ερευνητές Astrom και συνεργάτες το 2002, μελέτησαν την επιθετικότητα

των τροφίμων σε έναν οίκο ευγηρίας απέναντι στο προσωπικό και ανέφεραν ότι η σωματική επιθετικότητα των ηλικιωμένων είναι γεγονός και ως συνέπεια, το προσωπικό κατά μεγάλο ποσοστό (32%) αντιδρούσε επιθετικά (Lindbloom et al, 2007).

Σε άλλη έρευνα του Shaw το 2004 που ήθελε να μελετήσει το ίδιο θέμα, και που πραγματοποίησε συνεντεύξεις με το προσωπικό, βρέθηκε ότι δέχονταν καθημερινά την επιθετική συμπεριφορά από τους ηλικιωμένους, η οποία εκδηλωνόταν από λεκτικές απειλές μέχρι και σωματική επιθετικότητα. Όταν το προσωπικό ήταν λίγο και οι ευθύνες ήταν πολλές, τα μέλη του προσωπικού έχαναν την υπομονή και τη ψυχραιμία τους, προβαίνοντας σε πράξεις βίας (Lindbloom et al, 2007).

Το φόρτο εργασίας και η εξάντληση είναι θέματα που έχουν καλά τεκμηριωθεί σε πολλές έρευνες. Η σχέση των φροντιστών με τους ηλικιωμένους που χρειάζονται βοήθεια και η συχνότητα επαφής και επικοινωνίας μαζί τους σχετίζεται με τη κακοποίηση. Σε μια έρευνα, οι διοικητικές νοσοκόμες δεν έπεσαν σε βία, ενώ εκείνες που εμπλέκονταν στη φροντίδα των ασθενών υιοθέτησαν βίαιες πράξεις.

Ο σωματικός περιορισμός, που επιβάλλεται σε κάποιες περιπτώσεις, στους οίκους ευγηρίας όπως περιοριστικά μέτρα (κάγκελα) στο κρεβάτι, μπορεί να θεωρηθεί ως κακομεταχείριση. Εξαιτίας, των σωματικών περιορισμών, συμβαίνουν πολλά ατυχήματα που μπορεί να έχουν ως συνέπεια απλούς τραυματισμούς ή ακόμα και σοβαρούς τραυματισμούς που ενδεχομένως να αποτελέσουν αιτίες θανάτου (Lindbloom et.al, 2007).

Η κλοπή υλικών αντικειμένων είναι ένα κοινό θέμα μεταξύ των τροφίμων στους οίκους ευγηρίας. Οι Harris & Benson το 1999 σε έρευνα για την οικονομική εκμετάλλευση σε οίκους ευγηρίας, βρήκαν ότι το 47% των τροφίμων δήλωσαν ότι είχαν χάσει αντικείμενα. Διερευνήθηκε και το προσωπικό, από το οποίο μόνο το 1,5% είπαν ότι οι ίδιοι είχαν κλέψει (Lindbloom et.al, 2007), ενώ το 6% είχε δει συναδέλφους να κλέβουν.

## 7.2. Κακοποίηση τρίτης ηλικίας σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά στρώματα

Σύμφωνα με του Pillemer & Finkelhor (1988), η κακοποίηση τρίτης ηλικίας, είναι κοινή σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις και μεταξύ όλων των πολιτισμικών και εθνικών πλαισίων, όπως αναφέρει η Meeks-Sjostrom, (2004).

Η κακοποίηση τρίτης ηλικίας, είναι ένα σημαντικό δημόσιο πρόβλημα υγείας που εκδηλώνεται και σε πλούσιες αλλά και σε φτωχές χώρες. Στις ανεπτυγμένες χώρες

συγκεκριμένα, η παραβίαση της προσωπικότητας των ηλικιωμένων και η παραμέληση αυξάνεται δραματικά εξαιτίας της έλλειψης κατάλληλων κοινωνικών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους και εξαιτίας της αλλαγής στη δομή της οικογένειας. Όταν οι κοινωνίες χαρακτηρίζονται από οικονομικές κρίσεις, οι δυσκολίες αντικατοπτρίζονται και στις οικογένειες. Οι οικονομικές δυσχέρειες, μπορεί να αυξήσουν τη πιθανότητα της βίας και της παραμέλησης στους ηλικιωμένους από τα υπόλοιπα οικογενειακά μέλη (Krug et al, Lachs & Pillimer από Kensinoglou et al., 2007).

Ο Keskinoglou και συνεργάτες του (2007), θέλησαν να συγκρίνουν το ποσοστό κακοποίησης σε διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο περιφέρειες μια μικρής πόλης της Τουρκίας, το Izmir. Η μία περιφέρεια χαρακτηριζόταν από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ενώ η άλλη από υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 497 υποκείμενα και βρέθηκε ότι το ποσοστό της σωματικής και οικονομικής κακοποίησης μεταξύ των ηλικιωμένων στη περιφέρεια με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ήταν 1,5% και 2,5% αντίστοιχα. Ενώ, μεταξύ των ηλικιωμένων στη περιφέρεια με το υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ήταν 2% και 0,3% αντίστοιχα.

Συνεπώς η παραμέληση, σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Όσο καλύτερη τόσο λιγότερα περιστατικά βίας, προς τους ηλικιωμένους.

Παρά το γεγονός, ότι σε αυτή την έρευνα, το γενικό ποσοστό της κακοποίησης των ηλικιωμένων ήταν χαμηλό και στις δύο περιφέρειες, ο ένας στους πέντε ηλικιωμένους που ήταν παραμελημένοι, δε θεωρείται καθόλου μικρό ποσοστό. Επιπροσθέτως, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι οι ηλικιωμένοι που ήταν αγράμματοι, που είχαν εισόδημα και είχαν επαφή με τους συγγενείς τους δύο μέρες ή περισσότερο κάθε εβδομάδα ήταν περισσότερο παραμελημένοι στη περιοχή με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ενώ οι ηλικιωμένοι που ήταν αγράμματοι στις υψηλές κοινωνικοοικονομικές περιφέρειες, είχαν εκτεθεί σε παραμέληση σε υψηλότερο επίπεδο. Αυτό δείχνει ότι η βία των ηλικιωμένων μπορεί να επηρεαστεί από τις πολιτιστικές νόρμες και παραδόσεις. Τα οικονομικά προβλήματα, το άγχος και η αστικοποίηση μπορεί να έχουν μια επίδραση στην οικογενειακή διάβρωση η οποία επηρεάζει τους στενούς δεσμούς μεταξύ των γενεών και μπορεί να αυξήσει τη κακοποίηση και τη παραμέληση των ηλικιωμένων.

Συμπερασματικά, ήταν παρατηρημένο ότι η βία μεταξύ ηλικιωμένων ήταν χαμηλή και στα δύο κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Ωστόσο, το επίπεδο της οικονομικής βίας ήταν υψηλότερο από τη σωματική βία, στη περιφέρεια με το υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Παρά το

παραδοσιακό οικογενειακό σχήμα και τις πολιτιστικές αξίες, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που ζουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα υπέφεραν από υψηλότερα ποσοστά παραμέλησης. Χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, χαμηλό οικογενειακό εισόδημα και φτωχές συνθήκες υγείας αυξάνουν το επίπεδο παραμέλησης στο ηλικιωμένο πληθυσμό.

## 8. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### 8.1. Είναι κάθε μελανιά, σημάδι κακοποίησης;

Η Carney και οι συνεργάτες της (2003), επισημαίνουν πως είναι αληθινά δύσκολο να αναγνωρίσουν και να διευθετήσουν την κακομεταχείριση στην τρίτη ηλικία, λόγω και των αλλαγών στις σωματικές λειτουργίες, εξαιτίας της προχωρημένης ηλικίας.

Η έρευνά τους, διήρκησε δύο χρόνια, βασιζόμενη στην πραγματική ανάλυση περίπτωσης μιας 84χρονης ηλικιωμένης η οποία εξετάζοταν σε τακτά χρονικά διαστήματα (περίπου μία φορά το μήνα) και ελεγχόταν η κατάσταση της υγείας της. Είχε σωματικά συμπτώματα που οδήγησαν τους θεράποντες ιατρούς στη διάγνωση άνοιας και συγκεκριμένα της νόσου του Parkinson. Της παρασχέθηκε φαρμακευτική αγωγή, ώστε να μειωθεί ο τρόμος των χεριών της. Στην ομάδα των ειδικών που την εξέτασαν, υπήρχε, επίσης και μια κοινωνική λειτουργός η οποία αξιολόγησε τη κατάσταση στο σπίτι. Επεσήμανε, πως ο γιος της, που ήταν και το μοναδικό πρόσωπο που ήταν υπεύθυνο για τη φροντίδα της 84χρονης, δεν εργαζόταν και εξαρτιόταν οικονομικά από τη μητέρα του. Ήταν ο κύριος φροντιστής στο σπίτι και είχε ένα ιστορικό χτυπήματος στο κεφάλι και πιθανόν να χρησιμοποιούσε απαγορευμένες ουσίες. Της παρασχέθηκε βοήθεια στο σπίτι, ώστε να λάβει την απαραίτητη φροντίδα και υποστήριξη.

Σε κάποια από τις τακτικές της επισκέψεις, στο χώρο περίθαλψης, τον οποίο επισκεπτόταν, εμφανίστηκε με μελανιές στα χέρια της και αδυνατισμένη κατά 4 κιλά συγκριτικά με την τελευταία της επίσκεψη (δύο μήνες πριν). Στις συνεντεύξεις, που της έγιναν από το θεράποντα ιατρό και τη κοινωνική λειτουργό, αρνήθηκε ότι χτυπήθηκε, σπρώχτηκε ή τραυματίστηκε σωματικά με οποιονδήποτε τρόπο, διαβεβαιώνοντας ότι ο γιος της, την πρόσεχε πολύ καλά και πως επιθυμούσε να επιστρέψει στο σπίτι της. Ο γιος της, τότε, μίλησε με τους ειδικούς και αρνήθηκε οποιοδήποτε πρόβλημα. Παρόλα αυτά φάνηκε ανήσυχος και κουρασμένος και πρόθυμος να φύγει. Σύμφωνα με την ομάδα που παρείχε βοήθεια στο σπίτι, το φαγητό συχνά έλειπε καθώς ο γιος έτρωγε τα γεύματα τα οποία προορίζονταν για την ασθενή. Η ασθενής,

αρνήθηκε να αλλάξει τρόπο ζωής και να αναλάβουν την φροντίδα της άλλα μέλη της οικογένειας της, παρότι το προσωπικό ανησυχούσε για παραμέληση. Σε αυτό το σημείο, οι ειδικοί αναρωτήθηκαν για τις μελανιές, οι οποίες μπορεί να προέρχονται από τις πτώσεις εξαιτίας της νόσου Parkinson. Ελέγχοντας στενότερα τη σχέση με το γιο και τα άλλα παιδιά της οικογένειας, τα οποία εμφανίστηκαν εξαιρετικά ανήσυχα για την κατάσταση της μητέρας τους, οι ειδικοί μετέφεραν την ηλικιωμένη σε ένα γηροκομείο στο οποίο η νοητική και σωματική της κατάσταση βελτιώθηκε σταδιακά.

Σε κάθε επίσκεψη της ασθενούς, οι γιατροί είχαν αμφιβολίες, καθώς δεν ήταν αρκετά σίγουροι αν η ασθενής υπομένει σωματική κακοποίηση. Τελικά δε κατέληξαν σε ένα σίγουρο συμπέρασμα. Προκειμένου, οι ειδικοί να φτάσουν σε ένα ασφαλές συμπέρασμα, το προσωπικό πρέπει να διακατέχεται από υπομονή, ανταλλάσσοντας τις απόψεις τους για το θέμα και υποστηρίζοντας ο ένας τον άλλον.

Νέοι τρόφιμοι εισερχόμενοι σε έναν οίκο ευγηρίας συχνά προσέρχονται με μελανιές (λόγω ευερεθιστότητας του δέρματος), αλλά καθώς δεν είναι βέβαιο πως αποτελούν απόδειξη για παραμέληση, θα πρέπει να γίνεται εξέταση, ώστε να βρεθούν ενδείξεις που θα οδηγήσουν τους ειδικούς στην ύπαρξη κακοποίησης. Η κάθε υποψία πρέπει να προσεγγίζεται με διακριτικότητα, ώστε να μη θίγεται η αυτονομία του ασθενούς.

Τα άτομα τρίτης ηλικίας έχουν έναν αριθμό φυσιολογικών αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία, όπως σημάδια και συμπτώματα από ασθένειες που συχνά μπορεί να παρερμηνευτούν και να θεωρηθεί ότι ο ηλικιωμένος παραμελείται (Fulmer & Ashley, 1991). Για παράδειγμα, η κακή υγιεινή μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα παραμέλησης αλλά μπορεί να είναι και συνέπεια της φτωχής όρασης και της μειωμένης λειτουργίας στα χέρια, εξαιτίας των αθροιστικών παθήσεων, στα άτομα τρίτης ηλικίας. Προκειμένου οι ειδικοί να προβούν σε σωστή εκτίμηση είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τις φυσιολογικές αλλαγές των ηλικιωμένων. Η ενημέρωση για τέτοιες μεταβολές προλαμβάνει λάθη κατά την εκτίμηση της κακοποίησης. Είναι αρκετά εύκολο μια μελανιά στο σώμα του ηλικιωμένου λόγω του γήρατος, να θεωρηθεί τραύμα εξαιτίας κάποιας βίαιης ενέργειας.

## 8.2. Γνώση της παθοφυσιολογίας της τρίτης ηλικίας

### 8.2.1. Φυσιολογικές σωματικές αλλαγές στους ηλικιωμένους.

Ο Whitbourne το 1996, όπως αναφέρει η Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999), υποστήριξε πως τέτοιες αλλαγές παρουσιάζονται στα εξής:

α) Στην εμφάνιση. Εκτός από τα άσπρα μαλλιά και τις ρυτίδες, οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν απότομη μεταβολή στο βάρος και το ύψος. Με τη μείωση στο βάρος και το ύψος, αλλάζει έντονα η δομή του σώματος. Πιθανόν αυτό να είναι συνέπεια της κακής διατροφής ή ακόμα και της κακοποίησης.

Επιπλέον, αλλοιώσεις εμφανίζονται στο δέρμα του ηλικιωμένου και οι γεροντικές κοκκινίλες παρατηρούνται στο 10%-20% των ηλικιωμένων, οι οποίες είναι εμφανείς με γυμνό μάτι. Οργανικές ασθένειες όπως ασθένειες του ήπατος, επίκτητη θρόμβωση και ασθένεια του Cushing μπορούν ακόμη να προκαλέσουν ερυθρότητα κατά τόπους (Collins & Presnell, 2005).

β) Στη κινητικότητα. Υπάρχει μείωση της μυϊκής δύναμης. Οι ηλικιωμένοι πονούν στα άκρα και τη μέση, κάνοντας πιο δύσκολη και αργή τη κίνηση. Αυτό τους δημιουργεί δυσκολίες στο να αντλήσουν ευχαρίστηση από καθημερινές δραστηριότητες.

Οι ηλικιωμένοι έχουν μυϊκή ατροφία, μειωμένη ελαστικότητα και μειωμένη οστική μάζα. Η οστεοπόρωση είναι συχνή στους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα υψηλότερη συχνότητα καταγμάτων (Collins & Presnell, 2005).

γ) Στο καρδιαγγειακό σύστημα. Μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών, έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη ποσότητα αίματος να φτάνει στα κύτταρα. Οι συνέπειες των μεταβολών αυτών είναι στη πίεση του αίματος.

δ) Στο αναπνευστικό σύστημα. Μείωση του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται από τους πνεύμονες. Όταν το άτομο καταβάλει σωματική προσπάθεια, οι μεταβολές αυτές μπορεί να προκαλέσουν αισθήματα δύσπνοιας και κόπωσης.

ε) Στο εκκριτικό σύστημα. Μειωμένη λειτουργία των νεφρών, με αποτέλεσμα βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων από το σώμα, έτσι που ακόμα και σχετικά χαμηλές δόσεις φαρμάκων, να συσσωρεύονται στο αίμα και να έχουν παρενέργειες αντί για το επιθυμητό αποτέλεσμα. Επίσης, άλλη μεταβολή στο εκκριτικό σύστημα έχει ως συνέπεια την ακράτεια ούρων.

στ) Στη τροφή και τη πέψη. Μεταβολές στον οισοφάγο και μείωση των γαστρικών υγρών έχουν επιπτώσεις στη πέψη.

ζ) Στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ). Διαταράσσεται η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και ο ύπνος. Αποτέλεσμα είναι η ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες.

η) Στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Απώλειες νευρώνων σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου, επηρεάζοντας τις λειτουργίες της μνήμης και τις λεπτές κινήσεις.

θ) Μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων. Μείωση της όρασης, της ακοής και των άλλων αισθήσεων. Αποτέλεσμα είναι η δυσκολία της ικανότητας του ηλικιωμένου για αυτόνομη διαβίωση και συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες.

#### 8.2.2. Φυσιολογικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες

Φυσιολογικές αλλαγές κατά την επεξεργασία πληροφοριών. Μειώνονται οι βασικές νοητικές λειτουργίες της αντίληψης, της μάθησης, της μνήμης και της σκέψης. Μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας των πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο.

#### 8.2.3. Αλλαγές στη ψυχολογική υγεία των ηλικιωμένων

α) Επιδράσεις του στρες. Πραγματικά, ένας παράγοντας που φαίνεται να επιβαρύνει την υγεία όλων των ατόμων, αλλά ιδιαίτερα των ηλικιωμένων, όπως είπε και ο Lemme το 1995, σύμφωνα με τη Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999), είναι το ψυχολογικό στρες.

Ψυχολογική πίεση, αισθάνεται ο ηλικιωμένος όταν αντιλαμβάνεται ένα γεγονός ως απειλητικό και αισθάνεται πιεσμένο, ανήμπορο και αβοήθητο.

β) Ιδέες για προσωπικό έλεγχο. Όταν το άτομο έχει την αίσθηση ότι ελέγχει ο ίδιος το περιβάλλον και τον εαυτό του μιλάμε για εσωτερικό έλεγχο, ενώ στην αντίθετη περίπτωση για εξωτερικό έλεγχο. Οι άνθρωποι με υψηλή πεποίθηση εσωτερικού ελέγχου νιώθουν ότι όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, μπορούν να το αντιμετωπίσουν. Έτσι, κρατούν μια ενεργητική στάση, η οποία βοηθά να βρίσκουν τρόπους που προάγουν τη ζωή τους και αντιμετωπίζουν το στρες.

Συνεπώς, η ενδυνάμωση του εσωτερικού ελέγχου του κάθε ηλικιωμένου μπορεί να είναι το κλειδί, ώστε το κακοποιημένο ηλικιωμένο άτομο να μιλήσει για το πρόβλημα που έχει και να καταφέρει να βγει από αυτή τη δύσκολη θέση.

#### 8.3. Αναγνώριση της κακοποίησης

Η αναγνώριση της κακοποίησης, σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Σύλλογο Ιατρικής, που έχει προτείνει κάποια κριτήρια για τη διάγνωση και τη μεταχείριση της κακοποίησης ηλικιωμένων το

1992, όπως αναφέρει ο Kleinschmidt (1997), γίνεται δύσκολα και βασίζεται σε συγκεκριμένες παρατηρήσεις σύμφωνα με τα παρακάτω:

Προτεινόμενες παρατηρήσεις για τη κακοποίηση ατόμων τρίτης ηλικίας

Γενικές παρατηρήσεις στην εικόνα του ασθενούς

Εμφάνιση που δηλώνει έλλειψη φροντίδας ή εγκατάλειψης του εαυτού

Απουσία επιτήρησης

Πρόσφατες συγκρούσεις ή κρίσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις

Προβλήματα με τη χρήση φαρμάκων (λήψη μη κατάλληλων δόσεων)

Καθυστερήση στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας

Παράλειψη ιατρικών ραντεβού

Ανεξήγητοι τραυματισμοί

Ανόμοιες ιστορίες μεταξύ ασθενή και φροντιστή

Παρατηρήσεις που αφορούν το φροντιστή

Έλλειψη γνώσης για την ιατρική κατάσταση του ασθενούς

Έντονη ενασχόληση για το ιατρικό κόστος

Προσπάθειες ώστε να εμποδίζει τον ασθενή να επισκέπτεται τα κέντρα υγείας

Μικρός αυτοέλεγχος

Ιστορικό χρήσεως αλκοόλ ή ουσιών

Νοητικά προβλήματα

Ιστορικό βίας

Σχέση με το εισόδημα του ασθενούς

Παρατηρήσεις που αφορούν τον ασθενή

Αίσθημα φόβου προς το φροντιστή

Παρατηρήσεις του ασθενή ή φροντιστή

Άγχος

Άρνηση να απαντήσει σε ερωτήσεις

Μπερδεμένες ή αντιφατικές απαντήσεις στις ερωτήσεις



Ο Windham, (2000), παραθέτει ένα πίνακα, μερικά σημάδια για την αναγνώριση της κακοποίησης, όπως αυτά έχουν προταθεί από τον Kitchens το 1998.

#### Σωματική κακοποίηση

Επαναλαμβανόμενες επισκέψεις για τραύματα

Τραύματα προερχόμενα από ανεξήγητες αιτίες

Τραύματα που δε ταιριάζουν με τη φυσική κατάσταση του ασθενούς

Πολλαπλά τραύματα

Καψίματα

#### Σωματική Παραμέληση

Ατονία (έλλειψη ενέργειας)

Αφυδάτωση

Φτωχή υγιεινή

Σπασμένα γυαλιά, ακουστικά βοηθήματα κ.α

#### Ψυχολογική κακοποίηση

Μη αποδεκτή επικοινωνία με το φροντιστή

Έκφραση έντονων φόβων

Κατάθλιψη

Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Απόσυρση

Θυμός

Κατάθλιψη

Κοινωνική απόσυρση ή διαφορετικότητα

Ακόμα και για τα ίδια τα άτομα που υπόκεινται σε εξευτελισμό της προσωπικότητας τους, είναι δύσκολο πολλές φορές να συνειδητοποιήσουν τη βία στην οποία υπόκεινται, παρά την εσωτερική δυσφορία που μπορεί να αισθάνονται. Γι' αυτό, το λόγο, προκειμένου να ανιχνευτεί η συναισθηματική παραβίαση, οι ειδικοί μπορούν να θέτουν κάποιες χρήσιμες ερωτήσεις όπως: «Πόσο συχνά προσωπικά σας αντικείμενα χρησιμοποιούνται χωρίς την άδειά σας;», «Μένετε πολλές φορές μόνος και αβοήθητος στο σπίτι;», «Τα πρόσωπα που σας φροντίζουν είναι

θυμωμένα, συχνά, μαζί σας;», «Έχετε, συχνά αϋπνίες χωρίς ιδιαίτερους λόγους;», «Βλέπετε συχνά εφιάλτες;» κ.α (Wang, 2005).

Οι ειδικοί πρέπει να θυμούνται ότι πρέπει συνεχώς να παρατηρούν την αλληλεπίδραση μεταξύ του φροντιστή και του ηλικιωμένου. Για το σκοπό αυτό, χρήσιμο είναι να θέτουν μέσα τους κάποιες ερωτήσεις, όπως: Ο ηλικιωμένος είναι πιο ήρεμος όταν δεν είναι παρών ο φροντιστής; Ποια είναι η στάση του φροντιστή; Είναι αυτός ή αυτή, γνώστες για τις ανάγκες των ασθενών;

## 9. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

### 9.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

#### 9.1.1. Παράγοντες που εμποδίζουν την ορθή εκτίμηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων

Η αποτελεσματική εκτίμηση της κακοποίησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας, εξαρτάται από τις δεξιότητες της γηριατρικής αξιολόγησης. Παράγοντες όπως, ο ρατσισμός απέναντι στον ηλικιωμένο πληθυσμό, τα συμπτώματα που καλύπτουν ή μιμούνται κάποια ασθένεια επιδρούν έντονα στην ορθή αξιολόγηση της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων.

##### 9.1.1.1. Ρατσισμός

Ο ρατσισμός προς τους ηλικιωμένους, όπως ορίστηκε από τον Butler είναι: «μια διαδικασία συστηματικών στερεοτύπων απέναντι στα άτομα, επειδή είναι ηλικιωμένα, όπως ακριβώς ο ρατσισμός και ο σεξισμός απέναντι σε αυτούς με διαφορετικό χρώμα δέρματος και φύλο. Οι ηλικιωμένοι κατηγοριοποιούνται ως ξεχωριστοί, άκαμπτοι στις σκέψεις και στους τρόπους τους, παλιομοδίτες στην ηθική και τις δεξιότητες». Όταν υπάρχει ρατσισμός απέναντι στους ηλικιωμένους, αυτοί θεωρούνται «άτομα σε εξασθένηση, εξάντληση ή παρακμή»

Ωστόσο οι Whitbourne και Hulicka, όπως αναφέρει η Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999) επισημαίνουν ότι «η προχωρημένη ηλικία δεν είναι κατ' ανάγκη περίοδος φυσικής αποσύνθεσης, γνωστικής κάμψης και κοινωνικής απομόνωσης. Για πολλούς ηλικιωμένους είναι περίοδος φυσικής δραστηριότητας, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ευχάριστων κοινωνικών σχέσεων».

Εάν οι ηλικιωμένοι, έχουν μελανιές λόγω βίας, αντιμετωπίζοντας τους ρατσιστικά, μπορεί να θεωρήσουμε ότι αυτές είναι φυσιολογικές καθώς είναι ξεμωραμένοι, τώρα πια και πέφτουν συνεχώς με συνέπεια να χτυπούν.

#### 9.1.1.2. Συμπτώματα που μιμούνται κάποια ασθένεια

Οι φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν λόγω της ηλικίας, παίζουν επίσης, ρόλο στην εκτίμηση της κακοποίησης. Για παράδειγμα, η αδυναμία και η συρρίκνωση των οστών μπορεί να οδηγήσει σε κάταγμα. Σε κάποιες περιπτώσεις, πολλαπλά κατάγματα στον ίδιο άνθρωπο, μπορεί να οδηγήσει σε υποψία κακομεταχείρισης. Τα πολλαπλά κατάγματα, βρίσκονται συχνά σταφυλλάδια αξιολόγησης της κακομεταχείρισης, ως υψηλή ένδειξη για την ύπαρξή της. Ωστόσο, η γνώση ότι η σοβαρή οστεοπόρωση μπορεί να οδηγήσει σε κάταγμα κάνει τους ειδικούς να είναι προσεκτικοί στην διάγνωση για κακομεταχείριση.

Η γνώση για την παθοφυσιολογία των ηλικιωμένων, λόγω αλλαγών της ηλικίας, καλύπτεται στο κεφάλαιο 8 παρ. 2

#### 9.1.2. Μέθοδοι εκτίμησης της κακοποίησης ηλικιωμένων.

Η Meeks-Sjostrom (2004), παρουσιάζει και συγκρίνει τρεις κλίμακες για την αξιολόγηση της κακοποίησης. Τρία χρήσιμα εργαλεία με τα οποία μπορούμε να αναγνωρίσουμε επαρκώς την κακοποίηση. Η σωστή αξιολόγηση αποτελεί το πρώτο βήμα της επαφής των ειδικών με τον κακοποιημένο ηλικιωμένο.

1) Το πρώτο είναι το «Indicators of Abuse (IOA) που είναι ένα εργαλείο 22 θεμάτων για την περιγραφή των κακοποιημένων και μη κακοποιημένων περιπτώσεων. Έντεκα ερωτήσεις απευθύνονται στον υπεύθυνο φροντίζοντας ατόμου και άλλες έντεκα ερωτήσεις απευθύνονται στο άτομο που δέχεται τη φροντίδα. Μπορεί να συμπληρωθεί γρήγορα από έναν επαγγελματία υγείας μετά την διεξαγωγή μιας σύντομης συνέντευξης και με βάση την κλινική εικόνα που αποκομίζει ο ειδικός. Το σκορ κυμαίνεται από 0-88. Το μικρότερο σκορ, ώστε να συμπεράνουμε, εάν η κακοποίηση, συμβαίνει είναι το 16. Σύμφωνα με τον Wolf, το 2000, το εν λόγω εργαλείο ήταν πολύ αξιόπιστο και έγκυρο, καταφέρνοντας να αναγνωρίσει το 78-84% των κακοποιημένων περιπτώσεων ενός κέντρου υγείας.

2) Το δεύτερο είναι το «Elder Abuse and Neglect Assessment (EAI). Είναι μια κλίμακα 44 θεμάτων που ανιχνεύει τα σημάδια, τα συμπτώματα και τα υποκειμενικά παράπονα της κακοποίησης της τρίτης ηλικίας, της παραμέλησης, της εκμετάλλευσης και της εγκατάλειψης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους τους επαγγελματίες υγείας σε όλους τους κλινικούς χώρους. Πρόκειται επίσης για ένα εργαλείο αξιολόγησης που δεν χρειάζεται πολύ χρόνο, για να απαντηθεί.

3) Το τρίτο ονομάζεται «Elder Abuse Screening Test (EAST), είναι ένα εργαλείο 15 θεμάτων που συμπληρώνεται από τον φροντιστή που προσφέρει βοήθεια, βασιζόμενο στις δηλώσεις των ασθενών. Όταν ο ασθενής απαντήσει σε περισσότερες από τις δέκα ερωτήσεις με «ναι», τότε υπάρχει η βεβαιότητα ότι υπόκεινται σε κακοποίηση.

Από τα τρία αυτά εργαλεία το δεύτερο (EAI), είναι το προτιμότερο για την αξιολόγηση της κακοποίησης ηλικιωμένων στη μακροπρόθεσμη φροντίδα.

Ωστόσο, περαιτέρω δοκιμές χρειάζονται και με τα τρία εργαλεία διότι δεν έχουν δοκιμαστεί σε μακροπρόθεσμα πλαίσια φροντίδας. Οι Reis & Nahmiash, το 1997, είπαν ότι οι ειδικοί δεν αναγνωρίζουν πολλές ενδείξεις της κακοποίησης ή της παραμέλησης. Γι' αυτό η εκπαίδευση στα κέντρα υγείας παρέχει τον τρόπο για την αξιολόγηση της κακοποίησης ή του κινδύνου για κακοποίηση.

4) Ένας άλλος τρόπος εκτίμησης της κακοποίησης των ηλικιωμένων, γίνεται με τη ψυχομετρική δοκιμασία IFCEA (Impulsive Feelings to Commit Elder Abuse). Πρόκειται για τη κλίμακα που μετρά τα ενστικτώδη αισθήματα των φροντιστών στο να διαπράξουν κακοποίηση προς τον ηλικιωμένο. Οι Lee & Kolomer (2007), μέσα από την έρευνά τους θέλησαν να αναγνωρίσουν τις ψυχομετρικές ιδιότητες της εν λόγω κλίμακας. Στο δείγμα συμμετείχαν 387 Κορεάτες, φροντιστές που πρόσεχαν ηλικιωμένα οικογενειακά μέλη τους με αναπηρίες. Οι μετρήσεις τους, έδειξαν ότι η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους επαγγελματίες ώστε να μετρηθούν, οι προθέσεις των φροντιστών για την άσκηση βίας. Αποτελεί ένα εργαλείο ένδειξης ή πρόληψης θα λέγαμε, ώστε να αξιολογηθεί νωρίς η προσωπικότητα των φροντιστών, σε κλινικό επίπεδο καθώς επίσης και επίπεδο έρευνας.

Προγενέστεροι ερευνητές, ο Williamson και οι συνεργάτες του, είχαν σχεδιάσει το PHB (Potentially Harmful Behavior), το οποίο μετράει τις συμπεριφορές των φροντιστών που είναι εν δυνάμει βλαβερές για τη σωματική και συναισθηματική ύπαρξη των ηλικιωμένων.

## 9.2. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

### 9.2.1. Στρατηγικές παρέμβασης

Η Windham (2000), προτείνει τις πρωτογενείς και τις δευτερογενείς στρατηγικές παρέμβασης:

#### ♦ Πρωτογενείς στρατηγικές παρέμβασης

- Εκπαίδευση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ανακοινώσεις για υπηρεσίες υγείας, διαφημίσεις)

- Επιμορφωτικά σεμινάρια με στόχο την ενημέρωση των αναγκών του ηλικιωμένου πληθυσμού, των εξαρτημένων ατόμων και των διαθέσιμων πηγών για βοήθεια στη φροντίδα τους.

- Εύπνημα του αλτρουισμού του κοινού, επισημαίνοντας την ανάγκη για συχνές και τακτικές επισκέψεις σε ηλικιωμένους γείτονες, συγγενείς και γνωστούς.

- Συστήματα υποστήριξης για άμεση βοήθεια στις οικογένειες των φροντίζοντων ατόμων (υποστηρικτικές ομάδες συμβουλευτικής, κ.α)

#### ♦ Δευτερογενείς στρατηγικές παρέμβασης

- Καταγγελία της κακομεταχείρισης στην αρμόδια υπηρεσία

- Χρησιμοποίηση ακριβών εργαλείων αξιολόγησης

- Κατασκευή καταφυγίων και παροχών υπηρεσιών για τα θύματα

### 9.3. ANTIMETΩΠΙΣΗ

#### 9.3.1. Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος

##### 9.3.1.1. Ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος

Η σφαιρική αντιμετώπιση κάθε προβλήματος, το κάνει καλύτερα αντιμετωπίσιμο. Η ολιστική προσέγγιση εξετάζει τη κάθε πλευρά του προβλήματος, ξεχωριστά αλλά και όλες τις πλευρές στο σύνολό τους. Εφ'όσον ένα ευρύ φάσμα παραγόντων είναι υπεύθυνο για το πρόβλημα, πρέπει να αξιολογείται κάθε ένας από τους παράγοντες που εμπλέκονται.

Ο Plowfield και οι συνεργάτες του (2000), αξιολογώντας και βοηθώντας περισσότερες από 100 οικογένειες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα, προτείνουν ένα ολιστικό μοντέλο για αξιολόγηση και παρέμβαση, χρήσιμο για τις νοσοκόμες/ους. Η ακρίβεια στην αξιολόγηση είναι προτεραιότητα της φροντίδας. Τα βήματα για την ολιστική προσέγγιση είναι τα παρακάτω:

1<sup>ov</sup>: Κατανόηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου

Οι συγγενείς εξ' αίματος και ο/η σύζυγος αποτελούν την άμεση οικογένεια κάποιου ασθενούς. Συνεργάτες, γείτονες και φίλοι σπάνια περιλαμβάνονται στα άτομα που αποκαλούμε οικογένεια. Τα άτομα που δε σχετίζονται με τον αδύναμο ηλικιωμένο είναι πολλές φορές ύποπτα για εκμετάλλευση αυτού. Μολονότι αυτό πρέπει να εξεταστεί, άτομα που σχετίζονται στενά με την υγεία, την ασφάλεια του ασθενικού γέρου, έχουν συναισθηματικό δεσμό μαζί του και έχουν τακτικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους, μπορούν να θεωρηθούν οικογένεια. Όταν στεκόμαστε απέναντι σε έναν ασθενικό ηλικιωμένο, πρέπει να γνωρίζουμε το ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο. Οι νοσοκόμες μπορεί να βρουν χρήσιμες πληροφορίες για τις καθημερινές ανάγκες και συνήθειες του ασθενούς, μέσα από αυτά τα πρόσωπα. Όταν, για παράδειγμα, οι ασθενείς παρουσιάζουν γνωστικές ελλείψεις, η οικογένεια είναι το κλειδί για την πληροφόρηση σχετικά με τις ανάγκες και τις λειτουργίες του ιδίου.

Οι νοσοκόμες/οι βρίσκονται στη μοναδική θέση να αξιολογήσουν, ολοκληρωτικά τις ανάγκες της οικογένειας ενός ασθενικού ηλικιωμένου. Όταν οι ηλικιωμένοι παραπέμπονται για αξιολόγηση, οι νοσοκόμες/οι μπορούν να παρέμβουν και να αξιολογήσουν τη φροντίδα που έχει ο γέροντας και η οικογένειά του.

## 2<sup>ov</sup>: Περιεκτική εκτίμηση

Γίνεται μια πρώτη εκτίμηση των αναγκών τόσο του αδύναμου ηλικιωμένου, όσο και της οικογένειάς του. Αρκετές φορές, τα μέλη της οικογένειάς αρνούνται τις δικές τους ανάγκες, προσπαθώντας να διατηρήσουν το ενδιαφέρον των επαγγελματιών, στις ανάγκες του ηλικιωμένου. Οι νοσοκόμες/οι, οφείλουν να προσπεράσουν αυτή την άρνηση επικεντρώνοντας τη προσοχή τους στη συλλογή πληροφοριών και την αξιολόγηση των «πηγών» του ασθενούς που προέρχονται από μέλη της οικογένειάς και εκτιμώντας συνολικά τις «ανάγκες της οικογένειάς».

## 3<sup>ov</sup> : Σχεδιασμός Προγραμμάτων Παρέμβασης

Οι φροντιστές που είναι πλήρως απορροφημένοι στα καθήκοντά τους έχουν μεγάλη δυσκολία στο να ζητήσουν βοήθεια από συγγενικά τους πρόσωπα ή τους ειδικούς επαγγελματίες. Αρνούνται τις προσωπικές τους ανάγκες για χάρη της φροντίδας. Στόχος της παρέμβασης, από τους ειδικούς πρέπει να είναι ο σχεδιασμός, ενός προγράμματος φροντίδας, το οποίο θα υπολογίζει και τις προσωπικές ανάγκες των φροντιστών για ξεκούραση, διασκέδαση ή οτιδήποτε άλλο. Ένα τέτοιο πρόγραμμα βοηθά τους φροντιστές να μην αποξενωθούν από τις κοινωνικές υποχρεώσεις τους και έτσι να ανταπεξέρχονται καλύτερα στη φροντίδα.

Η οικονομική εκμετάλλευση και παραμέληση είναι μια κατάσταση που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν από τους ειδικούς. Τα μέλη μιας οικογένειάς των οποίων οι ζωές βασίζονται στα πενιχρά εισοδήματα των ηλικιωμένων πρέπει να εκτιμώνται εφ' όσον είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει το κίνητρο για φροντίδα. Όταν η φροντίδα είναι μη επαρκής, η παραμέληση και η εκμετάλλευση πρέπει να ελέγχονται. Μολαταύτα, μερικές οικογένειες μπορεί να φαίνεται ότι παραμελούν τους ηλικιωμένους συγγενείς εάν έχουν έλλειψη στην απαιτούμενη γνώση που απαιτείται για την ικανοποιητική φροντίδα. Σε αυτή την περίπτωση, στόχος του προγράμματος είναι η αύξηση των γνώσεων της οικογένειάς.

Η παροχή βοήθειας εξ' αποστάσεως γίνεται ολοένα και πιο κοινή. Η φροντίδα από απόσταση καλύπτει μια εκτεταμένη γεωγραφική περιοχή. Όταν ο ηλικιωμένος, δεν είναι σε θέση να ζήσει ανεξάρτητα, κατάλληλα διαμορφωμένα διαμερίσματα βρίσκονται για εκείνους. Τα άτομα, δηλαδή, ζουν σε κατοικίες που είναι καταλληλότερες, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποκόπτονται από την οικογένειά τους. Οι ηλικιωμένοι επικοινωνούν τακτικά με τους συγγενείς τους, μέσω τηλεφωνημάτων, έχουν επαφές με γείτονες και γνωστούς.

### 9.3.2. Ίδρυση οργανισμών

Προτείνεται, επίσης, να ιδρυθούν οργανισμοί, οι οποίοι θα προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, στους κακοποιημένους ηλικιωμένους. Κάθε ένας από αυτούς θα ήταν χρήσιμο να περιλαμβάνει, μία τηλεφωνική γραμμή, προσφέροντας συμβουλευτική στήριξη και ενημέρωση για τους τρόπους αντιμετώπισης της κακοποίησης. Οι οργανισμοί, θα ήταν, επίσης, απαραίτητο να διαθέτουν χώρους που θα χρησιμεύουν ως καταφύγια για τους πονεμένους αυτούς ανθρώπους, (Kozu, 1999). Ο ρόλος των ψυχολόγων σε αυτούς τους οργανισμούς, είναι βασικός για τη παροχή ψυχολογικής στήριξης.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα τέτοιων οργανισμών, τώρα και στο μέλλον, είναι η χρηματοδότηση για τη λειτουργικότητά τους. Προκειμένου να βελτιωθεί, η πολιτεία οφείλει να συνειδητοποιήσει την ύπαρξη του προβλήματος.

### 9.3.3. Προγράμματα παρεμπόδισης

Στα πλαίσια των οίκων ευγηρίας, έχουν προταθεί προγράμματα παρεμπόδισης, όπως αυτά φαίνονται παρακάτω και προτείνονται από τον Lindbloom και τους συνεργάτες του (2007).

- CARIE (Coalition of Advocates for the Rights of the Infirm Elderly) = Συνασπισμός Συνηγόρων για τα Δικαιώματα των Αδυνάτων Ηλικιωμένων: Πρόκειται για ένα οχτάωρο εκπαιδευτικής συνεδρίας με 8 διαφορετικά μοντέλα. Η εκπαίδευση περιελάμβανε ανοιχτή συζήτηση και παίξιμο ρόλων ανταποκρινόμενη στη κακομεταχείριση των ηλικιωμένων μέσα στους οίκους ευγηρίας. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (93%) βρήκαν το σεμινάριο πολύ βοηθητικό και οι περισσότεροι (93%) ένιωσαν άνετα, συζητώντας ανοιχτά για θέματα κακοποίησης.

- SANE (Sexual Assault Nurse Examiners) = Νοσοκομειακή εξέταση των σεξουαλικά κακοποιημένων ηλικιωμένων: Οι νοσοκόμες/οι είναι εκπαιδευμένοι να βοηθούν και να φροντίζουν για τα ηλικιωμένα θύματα της σεξουαλικής βίας. Αυτό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει και τη συλλογή δικαστικών αποδείξεων και συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες (κοινωνικούς λειτουργούς, δικηγόρους κ.α) προκειμένου να αυξηθούν οι καταγγελίες των περιστατικών βίας και συνεπώς και η καταδίκη τέτοιων περιστατικών.

- British randomized controlled trial: Εργαζόμενοι σε οίκους ευγηρίας που ήρθαν σε επαφή με αυτό το σεμινάριο, έμαθαν περισσότερα για τη διευθέτηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων,



σε πρακτικό επίπεδο απ' ότι οι εργαζόμενοι που διάβασαν έτοιμο υλικό. Επιπροσθέτως, το εκπαιδευμένο προσωπικό υιοθέτησε μια περισσότερο θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους σε σχέση με το μη εκπαιδευμένο προσωπικό.

Τα παραπάνω προγράμματα επικεντρώνονται στη φροντίδα της γνωστικής βελτίωσης των ενηλίκων που έχουν δείξει ότι βελτιώνει τις σχέσεις του προσωπικού στους οίκους ευγηρίας και τις σχέσεις τους με τους ηλικιωμένους. Η εκπαίδευση στις συγκρούσεις και η διευθέτηση του στρες μπορεί να γίνει με την εφαρμογή διαφόρων μοντέλων, κυρίως του γνωστικο-συμπεριφοριστικού. Αποδεδειγμένα, μετά την εφαρμογή τους, μειώθηκαν οι αναφορές για κακοποίηση και βελτιώθηκε η ικανοποίηση στο χώρο εργασίας του προσωπικού.

#### 9.4. Ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση του προβλήματος

Οι Reis & Nahmiash το 1998, σύμφωνα με τη Meeks-Sjostrom (2004), είπαν ότι πολλές ενδείξεις για τη κακοποίηση των ηλικιωμένων, δεν αναγνωρίζονται από τους επαγγελματίες στους χώρους υγείας. Οι μοναδικές που αναγνωρίζονται και αναφέρονται είναι, όπως έχουν υποστηρίξει οι Gordon & Brill (2001), σύμφωνα πάλι με την ίδια συγγραφέα, οι πολύ σοβαρές περιπτώσεις σωματικής βίας και παραμέλησης.

Το χειρότερο, πολλές φορές είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας, έχουν τη τάση να εκμηδενίζουν τα παράπονα για κακοποίηση εξαιτίας της προσωπικής τους δυσπιστίας, του φόβου για να ασκήσουν κατηγορία στο δράστη ή της έλλειψης ενημέρωσης για την έκταση και τις συνέπειες του προβλήματος (Madden, 1995).

Και όμως η παροχή ιατρικής βοήθειας μπορεί να είναι η μόνη ευκαιρία για τα θύματα να φύγουν από τα σπίτια τους και να απομακρυνθούν από τη πηγή των προβλημάτων τους (Sellas από Day, 2007).

##### 9.4.1. Πώς μπορούν να βοηθήσουν οι νοσοκόμες/οι ;

Κάθε χώρα έχει έναν αυξημένο γηραιό πληθυσμό. Οι νοσοκόμες/οι σε κάθε ιδρυματικό χώρο παροχής βοήθειας έχει ευθύνη απέναντι σε αυτό τον ηλικιακό πληθυσμό και πρέπει να έχουν την δεξιότητα αναγνώρισης περιστατικών κακοποίησης, καθώς και την ικανότητα να διαχωρίζουν εκείνους τους ηλικιωμένους που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση (Trevitt & Gallagher, 1996).

Οι Trevitt & Gallagher (1996), θέλοντας να μάθουν εάν οι νοσοκόμες/οι είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να μεταχειρίζονται κατάλληλα τους κακοποιημένους ηλικιωμένους, ρώτησαν ένα μικρό δείγμα νοσοκόμων σε δύο διαφορετικές χώρες, την Αυστραλία και το Καναδά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 53,5% των συμμετεχόντων στο Καναδά είχαν εμπλακεί με κάποιες μορφές κακοποίησης, συγκρινόμενοι με το 38,4% των νοσοκόμων στην Αυστραλία. Επίσης, τα ευρήματα που προέκυψαν ήταν ότι οι νοσοκόμες/οι ένιωθαν αποτελεσματικές/οι όταν αντιμετώπιζαν μορφές βίας, όπως η σωματική βία και η σωματική παραμέληση. Οι νοσοκόμες/οι και στις δύο χώρες είχαν μεγαλύτερη δυσκολία στην αναγνώριση και τη παρέμβαση της σεξουαλικής κακοποίησης.

Είναι σε θέση να αλληλεπιδρούν με τον επιτιθέμενο και να μπορούν να παρέχουν πληροφορίες για διεξόδους από τη δύσκολη κατάσταση, εκπαίδευση καθώς επίσης και συμβουλευτική (Quinn από Trevitt & Gallagher, 1996). Η συνειδητοποίηση ότι ο επιτιθέμενος τελεί υπό έντονο στρες ή δεν έχει τα συναισθηματικά αποθέματα να αντιμετωπίσει τη κατάσταση, είναι κάτι που πρέπει να γνωρίζουν πολύ καλά, γιατί θα αντιμετωπίσουν, συχνά την αντίσταση του ατόμου μεγάλης ηλικίας για αλλαγή.

Οι νοσοκόμες/οι έχουν ένα ρόλο κλειδί, στη καθημερινή κλινική πράξη, με τους ηλικιωμένους.

- Οι τοπικές υπηρεσίες ενηλίκων θα πρέπει να είναι οικείες στις νοσοκόμες/ους και τους διευθυντές τους, έτσι ώστε να έχουν εμπιστοσύνη στο να κάνουν αναφορές και να υποστηρίζουν τους μεγαλύτερους ανθρώπους στις περιπτώσεις πιθανής κακοποίησης και παραμέλησης.
- Οι νοσοκόμες/οι θα πρέπει να συνηγορούν για τους ηλικιωμένους, και να τους προσφέρεται υποστήριξη κατάλληλη στις ανάγκες και τις επιθυμίες τους.
- Η πληροφόρηση του κοινού για τις υπηρεσίες προστασίας ενηλίκων, μπορεί να πραγματοποιηθεί από τις νοσοκόμες/ους, μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, φροντίζοντας αυτά να είναι πάντα εμφανή στους κλινικούς χώρους και τα κοινωνικά κέντρα (Manthorpe et al, 2007).

Όπως αναφέρει ο Oh και οι συνεργάτες του (2006), στη Κορέα οι νοσοκόμες δουλεύουν ως πρωταρχικοί παροχοί υπηρεσιών υγείας σε δημόσια κέντρα υγείας, σε υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι και δημόσιους οίκους ευγηρίας. Είναι στις καταλληλότερες θέσεις ώστε να αξιολογούν τη κακοποίηση και ως υπερασπιστές των γερόντων, μπορούν να επηρεάσουν μία ευρύτερη ομάδα ατόμων στο να ανιχνεύσουν και να αναφέρουν τη κακοποίηση ηλικιωμένων. Οι παραπάνω συγγραφείς θέτουν το προβληματισμό, σύμφωνα με τον οποίο το θέμα της βίας των ηλικιωμένων δεν αποτελεί ένα ακριβές υποχρεωτικό τμήμα εκπαίδευσης για νοσοκόμες.

Συχνά, οι νοσοκόμες δεν έχουν δράση, επειδή έχουν έλλειψη εκπαίδευσης στην αναγνώριση της βίας ή αγνοούν τη διαδικασία αναφοράς του συμβάντος. Αυτό είναι αποτέλεσμα του χαμηλού επιπέδου κοινωνικής ενημέρωσης και της έλλειψης επιστημονικής έρευνας.

#### 9.4.2. Ο ρόλος των ιατρών στη κακοποίηση των ηλικιωμένων

Η άμεση φροντίδα των κακοποιημένων ηλικιωμένων, από τους θεράποντες ιατρούς, στους χώρους των νοσοκομείων απαιτεί επαρκή γνώση για το πρόβλημα της βίας. Αρχικά, εκτιμάται η σωματική και γνωστική λειτουργικότητα του ασθενούς και κατόπιν ελέγχεται η ψυχολογική του κατάσταση, ώστε να διαγνωστεί ή όχι η κακοποίηση.

Ο ιατρός θα πρέπει να γνωρίζει ότι τα θύματα μπορεί να είναι απρόθυμα και διστακτικά στο να παραδεχτούν τη βία και τη παραμέληση που τους έχει συμβεί. Αυτό μπορεί να είναι συνέπεια του φόβου των αντιποίνων και της αντεκδίκησης που μπορεί να υποστούν από το δράστη, ή του φόβου εγκλεισμού σε ίδρυμα (Chez, 1999). Ο φόβος του εγκλεισμού είναι μια πραγματικότητα καθώς τα θύματα μπορεί να χάσουν την επαφή με το φροντιστή τους και τη σχέση εξάρτησης, που για τους ίδιους είναι σημαντική καθώς αποτελεί τρόπο ζωής. Μια έρευνα στο Connecticut έδειξε ότι το 60% των θυμάτων κακοποίησης που παραδέχτηκε το πρόβλημα σε γιατρούς νοσοκομείων βραχείας νοσηλείας, παρέμειναν ιδρυματοποιημένοι μόνιμα (Faulkner, 1982 από Kleinschmidt, 1997).

Οι πρωταρχικοί στόχοι για το γιατρό είναι να αποκομίσει πληροφορίες για τις άμεσες ανάγκες του ασθενούς και των υπηρεσιών που χρειάζεται. Αυτές οι ανάγκες περιλαμβάνουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών του, όπως η λήψη τροφής και νερού.

Εάν, ο ειδικός υποψιάζεται κακοποίηση, ο ασθενής και ο φροντιστής πρέπει να εξεταστούν μόνοι προκειμένου να διασταυρωθούν τα στοιχεία. Ο ειδικός καλό είναι να αποφύγει την απόδοση κατηγορίας, προκειμένου να δημιουργήσει μια συμμαχία με το θύμα, ώστε να μπορέσει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του.

Κάποιες ερωτήσεις που χρησιμοποιούν οι γιατροί ώστε να συλλέξουν πληροφορίες είναι::

A) Γενικές ερωτήσεις που αφορούν την ασφάλεια στο οικογενειακό περιβάλλον

Νιώθεις ασφαλής στο μέρος όπου ζεις;

Ποιος σε βοηθάει στις καταστάσεις κατά τις οποίες αντιμετωπίζεις προβλήματα;

Ποιος χειρίζεται τα οικονομικά σου και πληρώνει τους λογαριασμούς;

Β) Ερωτήσεις που αναφέρονται στη σωματική κακοποίηση

Φοβάσαι κάποιον ή κάποια στο σπίτι όπου ζεις;

Έχεις ποτέ χτυπηθεί ή σπρωχθεί από κάποιον;

Σε έχει κλειδώσει ποτέ κάποιος στο δωμάτιο σου ή στο σπίτι παρά τη θέλησή σου;

Γ) Ερωτήσεις για τη παραμέληση

Περιμένεις πολύ ώρα το φαγητό ή τα φάρμακά σου;

Έχεις μείνει μόνος σου για μεγάλα χρονικά διαστήματα;

Όταν χρειάζεσαι βοήθεια, υπάρχει κάποιος που όταν τον καλέσεις θα είναι διαθέσιμος να σε βοηθήσει;

Δ) Ερωτήσεις για ψυχολογική κακοποίηση

Είσαι απομονωμένος από φίλους ή άλλους συγγενείς;

Έχεις συχνές διαφωνίες με τον άνθρωπο που έχει τη φροντίδα σου;

Όταν διαφωνείτε, τι συμβαίνει;

Επίσης, σημαντικό είναι να εξασφαλιστεί η ασφάλεια του θύματος. Σε μερικές περιπτώσεις η νοσηλεία μπορεί να είναι ο καλύτερος τρόπος ώστε να απομακρυνθεί το θύμα από το δράστη. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το θύμα επιλέγει να παραμείνει στη θυματοποίηση και να μην κάνει τίποτε για την αλλαγή, ο ειδικός οφείλει να ενημερώσει το άτομο για τις ιατρικές συνέπειες της κακοποίησης και το ενδεχόμενο να αυξηθεί σε συχνότητα και ένταση. Ο ειδικός θα πρέπει να συμβουλέψει το άτομο να προβεί σε αναζήτηση βοήθειας αν ξαναδεχθεί βία, έστω και να καλέσει μια γραμμή βοήθειας ή τη γραμμή επειγόντων περιστατικών (Hirsch et al, 1999).

Δυστυχώς, οι γιατροί, πολύ συχνά αγνοούν τις ιατρικές συνέπειες της κακοποίησης στο γηραιό πληθυσμό ή υποβαθμίζουν τη σοβαρότητα της ασθένειας. Στο Μίσιγκαν, μεταξύ του 1989 και 1993, μόνο το 2% των υποθέσεων κακοποίησης, για τις οποίες υπήρχε υποψία, καταγγέλθηκαν από τους ιατρούς, όπως υποστήριξε ο Rosenblatt (1996) και αναφέρουν ο Hirsch και οι συνεργάτες του, (1999).

#### 9.4.2.1. Προγράμματα Ιατρικής Εκπαίδευσης για τη κακομεταχείριση των ηλικιωμένων.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται σε διάφορες χώρες, σύμφωνα με τους Thompson & Gallagher, όπως αναφέρει η Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999), βοηθούν α) στη κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς β) στη βελτίωση των τρόπων αντιμετώπισης γ) στο χειρισμό των οικογενειακών υποθέσεων δ) στην αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή ε)

στη γνωριμία με τις κατάλληλες κοινοτικές πηγές υποστήριξης και στ) στο μακροπρόθεσμο σχεδιασμό (νομικό και οικονομικό), καθώς πολλές ασθένειες, όπως οι άνοιες, για παράδειγμα, μπορούν να διαρκέσουν πολλά χρόνια.

Εφ' όσον ο ρόλος των ιατρών είναι τόσο σημαντικός ο Heath και οι συνεργάτες του (2002), περιγράφουν τέσσερα μοντέλα ιατρικής εκπαίδευσης για προγράμματα κακοποίησης/παραμέλησης σε συνεργασία με κοινοτικές υπηρεσίες προστασίας ενηλίκων.

Συγκρίθηκαν και εξετάστηκαν γηριατρικά ιατρικά προγράμματα σε 4 Πανεπιστημιακά ιατρικά κέντρα. Όλα τα προγράμματα, συμπεριέλαβαν άμεση συνεργασία μεταξύ μαθητευομένων (learners) και εργαζομένων σε Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων στα διδακτικά προγράμματά τους.

Στα πλαίσια της ιατρικής εκπαίδευσης συντρέχει κυρίως η ανάγκη για μεγαλύτερη εκπαίδευση, εστιασμένη ειδικά στη κακομεταχείριση των ηλικιωμένων. Μελέτη στο πρόγραμμα σπουδών των ιατρικών σχολών στη Βιρτζίνια έδειξε ότι μόνο το 9% παρουσίαζαν περιεχόμενο σχετικό με την κακοποίηση ηλικιωμένων.

Ενώ το 77% των Ιατρικών Σχολών αναφέρουν συγκεκριμένα μαθήματα κακομεταχείρισης ηλικιωμένων, έρευνες σε αποφοίτους έδειξαν ότι μόνο το 38% αυτών θυμούνται να έχουν διδαχθεί αυτό το μάθημα κατά την εκπαίδευσή τους.

Οι εκπαιδευτικοί στόχοι τέτοιων προγραμμάτων επικεντρώνονται στην ενδυνάμωση της επίγνωσης του προβλήματος της κακοποίησης και της παραμέλησης ηλικιωμένων και το ρόλο που πρέπει να παίζουν οι γιατροί στην αναγνώριση και αντίδραση σε τέτοιες καταστάσεις (Heath et al, 2002). Αυτά περιγράφονται στη συνέχεια:

♦ Πρώτο εκπαιδευτικό πρόγραμμα στο Πανεπιστήμιο California, Irvine

Αφορά ένα διεπιστημονικό, διατμηματικό φορέα που σχηματίστηκε το 1985 και έχει μεταξύ των καθηκόντων του, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή Γεροντολογικού προγράμματος αντιμετώπισης των ηλικιωμένων και υπερηλικών ασθενών. Συστήνονται διεπιστημονικές ομάδες προστασίας ενηλίκων, που αποτελούνται από εργαζόμενους σε κοινωνικές υπηρεσίες, δικηγόρους, μεσίτες, τραπεζίτες, ψυχολόγους και ιατρούς γηριατρικής. Οι ομάδες φοιτητών μαζί με τους υπευθύνους των κοινωνικών υπηρεσιών πραγματοποιούν επισκέψεις σε σπίτια της ευρύτερης περιοχής, για τη διερεύνηση πιθανής κακοποίησης ή παραμέλησης. Επίσης, οι εκπαιδευόμενοι παρακολουθούν σεμινάρια που οργανώνονται από τους επαγγελματίες στις κοινωνικές υπηρεσίες και ενημερώνουν τους κατοίκους για τους πολύπλοκους τρόπους με τους οποίους οι ηλικιωμένοι γίνονται θύματα κακοποίησης/εκμετάλλευσης. Προσφέρουν, επιπλέον

ενημέρωση για τις νομικές διαδικασίες εάν αντιληφθούν κακοποίηση, πώς να καταθέσουν, δηλαδή, μια καταγγελία και τι να περιμένουν μετά την καταγγελία.

♦ Δεύτερο εκπαιδευτικό πρόγραμμα Henperin – Κομητειακό Ιατρικό Κέντρο

Στην αρχή του προγράμματος, οι ενδιαφερόμενοι δηλαδή οι ηλικιωμένοι κάτοικοι μια περιοχής και οι υπεύθυνοι φροντίδας τους, ενημερώνονται για τις αρμοδιότητες των υπηρεσιών προστασίας ενηλίκων. Το περιεχόμενο των μαθημάτων περιλαμβάνει επιδημιολογικά στοιχεία για τη κακοποίηση, τους ορισμούς, τα σημάδια για την αναγνώριση. Συνεργάζονται με τις κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής και μαζί πραγματοποιούν συνεδρίες με κακοποιημένους ηλικιωμένους, ώστε να εμπλέκονται στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Μπορούν, ακόμα να υποστηρίξουν νομικές διαδικασίες των υπηρεσιών προστασίας ενηλίκων και αν κληθούν να καταθέσουν σε κάποια εκδικάσιμη υπόθεση είναι υποχρεωμένοι να το κάνουν.

♦ Τρίτο εκπαιδευτικό πρόγραμμα- Bayor Κολέγιο Ιατρικής

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα που παρέχει συντονισμένη διεπιστημονική γηριατρική φροντίδα και δημιουργεί μια συνεργατική σχέση για την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους που έχουν υποστεί κακομεταχείριση και διενεργεί έρευνα στοχευμένη για τη παραγοντική επικινδυνότητα.

Η ομάδα για τη κακομεταχείριση των ηλικιωμένων περιλαμβάνει ιατρούς γηριατρικής, νοσοκόμες, κοινωνικούς λειτουργούς και ειδικούς εργαζομένους σε Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων. Τα κακοποιημένα άτομα διερευνώνται από ειδικούς των Υπηρεσιών Προστασίας και μετά αναφέρονται στο Πρόγραμμα Γηριατρικής για αναλυτική γηριατρική αξιολόγηση.

Στη συνέχεια όλα τα μέλη της ομάδας συναντιούνται για την ανάπτυξη ενός κοινού πλάνου φροντίδας. Οι αναφερόμενοι ασθενείς, παρακολουθούνται σε νοσοκομειακό πλαίσιο, ή με επισκέψεις στα σπίτια. Οι εκπαιδευόμενοι μαθαίνουν να κάνουν γηριατρική αξιολόγηση ενώ παράλληλα μαθαίνουν να προσμετρούν τις δυσκολίες που μπαίνουν λόγω περίπλοκων ηθικών θεμάτων.

♦ Τέταρτο εκπαιδευτικό πρόγραμμα UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School

Το πρόγραμμα αναφέρεται με το όνομα «Συνδυάζοντας τη γηριατρική με τις Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων» και βασίζεται στη συνεργατική πρακτική νοσηλευτών και γηριάτρων στην Ιατρική Σχολή. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, αναλαμβάνουν υποθέσεις κακοποίησης, αναγνωρίζοντας τις ακάλυπτες ανάγκες υγείας των ασθενών που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες ενηλίκων, παραπέμποντας αυτά τα άτομα για αξιολόγηση.

Οι αξιολογήσεις πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του σπιτιού περιλαμβάνοντας και τα άτομα που είναι υπεύθυνα για τη παροχή φροντίδας. Γίνονται άμεσες παρεμβάσεις φροντίδας για να συμπεριλάβουν άμεσα ιατρικά μέτρα και ιατρική υποστήριξη για την αποκατάσταση κακοποιημένων ή και παραμελημένων ασθενών. Οι εκπαιδευόμενοι που συνοδεύουν τους ιατρούς στις επισκέψεις κατ'οίκον εστιάζουν τόσο στη διαδικασία της γηριατρικής αξιολόγησης όσο και στις συνθήκες που μπορεί να προδίδουν κακομεταχείριση ηλικιωμένων.

#### 9.4.2.2. Οφέλη από τη γνώση και την εφαρμογή τέτοιων εκπαιδευτικών προγραμμάτων

Η συνεργασία μεταξύ ιατρικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεί μια σημαντική ευκαιρία για τους εκπαιδευόμενους να επικοινωνήσουν με αυτό τον ηλικιακό πληθυσμό. Για τους περισσότερους εκπαιδευόμενους πρόκειται για την πρώτη τους έκθεση στο θέμα της κακομεταχείρισης ηλικιωμένων. Ο διεπιστημονικός διάλογος είναι χρήσιμος για εκπαιδευόμενους της ιατρικής στην επαγγελματική εμπειρία, καθώς η γνώση από διαφορετικά επιστημονικά πεδία δίνει την ευκαιρία για σφαιρική αντιμετώπιση του θέματος.

Οι εντυπώσεις των συμμετεχόντων σε τέτοια προγράμματα -ειδικά αυτών σε πεδία πρωτοβάθμιας φροντίδας-αντανακλούν τόσο ενθουσιασμό για τη συνεργασία τους με τους εργαζόμενους στις Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων όσο και σοκ αναφορικά με μαρτυρίες καταστάσεων παραμέλησης.

#### 9.4.2.3. Δυσκολίες για την εφαρμογή των προγραμμάτων

Μια κοινή δυσκολία στην υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων ήταν ο εντοπισμός των ένθερμων συνεργατών στο ακαδημαϊκό πλαίσιο και στις Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων, οι οποίοι ενημερώθηκαν και ενδυναμώθηκαν ψυχολογικά για αρκετούς μήνες πριν την απόφασή τους να συμμετάσχουν στα συγκεκριμένα προγράμματα.

Οι εφαρμογές των παραπάνω τεσσάρων μοντέλων εκπαίδευσης, έδειξαν πως οι εκπαιδευόμενοι από ποικίλα επίπεδα υγείας κέρδισαν πολύτιμες εμπειρίες στη γηριατρική φροντίδα, ερχόμενοι αντιμέτωποι με θέματα κακομεταχείρισης ηλικιωμένων. Αυτά τα μοντέλα μπορούν να αποτελέσουν πρότυπα για το σχεδιασμό και άλλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, με βάση τις ανάγκες της συγκεκριμένης κοινότητας στην οποία θα εφαρμοστούν.

### 9.4.3. Ρόλος των κέντρων φροντίδας και των νοσοκομείων

Σύμφωνα με τους Baker & Heitkemper (2005), οι εργαζόμενοι στους χώρους των νοσοκομείων, έχουν την ευκαιρία και την ευθύνη να αναγνωρίζουν τα δυναμικά και ενεργά θύματα της κακοποίησης και της παραμέλησης. Η βοήθειά τους μπορεί να είναι πολύτιμη στα εξής:

#### 1) Στην Εκτίμηση

Πολλοί απομονωμένοι ηλικιωμένοι μπορεί μόνο να αλληλεπιδρούν με τον έξω κόσμο κατά τη διάρκεια επισκέψεων στα κέντρα φροντίδας. Είναι σημαντικό κάθε επίσκεψη να χρησιμοποιείται ως μια ευκαιρία να γίνεται μία γεροντολογική εκτίμηση και μια εξερεύνηση για κακομεταχείριση. Η Αμερικανική Ιατρική Κοινότητα, προτείνει ότι όλοι οι γηριατρικοί ασθενείς πρέπει να ερευνώνται για κακομεταχείριση.

Προκειμένου, να εξασφαλιστεί το απόρρητο της κακομεταχείρισης από το θύμα, η συνέντευξη και η εκτίμηση πρέπει να λαμβάνει μέρος σε ιδιωτικό δωμάτιο, ξεχωριστό από οποιονδήποτε που μπορεί να συνοδεύει τον ηλικιωμένο στη κοινότητα.

Τα ακριβή έγγραφα συμπεριλαμβανομένου και των δηλώσεων που γίνονται από τα ίδια ηλικιωμένα άτομα καθώς και των ατόμων που μπορεί να συνοδεύουν τους ηλικιωμένους, όπως επίσης και οι φωτογραφίες είναι σημαντικά στοιχεία, που πρέπει να αποκομίζονται από τους ειδικούς.

#### 2) Στην Αναφορά

Οι εργαζόμενοι στους χώρους των νοσοκομείων και των κέντρων φροντίδας πρέπει να γνωρίζουν τις νομικές τους ευθύνες, όταν δέχονται καταγγελίες για κακομεταχείριση. Στην Ουάσιγκτον, οι ειδικοί σε υπηρεσίες, είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να: 1) αναφέρουν αμέσως οποιαδήποτε υποψία σωματικής ή σεξουαλικής επίθεσης και στις δύο υπηρεσίες: α) το Κοινωνικό τμήμα και β) τις υπηρεσίες υγείας και 2) να παραπέμψουν στο Τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Υγείας, εάν έχουν λόγο να πιστεύουν ότι ένας ευάλωτος ενήλικας έχει εγκαταλειφθεί, παραμεληθεί, κακοποιηθεί ή εκμεταλλευτεί με οποιοδήποτε τρόπο.

#### 3) Στην Απευθείας φροντίδα

Οι εργαζόμενοι στις περισσότερες δομές, όπως στη φροντίδα στο σπίτι, στη μακρόχρονη φροντίδα κ.α, μπορούν να παρέχουν άμεση στήριξη στα κακοποιημένα θύματα. Τέτοιοι ηλικιωμένοι είναι πιθανόν να υποφέρουν όχι μόνο από σωματικά τραύματα σχετικά με την



κακομεταχείριση αλλά επίσης και από κατάθλιψη και/ή αγχώδεις διαταραχές. Είναι πιθανό να έχουν νοητικές βλάβες που τους εμποδίζουν από το να καταλαβαίνουν πλήρως τι τους συμβαίνει. Εξαιτίας του γεγονότος ότι η πλειοψηφία (70%-80%) των κακομεταχειριζόμενων ατόμων τρίτης ηλικίας έχουν παραμεληθεί, είναι σημαντικό να λάβουν πρωταρχική φροντίδα και κατάλληλη κοινωνική στήριξη καθώς και συναισθηματική ενδυνάμωση.

Απαιτείται η ψυχολογική αξιολόγηση του ηλικιωμένου, η οποία πρέπει να είναι επικεντρωμένη στην αξιολόγηση συμπεριφοράς, όπως διαταραχές άγχους, κατάθλιψη, διαταραχές της διάθεσης, διαταραχές του ύπνου, σεξουαλική δυσλειτουργία, κακοποίηση λόγω χρήσεως αλκοόλ ή ουσιών. Ιδιαίτερα χρήσιμα είναι εκείνα τα ψυχομετρικά τεστ που μετρούν τους παράγοντες κινδύνου για τη κακοποίηση ηλικιωμένων, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και η κατάθλιψη. Ο Αμερικάνικος Οργανισμός Ψυχολογίας, προτείνει τα ακόλουθα τεστ μέτρησης για την αξιολόγηση του ψυχολογικού και γνωστικού επιπέδου του ηλικιωμένου ασθενή: Η κλίμακα μέτρησης του άγχους του Beck (The Beck Anxiety Scale), η κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης κατά τον Hamilton (The Hamilton Depression Rating Scale), καθώς και άλλα προφορικά και γραπτά εργαλεία αξιολόγησης της κατάθλιψης. Οι ειδικοί πρέπει να είναι σε θέση να ανιχνεύσουν και σημάδια στη συμπεριφορά που μπορεί να προδίδουν τη ψυχολογική και νοητική κατάσταση του ασθενούς, όπως κλάμα, ησυχία ή παθητική συμπεριφορά (Rodríguez, 2004).

#### 9.4.3.1. Χρήση των τμημάτων «επειγόντων περιστατικών» από τα ηλικιωμένα θύματα

Πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς χρησιμοποιούν τα επείγοντα τμήματα των νοσοκομείων. Φτάνουν να τα επισκέπτονται δύο φορές περισσότερο απ' ότι άλλες ομάδες ατόμων. Σύμφωνα με τους Kapp (1995) & McKinney (1985), όπως αναφέρει ο Kleinschmidt (1999), ο γηραιός πληθυσμός είναι ο πιο γρήγορα αυξανόμενος, ακόμα και στις Η.Π.Α, καλύπτοντας το 13% του πληθυσμού κατά το 1990, ποσοστό που πιθανόν να φτάσει το 18% το 2020 και το 25% το 2025. Συνεπώς, το πιθανότερο είναι οι ιατροί που εργάζονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών να βλέπουν έναν ολοένα και αυξανόμενο αριθμό κακοποιημένων ηλικιωμένων ασθενών. Ηλικιωμένα θύματα που έχουν «ατυχήματα», προερχόμενα από παραμέληση ή σωματική βία είναι αρκετά και πιθανόν να αναζητήσουν βοήθεια σε ένα από τα τμήματα των επειγόντων περιστατικών. Επίσης, μπορεί να κριθεί απαραίτητο από τους θεράποντες ιατρούς να κρατήσουν τον ασθενή για εκτεταμένη νοσηλεία έως ότου αποκατασταθεί η υγεία του (Hirsch et.al, 1999).

Σύμφωνα με το Lachs και τους συνεργάτες του (1997), ο οποίος ήθελε να ερευνήσει τη συχνότητα με την οποία τα άτομα τρίτης ηλικίας επισκέπτονταν τα τμήματα επειγόντων, κατά τη διάρκεια εφτά χρόνων, εξέτασε 182 ηλικιωμένα θύματα σωματικής βίας εκ των οποίων, τα 114 δηλαδή το 62,6%, αναγνωρίστηκαν σε ένα ή και σε τουλάχιστον δύο τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Οι ιατροί στα επείγοντα μπορούν να βοηθήσουν με πολλούς τρόπους τους ηλικιωμένους ασθενείς. Μπορούν ν' αναγνωρίσουν το θύμα, εάν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και να χρησιμοποιήσουν τις αρμόδιες τεχνικές ώστε να προσεγγίσουν τον ασθενή, προσφέροντας του εκτός από τις πρώτες βοήθειες και ψυχολογική στήριξη, ώστε να χαλαρώσει και να αισθανθεί ότι βρίσκεται σε ένα προστατευμένο περιβάλλον (Kleinschmidt, 1997).

Η πολιτική του Αμερικάνικου Πανεπιστημίου Ιατρών Επειγόντων Περιστατικών για τη κακοποίηση ηλικιωμένων στηρίζεται στη προετοιμασία των επαγγελματιών σε αυτούς τους χώρους, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν τη βία. Επίσης, ισχυρίζονται, ότι τα νοσοκομεία θα έπρεπε να έχουν πρωτόκολλα για τη φροντίδα κακοποιημένων ασθενών (Kleinschmidt, 1997).

Ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να γνωρίζουν οι εργαζόμενοι στα επείγοντα περιστατικά είναι ότι οι ασθενείς μπορεί να αρνηθούν την ιατρική συμβουλή και να θελήσουν να επιστρέψουν στο περιβάλλον, όπου υπόκεινται σε βία. Η Day (2007), αναφέρεται στην άποψη της Singer (1996), που υποστήριξε ότι η συγκεκριμένη απόφαση των ηλικιωμένων ατόμων, μπορεί να παρθεί εξαιτίας της υπερβολικής επιρροής τους περιβάλλοντος στο οποίο ζουν. Η υπέρμετρη επιρροή χρησιμοποιείται από τους ανθρώπους που με τη δύναμή τους, καλλιεργούν την εξάρτηση και το φόβο στους άλλους, κερδίζοντας τον έλεγχο. Το προσωπικό στα επείγοντα θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένο ώστε να αναγνωρίζονται τέτοιες καταστάσεις. Οι κυριότερες ενδείξεις για υπερβολική επιρροή και που εύκολα μπορούν να αναγνωριστούν από το προσωπικό είναι: ιστορικό απομόνωσης του θύματος, παρουσία εξάρτησης, φόβος για εμπιστοσύνη στους ανθρώπους και χαμηλό αίσθημα αυτοαξίας. Ερχόμενος κάποιος αντιμέτωπος με το γιατί κάποιος ασθενής θέλει να επιστρέψει σε μια κατάσταση κακοποίησης, απαιτεί ευαισθησία και προσεκτική συνομιλία και αξιολόγηση.

Γενικά τα ηλικιωμένα άτομα δεν αναφέρουν μόνοι τους, τη κακοποίηση, καθιστώντας υπεύθυνο το προσωπικό των επειγόντων τμημάτων για αναγνώριση και παρέμβαση στα περιστατικά βίας (Day, 2007).

#### 9.4.4. Ρόλος των οδοντιάτρων

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία των Η.Π.Α, το 1996, όπως αναφέρει η Murphree και οι συνεργάτες της, (2002), ο μέσος όρος των ηλικιωμένων ατόμων κάνει δύο οδοντιατρικές επισκέψεις κάθε χρόνο. Οι συχνές επισκέψεις στον οδοντίατρο είναι απαραίτητες εξαιτίας των αυξημένων περιοδοντικών ασθενειών σε αυτό τον πληθυσμό. Γι'αυτό οι ειδικοί έχουν την ευκαιρία να δουν αυτά τα άτομα σε τακτική βάση και θα έπρεπε να είναι σε καλή θέση να αναγνωρίσουν και να αναφέρουν σημάδια κακοποίησης, παρέχοντας κατάλληλη φροντίδα για τα θύματα. Σε αρκετές περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης, πολλά από τα χτυπήματα γίνονται στο πρόσωπο, το κεφάλι και το λαιμό με αποτέλεσμα να τραυματίζεται και το στόμα, όπως έχουν αναφέρει και ο Maalouf το 1993 και Meskin το 1994. Γι'αυτό πολλές φορές, φτάνοντας στο χώρο του οδοντιατρείου, εμφανίζονται με σπασμένα δόντια.

Σε όλες τις πολιτείες των Η.Π.Α, οι οδοντίατροι είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να καταγγέλουν τα περιστατικά κακοποίησης, που συναντούν στο ιατρείο τους. Ωστόσο, έρευνες των Maalouf(1993) & Jones και συνεργατών του (1997), έχουν αποκαλύψει ότι οι οδοντίατροι, όπως και άλλοι επαγγελματίες υγείας δεν είναι ενημερωμένοι για την αναγνώριση και την καταγγελία οποιασδήποτε υποψίας για κακοποίηση.

##### 9.4.4.1. Εκπαίδευση των οδοντιάτρων για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας.

Η Murphree και οι συνεργάτες της, το 2002, θέλησαν να εξετάσουν τη μόρφωση των ειδικών οδοντιάτρων, κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, στο θέμα της κακοποίησης. Το δείγμα αποτελούσαν 375 οδοντίατροι στη πόλη του Τέξας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η γνώση για τη κακοποίηση ήταν εξαιρετικά φτωχή. Το 48,3%, είπαν ότι δεν είχαν καθόλου μόρφωση για τη κακοποίηση, το 27,5% είπαν ότι είχαν κάποια γνώση για το θέμα, διαβάζοντας κάποια σχετικά άρθρα σε εφημερίδα, ενώ το 24,3% ανέφεραν ότι δεν είχαν λάβει ελάχιστη μόρφωση για το θέμα, μέσα από σεμινάρια που παρακολούθησαν με δικής τους πρωτοβουλία.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, στο 19% των προγραμμαμάτων σπουδών της οδοντιατρικής έχουν συγκεκριμένα μαθήματα για τη γηριατρική εκπαίδευση. Παλαιότερες έρευνες δείχνουν ότι μόνο ένα 4% της οδοντιατρικής εκπαίδευσης, είχαν μαθήματα γεροντολογίας. Αυτό σημαίνει πως έχει υπάρξει εξέλιξη, μόνο που πρέπει να λαμβάνουν και γνώση για το πρόβλημα της παραβίασης των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων (Murphree et.al, 2002).

Άρα η εκπαίδευση για την κακομεταχείριση των ατόμων τρίτης ηλικίας, στους οδοντιάτρους είναι ανεπαρκής. Οι οδοντίατροι έχουν υποχρέωση να γίνουν γνώστες της αναγνώρισης και της αναφοράς της κακοποίησης, προκειμένου να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς τους.

#### 9.4.5. Συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών

Παρότι οι ατομικές προσπάθειες των φροντιστών στην ανίχνευση και διευθέτηση της κακοποίησης είναι σημαντικές, η κακομεταχείριση των ηλικιωμένων είναι ένα πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό πρόβλημα που προσεγγίζεται καλύτερα αν υπάρχει συνεργασία μεταξύ των κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας καθώς και των νομικών υπηρεσιών.

Κανένα άτομο ή επαγγελματία δε θα πρέπει μόνος να είναι υπεύθυνος για τη διευθέτηση τέτοιων υποθέσεων. Μία ομάδα που θα συγκροτείται από επαγγελματίες διαφορετικών πεδίων, όπως ιατρικής, κοινωνικών υπηρεσιών, ψυχικής υγείας και νομικών υπηρεσιών, είναι πολύ χρήσιμη, ώστε δουλεύοντας συνεργατικά να επιτύχουν τη καλύτερη δυνατή παρέμβαση σε καταστάσεις κακοποίησης. Οι Villamore & Bergman το 1981, πρότειναν ότι μια τυπική ομάδα θα μπορούσε να αποτελείται από ένα γιατρό, μία νοσοκόμα, μία κοινωνική λειτουργό, ένα ψυχίατρο, ένα ψυχολόγο, έναν εισαγγελέα, έναν αστυνομικό (Madden, 1995).

#### 9.4.6. Μείωση του άγχους του φροντίζοντος ατόμου (φροντιστή)

Καθώς το άγχος του φροντιστή, αποτελεί έναν από τους σοβαρότερους κινδύνους για κακοποίηση των ηλικιωμένων, χρήσιμο θα ήταν για την πρόληψη του προβλήματος να βρεθούν τρόποι ώστε αυτό να βρίσκεται σε ένα χαμηλό επίπεδο. Το άγχος του φροντίζοντος ατόμου σε ελεγχόμενα επίπεδα, το καθιστά ικανό να αντεπεξέρχεται στα καθήκοντά του με επιτυχία και αποτελεσματικότητα. Όταν το άγχος είναι έντονο, η ζωή του φροντιστή είναι γεμάτη προβληματικές καταστάσεις και δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του επιτυχώς.

Το στρες μπορεί να μειωθεί όταν υπάρχει υποστήριξη από τους άλλους, καθώς και η υιοθέτηση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης, όπως η επικέντρωση στη λύση του προβλήματος και η έμφαση στα θετικά στοιχεία της εμπειρίας.

Η κοινωνική υποστήριξη προς το άτομο που φροντίζει ασθενείς και ηλικιωμένους μπορεί να προέλθει, κατ' αρχήν, από το στενότερο κοινωνικό δίκτυο, δηλαδή την ίδια την οικογένεια, οι

οποίοι θα πρέπει να συνεισφέρουν σε επίπεδο τόσο ψυχολογικής υποστήριξης όσο και ελάφρυνσης του βάρους της φροντίδας. Το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο, συγγενείς και φίλοι, επίσης, συμβάλλει στη ψυχολογική υποστήριξη, βοηθώντας στη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων εκεί που διαταράσσονται, επειδή το άτομο που φροντίζει τον ηλικιωμένο δεν έχει τη δυνατότητα να απομακρύνεται από το σπίτι. Έτσι οι επισκέψεις στο σπίτι του ηλικιωμένου, οι συζητήσεις και η απασχόλησή του, καθώς και η ανάληψη εξωτερικών εργασιών, όπως η προμήθεια φαρμάκων, η πληρωμή λογ/σμών κ.α, ανακουφίζουν και τον ηλικιωμένο και αυτούς που τον φροντίζουν. Η πρόσληψη ενός ατόμου, που βοηθά τουλάχιστον κάποιες ώρες την ημέρα, αποτελεί μία λύση, για όσους μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά.

Από τη μεριά της, η εκάστοτε δομή μπορεί να συμβάλει στη καλή ποιότητα της ζωής τόσο του ίδιου του γέροντα, όσο και του φροντιστή, μέσω διαφόρων δομών, όπως αυτός της Φροντίδας στο σπίτι, η ίδρυση Ξενώνων Ημέρας ή και Νύχτας, στους οποίους μπορεί να εμπιστευτεί κάποιος τον ηλικιωμένο και κυρίως τα άτομα που πάσχουν από άνοια, για ορισμένες ώρες της ημέρας ή και της νύχτας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

#### 9.5. Συμπεράσματα για τη διευθέτηση του προβλήματος

Ο κυρίαρχος στόχος της παρεμπόδισης του προβλήματος είναι, οι κακοποιημένοι ηλικιωμένοι να αποκτήσουν μια πιο ευχάριστη και ολοκληρωμένη ζωή. Η διευθέτηση της βίας περιλαμβάνει βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη φροντίδα, υπερπήδηση των εμποδίων που υπάρχουν στην αναγνώριση του είδους της κακοποίησης και παρεμπόδιση της συνέχισης του φαινομένου. Όπως έχει πει και οι Schene & Ward (1988), σύμφωνα με τον Kleinschmidt (1997), οι προσπάθειες θα έπρεπε να επικεντρωθούν συνολικά στην οικογένεια και όχι μόνο στη «διάσωση» των θυμάτων από εκείνους. Οι ειδικοί δε πρέπει να ξεχνούν, πως η οικογένεια αποτελεί στήριξη για τον ηλικιωμένο και σκοπός δε πρέπει να είναι η απομόνωση. Ακόμα και στις καταστάσεις κακομεταχείρισης, είναι χρήσιμο να αντιμετωπίζονται τα συνολικά δυσλειτουργικά μοτίβα μιας οικογένειας.

Όταν οι ειδικοί της υγείας, υποπτεύονται κακοποίηση, προτεραιότητα είναι να διασφαλιστεί η ασφάλεια του ασθενή, ενώ παράλληλα πρέπει να σεβαστούν την αυτονομία όσο το δυνατότερο. Η ιδρυματοποίηση, προτείνεται μόνο στις περιπτώσεις που η υγεία απειλείται άμεσα και χρειάζεται άμεση ιατρική βοήθεια.

Το δεύτερο στάδιο άμεσης φροντίδας είναι η επαφή με το κατάλληλο τμήμα κοινωνικής υπηρεσίας, ώστε να καταγγελθεί το περιστατικό και με βάση τους νόμους να δοθεί η κατάλληλη προστασία. Οι επαγγελματίες σε τέτοια τμήματα είναι πολύτιμοι βοηθοί στη λεπτομερή αξιολόγηση και τη παροχή μακροπρόθεσμης φροντίδας.

Όπως αναφέρουν οι Scanameo & Fillit (1995), σύμφωνα με τον Kleinschmidt (1997), η μακροπρόθεσμη φροντίδα και εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ποικίλει από υπόθεση σε υπόθεση. Η εκτίμηση περιλαμβάνει την ικανότητα των ασθενών να κάνουν ενέργειες της καθημερινής ζωής, όπως περπάτημα, φαγητό, ντους κ.α. Μία επίσκεψη μιας ομάδας από κοινωνικούς λειτουργούς, νοσοκόμες, ιατρούς, στο σπίτι του ασθενούς, μπορεί να είναι το καλύτερο για μια αξιολόγηση της γενικότερης εικόνας. Οι επισκέψεις στο σπίτι, είναι μια καλή ευκαιρία για συλλεχθούν πληροφορίες που δεν θα είναι διαθέσιμες στα γραφεία ή τα επείγοντα περιστατικά, όπως η πραγματική κατάσταση του περιβάλλοντος στο οποίο ζει ο ασθενής και η κατάσταση του φροντιστή. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους πιο πάνω ερευνητές, έδειξε ότι από τις επισκέψεις στα σπίτια ασθενών για ιατρικά θέματα, διαπιστώθηκε, ότι 50% ζούσαν εξαντλητικά, 23% ήταν σε υψηλό κίνδυνο για ατυχήματα και 41% δεν είχαν πρόσβαση σε κέντρα βοήθειας από το σπίτι τους. Οι φροντιστές θα έπρεπε να λάβουν κατάλληλη προσοχή, η οποία περιλαμβάνει συμβουλευτική υποστήριξη, βοήθεια εργασίας ή εύρεση ξεχωριστής κατοικίας. Ο χωρισμός του φροντιζόμενου από το φροντιστή, μπορεί να είναι λύση εάν η βία οφείλεται στα προβλήματα προσωπικότητας του φροντιστή.

Απαραίτητη, κρίνεται επίσης, η εκπαίδευση στην ανίχνευση, την αξιολόγηση και τη μεταχείριση της κακοποίησης των ηλικιωμένων, από τους παροχούς υπηρεσιών υγείας, καθώς και από τους υπαλλήλους στα αστυνομικά τμήματα. Οι επίσημες αρχές των υπηρεσιών προστασίας ενηλίκων, έχουν δηλώσει ότι η ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας στην αναγνώριση υποθέσεων κακοποίησης ηλικιωμένων (United States General Accounting Office, 1991 από Kleinschmidt, 1997).

## 10. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

### 10.1. Στάση της πολιτείας απέναντι στο πρόβλημα

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, το Κογκρέσο έπαιξε προεξέχοντα ρόλο στο σχεδιασμό της εστίασης της προσοχής στο πρόβλημα της τρίτης ηλικίας ξεκινώντας στο τέλος

της δεκαετίας του '70, να ιδρύσει οργανισμούς για την αντιμετώπιση σε περίπου 50 Πολιτείες. Ακολουθώντας ένα πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών, ειδικοί ήταν σε θέση να προστατέψουν ενήλικες 18 ετών ή μεγαλύτερους, που δεν ήταν ικανοί να προστατέψουν τους εαυτούς τους ή σε κίνδυνο κακοποίησης, παραμέλησης ή εκμετάλλευσης. Μερικές πολιτείες υιοθέτησαν συγκεκριμένη νομοθεσία, θεσπίζοντας ένα προστατευτικό πρόγραμμα ενηλίκων. Το πρόγραμμα απευθυνόταν και σε ηλικιωμένους ή υπερήλικες (Fulmer, 1991).

Και στο Καναδά, τα τελευταία χρόνια οι ομοσπονδιακές επαρχιακές και τοπικές διοικητικές αρχές έχουν συστήσει διυπουργικές επιτροπές για την οικογενειακή βία, μερικές από τις οποίες έχουν ειδικές επιτροπές για τη κακοποίηση των ηλικιωμένων (Sijuwade, 1995).

Παρά το γεγονός πως η αναγνώριση του προβλήματος, έχει γίνει σχετικά πρόσφατα, δράσεις υπάρχουν και στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Έντονο ενδιαφέρον για την κακοποίηση των ηλικιωμένων, ξεκίνησε στο τέλος της δεκαετίας του '80 και οδήγησε σε πολλαπλή έρευνα και στρατηγικές αντιμετώπισης, καταφέροντας οι ομάδες υγείας και οι επαγγελματίες κοινωνικών υπηρεσιών, να συνεργαστούν ώστε να υπάρξει καλύτερη ενημέρωση.

Το 1986 “Η Δράση Ηλικιωμένων Αμερικανών” (Older Americans Act) ξεκίνησε τη διαδικασία οργανωμένης κυβερνητικής αντίδρασης, συντονισμένης σε επίπεδο πολιτείας. Η διαχείριση έγινε, μέσω τοπικών υπηρεσιών γηριατρικού τομέα ή Περιφερειακών Κοινωνικών Υπηρεσιών. Καθοριστική ήταν η υποχρεωτική καταγγελία ενεργειών κακοποίησης ηλικιωμένων από αυτούς που έρχονται σε επαφή με τον ευάλωτο πληθυσμό της τρίτης ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων και των ιατρών. Η μεγαλύτερη εμπλοκή των γιατρών κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπιστεί η κακοποίηση/παραμέληση (Heath et al, 2005)

Μολονότι έρευνες στη βία ηλικιωμένων έχουν αναφερθεί, στη Νορβηγία, τη Σουηδία, τη Φιλανδία, το Ισραήλ, το Χονγκ-Κονγκ και την Ελλάδα, καμιά από αυτές τις χώρες, δεν έχουν εθνική πολιτική για το θέμα. Τα μόνα ενδιαφέροντα προγράμματα που έχουν περιγραφεί, είναι τα καταφύγια για τις κακοποιημένες γυναίκες που εφαρμόζονται στη Φιλανδία. Παρόμοια θα μπορούσαν να σχεδιαστούν και για τους κακοποιημένους ηλικιωμένους.

Δύο Εγγλέζοι ερευνητές, ο Bennett & Kingston, κάνουν αναφορά στο μοντέλο του Bluner, που έχει προταθεί για την καταπολέμηση κάθε κοινωνικού προβλήματος. Το μοντέλο υπογραμμίζει τα βήματα που είναι απαραίτητα για την ίδρυση ενός συστήματος για την αντιμετώπιση της βίας στους ηλικιωμένους, τα οποία είναι: 1) η αμεσότητα, 2) η θεσμοθέτηση,

3) η κινητοποίηση, 4) ο σχεδιασμός επίσημου σχεδίου δράσης και 5) η εφαρμογή (εκπλήρωση) του σχεδίου δράσης (Sijumade, 1995).

Η χρηματοδότηση τόσο για την έρευνα όσο και για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι ένα θέμα που ανήκει στην αποκλειστική ευθύνη της πολιτείας. Η χρηματοδότηση για προγράμματα πρόληψης της κακοποίησης τρίτης ηλικίας, είναι ελάχιστη. Ακόμα και στην Αμερική τα προγράμματα για τη πρόληψη της βίας ενάντια στα παιδιά είναι περισσότερα απ'ότι για τη βία στους ανθρώπους μεγάλης ηλικίας. Υπολογίζεται, πως για κάθε παιδί αντιστοιχεί 45,03\$ επιχορήγηση για τη προστασία του, ενώ για κάθε ασθενή μεγάλης ηλικίας μόνο 3,80\$ (Kleinschmidt, 1997).

## 10.2. Καταγγελίες περιστατικών κακοποίησης ηλικιωμένων

Σύμφωνα με το Bureau of Justice Statistics των Η.Π.Α, μεταξύ του 1993 και 1999, όπως αναφέρει ο Fulmer και οι συνεργάτες του (2004), μόνο το 39% όλων των περιστατικών βίας γυναικών ηλικίας από 50 ετών και πάνω, καταγγέλθηκαν.

Παρά τις αδυναμίες που υπάρχουν στην αναφορά και την έρευνα περιπτώσεων κακοποίησης, οι καταγγελίες περιστατικών κακοποίησης ατόμων μεγάλης ηλικίας έχει αυξηθεί δραματικά, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαπέντε χρόνων (Daniels et. al, 1999). Καταγγελίες έχουν αυξηθεί τόσο εξαιτίας της μαζικής αύξησης του πληθυσμού των υπερηλίκων, εκείνων που είναι από 80 ετών και πάνω, όσο και των νόμων που έχουν θεσπιστεί για την αναφορά τέτοιων γεγονότων. Σύμφωνα με τους Quinn & Tomita (1997), όπως αναφέρει ο Daniels και οι συνεργάτες του (1999), καταγγελίες για κακοποίηση ηλικιωμένων στα αρμόδια τμήματα των αστυνομικών τμημάτων είχαν αυξηθεί κατά 106% κατά τη διάρκεια οκτώ χρόνων και από 117.000 αναφορές το 1986 σε 241.000 το 1994, στη Μασαχουσέτη, σύμφωνα με στοιχεία από τις Υπηρεσίες Προστασίας Ενηλίκων.

Η μεγαλύτερη δυσχέρεια μετά από μια καταγγελία για κακοποίηση είναι η ερευνητική διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσει, από τους αρμοδίους μιας κοινωνικής υπηρεσίας. Το στάδιο της εξερεύνησης από την εκάστοτε κοινωνική υπηρεσία πρέπει να γίνεται με διακριτικότητα και να καλύπτει όλα τα πεδία του ηλικιωμένου (οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό κτλ). Οι κοινωνικές υπηρεσίες πρέπει να είναι σε θέση να πραγματοποιούν τέτοιες διαδικασίες γιατί, η μη επαρκή επιχορήγηση σε υποστηρικτικές κοινωνικές υπηρεσίες είναι ένα εμπόδιο. Έτσι, οι υπεύθυνοι των τμημάτων, όταν δε μπορούν να ερευνήσουν περισσότερο μια



κατάσταση κακοποίησης, εγκλωβίζονται στη μοναδική απόφαση που είναι η ιδρυματοποίηση, ώστε να αντιμετωπιστεί η κατάσταση (Daniels et. al, 1999).

#### 10.2.1. Ευθύνη καταγγελίας

Οι περισσότερες πολιτείες της Αμερικής έχουν θεσπίσει νόμους που υποχρεώνουν τους επαγγελματίες υγείας να καταγγείλουν τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας. Παράλληλα με την υποχρεωτική αναφορά λόγω του νόμου, έχουν επίσης και ηθική υποχρέωση. Μολονότι, οι νόμοι ποικίλουν σε λεπτομέρειες, όλοι παρέχουν προστασία για την ανωνυμία της καταγγελίας (Liao & Mosqueda, 2006).

Μερικές φορές, οι επαγγελματίες υγείας, ανησυχούν ότι δεν έχουν αποδείξεις για τη κακοποίηση και έτσι διστάζουν να κάνουν την καταγγελία. Στη πραγματικότητα, οι αποδείξεις δεν είναι απαραίτητες, αρκεί έστω και μια λογική υποψία ότι υπάρχει κακοποίηση.

#### 10.3. Νομοθεσία για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας

Οι Golstein & Reiner, (1996), όπως αναφέρει ο Daniels και οι συνεργάτες του (1999), έχουν υποστηρίξει ότι στις περισσότερες χώρες, δεν υπάρχουν ολοκληρωμένοι θεσπισμένοι νόμοι, για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας. Οι παραβάτες, συχνά τιμωρούνται με βάση τους νόμους για την ενδοοικογενειακή βία ή με βάση τους νόμους για τις κοινές εγκληματικές πράξεις, όπως η σωματική επιθετικότητα προς οποιονδήποτε, η κλοπή, η δολοφονία κ.α.

Οι Η.Π.Α έχουν θεσπίσει νόμους για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας από πολλά μοντέλα, περιλαμβάνοντας μερικά από τη παιδική κακοποίηση και την ενδοοικογενειακή βία. Οι νόμοι για την ενδοοικογενειακή βία δεν ορίζουν τη παραμέληση. Οι Brewer & Jones το 1989, σύμφωνα με τον Kleinschmidt (1997), υποστήριξαν ότι η κακοποίηση της τρίτης ηλικίας απαιτεί τους δικούς της ειδικούς νόμους, ώστε να διευθετηθεί, αφού πρόκειται για μια ξεχωριστή ομάδα πληθυσμού με τις δικές της ιδιαιτερότητες.

#### 10.4. Ο ρόλος της αστυνομίας

Όταν η αστυνομία έρχεται αντιμέτωπη με περιστατικά κακοποίησης τρίτης ηλικίας, χρειάζεται να πάρει ένα σύνολο αποφάσεων. Η προϋπηρεσία και η εμπειρία των αστυνομικών επηρεάζουν τη στάση τους, απέναντι σε τέτοιες υποθέσεις. Είναι σύνηθες, το φαινόμενο οι αστυνομικοί να

λειτουργούν και να αποφασίζουν με βάση τη δική τους κρίση, λόγω της έλλειψης οριοθετημένων νόμων για την αντιμετώπιση κακοποιημένων ηλικιωμένων. Οι προηγούμενες εμπειρίες τους και οι στάσεις τους για τη βία των ατόμων μεγάλης ηλικίας, καθορίζουν την ανάληψη των ευθυνών τους, την αξιολόγηση των εμποδίων καθώς και τις ποινές που υπάρχουν για τέτοιες καταγγελίες. Την απόφασή τους, για το εάν θα εμπλακούν στη παρεμπόδιση μιας τέτοιας υπόθεσης, θα επηρεάσει το πώς οι ίδιοι αντιμετωπίζουν τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα τους κακοποιημένους γέροντες και το πώς οι ίδιοι κρίνουν τους νόμους που καλύπτουν τη κακοποίηση. Η άποψή τους για το πόσο καλά δουλεύει το σύστημα για τη κακοποίηση, επηρεάζεται από τις συνολικές εμπειρίες τους με παρόμοιες, προηγούμενες καταστάσεις.

Δεδομένα από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε τέσσερα αστυνομικά τμήματα, έδειξαν ότι η γνώση της αστυνομίας και οι στάσεις για τη κακομεταχείριση των ηλικιωμένων, επηρεάζει πολύ την ικανότητα των αστυνομικών να αναγνωρίσουν και να αναφέρουν τη κακοποίηση (Danielsetal,1999).

Ο Daniels και οι συνεργάτες του (1999), θέλησε να εξετάσει την απόφαση για την αντιμετώπιση υποθέσεων κακομεταχείρισης ηλικιωμένων. Η έρευνα στηρίχτηκε στην ανάλυση των στάσεων και των προηγούμενων εμπειριών αστυνομικών, που δούλευαν στην Αλαμπάμα. Το σύστημα για τέτοιες υποθέσεις στην Αλαμπάμα, ορίζει την υποχρεωτική καταγγελία. Το δείγμα αποτελούσαν 105 αστυνομικοί από τέσσερα αστυνομικά τμήματα της περιοχής, με χρόνο προϋπηρεσίας περίπου 9 χρόνια και δύο χρόνια πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Το 17% των αστυνομικών είχαν επαφές με ηλικιωμένα άτομα.

Τα ευρήματα έδειξαν πως όλοι οι αστυνομικοί, συμφωνούσαν ότι η κακοποίηση είναι ένα μεγάλο πρόβλημα (51-69%). Υπήρξε ομοφωνία (86-93%), ότι είναι νομική ευθύνη της αστυνομίας και άλλων επαγγελματιών να αναφέρουν τις υποθέσεις. Σχεδόν, οι μισοί από αυτούς ήταν αβέβαιοι (55-58%) για την ύπαρξη νομικών ποινών μετά από μια καταγγελία και περίπου τα 3/4 αυτών ήταν μη εξοικειωμένοι με τη νομοθεσία της Αλαμπάμα (71-73%). Ένα αξιοσημείωτο εύρημα της μελέτης ήταν ότι οι αστυνομικοί που διακατέχονταν από περισσότερη αυτοπεποίθηση στην ικανότητά τους, να αναγνωρίζουν τη κακοποίηση, παρατηρούσαν και ανέφεραν περισσότερα περιστατικά κακοποίησης. Οι αστυνομικοί που έρχονταν συχνότερα σε επαφή με ηλικιωμένα άτομα, ήταν ικανότεροι να αναγνωρίζουν περισσότερα θύματα βίας. Οι αστυνομικοί, επίσης, των μεγαλύτερων κεντρικών αστυνομικών τμημάτων στις πόλεις, εξέφρασαν περισσότερη ικανοποίηση με το σύστημα, από ότι σε μικρότερα τμήματα. Η πεποίθηση για την αναγνώριση της κακοποίησης και η εξοικείωση με το νόμο ήταν στοιχεία

σημαντικά που μεγάλωναν το αίσθημα ικανοποίησης και αποτελεσματικότητας στους περισσότερους από αυτούς.

Από τα δεδομένα της έρευνας, συμπεραίνουμε ότι η γνώση των αστυνομικών και οι στάσεις για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας επηρεάζει πολύ, την ικανότητα των αστυνομικών να αναγνωρίσουν και να καταγγείλουν τη κακοποίηση.

Για να γίνονται όσο το δυνατόν καλύτερα οι αναφορές υποθέσεων κακοποίησης θα πρέπει οι νόμοι να περιλαμβάνουν ένα καλά-ορισμένο πληθυσμό-στόχο, ξεκάθαρους ορισμούς απαγορευμένων συμπεριφορών, καλά δομημένους ορισμούς και νομική προστασία τόσο για τα ίδια τα θύματα, όσο και για τα άτομα που κάνουν τις καταγγελίες (επώνυμα ή ανώνυμα). Στη πραγματικότητα, τέτοιες αναγκαιότητες είναι σπάνια αναγνωρίσιμες. Όπως έχουν υποστηρίξει και οι Pedrick-Cornell & Gelles (1982), σύμφωνα με το Daniels και τους συνεργάτες του (1999), η απουσία κυβερνητικής νομοθεσίας, σημαίνει μη δομημένους ορισμούς, μη διαφοροποίηση μεταξύ της επιθετικότητας και της βιαιότητας. Ωστόσο, άλλο επιθετικές πράξεις και άλλο βίαιες. Κάθε κατάσταση είναι διαφορετική και πρέπει να διώκεται ποινικά με βάση διαφορετικούς νόμους και διατάξεις.

Οι Quinn & Tomita (1997), όπως αναφέρουν ο Daniels και οι συνεργάτες του (1999), έχουν πει ότι όταν γίνεται μια καταγγελία σε ένα αστυνομικό τμήμα, αυτή ακολουθείται από τρεις φάσεις: τη καταγγελία, την έρευνα και τη παραπομπή σε κοινωνικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες υγείας για παροχή κατάλληλης βοήθειας.

10.5. Θα πρέπει η κακομεταχείριση προς τους ηλικιωμένους να θεωρείται ανθρωποκτονία;

Σύμφωνα με τους Collins & Presnell (2005), η πρόκληση θανάτου σε όλες τις περιπτώσεις κακομεταχείρισης ηλικιωμένων θα έπρεπε να λέγεται ανθρωποκτονία. Οι εν λόγω ερευνητές εξέτασαν και ανασκόπησαν τους εγκληματολογικούς φακέλους που αφορούσαν υποθέσεις θανάτων ηλικιωμένων, και οι οποίοι φυλάσσονταν στο Πανεπιστήμιο- Ιατρική Σχολή της Νότιας Καρολίνας. Εξετάστηκαν 8 υποθέσεις παραμέλησης και πραγματοποιήθηκαν ολοκληρωμένες νεκροψίες σε όλες τις περιπτώσεις. Η ηλικία κυμαινόταν από 74 έως 94 έτη. Οι 7 από τους 8 ήταν γυναίκες και 1 άντρας. Η αναλογία μαύρων/λευκών ήταν 6/2. Οι αιτίες θανάτου περιλάμβαναν σήψη εξαιτίας σοβαρών ελκών από κατάκλιση (5 υποθέσεις), έντονη αφυδάτωση (3 υποθέσεις). Καχεξία αναφέρθηκε στις 7 από τις 8 υποθέσεις. Η μία περίπτωση χωρίς καχεξία ήταν μια λεπτή γυναίκα που συνήθως φρόντιζαν οι ανιψιές της αλλά που ήταν πάνω από 2 εβδομάδες σε ένα ίδρυμα. Στις 3 περιπτώσεις υπήρξε αφυδάτωση. Επίσης, εντοπίστηκαν

προβλήματα στο δέρμα, και εντερικές δυσλειτουργίες. Πραγματοποιήθηκαν και μεταθανάτιες καλλιέργειες αίματος και τοξικολογικές εξετάσεις φανερώνοντας ελλείψεις σε επίπεδα φαρμάκων και επιβεβαιώθηκαν οι αιτίες θανάτου (σήψη στις 5 περιπτώσεις και αφυδάτωση στις 3). Μελετήθηκαν επίσης και οι θύτες, μέσα από τα στοιχεία των φακέλων με το ιστορικό της κάθε περίπτωσης. Στις 5 από τις 8 περιπτώσεις ο θύτης ήταν συγγενής του θύματος. Σε δύο περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας, ο θύτης ήταν κάποιο εγγόνι (1 εγγονός, 1 εγγονή), σε 1 περίπτωση ο γιος και η κόρη ήταν υπεύθυνοι, σε 1 περίπτωση ο γιος και σε μία άλλη ο σύζυγος. Ένα μέλος του προσωπικού σε ίδρυμα ήταν ο δράστης σε 3 από τις 8 περιπτώσεις.

Η διερεύνηση του χώρου, όπου συνέβησαν οι θάνατοι, ήταν σημαντική για την εξακρίβωση των περιβαλλοντικών συνθηκών, που απεδείκνυαν παραμέληση των ανθρώπων. Οι χώροι χαρακτηρίζονταν από έντονη ακαταστασία, ρούχα στο πάτωμα, κόπρανα στο κρεβάτι, κακή υγιεινή στο άμεσο περιβάλλον, έλλειψη κρεβατιού και έλλειψη τρεχούμενου νερού.

Στην αναδρομική αυτή μελέτη, 1 περίπτωση θανάτου είχε καταγραφεί ως φυσικός θάνατος και μία άλλη ως θάνατος οφειλόμενος σε ατύχημα. Και οι δύο ήταν υποθέσεις αφυδάτωσης και καχεξίας σε ίδρυμα. Οι ερευνητές θεωρούν ότι, σήμερα οι δύο αυτές υποθέσεις, όπως και στη περίπτωση θανάτου παιδικής παραμέλησης, θα έπρεπε να ορίζονται ως ανθρωποκτονία.

Οι συλλήψεις και οι καταδίκες, ακόμα και στους χώρους των γηροκομείων είναι σπάνιες. Για παράδειγμα, μία έρευνα βρήκε ότι μόλις στο 6% των περιπτώσεων σεξουαλικής κακοποίησης ηλικιωμένων μέσα σε αυτούς τους χώρους, ο δράστης καταγγέλθηκε και υπήρξε μόνο μία καταδίκη (Lindbloom, 2007).

Παραθέτουμε το ιστορικό δύο γυναικών, όπως καταγράφηκαν από τον Azaka και τους συνεργάτες (2003), στην έρευνα που πραγματοποίησαν εξετάζοντας 15 περιπτώσεις κακοποίησης, με τη πραγματοποίηση διαδικασιών νεκροψίας.

«Μία γυναίκα 76 ετών βρέθηκε νεκρή στο δωμάτιό της από ένα συγγενή. Είχε πραγματοποιήσει μια εγχείρηση. Όταν έφυγε από το νοσοκομείο, ζύγιζε 36,5kg. Δεν έδειχνε σημάδια άνοιας και μπορούσε να περπατήσει κρατώντας ένα μπαστούνι. Ζούσε με την οικογένειά του γιου της. Η νύφη της ήταν η μόνη φροντιστής. Η κόρη κρατούσε απόμακρη και εχθρική στάση εναντίον της αποθανόντας γιατί χαρακτηριζόταν από μια κυριαρχική προσωπικότητα και προσπαθούσε να ελέγξει τις δραστηριότητες της οικογένειας. Ο γιος την φρόντιζε πολύ λίγο. Όταν βρέθηκε νεκρή, το χαλί ήταν υγρό και μερικά κομμάτια από ξερό ψωμί είχαν πέσει στο πάτωμα. Όταν έγινε η νεκροψία το βάρος της ήταν 27,2 kg και ήταν σοβαρά καχεκτική. Μελανιές παρατηρήθηκαν στη δεξιά πλευρά του σώματός της αλλά δεν ανιχνεύτηκε

κανένα τραύμα, καθώς και τα ζωτικά όργανα δεν αποκάλυψαν καμμία παθολογική αλλαγή. Αιτία θανάτου ήταν η αστιτία.

Ωστόσο, καμμία κατηγορία δε συνέβη εναντίον της οικογένειας γιατί η αστυνομία δε μπορούσε να αποδείξει τη παραμέληση, καθώς υπήρχαν πολλές υποψίες για παραμέληση ».

«Μία γυναίκα 81 χρονών βρέθηκε νεκρή στο κρεβάτι του σπιτιού της. Ζούσε με το γιο της, που ήταν 56 χρονών και ήταν άνεργος για 15 χρόνια αφότου άφησε τη θέση του ως δάσκαλος εξαιτίας του αλκοολισμού. Τέσσερις μέρες πριν το θάνατό της, ανακάλυψε ότι τα ρούχα της και τα δαχτυλίδια της έλειπαν και κατηγορήσε το γιο της ότι της τα έκλεψε. Εκείνη τη περίοδο χτυπήθηκε από το γιο, τόσο σοβαρά που παρέμεινε στο κρεβάτι. Τη μέρα πριν το θάνατό της, ένας από τους φίλους του γιου της, την άκουσε να φωνάζει με το γιο της. Αφού τη χτύπησε ο γιος την εξανάγκασε να φάει λίγο φαγητό. Η νεκροψία αποκάλυψε σοβαρές κακώσεις στο κεφάλι, το πρόσωπο και το σώμα. Παλιές και νέες μελανιές, παρατηρήθηκαν, αλλά κανένα οργανικό τραύμα δε βρέθηκε. Το στομάχι έδειξε πολλαπλές μικρές διαβρώσεις. Ως αιτία θανάτου αποφασίστηκε η υποθερμία

Παρότι, η αστυνομία ανέκρινε το γιο καμμία κατηγορία για εγκληματική πράξη δε του απαγγέλθηκε».

## 11. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

### 11.1. Συνέπειες από τη κακοποίηση στους ανθρώπους μεγάλης ηλικίας.

Σύμφωνα με το Krag και συνεργάτες του (2002), όπως αναφέρει η Day (2007), ένα υψηλό ποσοστό των κακοποιημένων ατόμων υποφέρουν από κατάθλιψη και έντονη ψυχολογική πίεση. Επίσης, ζουν λιγότερο, συγκριτικά με τα άτομα που δεν είναι κακοποιημένα. Η ίδια συγγραφέας, καταθέτει την άποψη του Schofield και των συνεργατών του, οι οποίοι το 2004, πραγματοποίησαν μιας μακράς διάρκειας σε χρόνο έρευνα και οι οποίοι συμπέραναν ότι το 40% των μη κακοποιημένων ηλικιωμένων ζούσαν ακόμα κατά το τέλος της έρευνας, συγκρινόμενοι μόνο με το 9% των κακοποιημένων ή παραμελημένων ατόμων που ζούσαν κατά το τέλος της έρευνας.

## 11.2. Επίλογος

Είναι γεγονός, ότι περισσότερη έρευνα, χρειάζεται για τη κακοποίηση στη τρίτη ηλικία. Ένα πρώτο βήμα είναι να ξεκαθαριστεί εάν η κακοποίηση, είναι ένα νομικό πρόβλημα, μια εγκληματική πράξη ή εάν είναι απλώς, ένα σύμπτωμα των σύγχρονων κοινωνιών, λόγω έλλειψης προετοιμασίας για τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Η έρευνα χρειάζεται να προάγει τρόπους, ώστε η κοινωνία μας να μπορεί να προετοιμαστεί για τη φροντίδα του αυξανόμενου γηραιού πληθυσμού (Madden, 1995).

Κατόπιν, είναι απαραίτητο για τις κοινωνίες, να ανταποκριθούν στο φαινόμενο της βίας με αποτελεσματικούς τρόπους, ώστε τα κοινωνικά οφέλη να είναι μεγαλύτερα από το κοινωνικό κόστος. Μεγαλύτερη προσπάθεια και χρήματα, πρέπει να καταβληθούν, ώστε να ενισχυθούν τα προγράμματα εναλλακτικών μορφών φροντίδας των ηλικιωμένων, πράγμα που θα βοηθήσει και τις οικογένειες να ανταπεξέλθουν πιο ικανοποιητικά στη φροντίδα. Νόμοι είναι ουσιαστικό, να θεσπιστούν και θα πρέπει να είναι ευέλικτοι στα καινούργια δεδομένα που μπορεί να προκύπτουν κάθε φορά.

Η γνώση για τη κακοποίηση τρίτης ηλικίας, θα προχωρήσει, μόνο εάν, οι κοινωνίες συνειδητοποιήσουν την έκταση του προβλήματος, εάν διατυπωθούν χρήσιμες και ολοκληρωμένες θεωρίες και επιτυχημένες μέθοδοι, σχεδιαστούν, ώστε να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο (Bonnie & Wallace, 2004).

Είναι τρομερό το γεγονός, ότι μετά από 30 χρόνια δουλειάς στη κακοποίηση τρίτης ηλικίας (το φαινόμενο ανακαλύφθηκε πρώτα στην Αμερική ), οι περισσότεροι ερευνητές ανησυχούν ακόμα για τους ορισμούς, μιας και με αυτό το θέμα έχουν απασχοληθεί πολύ πριν άλλοι ερευνητές, εκτενώς από το 1970.

Γενικά, η οργάνωση για την αντιμετώπιση της βίας, βρίσκεται σε βρεφικό στάδιο. Ο ρόλος των ψυχολόγων σε οργανισμούς κατά της ενδοοικογενειακής βίας είναι μικρός. Η κλινική μόρφωση και εκπαίδευση είναι ακόμα στην αρχή, έτσι υπάρχει έλλειψη καλά εκπαιδευμένου προσωπικού. Περαιτέρω, εξαιτίας της έλλειψης έρευνας, η τωρινή γνώση για παρεμπόδιση και αντιμετώπιση είναι οριακά χαμηλή. Οι ψυχολογικές θεωρίες και η πρακτική σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία, αντλείται, κυρίως, από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Σεμινάρια και συμπόσια προσφέρονται κατά καιρούς, από τους λίγους εθελοντικούς οργανισμούς. Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις τώρα και στο μέλλον, είναι η χρηματοδότηση τέτοιων οργανισμών. Πραγματικά, όλοι οι ιδιωτικοί οργανισμοί αποτελούνται από εθελοντές και διαθέτουν μικρή

δημόσια χρηματοδότηση. Μία άλλη πρόκληση είναι να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για τα θύματα, ενδοοικογενειακής βίας και συγκεκριμένα βίας ενάντια στους ηλικιωμένους.

Η γνώση για τη κακοποίηση των ηλικιωμένων θα προχωρήσει μόνο εάν συνειδητοποιηθεί η σημαντικότητά της από τους πολιτικούς, εάν γίνει σταθερή έρευνα και εάν χρήσιμες θεωρίες και μεθοδολογίες διεξάγονται επιτυχώς από όλα τα πεδία έρευνας.

Η κακοποίηση τρίτης ηλικίας είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, οφειλόμενο σε ποικιλία παραγόντων, όπως αυτοί περιγράφησαν και στο κεφάλαιο για την αιτιολογία του προβλήματος. Η βιβλιογραφία κυρίως έχει εστιάσει το ενδιαφέρον της, στα χαρακτηριστικά των φροντιστών και στη σχέση εξάρτησης φροντιστή-φροντιζόμενου. Επιπροσθέτως, η εξάρτηση του κακοποιού από το θύμα, καθώς και η νοητική κατάσταση του, περιλαμβάνοντας τη συναισθηματική και ψυχιατρική κατάσταση και μια έλλειψη εξωτερικής κοινωνικής υποστήριξης για τον κακοποιό συνεχίζει να επείγει ως παράγοντας κινδύνου στις μελέτες της κακοποίησης τρίτης ηλικίας. Μερικώς στη βιβλιογραφία έχει δοθεί μια εξήγηση της βίας σε ένα ευρύτερο κοινωνικό περιεχόμενο ή σε ένα οικολογικό μοντέλο ενσωματώνοντας ανεξάρτητους, διαπροσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες ως αιτιακούς και αλληλεπιδρώντες παράγοντες.

Η ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης θεωρίας για τα αίτια της κακοποίησης στη Τρίτη ηλικία, που θα ενοποιεί τις προσπάθειες όλων των θεωρητικών και αναλυτών που εργάζονται σε όμοιες περιοχές έχει πρόσφατα αναγνωριστεί, ως ένας σημαντικός στόχος στο πεδίο της εγκληματολογίας (Barak, Einstadter & Henry από Gordon & Brill, 2001). Για τον Bennett και τους συνεργάτες του, η ολοκληρωμένη θεωρία είναι αυτή, που συνδυάζει τη κοινωνική δομή, τη κουλτούρα και τους ψυχολογικούς παράγοντες. Οτιδήποτε, αποδεικνύεται χρήσιμο για την εξήγηση της βίας και της παραμέλησης στις οικογένειες μπορεί να μην είναι κατάλληλο για την αιτιολόγηση της βίας και παραμέλησης στα κέντρα φροντίδας και τα υπόλοιπα ιδρύματα. Η Anetzberger, έχει προτείνει ότι τη βία των ηλικιωμένων θα έπρεπε να τη δούμε ως μια διαδικασία περισσότερο παρά ως μια μεμονωμένη πράξη. Η ίδια ερευνήτρια έχει υποθέσει, ότι η βία συμβαίνει ως μια απόρροια μια ομάδας παραγόντων σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο και ότι η πρώτη ενέργεια βίας προκαλείται υπό έντονη κατάσταση άγχους.

Τα άτομα που πρωταρχικά, έρχονται σε επαφή με τους κακοποιημένους, είναι οι νοσοκόμες/οι που είναι σε καλύτερη θέση να ανιχνεύσουν τα σημάδια της βίας. Οι νοσοκόμες/οι θα πρέπει, πρωτίστως να ενδιαφέρονται για την υγεία των κακοποιημένων ατόμων, αλλά επίσης να εκπαιδεύονται, ώστε να είναι ικανοί να διαγιγνώσκουν, να καταγγέλουν και να εμπλέκονται ενεργά στην αποκατάσταση των ηλικιωμένων.

Κάθε επαγγελματίας υγείας μπορεί να κάνει τη διαφορά, εκπαιδύοντας και μορφώνοντας άλλους για τη φύση της κακοποίησης των ηλικιωμένων, καθώς και με συγκεκριμένες δράσεις για την παρέμβαση. Επίσης, τα αστυνομικά τμήματα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένα, αφού δέχονται αρκετό αριθμό καταγγελιών για περιστατικά βίας.

Λύσεις στις ελλείψεις που υπάρχουν στα συστήματα υγείας, θα δώσουν τα προγράμματα επιχορηγήσεων, που πρέπει να διατίθενται από τη πολιτεία.

Εάν θέλουμε να σπάσουμε τα ταμπού για τη βία των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα για τη σεξουαλική βία, πρέπει να αρχίσουμε να ακούμε σοβαρά και προσεκτικά τους πραγματικούς ειδικούς, που δεν είναι άλλοι από τα ίδια τα θύματα.

Η ευημερία των ηλικιωμένων εξαρτάται από ένα σύστημα που ξοδεύει χρόνο και καταβάλει προσπάθεια ώστε να προληφθεί η κακομεταχείριση.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### **I. ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., (1999). *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα. Στ'έκδοση.

### **II. ΞΕΝΗ**

Azaka K., Bunai Y., Tsujinaka M., Nakamura I., Nagai A., Tsukata Y. & Ohya I., (2002). *Elder abuse and neglect: social problems revealed from 15 autopsy cases*. Legal Medicine. Vol.5, p.7-14.

Baker M. & Heitkemper M., (2005): *The roles of nurses on interprofessional to combat elder mistreatment*. Nursing Outlook. Vol.53, p.253-259.

Benbow S.M & Haddad P.M, (1993). *Sexual abuse of the elderly mentally ill*. Journal of Clinical Forensic Medicine. Vol.69, p.803-807.

Bonnie R.L & Wallace R.B., (2004). *Elder mistreatment Abuse : Neglect and Exploitation in an Aging America*. Sociology of Health and Illness. Vol.26, No. 2, p.262-271.

Carney M.T., Kahan F.S. & Paris B., (2003). *Elder Abuse: Is every Bruise a Sign of Abuse?*. The Mount Sinai Journal of Medicine. Vol.70, No.2, p.69-74.

Chez R., (1999). *ELDER ABUSE, THE CONTINUUM OF FAMILY VIOLENCE*. PREVENTIVE CARE UPDATE. Vol.6, p.132-134

Collins K.A. & Presnell E., (2005): *Elder Neglect and the Pathophysiology of Aging*.

Comijs H.C., Jonker C., Tilburg W. 7 Smit J.H., (1999). *Hostility and coping capacity as risk factors of elder mistreatment*. Social Psychiatry Epidemiology. Vol.34, p.48-52.

Daniels S. R., Baumhover L. A, Formby W. A. & Clark-Daniels C. L., (1999). *POLICE DISCRETION AND ELDER MISTREATMENT: A NESTED MODEL OF OBSERVATION, REPORTING, AND SATISFACTION*. Journal of Criminal Justice, Vol.27, No.3, p.209-225.

Day K., (2007). *Elder abuse in context of poverty and deprivation and emergency department care*. Australasian Emergency Nursing Journal. Article in Press.

Dong X., Simon M., Gorbien M., Percak J. & Golden R., (2007). *Loneliness in Older Chinese Adults: A Risk Factor for Elder Mistreatment*. Journal of the American Geriatrics Society. Vol.55, No.11, p.1831-1835.

Fulmer T., (1991). *Elder mistreatment: Progress in community detection and intervention*. Gerontological Nursing. Vol.14, No.2, p.26-34.

Fulmer T., Paveza G., Abraham I. & Fairchild S., (2000). *Elder neglect assesment in the emergency department*. Journal of Emergency Nursing. Vol. 26, No.5, p.436-443.

Fulmer T., Guadagno L. & Bolton M., (2004). *Elder Mistreatment in Women*. JOGNN. Vol.33, p.657-663.

Gordon R. & Brill D., (2001). *The abuse and neglect of the elderly*. International Journal of Law and Psychiatry. Vol.24, p.183-197.

Heath J.M, Dyer C., Kerzner L., Mosqueda L. & Murphy C., (2002). *Four Models of Medical Education about Elder Mistreatment*. Academic Medicine. Vol.77, No.11, p.1101-1107.

Hickey T. & Douglass R., (1981). *Mistreatment of the Elderly in the Domestic Setting: An Exploratory Study*. Elderly Mistreatment by Families. Vol.71, No.5, p.500-507.

Hirsch C., Stratton S., & Loewy R., (1999). *The primary care of elder mistreatment*. Topic in Review. Vol.170, p.353-358.

Jones J., Holstege C. & Holstege H., (1997). *Elder Abuse and Neglect: Understanding the Causes and Potential Risk Factors*. American Journal of Emergency Medicine. Vol.15, No.6, p.579-583.

Jones H. & Powell J.L, (2006). *Old age,vulnerability and sexual violence: implications for knowledge and practice*. International Nursing review. Vol.53, p.211-216.

- Keskinoglou P., Pycakcyefe M., Bilgic N., Giray H., Karakus N. & Ucku R., (2007). *Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey*. International Psychogeriatrics. Vol.19, No.4, p.719-731.
- Kleinschmidt K., (1996). Elder Abuse: A Review. Annals of Emergency Medicine. Vol.38, p.463-472.
- Kmietowicz Z., (2004). *Thousands of elderly people face abuse, says Commons report*. News. Vol.328, p.971.
- Kozak J., (1994). *Difficulties in addressing abuse and neglect in elderly patients*. EDITORIALS. Vol.151, No 10, p.1401-1403.
- Kozu J., (1999). *Domestic Violence in Japan*. American Psychologist. Vol.54, No.1, p.50-54.
- Lachs M., Williams C., O'Brien S., Hurst L., Kossack A., Siegal A. & Tinetti M., (1997). *ED Use by Older Victims of Family Violence*. Annals of emergency medicine. Vol.30, No 4, p.448-454.
- Lee M. & Kolomer S., (2007). *Design of an Assessment of Caregivers' Impulsive Feelings to Commit Elder Abuse*. Research on Social Work Practice. Vol.17, p.729-735.
- Liao S. & Mosqueda L., (2006). *Physical Abuse of the Elderly: The Medical Director's Response*. Journal of American Medical Directors Association. Vol.8, p.61-64.
- Lindbloom E., Brandt J., Hough L. & Meadows S., (2007). *Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review*. Journal of American Medical Directors Association. Vol.8, p.610-616.
- Madden C., *Elder abuse in the United States*. Journal of Clinical Forensic Medicine. Vol.2, p.1-8
- Manthorpe J., Biggs S., McCreadie C., Tinker A., Hills A., O'Keefe M., Doyle M., Constantine R., Scholes S. & Erens B., (2007). *The UK national study of abuse and neglect among older people*. Nursing older people. Vol.19, No 8, p.24-26.
- Meeks-Sjostrom D., (2004). *A comparison of three Measures of Elder Abuse*. Journal of Nursing Scholarship. Vol.36, No.3, p.247-250.

Murphree K., Campbell P., Gutmann M., Plichta S., Nunn M., McCann A. & Gibson G., (2002). *How Well Prepared Are Texas Dental Hygienists to Recognize and Report Elderly Abuse?*. Journal of Dental Education. Vol.66, N.11

Oh J., Kim H. S, Martins D.& Heegul K., (2006). *A study of elder abuse in Korea*. International Journal of Nursing studies. Vol.43, p.203-214.

Pavlik V., Hyman D., Festa N. & Bitondo C., (2001). *Quantifying the problem of Abuse and Neglect in Adults – Analysis of a Statewide Database*. American Geriatric Society. Vol. 49, p. 45-48.

Plowfield L. A., Raymond J.E & Blevins C., (2000). *Wholism for Aging Families: Meeting Needs of Caregivers*. Holistic Nursing Practise. Vol.14, No 4, p.51-59.

Rabi K., (2006). *ISRAELI PERSPECTIVES ON ELDER ABUSE*. Educational Gerontology. Vol.32, p.49-62.

Rodriquez M. & Benton D., (2004). *Elder Abuse*. Encyclopedia of Applied Psychology. Vol.1, p.693-701.

Shugarman L, Fries B., Wolf R. & Morris J., (2003). *Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices*. Journal of American Geriatrics Society, Vol.51 , p.24-31

Smith S., Mathews Oliver S., Zwart S., Kala G., Kelly A., Goodwin J. & Dyer C., (2006). *Nutritional Status Is Altered in the Self-Neglecting Elderly*. The Journal of Nutrition, Vol.136 , p.2534-2541.

Sijuwade P.O., (1995). *CROSS-CULTURAL PERSPECTIVES ON ELDER ABUSE AS A FAMILY DILEMMA*. Social Behavior and personality. Vol.23, No 3, p.247-252.

Trevitt C. & Gallagher E., (1996). *Elder abuse in Canada and Australia: implications for nurses*. International Journal of Nursing Studies, Vol.33, No.6, p.651-659.

Wang J., (2005). *Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese*. Archives Gerontology ang Geriatrics. Vol.42, p.307-318.

Wang J-J., Lin J-N & Lee F-P, (2006). *Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly in a Domestic Context*. Geriatric Nursing, Vol.27, No 5, p.284-291.

Windham D., (2000). *The millennial challenge: Elder Abuse*. Journal of Emergency Nursing. Vol.26, No.5, p.444-447.

Zhu B., Orinati S., Ishida K., Quan L., Sakoda S., Fujita M. & Maeda H., (2000). *Child and elderly victims in forensic autopsy during a recent 5 year period in the southern half of Osaka city and surrounding areas*. Forensic Science International. Vol. 113, p.215-218.