

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΑ  
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ»**

***ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΩΝ  
ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ».***



**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:** Κοκκινάκου Μαρία

Λεοντίτση Αμαλία

Χατζηαντωνίου Αναστασία-Τσαμπίκα

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:** Κρητικός Αντώνιος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2014

## **Ευχαριστίες**

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θα θέλαμε, πρωτίστως, να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μας, κ.Κρητικό Αντώνη, που με τις καίριες κατευθύνσεις και τις εύστοχες υποδείξεις του καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή μας εργασία. Παράλληλα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Πτωχοκομείο και το ίδρυμα «ΗΡΑ» του νομού Ηρακλείου και το Πτωχοκομείο και Ίδρυμα Χρονίως Πασχόντων του νομού Κέρκυρας που με την συμμετοχή τους βοήθησαν στο να πραγματοποιηθεί η έρευνα μας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την ψυχολογική συμπαράσταση κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας αλλά και την οικονομική υποστήριξη για τις απαιτήσεις της εκπόνησης της πτυχιακής.

### **Μαρία Κοκκινάκου**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τη μητέρα μου και τον αδελφό μου για την πολύτιμη οικονομική και ψυχολογική στήριξη που έλαβα κατά την διάρκεια των σπουδών μου καθώς και τον Θεοδωρή Μισυρλάκη για την αμέριστη συμπαράσταση και υπομονή του. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη γιαγιά και τον παππού μου, Αλίκη και Αναστάσιο Δολιανίτη, για όσα μου έχουν προσφέρει. Τέλος, εύχομαι στις συναδέλφους Αναστασία Χατζηαντωνίου και Μαρία Κοκκινάκου κάθε επιτυχία στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία.

### **Αμαλία Λεοντίτση**

Με την σειρά μου θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου οι οποίοι με βοήθησαν και στήριζαν την προσπάθεια μου στα τέσσερα χρόνια φοίτησης μου. Έπειτα θα ήθελα να ευχαριστήσω την συνάδελφο και φίλη Αμαλία Λεοντίτση για την άψογη συνεργασία που είχαμε στην διεκπεραίωση της παρούσης εργασίας. Σε προσωπικό επίπεδο θα ήθελα να την συγχαρώ για την υπομονή που υπέδειξε αλλά και για τον επαγγελματισμό που την διακατέχει. Της εύχομαι ολόψυχα να πραγματοποιήσει τις προσωπικές και επαγγελματικές της επιθυμίες. Ευχαριστώ επίσης την συνάδελφο μου Μαρία Κοκκινάκου για την συνεργασία που είχαμε αποδεικνύοντας ότι η απόσταση δεν αποτελεί εμπόδιο στην ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας. Της εύχομαι επιτυχία σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο. Ολοκληρώνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω την φίλη και συνάδελφο μου Ανυφαντάκη Πέγκυ χωρίς την οποία όπως δήλωσε και η ίδια τίποτα δεν θα ήταν το ίδιο στην φοιτητική μας ζωή.

### **Αναστασία – Τσαμπίκα Χατζηαντωνίου**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛΙΔΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
----------------	---

## **Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

#### **ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Εισαγωγή .....	8
1.1 Ο ορισμός της τρίτης ηλικίας .....	9
1.2 Τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων .....	10
1.3 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων.....	12
1.4 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων .....	14
1.5 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων .....	17
1.6 Ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων .....	21

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

#### **ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Εισαγωγή.....	23
2.1 Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.).....	23
2.2 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι.....	25
2.3 Τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας.....	27
2.4 Οι λέσχες φιλίας.....	28
2.5 Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).....	29

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

#### **ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Εισαγωγή.....	30
3.1 Ιδρύματα Κλειστής περίθαλψης.....	30
3.2 Ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.....	31

3.3 Οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οίκοι ευγηρίας.....	33
3.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κλειστής περίθαλψης των ηλικιωμένων....	37
3.5 Αιτίες εισόδου σε γηροκομείο.....	38
3.6 Επιπτώσεις από την είσοδο σε γηροκομείο.....	41

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Εισαγωγή.....	45
4.1 Φορείς Κοινωνικής ασφάλισης.....	45
4.2 Παροχές Κοινωνικής ασφάλισης.....	50
4.3 Συντάξεις.....	51
4.4 Απασχόληση/εργασία.....	52
4.5 Άλλες πηγές εισοδήματος.....	54
4.6 Στέγαση/κατοικία.....	56

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Εισαγωγή.....	59
5.1 Η προσφορά των ηλικιωμένων στην οικογένεια.....	59
5.2 Η προσφορά της οικογένειας στους ηλικιωμένους.....	62
5.3 Αίτια αλλαγής των οικογενειακών σχέσεων και επαφών.....	65

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΕΚΤΟΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Εισαγωγή.....	69
6.1 Το προφίλ των ηλικιωμένων στη Σιγκαπούρη.....	69
6.2 Το προφίλ των ηλικιωμένων στη Β.Ιρλανδία.....	71
6.3 Το προφίλ των ηλικιωμένων στη Μ.Βρετανία.....	72
6.4 Το προφίλ των ηλικιωμένων στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.).....	73

**Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**  
**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**  
**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Εισαγωγή.....	76
7.1 Σκοπός εμπειρικής έρευνας.....	76
7.2 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων.....	76
7.3 Πεδίο Μελέτης.....	77
7.3.1 Δείγμα-Κριτήρια δείγματος.....	82
7.3.2 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων.....	82
7.3.3 Ανάλυση και επεξεργασία αποτελεσμάτων.....	83

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**  
**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Εισαγωγή.....	84
8.1 Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής.....	84
8.2 Ανάλυση $\chi^2$ -test και πίνακες διπλής κατεύθυνσης.....	89

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**  
**ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Εισαγωγή.....	96
9.1 Συζήτηση.....	96
9.2 Συμπεράσματα.....	100
9.3 Προτάσεις.....	102
9.4 Δυσκολίες έρευνας.....	103

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>104</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....</b>	<b>110</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....</b>	<b>116</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....</b>	<b>129</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα η οποία αρκετές φορές έρχεται αντιμέτωπη με προβλήματα και δυσκολεύεται να καλύψει ακόμα και τις βασικές ανάγκες. Το φαινόμενο που σήμερα παρατηρείται είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων με ή χωρίς τη θέλησή τους οδηγούνται στην εισαγωγή τους σε πλαίσια κλειστής περίθαλψης, όπου και διαμένουν ως το τέλος της ζωής τους.

Στόχοι της συγκεκριμένης εργασίας είναι η διερεύνηση και η καταγραφή του κοινωνικοοικονομικού προφίλ των ηλικιωμένων δημόσιων και ιδιωτικών γηροκομείων των νομών Ηρακλείου και Κέρκυρας και τη μεταξύ τους σύγκριση.

Η παρούσα εργασία περιέχει εννιά θεματικές ενότητες. Συγκεκριμένα, στο θεωρητικό μέρος, το *πρώτο κεφάλαιο* παρουσιάζει την Τρίτη ηλικία, τα χαρακτηριστικά, τα δικαιώματα, τις ανάγκες που έχει ένας ηλικιωμένος σήμερα, τα προβλήματα αλλά και το πώς αξιοποιεί τον ελεύθερό του χρόνο. Στο *δεύτερο κεφάλαιο* αναφέρονται τα πλαίσια ανοικτής περίθαλψης στην κοινότητα ενώ στο  *τρίτο κεφάλαιο*, παρουσιάζεται η ιδρυματική περίθαλψη με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της, οι αιτίες εισόδου και οι πιθανές επιπτώσεις του φαινομένου της ιδρυματοποίησης που παρατηρείται στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε αυτά. Στο *τέταρτο κεφάλαιο* γίνεται μία εκτενής περιγραφή της οικονομικής κατάστασης των ηλικιωμένων στην Ελλάδα σήμερα. Στο *πέμπτο κεφάλαιο* γίνεται λόγος για τη προσφορά των ηλικιωμένων στην οικογένεια και αντίστοιχα η προσφορά της οικογένειας σε εκείνους όπως και τα αίτια μεταβολής των οικογενειακών σχέσεων και επαφών και οι συνέπειες αυτών στην ζωή των γηραιότερων, ενώ στο *έκτο κεφάλαιο* περιγράφονται προηγούμενες έρευνες για το προφίλ των ηλικιωμένων σε χώρες εκτός Ελλάδος.

Τέλος, στο ερευνητικό μέρος, παρουσιάζεται η μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας (*7<sup>ο</sup> κεφάλαιο*), η ανάλυση των αποτελεσμάτων (*8<sup>ο</sup> κεφάλαιο*), η παρουσίαση και η συζήτησή τους, προτάσεις αλλά και οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε κατά τη διάρκεια της έρευνας (*9<sup>ο</sup> κεφάλαιο*).

# ***ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ***

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## Τρίτη ηλικία

### Εισαγωγή

Όλα τα άτομα άνω των 65 ετών ανήκουν τυπικά στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Ο πληθυσμός αυτός όμως δεν είναι ομοιογενής, αποτελείται από ένα πολυσύνθετο άθροισμα ανόμοιων ανθρώπων, των οποίων η πνευματική, μορφωτική και κοινωνική κατάσταση διαφοροποιείται, όπως και οι ανάγκες τους.

Οι ηλικιωμένοι, αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα με ποικίλα προβλήματα και αυξημένες ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές καλύπτονται από τα άτυπα δίκτυα (οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον, γειτονιά), τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό και τον μη κερδοσκοπικό τομέα και από την κρατική πρόνοια. Η «ποιότητα ζωής» στην τρίτη ηλικία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: την καλή σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, την ικανότητά του να επιτελεί τις καθημερινές του συνήθειες δραστηριότητες, ώστε να έχει μια ανεξάρτητη διαβίωση, την οικονομική του ανεξαρτησία, αλλά και την κοινωνική του συμμετοχή και στήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα. Η κοινωνική στήριξη είναι μια βασική έννοια στην κοινωνική γεροντολογία, ενώ υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία της σχέσης της με την υγεία και τη συνολική ποιότητα της ζωής στα γηρατειά. Η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων του ηλικιωμένου, ο βαθμός στον οποίο αλληλεπιδρά με άλλα άτομα, σχετίζονται με τους δείκτες υγείας, και το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την προσωπική του ευημερία, και την ποιότητα της ζωής του.

Σε αυτό το κεφάλαιο αναπτύσσεται η ευρύτερη έννοια της τρίτης ηλικίας, τα χαρακτηριστικά της, καθώς και τα προβλήματα και οι ανάγκες που αντιμετωπίζει καθημερινά.



## 1.1. Ο ορισμός της τρίτης ηλικίας

Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά στοιχεία σε όλους τους ανθρώπους, ανεξάρτητα από το φύλο στο οποίο ανήκουν, την φυλή τους και την εθνότητα τους, που αφορούν τις φάσεις της ζωής τους. Το γήρας θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι μια έννοια συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική μέσα στον χρόνο και στις διάφορες εποχές. *Πότε όμως κανείς μπορεί να χαρακτηριστεί ως ηλικιωμένος;*

Ο Πυθαγόρας χώριζε την ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας είκοσι χρόνων η κάθε μία αντίστοιχες με τις εποχές:

- Η παιδική ηλικία ήταν από 0-20 ετών,
- η επόμενη περίοδος, η νεότητα, η οποία ήταν από 20-40 ετών,
- έπειτα το φθινόπωρο, όπως την ονόμαζε, που εκτεινόταν από 40-60 ετών,
- και τέλος τα γηρατειά ή ο χειμώνας που ήταν από τα 60-80 έτη.

Ο Αριστοτέλης πάλι είχε την δική του άποψη, εντόπιζε την φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική ωριμότητα στα 49. Ο Λάσλετ από την άλλη όρισε τέσσερα στάδια ζωής τα οποία είναι τα εξής:

*Η πρώτη ηλικία* ήταν περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης και εκπαίδευσης, η *δεύτερη ηλικία* ήταν περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας και ευθύνης, η *τρίτη ηλικία* ήταν περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και ολοκλήρωσης, και τέλος η *τέταρτη ηλικία* ήταν η περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης και θανάτου.

Η B.Neugarten διέκρινε τους ηλικιωμένους σε νέους ηλικιωμένους (young old) και σε βαριά ηλικιωμένους (old/old). Οι όροι βέβαια αυτοί δεν βασίζονται σε χρονολογικά δεδομένα αλλά στην υγεία και σε κοινωνικά χαρακτηριστικά. Νέος ηλικιωμένος μπορεί να είναι κανείς και στα 55 ή στα 85 αρκεί να είναι καλά στην υγεία του. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού που χρειάζονται ειδική φροντίδα και μεταχείριση. Όπως γίνεται φανερό οποιοδήποτε κριτήριο μπαίνει για να οριστεί η ηλικία είναι αυθαίρετο. Ακόμα, δεν έχει δοθεί μια σαφής απάντηση στο ερώτημα από πότε αρχίζει η γεροντική ηλικία. Οι επιστήμονες χρησιμοποιούν ως όριο τα 60, 65, 70, 75, 80, 85 έτη (Εμκε–Πουλοπούλου,1999).

Η έναρξη της τρίτης ηλικίας τοποθετείται συνήθως μετά τα 60. Σήμερα το όριο θεωρείται ότι είναι τα 65 χρόνια. Οποιοδήποτε όμως και αν είναι το όριο, δεν παύει να σηματοδοτεί την ηλικία κατά μια και μόνο διάσταση, την χρονολογική. Η χρονολογική και μόνο ηλικία ενός ανθρώπου αποτελεί μη ακριβή δήλωση της πραγματικής ηλικίας του από άποψη **βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική.**

**Η βιολογική ηλικία** αφορά την μορφολογική εμφάνιση και λειτουργική απόδοση οργάνων και συστημάτων. Το βιολογικό ή λειτουργικό γήρας είναι κατάσταση εξατομικευμένη που δεν επέρχεται αιφνιδιαστικά και απότομα όταν συμπληρώνεται η προκαθορισμένη χρονολογική ηλικία. Η βιολογική ηλικία διαφέρει αρχικά ανάλογα με το άτομο, καθώς για κάθε άτομο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διάρκεια αλλά και ανάλογα με την εποχή. Σήμερα ο άνθρωπος βιολογικά έπαψε να έχει την ίδια ηλικία που είχε στην ίδια χρονολογική ηλικία στις αρχές του αιώνα.

**Η ψυχολογική ηλικία** προσδιορίζεται από τη θέση των ατόμων σε ένα πληθυσμό ανάλογα με τις ικανότητες προσαρμογής που διαθέτουν. «Εκτός από τη βιολογική υπάρχει και η ψυχολογική ηλικία, η οποία καθορίζεται από τις διάφορες μετρήσεις των νοητικών λειτουργιών αλλά εκτιμάται με βάση τις στάσεις που ο ηλικιωμένος έχει υιοθετήσει απέναντι στα θέματα της τρέχουσας πραγματικότητας» (Αβενισιάν, 2000:19).

Μια άλλη διάσταση της έννοιας της ηλικίας είναι η κοινωνική ηλικία. **Η κοινωνική ηλικία** εξυπονεί τις κοινωνικές προσδοκίες που καλλιεργούνται για τα διάφορα άτομα, ανάλογα με το επίπεδο της ωριμότητας και της χρονολογικής ηλικίας. Στις κοινωνικές προσδοκίες εντάσσονται οι κοινωνικοί πόλοι και οι δραστηριότητες στις οποίες αναμένεται ότι το άτομο θα εμπλακεί.

Αυτό που μπορούμε σίγουρα να διαπιστώσουμε είναι ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Για κάθε άτομο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διάρκεια, καθώς κάθε άτομο έχει διαφορετικές δυνατότητες και δυνάμεις. Επομένως, το όριο που χωρίζει τη μέση ηλικία από τα γηρατειά δεν είναι καθόλου ξεκάθαρο.

## **1.2 Τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων**

Χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η **μεγάλη πλαστικότητα και πολυμορφία** που παρουσιάζει. Μπορούμε να το προσεγγίσουμε τόσο από βιολογική και κοινωνικο-ιστορική, όσο και από ψυχολογική άποψη. Παρόλα αυτά κάθε ηλικιωμένο άτομο πρέπει να κατανοηθεί ως μία βιο-ψυχοκοινωνική ενότητα. Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στη βιολογική θεωρία του γήρατος, όλες όμως συμπίπτουν στο ότι υπάρχει μια γενετική βάση ως προς το μέγιστο όριο ζωής, που είναι χαρακτηριστικό για το κάθε είδος. Παρόλο τον καθορισμένο ρόλο που παίζουν τα βιολογικά φαινόμενα στο γήρας υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία και πλαστικότητα μεταξύ ατόμων (Εκμε-Πουλοπούλου,1999). Ένα άλλο χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η **υποκειμενικότητά του**. Οι βιολογικές διαδικασίες

βιώνονται από τα άτομα αλλά και από ολόκληρες πολιτισμικές ομάδες διαφορετικά. Διαφορετικός μπορεί να είναι ο τρόπος που βιώνεται η σωματικότητα σε κάθε πολιτισμική ομάδα.

**Η σωματικότητα** συνδέει τη βιολογική ταυτότητα διαχρονικά και εκδηλώνεται ανάλογα με τη δυνατότητα που έχει. Η δυνατότητα αυτή δεν βασίζεται μόνο στις στενά βιολογικές λειτουργίες αλλά εκφράζεται στη βιολογική αυτονόηση του ανθρώπου, στη βιολογική του ταυτότητα (Τσιώλη,1996). Ένα άλλο χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι η ελάττωση της ζωτικότητας και της αποδοτικότητας των κυττάρων στα διάφορα όργανα, που δε γίνεται σύγχρονα και παράλληλα σε όλα. Άλλοτε γεννά πρώτα το μυαλό ενώ των άλλων οργάνων η ικανότητα διατηρείται πολύ καλά και άλλοτε πρώτα η καρδιά ή τα πόδια, ή οι σφιγκτήρες, ή άλλη λειτουργία (Εκμε-Πουλοπούλου,1999).

Είναι γεγονός, ότι οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόδραστες, ισχύουν για όλους τους ανθρώπους και είναι μη αναστρέψιμες. Σύμφωνα με τον Lemme, μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος είναι τα παρακάτω:

- Είναι μία πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
- Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.
- Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
- Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.
- Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δε μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- Είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.
- Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δε μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.
- Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- Καταλήγει στο θάνατο (Τσιώλη,1996).

Οι βλαπτικές επιδράσεις του γήρατος διαφαίνονται, πρώτον στην μικρότερη ευελιξία/αντοχή του ατόμου στην αντιμετώπιση των εξωτερικών πιέσεων και, δεύτερον, στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου.

Από την άλλη, παρά τον υποχρεωτικό και καθολικό χαρακτήρα των βιολογικών μεταβολών και τη γενικότερη σχέση τους με την ηλικία, δεν μπορούμε να πούμε ότι αυτές αρχίζουν σε μια συγκεκριμένη ηλικία ή ότι παίρνουν μια συγκεκριμένη μορφή σε όλους τους ανθρώπους. Το πότε θα εμφανισθούν και με ποια μορφή είναι συνάρτηση και περιβαλλοντικών παραγόντων και τρόπου ζωής (Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999).

### 1.3 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμα και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματα τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Τα περισσότερα κείμενα περιέχουν αμέσως ή εμμέσως την αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων. Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων, ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Πιο συγκεκριμένα, καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμα δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την αναπηρία, τη χηρεία, τη γεροντική ηλικία, όπως και για όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξαρτήτων της θέλησής του (Εμκε–Πουλοπούλου,1999).

«Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μία κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις, την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του/της επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του».(Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (30.3.2010) *«χάρτης των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης»*).

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενο για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από φυλή, φύλο, ηλικία, αναπηρία ή θρησκεία. Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρεται σε «επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση». Κύριο αίτημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και οι δυσκολίες που έχουν στην

εξεύρεση εργασίας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας έχει αναλάβει τη διεξαγωγή μελέτης με σκοπό την εξεύρεση θετικών ενεργειών από τους εργοδότες ώστε να βοηθήσουν τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν ενεργοί και δραστήριοι στις θέσεις εργασίας τους αν το επιθυμούν (Εμκε–Πουλοπούλου,1999).

Γενικότερα όμως, οι ηλικιωμένοι όπως και τα άτομα όλων των ηλικιών, έχουν δικαίωμα στην ζωή, στην ελευθερία, στον έρωτα, στην ψυχαγωγία, στην ενημέρωση, έχουν δικαίωμα να επιλέγουν τον τρόπο ζωής τους, να διαβιούν σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, έχουν το δικαίωμα να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και να αυξάνουν την αυτάρκειά τους, να έχουν ίσες ευκαιρίες και κατοχυρωμένα δικαιώματα ώστε να μη γίνονται αποδέκτες προκαταλήψεων και αποκλεισμών, όπως επίσης να απολαμβάνουν υπηρεσιών και παροχών που να τους εξασφαλίζουν υγεία και επιβίωση, να επιλέγουν, να διεκδικούν και να εξασφαλίζουν τους τρόπους και τα μέσα που βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής τους.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος αναφέρεται στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην αναμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους, κλπ.

Όσο το επιτρέπει η υγεία τους και η προσωπική τους κατάσταση οι *υποχρεώσεις–ευθύνες* των ηλικιωμένων είναι

- Να παραμείνουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι.
- Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
- Να επωφελούνται από την εκπαίδευση και ειδίκευση.
- Να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση.
- Να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν.
- Να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές.

- Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας.
- Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα.
- Να αποφασίζουν για την περίθαλψη τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια.

Αναμφισβήτητα λοιπόν, τα άτομα της τρίτης ηλικίας, όπως και τα άτομα όλων των άλλων ηλικιών, έχουν υποχρεώσεις και δικαιώματα, τα οποία πρέπει παγκοσμίως να τηρούνται και να είναι σεβαστά (Έμκε-Πουλοπούλου,1999).

#### 1.4 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα αν ζουν στις αναπτυσσόμενες ή αναπτυγμένες χώρες, στην οικογένεια ή σε κάποιο ίδρυμα, είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών. Ωστόσο, η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από:

- **Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση,** καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς φιλανθρωπία .
- **Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους.** Η σιγουριά και η ασφάλεια που αισθάνονται οι ηλικιωμένοι ζώντας κοντά στα παιδιά τους και στα εγγόνια τους, βοηθάνε ώστε να αποφευχθεί η αποσύνθεση της προσωπικότητάς τους, ενώ συγχρόνως τους δίνουν κουράγιο να αντιμετωπίσουν και να δεχθούν ομαλά την τελευταία αυτή φάση της ζωής τους.
- **Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητά τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους.** Στην Ελλάδα δε λειτουργούν εξειδικευμένες γηριατρικές μονάδες, με συνέπεια οι ηλικιωμένοι να εξυπηρετούνται από τις γενικές υγειονομικές υπηρεσίες. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που παρέχεται στους ηλικιωμένους αγρότες μέσω των Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατειών,

στους συνταξιούχους του Ι.Κ.Α., του Ο.Α.Ε.Ε. και των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών μέσω των υπηρεσιών τους και στους συνταξιούχους του δημοσίου μέσω των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών, καλύπτει τις άμεσες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων, απέχει όμως σημαντικά από ένα πλήρες και σωστά οργανωμένο υγειονομικό σύστημα, που να ανταποκρίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στις σύγχρονες ιατροκοινωνικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας στη χώρα μας (Κωσταρίδου–Ευκλείδη,1999).

- **Ψυχαγωγία, δραστηριότητα, απασχόληση, αίσθημα ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι είναι απαραίτητοι, ότι προσφέρουν και αναγνωρίζεται η προσφορά τους τόσο από την οικογένεια του όσο και από την κοινωνία.** Ως προς την ψυχαγωγία, οι ηλικιωμένοι που δε βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, γεμίζουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα, συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και στις δραστηριότητες διάφορων σωματείων ή οργανώσεων. Ένα μεγάλο όμως μέρος των ηλικιωμένων, δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Στις περιπτώσεις αυτές τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας, ανεβάζοντας θεατρικά έργα, παρουσιάζοντας μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές.
- **Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση** σε θέματα που τους αφορούν, αίσθημα ότι λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις και στις εξελίξεις που τους αφορούν ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων και ότι έχουν τη δυνατότητα επιλογής και ελέγχου πάνω στη ζωή τους.
- **Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.** Η κατ' οίκον φροντίδα από ειδικές υπηρεσίες, αποτρέπει την εισαγωγή των ηλικιωμένων σε ιδρύματα ή ελαχιστοποιεί το χρόνο της νοσοκομειακής τους περίθαλψης, ενώ παράλληλα τους προσφέρει μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η παρεχόμενη κατ' οίκον φροντίδα δεν πρέπει να ακολουθεί σταθερό πρόγραμμα, αλλά πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζει κατά περίπτωση ο κάθε υπερήλικας.
- **Σεβασμό και αναγνώριση των δικαιωμάτων τους,** σεβασμό της προσωπικότητάς τους, της ελευθερίας τους, αυτοσεβασμό και αυτονομία,

δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό, χωρίς καμία διάκριση από τα άλλα άτομα των άλλων ηλικιών και ίση μεταχείριση σε όλους τους τομείς.

- **Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους.** Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται κάποιο τρίτο άτομο και βοήθεια στην κίνηση τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο, κτλ. Εφόσον όμως, διαθέτουν τα απαραίτητα για την μετακίνηση τους βοηθήματα και εφόσον διαμορφωθούν οι χώροι και η επίπλωση του σπιτιού τους σύμφωνα με τις ανάγκες τους, τότε έχουν περισσότερες πιθανότητες να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους.
- **Εκπαίδευση, επικοινωνία, κοινωνικές επαφές,** νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες. Έχουν την ανάγκη να μην νιώθουν αποκλεισμένοι και απομονωμένοι από την οικογένεια και την κοινότητα.
- **Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια,** απολαμβάνοντας όσα απέκτησαν τόσα χρόνια, στον οικείο χώρο τους ανάμεσα σε αγαπημένα τους πρόσωπα, αναγνωρίζοντας την μακρόχρονη και συνεχή προσφορά τους τόσο προς την οικογένεια τους, όσο και προς το Κράτος.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη. Μερικά παραδείγματα: οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάνιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να πλέον ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για την αυτοκατανάλωση τους. Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή: για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύσουν ώστε να αγοράζουν



νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν πιο ακριβά γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες.

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο, πολλές άλλες ανάγκες τους δεν καλύπτονται. Όπως, είναι οι βασικές οικονομικές ανάγκες, που δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού ουσιώδης και μερικές φορές μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα.

Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη. Οι ενδιαφερόμενοι συχνά δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται, τις υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας και τις διάφορες παροχές που προσφέρουν το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και μη κυβερνητικές οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους-άρρωστους και τις οικογένειες τους (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999).

### **1.5 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων**

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται, κατά κύριο λόγο, ως επιβαρυντικοί παράγοντες και ως μη αποδοτικά παραγωγικά άτομα, με αποτέλεσμα να τίθενται έμμεσα ή άμεσα στο κοινωνικό περιθώριο. Οι καταστάσεις αυτές τους ωθούν συνήθως σε δογματισμούς, σε δυσπροσαρμοστία και σε επιφυλακτικότητα, απέναντι σε κάθε νέα ιδέα, σχέση ή συνήθεια.

Στην πραγματικότητα όμως, η μεγάλη ηλικία δεν δημιουργεί πάντοτε προβλήματα. Πολλά άτομα μεγάλης ηλικίας για παράδειγμα, δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας, ενώ άτομα πολύ νεότερα μπορεί να εμφανίζουν φυσιολογικά και ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με τα γηρατειά. Εξάλλου είναι δυνατόν να παραμείνει κανείς πολύ δραστήριος σε μεγάλη ηλικία, ακόμα και να εργάζεται με αμειβόμενη απασχόληση, ενώ υπάρχουν νέοι που για διάφορους λόγους δεν εργάζονται.

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στα γηρατειά είναι συχνά συνέπεια των χαρακτηριστικών που απέκτησαν οι ηλικιωμένοι στην προηγούμενη ζωή τους όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, η οικονομική κατάσταση, η υγεία, η οποία συνδέεται με τον τρόπο ζωής. Οι ενήλικες της τελευταίας δεκαετίας του 20ου αιώνα έχουν ήδη αποκτήσει ορισμένα χαρακτηριστικά που θα κάνουν πιο παραγωγικά και αυτόνομα τα γηρατειά τους. Εξ άλλου οι νεότεροι έχουν ορισμένες συνήθειες π.χ. κάπνισμα, «σφηνάκια» κλπ, που αν δεν αλλάξουν θα έχουν επιπτώσεις στην υγεία και τη μακροβιότητα των ηλικιωμένων του μέλλοντος (Εμκε –Πουλοπούλου,1999).

**Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι:**

#### **✚ ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ**

Η απώλεια στενών συγγενών όπως αδελφών, εξαδέλφων και κυρίως του ή της συζύγου, δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα στενεύει και ο κύκλος των φίλων και γνωστών. Δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που είτε ζουν στις μεγάλες πόλεις μακριά ή χωρίς οικογένεια, είτε διαμένουν σε απομονωμένα χωριά ή σε περιοχές όπου σημειώθηκε μεγάλη μετανάστευση και βιώνουν έντονα την αποξένωση, την έλλειψη συναισθηματικής συμπαράστασης και τη μοναξιά. Η μοναξιά επίσης μεγαλώνει καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου, ο οποίος δεν παύει να αποτελεί και μια πηγή φόβου και άγχους.

#### **✚ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ**

Οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση. Εάν ο ηλικιωμένος βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς.

Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα, που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές, η λύση είναι η παροχή κάποιας φροντίδας από τρίτα πρόσωπα, έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως προβλήματα (όπως, αισθήματα

απογοήτευσης, ανασφάλειας και μειωμένης αυτοεκτίμησης, από την απώλεια της αυτονομίας) καθώς και άλλα ιατρο-κοινωνικά προβλήματα (Κωσταρίδου–Ευκλείδη,1999).

#### **ΤΟ ΧΑΜΗΛΟ ΒΙΟΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των ηλικιωμένων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών τους από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους, όσο και το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον. Ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων μη έχοντας τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι, στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Συχνά, οι πενιχρές συντάξεις που δίδονται στους ηλικιωμένους, τους αναγκάζουν να ζουν σε συνθήκες οικονομικής ανέχειας.

#### **Η ΣΤΕΓΑΣΗ**

Η διαμόρφωση των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου, αναγκάζει τους υπερήλικες να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους (Κωσταρίδου–Ευκλείδη,1999). Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα (παλαιά, δώροφα, με εσωτερική σκάλα, πολύ μικρή τουαλέτα και μικρά δωμάτια, δίχως θέρμανση και δίχως στοιχειώδη οικιακό εξοπλισμό) με αποτέλεσμα να γίνεται ακόμα δυσκολότερη η ζωή τους. Η διαβίωση τους σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα.

#### **ΤΟ ΧΑΜΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Τα αποτελέσματα σειράς ερευνών, που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες του κόσμου, έχουν οδηγήσει στην διαπίστωση ότι τα ποσοστά των υπερηλικών και των μεσηλικών που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά. Έτσι, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων και οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση, αφού εμποδίζει τους αναλφάβητους να συντάξουν κάποιο γράμμα, να παρακολουθήσουν τα μη μεταγλωττισμένα προγράμματα της τηλεόρασης (καθώς δυσκολεύονται να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων), ή ακόμα να διαβάσουν τις οδηγίες κάποιου φαρμακευτικού παρασκευάσματος (Κωσταρίδου–Ευκλείδη,1999).

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ –ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

- ❖ *Οι δυσκολίες στην επικοινωνία:* το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων που προαναφέρθηκε, σε συνδυασμό με τη γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των νέων, δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία των ηλικιωμένων με άτομα νεότερης ηλικίας, όπως φίλους, συγγενείς, αγαπημένα πρόσωπα, όπως επίσης και με τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας. Οι δυσκολίες που συναντούν οι ηλικιωμένοι στην κατανόηση των στάσεων και της συμπεριφοράς των νεότερων κοινωνικών ομάδων που τους περιβάλλουν, τους εμποδίζουν να δημιουργήσουν ικανοποιητικές σχέσεις και τους καταδικάζουν στην αποξένωση και την απομόνωση.
- ❖ *Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους:* η κοινωνία συχνά φέρεται πατερναλιστικά, βλέπει τον ηλικιωμένο με συγκατάβαση ή τον θεωρεί βάρος. Πολλές φορές επίσης, η κοινωνία θεωρεί ότι ο ηλικιωμένος πρέπει να αποτελεί παράδειγμα αρετής και του έχει προσδώσει την εξαγνισμένη εικόνα του ασπρομάλλη και σεβάσιμου Σοφού, με πλούσιες εμπειρίες και σκέψεις που ξεπερνάνε τα κοινά ανθρώπινα προβλήματα. Αν αποκλίνει απ' αυτό το πρότυπο, ξεπέφτει από το ύψος του. Η αντίθετη όψη του νομίσματος είναι ο γερο-ξεμωραμένος, που γελάνε τα παιδιά μαζί του.
- ❖ *Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων:* οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν ομάδα με κοινωνική δύναμη και δεν έχουν τρόπο να επιβάλουν τα δικαιώματά τους. Συχνά, αν οι ηλικιωμένοι δείξουν πως έχουν τις ίδιες επιθυμίες, τα ίδια αισθήματα και τις ίδιες ανάγκες με τους νέους, ο κόσμος τους αποστρέφεται. Ο έρωτας και η ζήλια μοιάζουν αηδιαστικά ή ανόητα, η σεξουαλικότητα αποκρουστική και η βία γελοία (Σιμόν ντε Μπωβουάρ, 1980).

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες, οι οποίες συχνά προσβάλλουν τους ηλικιωμένους (οστεοπόρωση, διαβήτης, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνος, αρθρίτιδες, γεροντική άνοια, κá.), καθώς και τα αναπόφευκτα προβλήματα που δημιουργεί η φθορά που επέρχεται με το πέρασμα των χρόνων (βαθιές ρυτίδες, ευδιάκριτες φλέβες, απώλεια μνήμης, μειωμένη όραση, γεύση, ακοή, κá.) τα οποία δυσκολεύουν αφάνταστα την προσαρμογή των ηλικιωμένων στο περιβάλλον.

Το ανεπαρκές υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια, δημιουργεί πολύ

σοβαρά προβλήματα για ορισμένες ομάδες ηλικιωμένων. Στην Ελλάδα δε λειτουργούν εξειδικευμένα γηριατρικά νοσοκομεία ή γηριατρικές μονάδες σε γενικά νοσοκομεία, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να εξυπηρετούνται από τις γενικές νοσηλευτικές μονάδες, οι οποίες έχουν οργανωτική δομή σχεδιασμένη κατά βάση για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών (Σιμόν ντε Μπωβουάρ,1980).

## 1.6 Ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων

Ο ελεύθερος χρόνος που αυξάνεται με την συνταξιοδότηση του εργαζόμενου έχει γίνει αντικείμενο μελετών και ερευνών που καταλήγουν σε μερικές κοινές διαπιστώσεις. Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που ασκούν μια δημιουργική απασχόληση που τους δίνει ικανοποίηση σε προσωπικό επίπεδο, έχουν λιγότερα προβλήματα με τον ελεύθερο χρόνο τους όταν συνταξιοδοτηθούν. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η κατάσταση υγείας και η κινητικότητα των ηλικιωμένων, προσδιορίζουν την συμμετοχή σε δραστηριότητες έξω από το σπίτι. Υπάρχουν διαφορές στην χρήση του ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων ανάμεσα στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές, ενώ υπάρχουν διαφορές και ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι άνδρες δίνουν μεγαλύτερη σημασία στα «χόμπι», ενώ οι γυναίκες ασχολούνται περισσότερο με το νοικοκυριό και τα ψώνια.

Μερικοί συνταξιούχοι βρίσκουν δύσκολη την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ανία και απογοήτευση, ενώ άλλοι βρίσκουν την ευκαιρία να χαρούν όσα δεν είχαν χρόνο να κάνουν όταν εργαζόταν. Εκτιμούν την απελευθέρωση τους από το πιεστικό ωράριο την ένταση του ανταγωνισμού και τη μονοτονία της καθημερινής ρουτίνας (Τεπέρογλου, 1980, Γεωργιάδη και συν. 1988, Τεπέρογλου,1990).

Σε έρευνες που έχουν γίνει στο εξωτερικό διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι μετά την συνταξιοδότηση συνήθως αφιερώνουν το χρόνο τους σε πράγματα που κάνουν μέσα στο σπίτι τους, όπως να παρακολουθούν τηλεόραση και να αναπαύονται (Dragana Avramov και Miroslava Maskova,2003).

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης–εφημερίδες, ραδιόφωνο, τηλεόραση-πληροφορούν τακτικά την κοινή γνώμη για όλες τις όψεις της γηράνσεως του πληθυσμού. Έχουν την δυνατότητα να επηρεάζουν ολόκληρο τον πληθυσμό μιας χώρας για θέματα που αφορούν την γήρανση του πληθυσμού και τους ηλικιωμένους.

Πιο συγκεκριμένα, η τηλεόραση αποτελεί ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό εργαλείο για τη πληροφόρηση όλων νεότερων και ηλικιωμένων αλλά είναι και μια συσκευή που σκοτώνει το χρόνο. Οι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να περνούν περισσότερο χρόνο βλέποντας τηλεόραση και να την θεωρούν πολύ σημαντική. Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι αναζητούν περισσότερες πληροφορίες από την τηλεόραση σε σύγκριση με εκείνους που έχουν πληροφορίες από τις κοινωνικές επαφές. Η τηλεόραση φέρνει σε επαφή με την επικαιρότητα αλλά εμποδίζει την επικοινωνία με τους γείτονες και τους φίλους.

Η μετακίνηση και η πρόσκαιρη διαμονή σε άλλους τόπους με σκοπό την ψυχαγωγία του ανθρώπου προϋποθέτει την ύπαρξη του ελεύθερου χρόνου τον οποίο διαθέτουν οι ηλικιωμένοι. Ωστόσο, τα ταξίδια και οι διακοπές χρειάζονται εκτός από χρόνο και χρήματα. Τρεις κατηγορίες ηλικιωμένων κάνουν τουρισμό: **α)** άτομα με ψυχοσωματικές ανάγκες για ανάπαυση, λουτροθεραπεία **β)** άτομα με πνευματικά ενδιαφέροντα: για επίσκεψη αρχαιοτήτων μουσείων, καλλιτεχνικών εκδηλώσεων **γ)** άτομα με καθαρά ψυχαγωγικούς σκοπούς. Μερικοί ηλικιωμένοι δεν κάνουν διακοπές για οικογενειακούς λόγους. Οι ηλικιωμένοι γονείς που δεν πάνε διακοπές είναι πολύ χρήσιμοι στα παιδιά τους, είτε γιατί κρατάνε τα εγγόνια τους είτε για να φροντίζουν το σπίτι.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Πλαίσια ανοικτής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα.

#### Εισαγωγή

Στα πλαίσια της προστασίας των ηλικιωμένων μέσα σε μια κοινότητα έχουν τεθεί σε εφαρμογή προγράμματα και υπηρεσίες με στόχο την ευημερία, την ψυχαγωγία και την καλύτερη διαβίωση των ηλικιωμένων.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο λοιπόν παρουσιάζονται πλαίσια ανοικτής περίθαλψης που έχουν στόχο την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων που αδυνατούν να καλύψουν οι ίδιοι ή η οικογένειά τους. Αναφέρονται αναλυτικά ο σκοπός λειτουργίας της κάθε υπηρεσίας, οι υπηρεσίες και οι δραστηριότητες που περιλαμβάνουν και οι επιστημονικοί συνεργάτες που απασχολούνται.

Στα πλαίσια ανοικτής περίθαλψης ηλικιωμένων συγκαταλέγονται τα **Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)**, το πρόγραμμα **Βοήθεια Στο Σπίτι**, τα **Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας**, οι **Λέσχες Φιλίας** και τέλος, τα **Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)**.

#### 2.1 Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Στην ανοιχτή μορφή περίθαλψης των ηλικιωμένων στόχος είναι η συνέχιση διαβίωσης του ηλικιωμένου στην κοινότητα, στο οικείο περιβάλλον, στην οικογένειά του και στους φίλους του, αποφεύγοντας την ιδρυματοποίηση. Γι' αυτό οι ανοιχτές μορφές περίθαλψης προσφέρουν στον ηλικιωμένο υπηρεσίες προκειμένου να έχει μια αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση, να παραμείνει στο οικείο του περιβάλλον και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του.

Μία από τις βασικότερες προσφορές υπηρεσιών στους ηλικιωμένους είναι αυτές των Κ.Α.Π.Η. Τα Κ.Α.Π.Η. πρωτοεμφανίστηκαν στον Ελληνικό χώρο το 1979 όταν η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κάλεσε τον Όμιλο Εθελοντών και ζήτησε την συνεργασία του στην δημιουργία ενός Πειραματικού Κέντρου Ανοικτής Εξωϊδρυματικής Προστασίας Ηλικιωμένων. Το πρώτο κέντρο που δημιουργήθηκε ήταν στελεχωμένο με γιατρό, φυσιοθεραπευτή, επισκέπτη υγείας ή

νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή και οικογενειακή βοηθό. Ο Όμιλος Εθελοντών συμφώνησε να κλείσει το Πρόγραμμα που λειτουργούσε ως τότε με τίτλο "Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς" με παροχή συσσιτίου και να λειτουργήσει το πρώτο Κ.Α.Π.Η. με την ονομασία Πρότυπο Κ.Α.Π.Η. Ν. Κόσμου. Στα χρόνια που ακολούθησαν η συγκεκριμένη δομή εξαπλώθηκε σε όλη τη χώρα (<http://www.gerontology.gr>).

Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (1999), «Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών (όπως φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα) και κοινωνικών υπηρεσιών από κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι έχουν την ευθύνη για τον συντονισμό του όλου προγράμματος». Επίσης, τα Κ.Α.Π.Η. είναι Ν.Π.Δ.Δ. (Νομικά Πρόσωπα Δημόσιου Δικαίου) και εντάσσονται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Επιχορηγούνται και λειτουργούν υπό την επιστημονική εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Αμηρά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986).

*Σκοπός των Κ.Α.Π.Η. είναι:*

- α) η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων,
- β) η προληπτική ιατρική που διακρίνεται σε:
  - ❖ πρωτογενή (εμβολιασμοί, τεστ Παπανικολάου, συμβουλές για σωστή διατροφή, ένδυση και αποφυγή ατυχημάτων)
  - ❖ και δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια θεραπεία).
- γ) η ενεργοποίηση των ηλικιωμένων μέσω της συμμετοχής τους σε χορωδίες, παραδοσιακούς χορούς, θέατρο, γυμναστική, επισκέψεις σε μουσεία, εκδρομές, χειροτεχνία, κηπουρική και ανθοκομία, ζαχαροπλαστική κλπ.
- δ) η ευαισθητοποίηση της γειτονιάς για τις ανάγκες των ηλικιωμένων αλλά και στην ενθάρρυνση της νέας γενιάς να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε διάφορες δραστηριότητες φέρνοντας έτσι στις γενεές πιο κοντά.
- ε) οι διασυνδέσεις-συνεργασίες με άλλους φορείς, όπως τη Ν.Ε.Λ.Ε. (Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης) και τον Ε.Ο.Τ.(Ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού).
- στ) η κοινωνική συμμετοχή, που έχει ως αποτέλεσμα την προσέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια μόνο από χαμηλές εισοδηματικές τάξεις.
- ζ) η αξιοποίηση δυνατοτήτων μέσω των Κ.Α.Π.Η. Ειδικότερα, υπάρχουν μέλη με διάφορες ειδικότητες και εμπειρίες όπως γιατροί, γεωπόνοι, οικονομολόγοι, συγγραφείς, ηθοποιοί, βοτανολόγοι όπου πολλοί από αυτούς έχουν την διάθεση να πραγματοποιήσουν διάφορες ομιλίες γεγονός που ενεργοποιεί τους ίδιους σαν άτομα, ανεβάζει το γόητρο της



τρίτης ηλικίας στους νεότερους, αυξάνει την προσφορά αλλά και διαφυλάσσει κάποιες ξεχασμένες γνώσεις και εμπειρίες που τείνουν να εξαφανιστούν.

η) και η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών (Εκμε-Πουλοπούλου,1999).

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η. είναι φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, κοινωνική εργασία που προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους τους ηλικιωμένους αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους, οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές κ.ά) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, εργασία με ομάδες κλπ.), βοήθεια στο σπίτι για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, όπως, επίσης και συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις (Αμηρά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου,1986).

Τα Κ.Α.Π.Η. στελεχώνονται από ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες/τριες υγείας ή νοσηλευτές/τριες, καθώς και από οικογενειακούς βοηθούς (<http://www.50plus.gr/socialcare>).

Ωστόσο, σε περιπτώσεις ασθένειας κάποιου μέλους του Κ.Α.Π.Η., ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει σε συνεργασία με την οικιακή βοηθό ή κάποιο άλλο μέλος της επαγγελματικής ομάδας αλλά και την οικογένεια του ηλικιωμένου, για την κάλυψη των αναγκών του, την αποκατάσταση της υγείας του και την επάνοδο και συμμετοχή του στις δραστηριότητες του Κ.Α.Π.Η. (Σταθόπουλος,1999).

## **2.2 Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι**

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας το οποίο απευθύνεται σε ηλικιωμένους που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, άτομα με κινητικά και ειδικά προβλήματα και κυρίως αφορά αυτούς που ζουν μόνοι τους ή χωρίς τη φροντίδα της οικογένειας ή που λόγω χαμηλού εισοδήματος δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν κάποιες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

*Σκοπός του προγράμματος είναι:*

- η βελτίωση ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα,
- η βοήθεια στην αυτόνομη αξιοπρεπή διαβίωση,
- η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος των επωφελούμενων
- και τέλος, η προώθηση απασχόλησης ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού.

*Τα κριτήρια επιλογής των ηλικιωμένων για το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι είναι:*

- το εισόδημα του ηλικιωμένου (δίνεται προτεραιότητα στο χαμηλό εισόδημα),
- η οικογενειακή κατάσταση (δίνεται προτεραιότητα σε όσους ζουν μόνοι)

- και η κατάσταση υγείας (δίνεται προτεραιότητα σε όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν).

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη, ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι, νοσηλευτική μέριμνα και φυσιοθεραπεία, οικογενειακή – οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, μικροαγορές, πληρωμή λογαριασμών και συνοδεία στις διάφορες υπηρεσίες (<http://www.50plus.gr/socialcare>).

*Το Βοήθεια στο Σπίτι στελεχώνεται από:* κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές/τριες και οικιακές βοηθούς. Ο καθένας τους έχει κάποιες αρμοδιότητες. Συγκεκριμένα, ο κοινωνικός λειτουργός έχει τη συνολική εποπτεία των ωφελούμενων, αξιολογεί τα περιστατικά, παρέχει κοινωνική υποστήριξη, έρχεται σε επαφή με φορείς, παραπέμποντας περιστατικά που δεν άπτονται των υπηρεσιών του προγράμματος. Οι νοσηλευτές/τριες προσφέρουν υπηρεσίες υγείας στους ηλικιωμένους με την πραγματοποίηση κατ' οίκον επισκέψεων για τη μέτρηση ζωτικών σημείων, συνταγογράφηση φαρμάκων και τη συνοδεία στο νοσοκομείο για την πραγματοποίηση εξετάσεων που απαιτούνται. Και τέλος, οι οικιακοί βοηθοί κάνουν εξωτερικές εργασίες, προμηθεύουν τους ηλικιωμένους με είδη άμεσης ανάγκης και αναλαμβάνουν την καθαριότητα του σπιτιού τους (<http://www.50plus.gr/socialcare>).

Ερχόμενοι στο σήμερα διαθέτουμε αυτές τις πληροφορίες για τις παρεχόμενες υπηρεσίες της χώρας μας ωστόσο το πρόγραμμα του Βοήθεια στο Σπίτι είναι ένα εν ενεργεία πρόγραμμα για ηλικιωμένους που βρίσκεται ακόμα υπό συζήτηση σχετικά με την πρακτική εφαρμογή του.

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι από τις 1/4/2013 ήταν να αντικατασταθεί από ένα νέο πρόγραμμα το πρόγραμμα «Κατ'οίκον φροντίδας συνταξιούχων» το οποίο θα αποτελεί και Εθνικό πρόγραμμα της χώρας, την εποπτεία του οποίου θα αναλάβει το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης μέσω του ΙΚΑ. Η λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αρχικά παρατάθηκε έως τις 30 Σεπτέμβρη του 2013 σύμφωνα με την υπ' αριθμό τροπολογία 391/4 4.4.2013 που ψηφίστηκε στο Σχέδιο Νόμου, προκειμένου να γίνει καλύτερη προετοιμασία για το διάδοχο πρόγραμμα «Κατ' οίκον φροντίδας ηλικιωμένων». Ωστόσο, σύμφωνα με σχετική τροπολογία που κατατέθηκε στη Βουλή από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας από 1 Οκτωβρίου 2013 έως 30 Σεπτεμβρίου 2014 το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι θα παρατεινόταν εκ νέου αλλά θα ενισχύονταν σε βαθμό που θα καθιστά εφικτή την ένταξη σε αυτό επιπλέον ηλικιωμένων αλλά και την αύξηση αριθμού εργαζομένων.

Συγκεκριμένα το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι σύμφωνα με την προτεινόμενη ρύθμιση θα προσφέρει υπηρεσίες συμβουλευτικής και συναισθηματικής στήριξης, ιατρικής φροντίδας, νοσηλευτικής μέριμνας, μικροαγορές, πληρωμή λογαριασμών και συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες και θα εξυπηρετεί ωφελούμενους τριών επιμέρους προγραμμάτων:

- ✚ τους ωφελούμενους του προγράμματος «**Κατ'οίκον Φροντίδας Συνταξιούχων**» που δεν εξυπηρετούνται από παρόχους, που έχουν ήδη συνάψει σύμβαση στο πλαίσιο του προγράμματος.
- ✚ τους ανασφάλιστους ηλικιωμένους και ΑΜΕΑ οικονομικά αδύναμους πολίτες και γι' αυτό δημιουργείται νέο πρόγραμμα με τίτλο «**Κατ'οίκον Κοινωνική Φροντίδα**» με σκοπό την καταχώρηση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και των ανάπηρων στην κατοικία τους.
- ✚ Και τέλος, θεσμοθετείται η δυνατότητα το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι να υλοποιεί «**Κατ' οίκον Νοσηλεία**» με σκοπό την υποστήριξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τη μετανοσοκομειακή νοσηλεία και ανάρρωση του ασθενούς στο δικό του χώρο εφόσον διαθέτει τις προϋποθέσεις (απαραίτητο προσωπικό, εξοπλισμό κ.λ.π.) που θα καθοριστούν από τα συναρμόδια Υπουργεία με κοινή απόφαση.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου 1-10-2013 έως 31-3-2014 θα γίνεται πλήρης καταγραφή των ωφελούμενων ανά κατηγορία, που εξυπηρετούνται σε κάθε Δήμο, σε ενιαίο ηλεκτρονικό μητρώο, όπου θα φαίνεται και η ιδιότητα με την οποία μετέχει στο πρόγραμμα ο ωφελούμενος (δηλαδή ωφελούμενος του προγράμματος «**Κατ' οίκον Φροντίδας Συνταξιούχων**» ή του «**Κατ'οίκον Κοινωνικής Φροντίδας**» ή του «**Κατ' οίκον Νοσηλείας**» (<http://www.skai.gr/news/greece/article/242577/eos-tis-30-septemvriou-to-programma-voitheia-sto-spiti/>).

### 2.3 Τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας

Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων στήριξης της οικογένειας ο Ε.Ο.Π. (Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας) στα περισσότερα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας διεξάγει προγράμματα για τους ηλικιωμένους. Συγκεκριμένα, τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις παρακάτω δραστηριότητες:

1) Πραγματοποιούνται ομάδες τρίτης ηλικίας με συναντήσεις από τα ίδια τα μέλη σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ειδικότερα, τα μέλη της ομάδας συγκεντρώνονται με σκοπό την ψυχαγωγία και τη δημιουργική απασχόληση έτσι ώστε να αποφεύγεται η

απομόνωσή τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντά τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και δράση.

2) Λέσχες: Πρόκειται για ιδιαίτερους και μόνιμους χώρους, όπου λειτουργούν ως μέρη καθημερινής συνάντησης για τους ηλικιωμένους και όπου αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους αξιοποιώντας δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους.

Τα προγράμματα στηρίζονται από ευαισθητοποιημένα στελέχη του Ε.Ο.Π. (Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας) και ειδικευμένο προσωπικό, και συγκεκριμένα κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και νοσηλεύτριες. Τέλος, ανάλογα με τις επιμέρους δραστηριότητες που πραγματοποιούνται στις λέσχες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων (Σταθόπουλος, 1999).

## 2.4 Οι Λέσχες Φιλίας

Ακολούθως, με πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων έχουν δημιουργηθεί υπηρεσίες που λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς για να προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, γνωστές ως *Λέσχες Φιλίας*. Πρόκειται για χώρους που οι ηλικιωμένοι μπορούν να αναζητήσουν ανθρώπινη ζεστασιά, επαφή με συνομηλίκους, κοινωνική υποστήριξη και ψυχαγωγία (<http://www.50plus.gr/socialcare>).

Στόχο έχουν να προσφέρουν σε ηλικιωμένα άτομα φροντίδα και υποστήριξη, ψυχαγωγία και δημιουργική απασχόληση, πολιτιστικά προγράμματα, κοινωνικές υπηρεσίες και προληπτική φροντίδα υγείας από τους λειτουργούς πρόνοιας που εργάζονται σε αυτές.

Οι *Λέσχες Φιλίας* στελεχώνονται από: υπαλλήλους του Δήμου, ειδικούς-κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και βοηθητικό προσωπικό. Για ιατρικά θέματα την ευθύνη έχουν τα Δημοτικά ιατρεία με τα οποία οι λέσχες φιλίας συνεργάζονται. Διαθέτουν επίσης Συμβουλευτική υπηρεσία για θέματα τρίτης ηλικίας με σκοπό να διευκολύνει χρόνια και επείγοντα προβλήματα μοναχικών ατόμων να δίνει τις αναγκαίες πληροφορίες και να παραπέμπει (Εκμε-Πουλοπούλου, 1999).

Οι προϋποθέσεις για την εγγραφή μέλους σε μία λέσχη φιλίας είναι α) να είναι άνω των 60 ετών β) να είναι κάτοικος της περιοχής γ) να πληρώνει ένα συγκεκριμένο ποσό ανά εξάμηνο για το ταμείο της λέσχης.

Οι δραστηριότητες διαφέρουν από Λέσχη σε Λέσχη. Κατά βάση περιλαμβάνουν χορευτικές εκδηλώσεις, θεατρικές παραστάσεις, χορωδίες, ομάδες συζήτησης και χειροτεχνίας όπως επίσης και εκδρομές σε αρχαιολογικούς χώρους και άλλες περιοχές

φυσιολατρικού ή θρησκευτικού ενδιαφέροντος. Τα έξοδα καλύπτονται από τους ίδιους, το ταμείο της Λέσχης και από το δήμο (Σταθόπουλος, 1999).

Ο μέσος χρόνος παραμονής των μελών ανά ημέρα στη Λέσχη, υπολογίζεται σε 3-4 ώρες. Τέλος, τα μέλη των Λεσχών Φιλίας έχουν δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες των Δημοτικών Ιατρείων της περιοχής τους (<http://50plus.gr/socialcare>).

Δυστυχώς δεν διαθέτουν όλες οι συνοικίες Λέσχες Φιλίας διότι σπανίζουν τα κατάλληλα κτίρια που θα μπορούσαν να μετατραπούν σε Λέσχες.

## **2.5 Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)**

Τα Κ.Η.Φ.Η. είναι σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά ή προβλήματα υγείας αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Σκοπός του θεσμού αυτού είναι να παραμένουν οι ηλικιωμένοι στο περιβάλλον τους, έτσι ώστε να διατηρηθεί η συνοχή της οικογένειας. Επίσης, να εναρμονιστούν η εργασιακή και η οικογενειακή ζωή του περιβάλλοντος του ηλικιωμένου με τον ίδιο τον ηλικιωμένο, και τέλος, να αποφευχθεί η εισαγωγή του ηλικιωμένου σε ίδρυμα αλλά και η του περιθωριοποίησή του.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα Κ.Η.Φ.Η. είναι

- η νοσηλευτική φροντίδα,
- ατομική υγιεινή,
- φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- και τέλος, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης αλλά και ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Τα Κ.Η.Φ.Η. στελεχώνονται από νοσηλεύτη/τρια, κοινωνικούς φροντιστές και βοηθητικό προσωπικό. Ακόμα, τα Κ.Η.Φ.Η. συνεργάζονται με τα Κ.Α.Π.Η που ενδεχομένως να υπάρχουν στην περιοχή αλλά και με τοπικούς φορείς, μονάδες υγείας, καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.) (<http://50plus.gr/socialcare>).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Ιδρυματική Περίθαλψη

#### Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζεται η ιδρυματική περίθαλψη που έχει ως στόχο την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων τις οποίες αδυνατεί να καλύψει η σύγχρονη οικογένεια. Αναφέρονται αναλυτικά οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κλειστής περίθαλψης. Γίνεται επίσης, εκτενής αναφορά στις αιτίες εισόδου στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και στις επιπτώσεις του φαινομένου της ιδρυματοποίησης που παρατηρείται να εμφανίζονται στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε αυτά.

#### 3.1 Ιδρύματα Κλειστής Περίθαλψης

Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη περίθαλψη των ηλικιωμένων, έχει δώσει έμφαση στην εξωιδρυματική μορφή φροντίδας. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός, ότι ένα ποσοστό ηλικιωμένων, ασχέτως από την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα, χρειάζεται ιδρυματική φροντίδα. Το ίδρυμα είναι ένας απαραίτητος κρίκος στην αλυσίδα των προγραμμάτων, τα οποία είναι αναγκαία για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Αρκεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στο ίδρυμα, να είναι του κατάλληλου επιπέδου και η εισαγωγή και παραμονή στο ίδρυμα, να γίνεται με επιστημονικά κριτήρια και με μοναδικό κίνητρο την κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου (Σταθόπουλος, 1999).

Οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων μπορούν να διακριθούν στις εξής κατηγορίες:

- ✓ **«Δημόσια Γηροκομεία:** Η κοινωνία οφείλει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες φροντίδας στους ηλικιωμένους πολίτες. Δημιουργούνται από το κράτος και στην πλειονότητα τους παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους στους ηλικιωμένους ή πληρώνονται από το ασφαλιστικά ταμεία, με εξαίρεση ορισμένα γηροκομεία όπου υπάρχει ελάχιστη οικονομική συμμετοχή.
- ✓ **Ιδιωτικά γηροκομεία:** Δημιουργούνται από ιδιώτες (ατομικά είτε υπό την μορφή εταιριών) και οι υπηρεσίες των ιδρυμάτων αυτών έχουν οικονομικές επιβαρύνσεις που διαβαθμίζονται ανάλογα με τις παροχές του ιδρύματος προς τους ηλικιωμένους που τα επιλέγουν.

- ✓ **Ιδιωτικά γηροκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα:** Ανήκουν σε θρησκευτικά ιδρύματα Χριστιανικά, Καθολικά, Εβραϊκά ή άλλων θρησκειών ή σε δήμους και κοινότητες. Οι υπηρεσίες σε αυτά τα ιδρύματα προσφέρονται ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες των ηλικιωμένων είτε ορισμένες φορές δωρεάν, όταν οι οικονομικές συνθήκες δεν επιτρέπουν την οικονομική συμμετοχή του ηλικιωμένου» (Ghazaleh,2012).

Οι Ryan και Scullion αναφέρονται στις δύο μεθόδους που εφαρμόζονται κατά την είσοδο σε γηροκομείο. Η πρώτη μέθοδος είναι θετική, εκούσια και προσχεδιασμένη δηλαδή ο ίδιος ο ηλικιωμένος συμμετέχει στη συζήτηση και στη λήψη της απόφασης εισόδου. Η δεύτερη μέθοδος, η αρνητική, εμπεριέχει το στοιχείο του καταναγκασμού και της μη εκούσιας συμμετοχής του ηλικιωμένου στην απόφαση εισόδου του (Ryan και Scullion, 2000, αναφέρεται στην Ghazaleh,2012:55).

### **3.2 Ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα**

Τα ιδρύματα κοινωφελούς χαρακτήρα ιδρύονται από φυσικά πρόσωπα με βασικό κίνητρο το ηθικό αίσθημα προσφοράς προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο. Με άλλα λόγια, η υποχρέωση για παροχή υπηρεσιών έχει ηθικό έρεισμα, ενώ στις υπηρεσίες του δημοσίου τομέα η υποχρέωση για παροχή υπηρεσιών έχει νομικό έρεισμα (Σταθόπουλος,2005). Η προσφορά τους στην περίθαλψη των ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Λειτουργούν συμπληρωματικά αφού ο ρόλος τους είναι η κάλυψη των κενών και η επιπρόσθετη βοήθεια πέρα και πάνω από τις υπηρεσίες του δημοσίου τομέα (Σταθόπουλος,2005).

Πρόκειται κατά κανόνα, για Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Λειτουργούν κάτω από την εποπτεία των Υπουργείων Υγείας, Πρόνοιας και Οικονομικών, ώστε να υπάρχει ο σχετικός έλεγχος ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη διαχείριση των πόρων. Η λειτουργία τους στηρίζεται σε δωρεές, κληροδοτήματα και την εκμετάλλευση της περιουσίας τους. Οι κρατικές επιχορηγήσεις ενισχύουν τον προϋπολογισμό αρκετών ιδρυμάτων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συμμετέχει στη διοίκηση και οργάνωση τους, εγκρίνει τους προϋπολογισμούς, καθορίζει το ύψος των τροφείων, συνάπτει συμβάσεις με ΝΠΔ (Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου) και καταβάλλει αποζημίωση για τη δωρεάν περίθαλψη των οικονομικώς αδυνάτων και χρονίως πασχόντων ηλικιωμένων (Εμκε-Πουλοπούλου,1999).

Οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή ενός ηλικιωμένου στα ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι το άτομο να είναι άνω των 65 ετών και να είναι αυτοεξυπηρετούμενο. Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την εισαγωγή του είναι τα εξής:

- Αίτηση εισαγωγής σε γηροκομείου
- Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας
- Έκθεση κοινωνικής έρευνας Ιατρικό πιστοποιητικό (κατά προτίμηση ιατρού, δημοσίου υπαλλήλου)

Στο Ιατρικό Πιστοποιητικό θα πρέπει να βεβαιώνεται ότι:

- Το προς εισαγωγή άτομο είναι αυτοεξυπηρετούμενο,
- Δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας ή φέρει σύνδρομο, το οποίο όμως δεν φθάνει μέχρι διεγέρσεως, ώστε να γίνεται ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση,
- Δεν πάσχει από επιληψία,
- Δεν φέρει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλωτα τραύματα,
- Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, συφιλίδα ή φυματίωση
- Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή από καρκίνο.

(<http://www.seniorcare.gr/koinoniki-frontida-hlikiwmenwn/24-girokeio-eisagogi.htm>).

Το Γηροκομείο Αθηνών είναι ένα από τα μεγαλύτερα ιδρύματα της Ελλάδας και φιλοξενεί περίπου 400 ηλικιωμένους. Ανήκει στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα και δεν επιχορηγείται από το κράτος. Έχει δικά του έσοδα από κληροδοτήματα και δωρεές. Οι φιλοξενούμενοι πληρώνουν ένα ποσό κάθε μήνα και ανάλογα με τη μηνιαία εισφορά, υπάρχει διαφοροποίηση των φιλοξενουμένων ως προς το χώρο διαμονής. Συγκεκριμένα, όσοι καταβάλουν υψηλή συνδρομή δικαιούνται ένα μικρό διαμέρισμα με μπάνιο, ενώ οι υπόλοιποι μένουν σε μονόκλινα ή δίκλινα δωμάτια. Μόνο στο αναρρωτήριο υπάρχουν τετράκλινα δωμάτια. Στις υπόλοιπες υπηρεσίες (σίτιση, ψυχαγωγία, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες) δεν υπάρχει καμία διαφοροποίηση μεταξύ των φιλοξενουμένων. Τέλος, σε εξαιρετικές περιπτώσεις το Γηροκομείο φιλοξενεί δωρεάν άπορα άτομα (Σταθόπουλος, 1999).

Παρόμοια λειτουργία επιτελεί και το Γηροκομείο Πειραιώς με ευαισθητοποιημένη διεύθυνση και προσωπικό που προσφέρει επίσης πολύ ικανοποιητικές υπηρεσίες. Η Εκκλησία επίσης δείχνει ιδιαίτερη ευαισθησία στους ηλικιωμένους. Ιδρύει κέντρα κατά περιφέρειες, ώστε να μην απομακρύνει τους ηλικιωμένους από το φυσικό τους χώρο και



αποκλείει μεγάλου μεγέθους ιδρύματα λόγω των προσωπικών σχέσεων μεταξύ περιθαλπόμενων και προσωπικού που αναπτύσσονται στις μικρές ομάδες. Πρόσθετα, αποφεύγονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις από την αλλαγή του τρόπου ζωής και τον ιδρυματισμό (Εμκε-Πουλοπούλου,1999).

Η Εκκλησία λειτουργεί πολλά γηροκομεία, είτε άμεσα ως εκκλησιαστικά ιδρύματα είτε έμμεσα ως Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα. Παραδείγματος χάριν, στην Αθήνα υπό την αιγίδα της αρχιεπισκοπής λειτουργούν συνολικά 9 Στέγες Γερόντων. Πρόκειται ουσιαστικά για γηροκομεία με μικρό αριθμό κρεβατιών, ώστε να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν εκεί και του προσωπικού. Φιλοξενούνται περίπου 230 γέροντες ενώ γίνονται δεκτοί και κατάκοιτοι που εξυπηρετούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό του γηροκομείου. Στις στέγες η παροχή υπηρεσιών είναι δωρεάν και δίνεται προτεραιότητα σε άτομα με περιορισμένα εισοδήματα.

Ωστόσο, παρά την σημαντική προσφορά του μη κερδοσκοπικού τομέα στον ηλικιωμένο πληθυσμό και στο σύνολο, η οικονομική ενίσχυση που παρέχεται από το κράτος στα ιδρύματα αυτά είναι μικρή και ετεροχρονισμένη. Η δράση και η προσφορά των ιδρυμάτων κοινωφελούς χαρακτήρα είναι σημαντική, όμως η μεγάλη και αυξανόμενη ζήτηση για την περίθαλψη των ηλικιωμένων καθιστά αδύνατη την κάλυψη των αναγκών μεγάλης μερίδας του ηλικιωμένου πληθυσμού. Κρίνεται αναγκαία η προσαρμογή τους στις σύγχρονες συνθήκες και ανάγκες όπως αλλαγή κτιριακών εγκαταστάσεων και η προσθήκη προγραμμάτων απασχόλησης των τροφίμων. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του δεδομένου προβλήματος είναι ανάγκη να αποτελέσει τόσο την άμεση προτεραιότητα του οργανωμένου κράτους όσο και αντικείμενο κοινωνικής συλλογικής μέριμνας.

### **3.3 Οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οίκοι ευγηρίας**

Οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οίκοι ευγηρίας, λειτουργούν με αμιγώς ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια, με βασικό κίνητρο το οικονομικό κέρδος και οι δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών καλύπτονται άμεσα ή έμμεσα από τους εξυπηρετούμενους ή τις οικογένειες τους. Είναι φανερό ότι ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας, επειδή λειτουργεί έξω από το δεσμευτικό (από νομικής και λογιστικής πλευράς) πλαίσιο των δημοσίων υπηρεσιών, κινείται με ταχύτερους ρυθμούς και μπορεί με μεγαλύτερη ευκολία να καλύψει τη ζήτηση για υπηρεσίες (Σταθόπουλος,2005).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση των ιδιωτικών κερδοσκοπικών οίκων ευγηρίας, η οποία οφείλεται κυρίως στο ότι οι θέσεις σε δημόσια και σε μη κερδοσκοπικά ιδρύματα δεν επαρκούν για να καλύψουν τη ζήτηση, καθώς και στην προτίμηση των εύπορων ηλικιωμένων, ή των οικογενειών τους, για τα ιδιωτικά ιδρύματα (Ziomas,1991). Συγκεκριμένα, τα κριτήρια εισαγωγής σε δημόσια και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και ειδικότερα οι προϋποθέσεις του ιατρικού πιστοποιητικού που απαιτούνται, εμφανίζονται περιοριστικά και αποκλείουν μεγάλο τμήμα του ηλικιωμένου πληθυσμού που δεν είναι αυτοεξυπηρετούμενο γεγονός που στρέφει την αυξανόμενη ζήτηση στον ιδιωτικό τομέα (<http://www.protagon.gr/?i=protagon.el.article&id=11970>). Ωφέλιμο είναι να επισημανθεί πως οι μονάδες που λειτουργούν τηρώντας τις στοιχειώδεις προδιαγραφές προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής για τους παραπληγικούς ηλικιωμένους είναι απρόσιτες στους περισσότερους συνταξιούχους και καλύπτουν την ανάγκη στέγασης και περίθαλψης ηλικιωμένων που ανήκουν στη μεσαία και ανώτερη εισοδηματική κλίμακα και διαθέτουν οικονομικά μέσα.

Από οικονομικής πλευράς, η πλειονότητα των ιδιωτικών κερδοσκοπικών οίκων ευγηρίας, χαρακτηρίζονται ιδιαίτερα ακριβοί. Το κόστος της περίθαλψης εξαρτάται από το βαθμό πολυτέλειας και τις ιδιαίτερες ανάγκες των ηλικιωμένων (Εμκε-Πουλοπούλου,1999). Ο Παπαδημητρίου αναφέρει ότι το κόστος περίθαλψης ενός ηλικιωμένου το 2012 κυμαίνεται από 700 ευρώ έως 1.600 ευρώ μηνιαίως και εξαρτάται από παροχές όπως την προτίμηση του δωματίου, μονόκλινο ή όχι και την κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου αν χρειάζεται δηλαδή καθημερινή ιατρική παρακολούθηση (<http://www.protagon.gr/?i=protagon.el.article&id=11970>).

Η άδεια λειτουργίας των φορέων χορηγείται από την Διεύθυνση ή το Τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου εγκατάστασης της μονάδας, μετά από την υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών στη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας.

Η εποπτεία τους γίνεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ώστε να διασφαλίζεται η τήρηση σε κάθε περίπτωση των σχετικών προδιαγραφών για την καλή λειτουργία του φορέα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σταθόπουλος,2005). Στην πραγματικότητα όμως ο έλεγχος και η εποπτεία περιορίζονται σε θέματα οικονομικής διαχείρισης και δεν υπεισέρχονται σε θέματα προγράμματος και επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σταθόπουλος,2005). Το πρόγραμμα λειτουργίας και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συχνά κρίνονται ανεπαρκή. Η

Έμκε-Πουλοπούλου αναφέρει ότι «εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων τα κτίρια , ο εξοπλισμός και η στελέχωση σε ειδικευμένο προσωπικό δεν είναι κατάλληλα για τη σωστή διαβίωση, απασχόληση και ψυχαγωγία των ηλικιωμένων ενοίκων. Σπάνια, υπάρχουν διπλωματούχες νοσηλεύτριες και κοινωνικοί λειτουργοί και περιορισμένη είναι η εποπτεία του κράτους» (Έμκε-Πουλοπούλου,1999:448).

Στην Ελλάδα, η έλλειψη ελέγχου και εποπτείας από τις κρατικές υπηρεσίες συχνά οδηγεί όχι μόνο σε κακή ποιότητα υπηρεσιών αλλά και σε καταστάσεις παραμέλησης και κακοποίησης των ηλικιωμένων όπως συχνά αναφέρεται στα μέσα ενημέρωσης (Σταθόπουλος,2005). Όμως, θα πρέπει να σημειωθεί ότι κακοποίηση ηλικιωμένων υφίσταται και σε ιδρύματα του δημόσιου τομέα, αλλά και στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα από οίκους ευγηρίας που λειτουργούν χωρίς άδεια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο κρατικός έλεγχος που πραγματοποιήθηκε το 1995 στην Αττική, σε 117 οίκους ευγηρίας εκ των οποίων οι 65 είχαν νόμιμη άδεια λειτουργίας και μόνο 13 βρίσκονταν σε πολύ καλή κατάσταση (Έμκε-Πουλοπούλου,1999). Επίσης, πιο πρόσφατες δημοσιογραφικές πληροφορίες έδειξαν ότι το φαινόμενο παραμένει διατηρώντας τις ίδιες διαστάσεις όπως στο παρελθόν ([http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w\\_articles\\_ell\\_8\\_01/02/2006\\_172043](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_8_01/02/2006_172043))<sup>2</sup>. Στην κατηγορία των παράνομων ιδιωτικών οίκων ευγηρίας ανήκουν εγκαταλελειμμένα και υπερχρεωμένα ξενοδοχεία που μετατρέπονται σε γηροκομεία είτε μικρά διαμερίσματα, ιδιοκτήτες των οποίων είναι τέως εργαζόμενοι σε γηροκομεία ή και συνταξιούχοι (Έμκε-Πουλοπούλου,1999).

Η ανεξέλεγκτη κατάσταση ανάγκασε τις κρατικές υπηρεσίες στη θέσπιση νομοθετικής ρύθμισης, το Σεπτέμβριο του 1996, με την οποία προβλέπονται αυστηρές ποινές για τα γηροκομεία που δεν παρέχουν ανεκτά επίπεδα διαβίωσης για τους ηλικιωμένους (Σταθόπουλος,2005). Οι προβλεπόμενοι όροι που πρέπει να πληρούν τα ιδρύματα αυτά είναι άρτια κτηριακή υποδομή, τεχνολογικό εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό. Θα πρέπει να έχει κτισθεί σε κατάλληλο προσβάσιμο οικόπεδο και το κτίριο να τηρεί συγκεκριμένες προδιαγραφές. Το οικόπεδο των Μ.Φ.Η.(Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων) θα πρέπει να απέχει τουλάχιστον 300 μέτρα από την περίμετρο

---

<sup>2</sup> Η περίπτωση του γηροκομείου στην Ανω Γλυφάδα, που λειτουργούσε χωρίς άδεια από το 1998. Η Πολιτεία αδυνατεί να περιορίσει το φαινόμενο. Σύμφωνα με στοιχεία της Νομαρχίας Αθηνών, 23 μονάδες (σε σύνολο 90) λειτουργούν χωρίς άδεια, ενώ την τελευταία τριετία έχουν παραπεμφθεί στον εισαγγελέα άλλες 22 περιπτώσεις. Στο στάδιο της διακοπής της λειτουργίας τους βρίσκονται ακόμη 7 οίκοι ευγηρίας.

εγκεκριμένης βιομηχανικής ζώνης, από θορυβώδη εργαστήρια και άλλες ανθυγιεινές εγκαταστάσεις. Μια ακόμη σημαντική αλλαγή του νόμου είναι η διαμόρφωση χώρου πρασίνου και όταν ο ακάλυπτος χώρος του οικοπέδου δεν επαρκεί θα δημιουργείται στην ταράτσα αφού πρώτα λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα για την ασφαλή προσπέλαση και παραμονή των περιθαλπόμενων (Εμκε-Πουλοπούλου,1999).

Το προσωπικό (σύμφωνα με το άρθρο 13) θα πρέπει να αποτελείται από:

- Ένα διοικητικό υπεύθυνο.
- Ένα γιατρό σε μονάδες έως 100 κλίνες, που θα είναι υπεύθυνος για θέματα υγειονομικής φύσεως.
- Ένα προϊστάμενο νοσηλεύτη.
- Ένα νοσηλεύτη για κάθε 25 κλίνες.
- Ένα βοηθό νοσηλεύτη για κάθε 25 κλίνες για την κάλυψη του απογευματινού ωραρίου απασχόλησης.
- Ένα βοηθό νοσηλευτικού προσωπικού για κάθε 30 κλίνες για την κάλυψη του νυχτερινού ωραρίου εργασίας.
- Ένα φυσιοθεραπευτή για κάθε 50 κλίνες.
- Ένα κοινωνικό λειτουργό για κάθε 100 κλίνες.
- Ένα ψυχολόγο για κάθε 100 κλίνες.
- Ένα εργοθεραπευτή για κάθε 100 κλίνες.
- Βοηθητικό προσωπικό: ένα μάγειρα, ένα βοηθό μάγειρα, καθαρίστρια για κάθε 20 κλίνες.
- Ένα θυρωρό για μονάδες πάνω από 100 κλίνες.<sup>3</sup>

Παρότι το φαινόμενο της αύξησης των παράνομων οίκων ευγηρίας τείνει να καταστέλλεται, ένα νέο φαινόμενο ανακύπτει τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας και αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού. Η οικονομική κρίση καθιστά αδύνατη, από την πλευρά των οικογενειών, την καταβολή του ποσού περίθαλψης των ηλικιωμένων συγγενών τους, γεγονός που οδηγεί στην εκκένωση κλινών από τους οίκους ευγηρίας και την περίθαλψη των ηλικιωμένων στο σπίτι. Στην Ελλάδα, λειτουργούν περίπου 100 ιδιωτικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και 100 μονάδες που λειτουργούν Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (κυρίως της Εκκλησίας ή κληροδοτημάτων). Η συνολική δυναμικότητά τους φτάνει τα 15.000 άτομα και πριν από την κρίση, η πληρότητα των

---

<sup>3</sup> Υπ. Απ. 3176 (ΦΕΚ 455/11.9.1996, τ. 'Β) τίτλο «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από ιδιώτες κερδοσκοπικού χαρακτήρα»

μονάδων αυτών έφτανε το 100%, με ολοένα αυξανόμενη πίεση για αύξηση των θέσεων ενώ το 2013 η πληρότητα δεν ξεπερνά το 80%. Ο πρόεδρος της Πανελλήνιας Ένωσης Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Π.Ε.Μ.Φ.Η.), κ.Στέλιος Προσαλίκας αναφέρει ότι «κάποτε ο αριθμός των μονάδων θεωρούνταν μικρός σε σχέση με τις απαιτήσεις της χώρας. Σήμερα υπάρχουν άδειες θέσεις σχεδόν σε όλα τα γηροκομεία» επειδή «...πολλοί αποφασίζουν να πάρουν τους ηλικιωμένους στο σπίτι προκειμένου να επωφεληθούν από την σύνταξη τους και να τα βγάλουν πέρα» ([http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_2\\_18/08/2013\\_530375](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_18/08/2013_530375)). Προκύπτει λοιπόν, ο προβληματισμός αν η οικογένεια και οι υπηρεσίες που λειτουργούν στην κοινότητα θα είναι επαρκείς στην περίθαλψη των ηλικιωμένων με χρόνιες παθήσεις.

#### **3.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κλειστής περίθαλψης των ηλικιωμένων**

Ορισμένα πλεονεκτήματα της κλειστής περίθαλψης των ηλικιωμένων είναι η ασφάλεια, η παροχή στέγασης, τροφής, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η παροχή ευκαιριών ψυχαγωγικού χαρακτήρα και η καλλιέργεια κοινωνικών επαφών μεταξύ των ατόμων που διαμένουν στο ίδρυμα (Σταθόπουλος,1999).

Παρέχει την ασφάλεια και την φροντίδα σε άτομα που έχει εκπέσει η ικανότητα τους για αυτονομία και αποτελεί σωτήρια λύση για άτομα που δεν έχουν παιδιά ή συγγενείς και για εκείνους που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να έχουν την φροντίδα της οικογένειας, είτε για ανήμπορους ηλικιωμένους. Στις περιπτώσεις ηλικιωμένων με χρόνιες παθήσεις, οι προσφερόμενες νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες από εξειδικευμένο προσωπικό (νοσηλευτές, θεράποντες ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι) καθ' όλη την διάρκεια του 24ώρου είναι ιδιαίτερα σημαντικές, αφενός γιατί η κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων παρακολουθείται διαρκώς και υπάρχει άμεση ανταπόκριση στις ιδιαίτερες ανάγκες τους και αφετέρου παρέχεται εξειδικευμένη φροντίδα, που η οικογένεια αδυνατεί να προσφέρει στο σπίτι.

Στον αντίποδα βρίσκονται τα πολλά μειονεκτήματα που χαρακτηρίζουν την ιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με την Έμκε-Πουλοπούλου (1999), η ιδρυματοποίηση φανερώνει περιορισμούς στην ανεξαρτησία των ενοίκων του. Οι κανονισμοί περιορίζουν την ατομική ελευθερία και προϋποθέτουν αλλαγή στις συνήθειες και τον τρόπο ζωής. Ο χώρος για τα προσωπικά αντικείμενα και τα έπιπλα του

ηλικιωμένου είναι περιορισμένος και η απαγόρευση συγκατοίκησης με τα αγαπημένα ζώα ενισχύει ακόμη περισσότερο τον περιοριστικό χαρακτήρα των ιδρυμάτων.

Στα μειονεκτήματα συγκαταλέγεται επίσης, η άποψη ότι ο ιδρυματισμός επιφέρει κάθετη πτώση στη σωματική και πνευματική υγεία των ηλικιωμένων. Για παράδειγμα, η συγκατοίκηση ασθενών με άνοια που συχνά διατηρούν ικανοποιητική κινητικότητα, με ασθενείς που έχουν πνευματική διαύγεια αλλά δεν μπορούν να μετακινηθούν, χειροτερεύει την κατάσταση των δεύτερων. Οι βασικές ελλείψεις στις κτιριακές υποδομές σε ορισμένα γηροκομεία όπως κακή διαρρύθμιση των χώρων, περιορισμένοι χώροι υγιεινής συμπληρώνουν το αρνητικό τοπίο. Το προσωπικό τις περισσότερες φορές είναι ανεπαρκές, κουρασμένο ή μη κατάλληλα εκπαιδευμένο και δεν μπορεί να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις που παρουσιάζονται (Έμκε-Πουλοπούλου,1999).

### **3.5 Αιτίες εισόδου σε γηροκομείο**

Η είσοδος ενός ηλικιωμένου ατόμου σε γηροκομείο προϋποθέτει την ύπαρξη μιας σοβαρής αιτίας που καθιστά την εισαγωγή ως καλύτερη δυνατή επιλογή. Ως σοβαρή αιτία παρουσιάζεται η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το ηλικιωμένο άτομο. Σημαντικό ρόλο κατέχει η οικογενειακή κατάσταση, η απώλεια της αυτονομίας που απαιτεί φροντίδα και οι οικονομικοί λόγοι.

Σύμφωνα με τον Howell (αναφέρεται στον Δοντά,1981), η συνήθης αιτιολογία που προβάλλεται από την οικογένεια ή τον ηλικιωμένο που επιζητεί ιδρυματική εγκατάσταση εντάσσεται στις εξής κατηγορίες:

Οι *οικογενειακές δυσχέρειες* θεωρούνται το συνηθέστερο πρόβλημα και αποτελούν πάντοτε την βάση, στην οποία αναπτύσσονται οι υπόλοιπες δυσκολίες. Ειδικότερα, ο πλησιέστερος συγγενής είναι άρρωστος ή δεν μπορεί να απουσιάζει συνεχώς από την εργασία του. Ακόμη, η ύπαρξη σωματικής αναπηρίας αυξάνει την δυσκολία και διαταράσσει την ομαλή οικογενειακή ζωή σε βαθμό που η οικογένεια δεν είναι διατεθειμένη ή δεν επιθυμεί να περιθάλψει τον ηλικιωμένο. Τέτοιες περιπτώσεις συναντώνται συχνά σε οικογένειες με άτομα κατάκοιτα ή με σοβαρή αδυναμία κινήσεως, ιδίως όταν ο μόνος συγκατοίκος (π.χ.ο/η σύζυγος) είναι εξίσου ηλικιωμένος ή άρρωστος.

Μια ακόμη αιτία είναι η *μοναξιά*. Στους ηλικιωμένους το κοινωνικό δίκτυο (οικογένεια, στενοί φίλοι) περιορίζεται, αλλά δεν εξαφανίζεται. Ωστόσο, η δυσκολία δημιουργίας νέων φίλων και η απώλεια μελών του κοινωνικού δικτύου στη μεγάλη ηλικία, προκαλεί θλίψη και δυσκολία αναπλήρωσης του κενού, οδηγώντας τα άτομα σε

μοναχική ζωή (Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999). Έχει παρατηρηθεί ότι η πνευματική έκπτωση παρουσιάζεται πολύ γρηγορότερα σε άτομα που έχουν περιορισμένες κοινωνικές συναναστροφές. Ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα, συχνά εγκαταλείπουν τον εαυτό τους και ορισμένα ζουν σε κατάσταση ακαθαρσίας.

Η **κατάσταση της υγείας** του ηλικιωμένου συγκαταλέγεται στην τρίτη κατά σειρά αιτία εισαγωγής. Τα προβλήματα υγείας παρουσιάζονται στα γηρατεία σταδιακά, με συνεχή επιδείνωση όσο αυξάνεται η ηλικία, μέχρι να καταστήσουν τον ηλικιωμένο πλήρως αδύναμο ως προς την αυτοεξυπηρέτηση σε θέματα βασικών αναγκών (Carlson και Buskist, 1997, αναφέρεται στην Ghazaleh,2012:60). Τα τελευταία χρόνια επίσης, σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων παρουσιάζουν χρόνια προβλήματα όπως η άνοια, που χρήζουν αντιμετώπισης σε εικοσιτετράωρη βάση και με συνεχή παρακολούθηση από ειδικούς φροντιστές (Matcha,2000, αναφέρεται στην Ghazaleh, 2012:60). Αναντίρρητα, οι νευροψυχικές διαταραχές και η ύπαρξη αναπηρίας στα ηλικιωμένα άτομα προκαλούν σύγχυση στην οικογένεια και αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την παραμονή του ατόμου στο οικείο περιβάλλον του.

Τελευταία αλλά εξίσου σημαντική αιτία είναι η **οικονομική δυσκολία**. Αναμφίβολα η οικονομική δυσχέρεια σε συνδυασμό με τα προβλήματα υγείας αποτελούν δυσβάσταχτο βάρος τόσο για τον ηλικιωμένο όσο και για την οικογένεια του. Το κόστος της παραμονής του στο σπίτι είναι υψηλό και περιλαμβάνει εκτός από τις αμειβόμενες υπηρεσίες, εκείνες που προσφέρονται από την οικογένεια και τις εξωτερικές κοινοτικές υπηρεσίες. Οι οικονομικές δυσχέρειες γίνονται ιδιαίτερα αισθητές και σε άτομα που στηρίζονται μόνο σε σύνταξη και αδυνατούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά στις ανάγκες τους και τη συντήρηση του σπιτιού είτε ζουν σε ιδιόκτητη είτε σε ενοικιαζόμενη κατοικία (Howell, 1970, αναφέρεται στον Δοντά, 1981).

Ο Κοτσαμάνης (1996) αναφέρει ότι ο πληθυσμός των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης έχει παρατηρηθεί ότι αποτελείται κυρίως από τρεις κατηγορίες ηλικιωμένων:

- ✓ Άτομα που οικειοθελώς επέλεξαν το γηροκομείο ως χώρο μόνιμης διαμονής, καθώς αναζητούσαν την ασφάλεια και τη συντροφικότητα που τους προσφέρει η αναγκαστική συγκατοίκηση με άλλους ανθρώπους κάτω από την επίβλεψη ενός εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- ✓ Άτομα που αναγκάστηκαν να καταφύγουν στο γηροκομείο καθώς δεν μπορούσαν να αυτοσυντηρηθούν λόγω οικονομικών και άλλων δυσχερειών ενώ τα παιδιά τους δεν αποδέχονταν την ευθύνη της φροντίδας τους ή δεν υπήρχαν άλλα συγγενικά πρόσωπα που θα την αναλάμβαναν

- ✓ Άτομα που λόγω προβλημάτων υγείας είχαν ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Φροντίδα που είτε τα ηλικιωμένα άτομα δεν επιθυμούν να εναποθέσουν σε στενά συγγενικά τους πρόσωπα, είτε τα πρόσωπα αυτά ένιωθαν ανεπαρκή για την παροχή τους.

Η Έμκε-Πουλοπούλου (1999) αναφέρει ορισμένα συνήθη χαρακτηριστικά που συναντώνται σε τροφίμους γηροκομείων:

- ο Οι περισσότεροι τρόφιμοι ιδρυμάτων είναι υπερήλικες και το ποσοστό ιδρυματοποίησης αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας
- ο οι περισσότεροι είναι άγαμοι ή χήροι χωρίς παιδιά
- ο η πλειοψηφία των τροφίμων είναι γυναίκες
- ο και τέλος, άτομα που πάσχουν από βαριές και ανίατες ασθένειες.

Στην Ελλάδα υποστηρίζεται ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων ζει στα σπίτια τους με την οικογένεια τους ή μόνοι. «Σε σύγκριση με άλλες χώρες εξακολουθεί να διατηρεί τις στενές οικογενειακές σχέσεις με αποτέλεσμα το ποσοστό των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα να είναι μικρότερο εκείνου που ζει μαζί ή κοντά σε συγγενικά πρόσωπα (συνήθως α' βαθμού συγγένειας)» (Κοτσαμάνης, 1996:539). Ωστόσο, μια χρόνια πάθηση καταστρέφει την ικανότητα του ηλικιωμένου ασθενούς να ζήσει ανεξάρτητη ζωή μέσα στην οικογένεια, όταν αυτή υπάρχει» (Έμκε-Πουλοπούλου, 1999). Η περίθαλψη ενός ηλικιωμένου στον οικείο χώρο του πολλές φορές δεν είναι κατάλληλη και «η έλλειψη ειδικών μονάδων παροχής εξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών και η ανεπαρκής κοινωνική πολιτική έχουν οδηγήσει μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων να αναζητήσουν καταφύγιο στα κέντρα κλειστής περίθαλψης της χώρας» (Κοτσαμάνης, 1996:537). Αξίζει να σημειωθεί ακόμη, ότι ο μοντέρνος τρόπος ζωής, που παρουσιάζεται στα πλαίσια της σύγχρονης πυρηνικής οικογένειας, δεν προβλέπει την ύπαρξη ηλικιωμένων ατόμων στα πλαίσια της, καθώς τα ενήλικα μέλη εργάζονται, κάτι που δεν τους επιτρέπει να φροντίζουν τον ηλικιωμένο.



### 3.6 Επιπτώσεις από την είσοδο σε γηροκομείο

Η αιτία εισαγωγής του ηλικιωμένου στο γηροκομείο σε εξάρτηση με το αίσθημα του αποχωρισμού από τα αγαπημένα του πρόσωπα και τον ιδιωτικό του χώρο, αποτελούν ορισμένους από τους παράγοντες που αποδεικνύονται αρκετά στρεσογόνοι κατά την εισαγωγή του. Υπό την πίεση των περιστάσεων αναγκάζονται να εγκατασταθούν σε ίδρυμα και συναντούν δυσκολίες προσαρμογής στο νέο περιβάλλον. Πρωταρχικά, υποχρεούνται να εγκαταλείψουν τις συνήθειες που έχουν και τις δραστηριότητες που ασκούσαν στο παρελθόν και να προσαρμοστούν σε ένα εντελώς καινούργιο τρόπο ζωής. Παράλληλα, αποκόπτονται σταδιακά από τους δεσμούς που διατηρούσαν στην προηγούμενη κοινωνική ζωή τους (Εμκε-Πουλοπούλου,1999). «Σε παραδοσιακές κοινωνίες, όπως η Ελλάδα, αυτή η αποκοπή έχει αρνητικές και επίπονες συνέπειες για τους ηλικιωμένους» (Argvaniti et al., 2005, αναφέρεται στην Ghazaleh, 2012). Μετά από πολλά χρόνια ζωής ως αναπόσπαστο μέλος της οικογένειας ο ηλικιωμένος δοκιμάζει τον πόνο του αποχωρισμού κατά την ιδρυματοποίηση του. Κοντά σε αυτό το άγχος υπάρχει ο φόβος του τι θα αντιμετωπίσει στο ίδρυμα. Πλανάται το ερώτημα, αν θα είναι ένας χώρος για να ζήσει ή ένα μέρος για να πεθάνει. Ο ηλικιωμένος αναρωτιέται αν θα αντέξει να περάσει τα τελευταία χρόνια ανάμεσα σε ξένους, μέσα σε ένα μη οικείο χώρο (Κανστενμπάουμ,1998).

Ο Κανστενμπάουμ (1998) αναφέρει ότι το ίδιο μέρος μπορεί να αποτελεί ολότελα διαφορετική εμπειρία για διαφορετικούς ανθρώπους, ανάλογα με το υπόβαθρο, τις ανάγκες και την ικανότητα προσαρμογής τους. Οι αιτίες που οδηγούν στην εισαγωγή ενός ηλικιωμένου στο γηροκομείο παίζουν σημαντικό ρόλο και χαρακτηρίζουν τον βαθμό ικανοποίησης του και την προσαρμογή του σε αυτό. «Άλλοι θεωρούν ότι είναι ασφαλείς, δηλώνουν ευχαριστημένοι και εκφράζουν ευγνωμοσύνη ενώ άλλοι θεωρούν ότι είναι φυλακισμένοι, αισθάνονται καταπιεσμένοι από τις συνθήκες διαβίωσης τους» (Εμκε-Πουλοπούλου,1999:450).

Μπορούμε να ομαδοποιήσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι στα πλαίσια του γηροκομείου στις εξής κατηγορίες:

#### ✓ *Το άγχος για το άγνωστο*

Η προσαρμογή στην ιδέα της εισαγωγής σε ίδρυμα μπορεί να προκαλέσει φόβο και βαθύ άγχος. Συνολικά, οι συνθήκες που ακολουθούν τη μετακίνηση του ηλικιωμένου στο γηροκομείο χαρακτηρίζονται από καινούργια γεγονότα, καταστάσεις, πράγματα και ανθρώπους. «Το άτομο που εισέρχεται για πρώτη φορά σε ίδρυμα, νιώθει το άγχος και το

φόβο του να κορυφώνονται , ακόμη κι αν έχει πάρει την απόφαση να συμπεριφερθεί καλά και να αποφύγει τις σκηνές. Αργότερα, παρά τις καλές προθέσεις του, μπορεί να αρχίσει να κλαίει στα κρυφά, να κοιτάει με βλέμμα απλανές τον τοίχο και να χάνει την όρεξη του» (Κανστενμπάουμ,1998).

Οι πρώτες ημέρες της ζωής σε ένα γηροκομείο είναι κρίσιμες. «Το άγχος για την απομάκρυνση του από το οικείο του περιβάλλον και ο φόβος για το τι τον περιμένει, μπορεί να εντείνουν τα ήδη υπάρχοντα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα» (Engle & Graney,1993, αναφέρεται στον Κανστενμπάουμ,1998). Είναι μια περίοδος που το νέο περιβάλλον θα πρέπει να τον αντιμετωπίσει με ιδιαίτερη φροντίδα και κατανόηση. «Ο ηλικιωμένος έχει έντονη την αίσθηση αποκοπής από την προηγούμενη ζωή του και το αίσθημα ότι δεν υπάρχει δρόμος επιστροφής είναι οξύ και δικαιολογημένο» (Κανστενμπάουμ,1998).

#### ✓ *Απώλεια ταυτότητας*

Η προηγούμενη ταυτότητα του ηλικιωμένου, που φιλοξενείται τώρα στο γηροκομείο αντικαθίσταται από έναν αριθμό ή βαθμό (π.χ. αντί για το όνομα και επίθετο τώρα είναι ο κάτοικος του δωματίου 15). Το καθημερινό πρόγραμμα σχεδιάζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του ιδρύματος και όχι του ατόμου. Η ιδιωτική ζωή και η ανάπτυξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων δεν ενθαρρύνονται. Αντίθετα, καλλιεργούνται η ομαδική συμπεριφορά και η υπακοή. Στην ουσία το ίδιο το σύστημα λειτουργίας των ιδρυμάτων αυτών, πέρα από τις επιδιώξεις του προσωπικού για την ευημερία των ηλικιωμένων, οδηγεί πολλές φορές στην απώλεια της ατομικής ταυτότητας μέσα από την ομοιόμορφη διαμόρφωση του τρόπου ζωής των τροφίμων για τις ανάγκες του ιδρύματος. Ένας πιθανός τρόπος αποφυγής της απώλειας αυτής είναι η περισσότερο προσωπική επικοινωνία των φροντιστών με τους ηλικιωμένους και η παροχή δυνατοτήτων προσωπικής ανάπτυξης των ηλικιωμένων (π.χ.ύπαρξη βιβλιοθηκών, εργαστηρίων, ειδικών δραστηριοτήτων κλπ.).

#### ✓ *Η μοναξιά*

Ο ηλικιωμένος ενώ, αρχικά εντάσσεται σε μια ομάδα ηλικιωμένων στο γηροκομείο και κάνει προσπάθειες κοινωνικοποίησης, αργότερα νιώθει μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και ανία και αυτό συμβαίνει συνήθως στην περίπτωση μεγάλων οίκων ευγηρίας, που σε αντίθεση με τους μικρούς οίκους ευγηρίας δεν προσφέρουν στον ηλικιωμένο τη δυνατότητα να νιώθει περισσότερο οικεία στο περιβάλλον του ιδρύματος (Κανστενμπάουμ,1998). Ακόμη, πολλοί ηλικιωμένοι μετά από μια μακρά περίοδο ιδρυματοποίησης βιώνουν μια δεύτερη μοναξιά, αυτή της οικογενειακής απομόνωσης.

«Συχνά, με την επιβάρυνση της κατάστασης κάθε μακροχρόνια πάσχοντος ηλικιωμένου ατόμου οι επισκέψεις των συγγενών ελαττώνονται και σε ορισμένες περιπτώσεις είναι σπάνιες όταν τα ιδρύματα βρίσκονται έξω από τις πόλεις. Η προοδευτική εγκατάλειψη ανθρώπων που έχουν ακόμα καλή επικοινωνία με το περιβάλλον ωθεί τον ηλικιωμένο σε εσωστρεφισμό και κατάθλιψη» (Εμκε-Πουλοπούλου,1999:450).

#### ✓ *Η κατάθλιψη*

Η ίδια η προοπτική της ζωής σε ίδρυμα μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Έχει παρατηρηθεί ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι φανερά τόσο στους ηλικιωμένους που ζουν ήδη για κάποιο χρονικό διάστημα σε γηροκομείο όσο και σε εκείνους που βρίσκονται σε αναμονή για την εισαγωγή τους σε αυτό (Κανστενμπάουμ,1998). Κοινά χαρακτηριστικά και των δύο κατηγοριών είναι «η τάση για απάθεια, παθητική αποδοχή της κατάστασης, αρνητικά συναισθήματα για τα επιτεύγματα τους καθώς και τάσεις αυτοκριτικής, κατάθλιψης, πικρίας ή οξυθυμίας» (Κανστενμπάουμ,1998). Κατά την εισαγωγή στο γηροκομείο, οι ηλικιωμένοι αναγκάζονται να προσαρμοστούν σε έναν «κόσμο γεμάτο αρρώστιες και θάνατο». Ένας ηλικιωμένος γεμάτος ζωντάνια μπορεί να νιώσει κατάθλιψη ακόμη και όταν η προσαρμογή του στο ίδρυμα είναι επιτυχημένη. «Η προσαρμογή αυτή είναι προσαρμογή σε προκαθορισμένα πλαίσια. Πρόκειται ουσιαστικά για ταύτιση με τον ασθενικό και ανήμπορο ηλικιωμένο, για την αποδοχή του επερχόμενου θανάτου» (Engle & Graney,1993, αναφέρεται στον Κανστενμπάουμ,1998). Το άτομο που δε δείχνει να προσαρμόζεται στην ιδρυματική ζωή μπορεί τουλάχιστον να προκαλέσει την προσοχή με τη μη προσαρμοστικότητα του.

Επεκτείνοντας την σκέψη μας θα λέγαμε ότι η ιδρυματοποίηση επηρεάζει επίσης την οικογένεια του ηλικιωμένου καθώς και ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο. Όσον αφορά την οικογένεια, η απόφαση να εισαχθεί ο ηλικιωμένος στο γηροκομείο πιθανόν αποτελεί μοναδική λύση, χωρίς αυτό να σημαίνει πως απαλλάσσει την οικογένεια από τις ενοχές και τον ηλικιωμένο από ένα αίσθημα εγκατάλειψης (Κανστενμπάουμ,1998). Ωστόσο, η άποψη αυτή μπορεί να μην αποτελεί αντικειμενική αλήθεια αν ληφθεί υπόψη, ότι μια χρόνια κατάσταση αποσταθεροποιεί την οικογενειακή ζωή είτε οικονομικά είτε ψυχολογικά. Ενδεχομένως, η οικογένεια έχει καταβάλει μέγιστη προσπάθεια να βοηθήσει το ηλικιωμένο μέλος της και εκείνο αντίστοιχα να θεωρεί τον εαυτό του «βάρος» (Κανστενμπάουμ,1998). Ανεξάρτητα από αυτά, τα συναισθήματα παραμένουν και ενισχύονται από το γεγονός ότι στην χώρα μας, η είσοδος ενός ηλικιωμένου σε γηροκομείο ανέκαθεν, αποτελούσε μια μη κοινωνικά αποδεκτή λύση και ένα στοιχείο αρνητικής αξιολόγησης της οικογένειας που προσφεύγει σε τέτοιες ενέργειες, έστω κι αν

εξαναγκάζεται (Κουκούλη,2005). Όσον αφορά την κοινωνία, με τον τρόπο αυτό δεν μεταβιβάζεται το μήνυμα της κοινωνικής αλληλεγγύης. Η αυξανόμενη δημιουργία ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους και η αυξανόμενη ζήτηση οδηγεί στο συμπέρασμα πως ολοένα και περισσότερες οικογένειες δεν είναι διαθέσιμες, δεν έχουν την δυνατότητα ή δεν επιθυμούν να παρέχουν περίθαλψη σε ηλικιωμένους (Εμκε-Πουλοπούλου,1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα

#### Εισαγωγή

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

Η συνταξιοδότηση των ηλικιωμένων μέχρι πριν λίγα χρόνια, τους πρόσφερε ανεξαρτησία έναντι τουλάχιστον των μελών της οικογένειας τους. Πολλές φορές όμως παρατηρείται ηλικιωμένοι να απέχουν από ένα συνηθισμένο επίπεδο διαβίωσης ή διαβιούν σε κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού, είτε διότι η σύνταξη τους είναι ανεπαρκής είτε διότι η οικογένεια τους και η κρατική μέριμνα αδιαφορούν ή αδυνατούν να στρέψουν την προσοχή τους προς την πληθυσμιακή ομάδα αυτή. Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύεται η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων όπως διαμορφώνεται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια. Οι αλλαγές που βιώνει αυτή η ηλικιακή ομάδα είναι ραγδαίες καθώς αλλάζουν όλα. Οι παροχές κοινωνικής ασφάλισης και οι συντάξεις διαμορφώνονται καθημερινά με νέα δεδομένα θέτοντας την τρίτη ηλικία σε κίνδυνο αφού πολλοί δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα κάλυψης των αναγκών τους.

#### 4.1 Φορείς κοινωνικής ασφάλισης

Ο ρόλος του Δημοσίου τομέα στην Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, πιστοποιείται μέσω της ύπαρξης των ασφαλιστικών ταμείων και τα οποία καλύπτουν σε ιατρικό επίπεδο και κόστος (στο βαθμό που επιτρέπεται και είναι εφικτό) τους ασφαλισμένους σε αυτά.

*«Η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α) υπάγεται στο Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και σήμερα εποπτεύει 13 ασφαλιστικούς Φορείς που καλύπτουν το σύνολο σχεδόν όλου του πληθυσμού της*

Χώρας, μεταξύ των οποίων 5 Κύριας Ασφάλισης, 5 επικουρικής Ασφάλισης, 2 Πρόνοιας και 1 Φορέα με κλάδους Επικουρικής ασφάλισης, Ασθένειας και Πρόνοιας» (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ). **Η διοικητική οργάνωση των κοινωνικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα απαρτίζεται από 4 φορείς:** (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ).

#### 1. Οι φορείς ασφάλισης των μισθωτών

Από τα βασικότερα ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα είναι το **Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)**, που είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας. Διαθέτει 331 μονάδες Ασφάλισης και 364 μονάδες Υγείας. Παρέχει περίθαλψη σε 5.550.000 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους και συνταξιοδοτεί 845.000 συνταξιούχους . Το ΙΚΑ, μέσω του Τομέα Υγείας, στις δικές του μονάδες Υγείας (Νομαρχιακές μονάδες, τοπικές μονάδες κλπ) παρέχει Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη στους ασφαλισμένους του. «Το ΙΚΑ παρέχει συντάξεις στους εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα. Καλύπτει επίσης τους εργαζόμενους σε βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα, τους οικοδόμους, το προσωπικό των ΟΤΑ, αλλά και ειδικές κατηγορίες ασφαλισμένων» (Σολωμός, 2006).

«Η περιουσία του ασφαλιστικού φορέα είναι τόσο μεγάλη που συγκαταλέγεται στη δεύτερη θέση στον κατάλογο των ταμείων με το μεγαλύτερο αποθεματικό. Πιο συγκεκριμένα η περιουσία του αγγίζει τα 365 δισεκατομμύρια δραχμές, με ακίνητα που η αξία τους αγγίζει τα 101 δισεκατομμύρια δραχμές και μεγάλα έσοδα που προέρχονται από καταθέσεις και χρεόγραφα» (Νεκτάριος, 1996).

#### 2. Οι φορείς ασφάλισης των αγροτών

Η ασφαλιστική προστασία των αγροτών αποτελεί έναν από τους κύριους άξονες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης λόγω της ιδιαίτερης ανάπτυξης του πρωτογενούς τομέα στη χώρα μας και της αυξημένης συμβολής των αγροτών στην οικονομία της Ελλάδας. Οι αγρότες καλύπτονται από έναν αυτοτελή ασφαλιστικό φορέα, τον **Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)**, που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου.

Ο ΟΓΑ ιδρύθηκε το 1961 με το Ν.4169/61, επιδιώκοντας την κάλυψη συγκεκριμένων ασφαλιστικών κινδύνων για τα άτομα που απασχολούνται προσωπικά και κατά κύριο επάγγελμα με την αγροτική οικονομία. Ο Οργανισμός καλύπτει επίσης ειδικές κατηγορίες αγροτών καθώς και πρόσωπα που εξομοιώνονται με αγρότες ως προς την ασφαλιστική τους προστασία.

Το νέο ασφαλιστικό καθεστώς των αγροτών επιτρέπει την ολοκληρωμένη κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού μέσω ενός σύγχρονου συστήματος προστασίας που θα εξασφαλίσει μεσοπρόθεσμα τη σύγκλιση του επιπέδου των παροχών τους με τις αντίστοιχες των μισθωτών. Το σύστημα στηρίζεται πλέον σε καθιερωμένες αρχές της κοινωνικής ασφάλισης (αναδιανομή, ανταποδοτικότητα) και ενισχύεται από την πρόβλεψη της συμμετοχής του κράτους στη χρηματοδότησή του.

### 3. Οι φορείς ασφάλισης των ελεύθερων και ανεξάρτητων επαγγελματιών

Το δεύτερο μεγαλύτερο Ασφαλιστικό Ταμείο είναι ο **Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.)** που καλύπτει συνολικά περί τους 1.800.000 πολίτες, άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους και συνταξιούχους. Ο Ο.Α.Ε.Ε. συστάθηκε την 01/01/2007 και προήλθε από την ενοποίηση των καταργηθέντων Ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Στον Ο.Α.Ε.Ε. ασφαλίζονται οι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες, βιοτέχνες, έμποροι και αυτοκινητιστές.

«Μαζί με την εφαρμογή του νέου νόμου, συστάθηκε και ένα επικουρικό ταμείο για τους ελεύθερους επαγγελματίες με σκοπό να παρέχει μηνιαία επικουρική σύνταξη λόγω γήρατος, αναπηρίας και θανάτου στους άμεσα ασφαλισμένους και στα μέλη των οικογενειών τους. Σε ό,τι αφορά την σύνταξη από τον συγκεκριμένο Ασφαλιστικό φορέα, εκτός της παροχής ιατρικής περίθαλψης προς όλους τους ασφαλισμένους, ισχύουν οι ίδιες παροχές που ίσχυαν στα προηγούμενα ταμεία που υπήρχαν και που στη συνέχεια συγχωνεύτηκαν. Ο ασφαλισμένος του ΟΑΕΕ μπορεί να επιλέξει μεταξύ των διατάξεων του νέου φορέα και τις διατάξεις του ταμείου από το οποίο έχει προέλθει (ΤΕΒΕ-ΤΑΕ-ΤΣΑ), σχετικά με τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης και τον υπολογισμό του ποσού της σύνταξης» (Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 1998)

### 4. Οι φορείς ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων

Η ασφάλιση των δημοσίων υπαλλήλων καλύπτεται από φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και το Υπουργείο Οικονομικών. Φορέας κύριας ασφάλισης είναι το Δημόσιο, που καλύπτει τους ασφαλισμένους δημοσίους υπαλλήλους μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Οι φορείς επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης διαφοροποιούνται ανάλογα με τις κατηγορίες των ασφαλισμένων. Οι φορείς αυτοί χορηγούν επικουρικές συντάξεις και εφάπαξ βοηθήματα στα άτομα που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής τους

«Επιπλέον, υπάρχουν αρκετά ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα όπως:

- Το Κεφάλαιο Επικουρικής Αποζημίωσης της Ένωσης Ελεγκτών Εναέριας Κυκλοφορίας Ελλάδος (ΚΕΑ-ΕΕΕΚΕ)
- Ο ΕΔΟΕΑΠ που είναι ο Ασφαλιστικός Οργανισμός των Δημοσιογράφων και των Διοικητικών Υπαλλήλων που εργάζονται στον Ημερήσιο Τύπο την Τηλεόραση και το Ραδιόφωνο.
- Το Μετοχικό Ταμείο Πολιτικών Υπαλλήλων (Μ.Τ.Π.Υ.), το οποίο είναι από τα πρώτα ασφαλιστικά Ιδρύματα της χώρας.
- Ο Οργανισμός Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ (ΟΑΠ ΔΕΗ)
- Το Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών (Τ.Σ.Α.Υ)
- Το Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε)
- Το Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.)
- Το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού ΟΣΕ - ΕΛΤΑ - ΟΤΕ (ΤΑΠ-ΟΤΕ)
- Το Ταμείο Αλληλοβοήθειας Προσωπικού Γενικής Τράπεζας της Ελλάδας (ΤΑΠΓΤΕ)

Αναφορικά με τις παροχές στο σύστημα υγείας ο *Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)* είναι ένα νέο Νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου το οποίο συνεστήθη με τον νόμο ΦΕΚ ΤΕΥΧΟΣ Β ΑΡ.ΦΥΛΛΟΥ 2456/2011, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού είναι η 1η Ιανουαρίου 2012.

Ο **ΕΟΠΥΥ** προήλθε από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων:

- **ΙΚΑ** (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- **ΟΓΑ** (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- **ΟΑΕΕ** (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), από 1η Ιανουαρίου 2012
- **ΟΠΑΔ** (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
- **ΤΥΔΚΥ** (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- **Οίκος Νάυτου ή ΝΑΤ**, από 1η Απριλίου 2012
- **ΤΑΥΤΕΚΩ**, από 1η Μαΐου 2012
- **ΕΤΑΑ** από 1η Νοεμβρίου 2012
- **ΕΤΑΠ-ΜΜΕ** από 1η Δεκεμβρίου

**Ενώ δεν συνενώθηκαν οι παρακάτω φορείς:**

- Στρατός Ξηράς, Ναυτικό, Αεροπορία
- Λιμενικό Σώμα
- ΤΥΠΕΤ (Εθνική Τράπεζα)



- ΑΤΕ (Αγροτική Τράπεζα)  
Οι Ιατρικές Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ, άρχισαν από την 1η Ιανουαρίου 2012 και παρέχονται δωρεάν στην Ελλάδα από 4 τομείς:
  1. Κρατικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ.
  2. Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ.
  3. Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (τέως Ιατρεία ΙΚΑ).
  4. Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ
- Μη Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί (με χρέωση ασθενούς)

«Αυτό που άλλαξε σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα **είναι και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση**. Ήδη από την πρώτη δανειακή σύμβαση της Ελλάδας (Μνημόνιο Ι) υπήρχαν σχέδια καθιέρωσης της Ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Αυτή άρχισε σταδιακά μέσα στο έτος 2011, με πιστοποίηση των Ιατρών και την ένταξη ορισμένων Ταμείων. Στις 31-12-2011 μετά από έντονες αντιπαραθέσεις του Ιατρικού σώματος και του Διοικητού του ΕΟΠΥΥ κ. Γεράσιμου Βουδούρη, υπεγράφη Κοινή Υπουργική Απόφαση με την οποία όλοι οι ιατροί της Ελλάδας - ανεξάρτητα συμβάσεως ή όχι με τον ΕΟΠΥΥ - να μπορούν να συνταγογραφούν ηλεκτρονικά τα φάρμακα στους ασθενείς τους».

«Ο όρος «Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση» ερμηνεύει την παραγωγή, διακίνηση και έλεγχο των ιατρικών συνταγών και των παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις, με τη χρήση τεχνολογίας Η/Υ και Τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών.

Στο πλήρες εύρος της, υποστηρίζει το σύνολο των διαδικασιών δημιουργίας, εκτέλεσης, διαχείρισης, ελέγχου, εκκαθάρισης και πληρωμής συνταγών φαρμάκων και ιατρικών πράξεων σε όλα τα σημεία ενδιαφέροντος (ιατρείο, κέντρο υγείας, κλινική, νοσοκομείο, φαρμακείο, διαγνωστικό εργαστήριο κτλ) και παρέχει σημαντικές δυνατότητες παρακολούθησης, έρευνας και ανάλυσης για όλους τους ενδιαφερόμενους.

#### **Στόχοι & Σκοποί του Έργου**

- Εκσυγχρονισμός του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης.
- Ταυτοποίηση και αντιμετώπιση των παραγόντων εκείνων που διασφαλίζουν την ευρεία και επιτυχή επιχειρησιακή της λειτουργία.
- Διευκόλυνση εισαγωγής και αξιοποίησης των διαδικασιών Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στην καθημερινή πρακτική.

- Επίτευξη ευνοϊκού περιβάλλοντος λειτουργίας που θα βασίζεται στη διαφάνεια και την ευρεία αποδοχή και συμμετοχή των εμπλεκομένων στις σχετικές διαδικασίες.
- Ανάδειξη και αξιοποίηση των υφιστάμενων ή εν εξελίξει συναφών δράσεων» (Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση).

#### 4.2 Παροχές κοινωνικής ασφάλισης

Οι ασφαλιστικοί φορείς ανάλογα με τους κινδύνους που καλύπτουν, περιλαμβάνουν ασφαλιστικές παροχές:

- **Κύριας ασφάλισης** (παροχές κύριας σύνταξης).

Το ύψος της κύριας σύνταξης καθορίζεται με βάση το μισθό, τη διάρκεια ασφάλισης και τα οικογενειακά βάρη του εργαζόμενου. Υπάρχει ένα ανώτατο και κατώτατο όριο.

- **Επικουρικής ασφάλισης** (παροχές επικουρικής σύνταξης).

Η επικουρική σύνταξη είναι μία πρόσθετη μορφή ασφάλισης η οποία αποσκοπεί στην αναπλήρωση του εισοδήματος επειδή η κύρια σύνταξη κρίνεται ανεπαρκής. Κατά κανόνα η επικουρική ασφάλιση καλύπτει κενά προστασίας της κύριας ασφάλισης. Η επικουρική ασφάλιση χρηματοδοτείται από τους εργαζόμενους και αναπληρώνει κατά 20% το εισόδημα, ενώ το 60% καλύπτεται από την κύρια σύνταξη.

- **Ασθενείας** (παροχές ασθένειας και μητρότητας).

Αυτός ο τύπος ασφάλειας καλύπτει τις δαπάνες σε περίπτωση ασθένειας του ασφαλισμένου ή μελών της οικογένειάς του. Πρόσθετα, ο ασφαλισμένος λαμβάνει ένα επιπλέον χρηματικό ποσό το οποίο αντικαθιστά το εισόδημα του για όσο καιρό κρίνεται ανίκανος να εργαστεί από τις αρμόδιες επιτροπές. Το κάθε ασφαλιστικό ταμείο έχει διαφορετικές ρυθμίσεις σχετικά με τις προϋποθέσεις και το ύψος των παροχών ασθενείας. Η ασφάλιση της μητρότητας καλύπτει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και τη μαιευτική φροντίδα μετά τον τοκετό. Επιπλέον, προβλέπεται επίδομα μητρότητας που αντικαθιστά το εισόδημα μέχρις ότου η εργαζόμενη επιστρέψει στην εργασία της.

### 4.3 Συντάξεις

Ο οικονομικός παράγοντας αποτελεί σημαντικό μοχλό στη ζωή του κάθε ατόμου. Το χρήμα είναι το αντίτιμο/μέσο για την κάλυψη των ανθρώπινων αναγκών, αρχίζοντας από τις ανάγκες επιβίωσης μέχρι και των αναγκών αυτοπραγμάτωσης, των πνευματικών κ.α. Η σημαντικότητα του είναι ακόμη μεγαλύτερη για τα άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία, ενώ διατηρούσαν μια σχετική οικονομική ανεξαρτησία μέσω της εργασίας τους, μεταπίπτουν στο επίπεδο της εξάρτησης σχετικά με την οικονομική τους κατάσταση από το κράτος και το γύρω κοινωνικό τους περιβάλλον.

Τα ευρήματα σχετικά με την σημαντικότητα του οικονομικού παράγοντα στη ζωή των ηλικιωμένων είναι πολύ ενδιαφέροντα καθώς η επίδραση του είναι καιρική και δρα αλληλοεμπλεκόμενος με όλους του τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, δηλαδή τον συναισθηματικό τομέα αλλά και τον κοινωνικό τομέα ζωής. Σχετικά με την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων πρέπει πρώτα να μελετηθούν οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι των ηλικιωμένων, και ειδικότερα ποιοι είναι αυτοί και κατά πόσο είναι επαρκείς για την κάλυψη των αναγκών καθημερινής επιβίωσης.

Η διασφάλιση του εισοδήματος για τα ηλικιωμένα άτομα αποτελεί μια δικλείδα ασφαλείας γι' αυτούς. Η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων θεωρείται πολύ ευαίσθητος τομέας, αφού επηρεάζει την ψυχική υγεία. Επίσης, είναι σημαντικό να ειπωθεί ότι η οικονομική ασφάλεια είναι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες για το αν οι ηλικιωμένοι μπορούν να συμμετέχουν στους συνηθισμένους ρόλους και σχέσεις των κοινωνιών στις οποίες ζουν. Δυστυχώς, τα χαμηλά εισοδήματα που λαμβάνει μια μεγάλη μερίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα έχουν σαν συνέπεια τη διατάραξη της κοινωνικής τους ζωής και των κοινωνικών τους σχέσεων.

Είναι αναμφισβήτητο ότι βασική πηγή εισοδήματος των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη. Το χρηματικό ποσό των συντάξεων διαφοροποιείται φανερά και παρουσιάζει μεγάλα χάσματα ανάμεσα στα ταμεία. «Το πρόβλημα των τεράστιων διαφορών στο επίπεδο των συντάξεων γήρατος μπορεί να διαφανεί μεταξύ των διάφορων ομάδων των ηλικιωμένων και σ' ορισμένες περιπτώσεις, μεταξύ παλαιών και νέων συνταξιούχων της ίδιας ομάδας. Αυτές οι διαφορές δεν οφείλονται πάντοτε στις διαφορές στα επίπεδα ασφαλιστικών εισφορών, αλλά σε μερικές περιπτώσεις έχουν επιτευχθεί από ισχυρές ομάδες πίεσεως μεταξύ ορισμένων κατηγοριών εργαζομένων και χρηματοδοτούνται από το κράτος.

Στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι είναι μια ομάδα του πληθυσμού με πολύ υψηλό ποσοστό φτώχειας. Σύμφωνα με την Εθνική μελέτη για τη φτώχεια που συμπληρώθηκε

από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών η οποία ήταν βασισμένη στην Έρευνα Οικογενειακού Προϋπολογισμού του 1981-82, οι περιπτώσεις φτώχειας αυξάνονται σημαντικά όταν ο αρχηγός της οικογένειας φτάνει στο 65ο έτος (η ηλικία συνταξιοδότησης για τους περισσότερους Έλληνες) και είναι ακόμα συχνότερες για εκείνους που είναι πάνω από 75 ετών. Από τα νοικοκυριά των οποίων η κεφαλή ήταν από 65-74 ετών, 26% βρέθηκαν να ζουν σε επίπεδο φτώχειας, ενώ τα νοικοκυριά των οποίων ο αρχηγός ήταν 75 ετών και άνω, 42% ήταν σε επίπεδο φτώχειας» (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992:46).

#### 4.4 Απασχόληση/Εργασία

Η εργασία αποτελεί την πρωταρχική και καθοριστική μορφή κοινωνικής ένταξης και οικονομικής επιβίωσης. Η επαγγελματική δραστηριότητα δεν είναι μόνο πηγή εισοδήματος αλλά επίσης ένας σημαντικός παράγοντας που συνδέει το άτομο με την κοινωνία. Εργασία δεν είναι μόνο οι αμειβόμενες αλλά και οι μη αμειβόμενες δραστηριότητες όπως οι οικιακές ασχολίες, η εθελοντική εργασία καθώς και κάποια κρυφή, ανεπίσημη απασχόληση που είναι δυνατόν να προσπορίσει εισόδημα. Η δουλειά που συνδέεται με το σπίτι, δηλαδή μαγείρεμα, καθάρισμα, φύλαξη παιδιών επισκευές κλπ. είναι μια σημαντική απασχόληση που δεν σταματά όταν οι άνθρωποι γερνούν ή και συνταξιοδοτούνται. Η συνταξιοδότηση θεωρείται κοινωνικός παροπλισμός που αποκόβει το εργαζόμενο άτομο από τις συνήθειες του, το ρόλο του, τη συμμετοχή του στην παραγωγή, την ενημέρωση και αλλάζει τις σχέσεις του με τα μέλη της οικογένειας του.

Διακρίνονται δύο κατηγορίες ηλικιωμένων σχετικά με την απασχόληση: από την μια μεριά οι ηλικιωμένοι και οι υπερήλικες που εργάζονται και από την άλλη εκείνοι που πρέπει ή θέλουν να εργαστούν αλλά δεν μπορούν να βρουν δουλειά. Μετά την ηλικία των 50 τα άτομα που είναι υποχρεωμένα να εγκαταλείψουν την εργασία τους για διάφορους λόγους δυσκολεύονται να εξασφαλίσουν νέα απασχόληση.

Είναι συχνά αναγκασμένα να δεχτούν νέες δουλειές με χαμηλές αμοιβές, κατά κανόνα κατώτερης κοινωνικοοικονομικής κατηγορίας από εκείνες του συνολικού πληθυσμού. Ωστόσο, στην πλειονότητα τους οι ηλικιωμένοι που εργάζονται είναι ευχαριστημένοι από την δουλειά τους αν και εκείνοι που άλλαξαν απασχόληση θα προτιμούσαν την προηγούμενη εργασία τους.

«Η επανένταξη (στον χώρο εργασίας γίνεται δυσκολότερη όσο αυξάνει η ανεργία και η μακροχρόνια ανεργία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τα άτομα άνω των 50 ετών. Ενώ η ανεργία των νέων αποτελεί ένα οξύ πρόβλημα στο οποίο δίνουν έμφαση τα

κρατικά προγράμματα, στην ανεργία των μεγαλύτερης ηλικίας ατόμων μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισε να δίνεται κάποια προσοχή.

Η απόφαση συνέχισης ή παύσης της επαγγελματικής δραστηριότητας ελέγχεται από τις ρυθμίσεις των ασφαλιστικών φορέων. Ακόμα και όταν τα άτομα επιθυμούν να παρατείνουν την απασχόληση τους οι όροι συνταξιοδότησης αποτελούν αντικίνητρο. Η απόφαση του ηλικιωμένου για το αν ή όχι θα προχωρήσει στην συνταξιοδότηση εξαρτάται

- **Από την ηλικία του.** Οι πρόωρα συνταξιοδοτημένοι και όσοι λαμβάνουν συντάξεις στην κανονική ηλικία στις περισσότερες χώρες δεν έχουν το δικαίωμα να εργαστούν κάτι το οποίο ισχύει και στην Ελλάδα.
- **Από την κατάσταση της υγείας του.** Ο περιορισμός της ικανότητας και η ανικανότητα για εργασία που οφείλεται σε λόγους υγείας είναι ένας κίνδυνος που υπάρχει σε όλη τη ζωή αλλά αυξάνει στα γηρατεία. Αρκετές μελέτες δείχνουν την επίδραση της κατάστασης της υγείας στην απασχόληση των ηλικιωμένων. Τα άτομα άνω των 60 ετών ή άνω των 65 ετών έχουν συνήθως καλή υγεία και μπορούν να συνεχίζουν να εργάζονται. Έχει παρατηρηθεί ότι μέχρι την ηλικία των 70 ετών τουλάχιστον δεν παρατηρείται κάμψη των δυνατοτήτων εργασίας. Αντίθετα, η ουσιαστική κάμψη της υγείας παρατηρείται μετά την συνταξιοδότηση.
- **Η καλή υγεία και το σχετικά υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο** συμβάλλουν στην μεγαλύτερη επιθυμία των ηλικιωμένων να εξακολουθήσουν να παίζουν παραγωγικό ρόλο.
- **Από την οικονομική κατάσταση.** Ένας από τους βασικότερους λόγους είναι οι οικονομικές δυσχέρειες που να αντιμετωπίζουν οι συνταξιούχοι γιατί η σύνταξη που λαμβάνουν μετά την αποχώρησή τους είναι σημαντικά χαμηλότερη από τις εν ενεργεία αποδοχές τους και μαζί τα υπόλοιπα εισοδήματά τους –όταν υπάρχουν– δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών τους. Στην περίπτωση των χαμηλοσυνταξιούχων το ύψος των συντάξεων τους δημιουργεί την ανάγκη εξεύρεσης εργασίας. Μερικοί θέλουν να βοηθήσουν οικονομικά τα παιδιά ή την οικογένεια .
- **Από κοινωνικο-ψυχολογικούς λόγους.** Η κοινωνική ανάγκη για επαφή και δράση, η αβεβαιότητα για το μέλλον σε συνδυασμό με την διατηρούμενη ακόμα ικανότητα για εργασία, δημιουργούν την ανάγκη για ορισμένους τουλάχιστον, να εργάζονται» (Εμκε –Πουλοπούλου,1999).

Ο ελεύθερος χρόνος, ενώ στην αρχή είναι ευπρόσδεκτος, μετά από μικρό χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει στην πλήξη, την απομόνωση, την κατάθλιψη. Για να αποφευχθεί ο μαρασμός και η κατάπτωση των συνταξιούχων καλό θα ήταν να παραμείνουν οικονομικά ενεργοί. Για τους ηλικιωμένους που δεν έμαθαν να ενδιαφέρονται ή να κάνουν τίποτε άλλο από την δουλειά τους, αποτελεί σημαντικό γεγονός η συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό. Η δουλειά δίνει νόημα στην ζωή των ηλικιωμένων και τους βοηθά να αισθάνονται χρήσιμοι για μεγαλύτερη χρονική περίοδο. Η ανάγκη για επαφή με άλλα άτομα και για τη δράση, ανάγκη να αισθάνονται χρήσιμοι, η αβεβαιότητα για το μέλλον, η αγάπη προς το επάγγελμα, σε συνδυασμό με τη διατηρούμενη ακόμα ικανότητα για απόδοση στην εργασία συμβάλλουν στην επιθυμία τους για απασχόληση.

#### 4.5 Άλλες πηγές εισοδήματος

Εκτός από τις παροχές της σύνταξης ή με την συμπληρωματική εργασία, υπάρχουν και άλλες οικονομικές υποστηρικτικές πηγές, στις οποίες βασίζονται οι ηλικιωμένοι για τον εμπλουτισμό της οικονομικής τους κατάστασης. Οι πηγές αυτές θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα πρόσθετα κρατικά επιδόματα, σε αποταμιευμένα χρήματα ή σε ακίνητη περιουσία, η οποία θα ενισχύει με έσοδα το κομπόδεμα των ηλικιωμένων.

«Μια από τις πρόσθετες πηγές εισοδημάτων της τρίτης ηλικίας είναι το **Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (Ε.Κ.Α.Σ.)**. Είναι ένα πρόσθετο χρηματικό επίδομα το οποίο περιλαμβάνεται στο συνολικό ποσό της σύνταξης που λαμβάνουν οι συνταξιούχοι, με στόχο την ενίσχυση της για τη βελτίωση του επιπέδου ζωής τους.

Σύμφωνα με την απόφαση του υπουργού οικονομικών τα ποσά και οι δικαιούχοι για το ΕΚΑΣ 2013 διαμορφώνονται ανάλογα με τα εισοδήματα που δηλώθηκαν το 2012 ως εξής:

- ✚ Για συνολικά ποσά εισοδήματος από συντάξεις (κύριες και επικουρικές), μισθούς, ημερομίσθια, και λοιπά επιδόματα μέχρι 7.715,65 € καταβάλλεται **ΕΚΑΣ** 230 €/μήνα.
- ✚ Για συνολικά ποσά εισοδήματος από 7.715,65 € μέχρι 8.472 € καταβάλλεται **ΕΚΑΣ** 172,50€
- ✚ Για συνολικά ποσά εισοδήματος από 8.018,27 € μέχρι 8.219,93 € καταβάλλεται **ΕΚΑΣ** 115,00 ευρώ.

✚ Για συνολικά ποσά εισοδήματος από 8.219,94 € μέχρι 8.472,09 € καταβάλλεται **ΕΚΑΣ 57,50** ευρώ.

Επίσης, χορηγείται το ποσό ΕΚΑΣ των 30 ευρώ εφόσον πληρούνται αθροιστικά τα εξής κριτήρια

- ✓ Ποσό εισοδήματος από 8.472,10 € μέχρι 9.200 €
- ✓ Συνολικό ετήσιο ατομικό φορολογητέο εισόδημα έως 9.884,11€
- ✓ Συνολικό ετήσιο οικογενειακό φορολογητέο εισόδημα έως 13.500 €

Το 2013 είναι και η τελευταία χρονιά που θα πάρουν το ΕΚΑΣ όσοι δεν έχουν συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας τους. Για τον λόγο αυτό αποφασίστηκε να μείνουν αμετάβλητα τα εισοδηματικά κριτήρια, με αποτέλεσμα ένας σημαντικός αριθμός από νέους συνταξιούχους που αποχωρούν με χαμηλές συντάξεις, να λάβουν ως μερική αντιστάθμιση των μισθολογίων τους απωλειών το μηνιαίο βοήθημα και κυρίως τα 230€». (Η απόφαση του Υπουργείου Οικονομικών, για την Καταβολή Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης ηλικιωμένων 2013).

Παλαιότερα δινόταν και το επίδομα των πολυτέκνων σε όλες τις γυναίκες πολύτεκνες, ανεξαρτήτου ηλικίας. Αυτό το επίδομα περιλάμβανε εκτός από χρηματική ενίσχυση και ενίσχυση σε είδος, όπως φρούτα, μακαρόνια, βούτυρο, και τα οποία δίδονταν στους πολυτέκνους μέσω του συλλόγου πολυτέκνων. Οι παραπάνω παροχές δίνονταν από την Ε.Ο.Κ. για όλες τις πολύτεκνες οικογένειες.

Πλέον δεν υπάρχει αυτή η οικονομική ενίσχυση παρά μόνο με την μορφή τροφίμων. Πιο συγκεκριμένα, έπειτα από αίτηση του ενδιαφερόμενου δίνονται τρόφιμα από την Ευρωπαϊκή Ένωση όπως γάλα, μακαρόνια, ρύζι, λάδι και τυρί.

**Η επιδότηση ενοικίου** αποτελεί χρηματική ενίσχυση του κράτους προς τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία δεν έχουν ιδιόκτητη κατοικία και δεν μπορούν να εξασφαλίζουν το μηνιαίο ενοίκιο της κατοικίας τους. Αναλυτικότερα, οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις για να μπορούν να λαμβάνουν το επίδομα αυτό. Αρχικά, πρέπει να είναι άνω των 65 χρονών, επιπλέον η φορολογική τους δήλωση να μην υπερβαίνει τα 9.000€ (συμπεριλαμβανομένου και της αναπηρίας 3.000€) ενώ καταθέτουν και το συμβόλαιο σπιτιού στο οποίο διαμένουν. Το κράτος καλύπτει όλο το ενοίκιο το οποίο αναγράφεται στο συμβόλαιο του σπιτιού.

**Το εφάπαξ** είναι ένα χρηματικό ποσό το οποίο δίνεται σε άτομα που ασκούν εξαρτημένη εργασία, είτε αυτοί είναι ιδιωτικοί ή δημόσιοι υπάλληλοι. Αποτελείται από παρακρατήσεις φόρων από το μισθό των εργαζομένων και λαμβάνεται με την έναρξη της συνταξιοδότησης. Ανάλογα με την εργασία που ασκεί και το ταμείο στο οποίο

εντάσσεται ο εργαζόμενος, λαμβάνει ένα ποσό εφάπαξ, το οποίο είναι συνήθως μεγάλο για τους δημόσιους υπαλλήλους ενώ στους εργάτες και σε άλλες παρόμοιες κατηγορίες είναι πολύ μικρότερο. Μια αναλογία της τάξης του 19% των ατόμων τρίτης ηλικίας έχει κάποια περιουσία, στην οποία στηρίζεται σε περιόδους οικονομικής στενότητας. Αυτή η περιουσία συνήθως είναι είτε χρηματική ή ακίνητη και από την οποία μπορεί να λαμβάνει κάποιος έσοδα. Η αποταμίευση αποτελεί σημαντική εκμεταλλεύσιμη πηγή για τους ηλικιωμένους, καθώς όπως αναφέρθηκε, η σύνταξη από μόνη της δεν επαρκεί για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών των ηλικιωμένων. Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι γίνονται οικονομικά ανεξάρτητοι. Αν και το εισόδημα της μεγαλύτερης πλειοψηφίας των εργαζομένων δεν επιτρέπει την αποταμίευση για το γήρας, φαίνεται ότι όλο και περισσότεροι σιγά σιγά αποταμιεύουν χρήματα ήδη από τον καιρό που είναι εργαζόμενοι προκειμένου να εξασφαλίσουν κάποια άνεση στα γηρατιά τους. Η ακίνητη περιουσία, εφόσον υπάρχει, ελαφρύνει κάπως τα οικονομικά των ηλικιωμένων, αφού με τα ενοίκια που λαμβάνονται κάθε μήνα ενισχύονται τα περιορισμένα συνήθως οικονομικά των ηλικιωμένων (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1996:94).

#### **4.6 Στέγαση/Κατοικία**

Η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων σε πολλές περιπτώσεις επηρεάζει άμεσα και την διαβίωση τους. Ένας σημαντικός τομέας που εξαρτάται από το οικονομικό status των ηλικιωμένων είναι και η κατοικία. Η κατοικία παίζει κυρίαρχο ρόλο για το ηλικιωμένο άτομο διότι αυτή αποτελεί το επιστέγασμα οικονομικών μιας ζωής και στοιχείο επιτυχίας. Σχετίζοντας την κατοικία με την οικονομική κατάσταση διαφαίνεται συσχέτιση όσον αφορά το είδος κατοικίας (ιδιόκτητη-ενοικιαζόμενη) και τις συνθήκες κατοικίας που ζουν τα ηλικιωμένα άτομα. Πολύ συχνές είναι οι περιπτώσεις που ηλικιωμένα άτομα αναγκάζονται να συμβιώσουν με τα παιδιά τους ή άλλους συγγενείς.

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων κατέχει ιδιόκτητη κατοικία η οποία βρίσκεται σε πολυκατοικία, έχουν στη διάθεση τους ασανσέρ και είναι ικανοποιημένοι από την κατάσταση της κατοικίας τους. Η ικανοποίηση από την κατοικία προέρχεται είτε γιατί αυτή παρέχει ανέσεις, είτε για διάφορους άλλους λόγους. Όσοι δεν επιλέγουν οικία που να διαθέτει ασανσέρ, επιλέγουν διαμερίσματα σε κοντινούς πρώτους ορόφους ή στο ισόγειο, ξεπερνώντας έτσι τις δυσκολίες που προέρχονται από την έλλειψη ασανσέρ (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1996:79-94).



Σημαντική όμως είναι η αναλογία μη ικανοποιημένων με την κατοικία τους, η οποία εμφανίζει σημαντικές ελλείψεις που δεν είναι δυνατό να καλυφθούν από τη χαμηλή σύνταξη. Τα άτομα που διαμένουν σε τέτοιες κατοικίες απέχουν από ένα συνηθισμένο επίπεδο ζωής ή αντιμετωπίζουν πρόβλημα κοινωνικού αποκλεισμού. Η πολλή υγρασία, η έλλειψη θέρμανσης, ηλεκτρικού και αποχέτευσης είναι χαρακτηριστικά ατόμων που διαβιούν κάτω από άθλιες συνθήκες.

Σχετικά με τις τεχνικές και λειτουργικές ατέλειες των κατοικιών, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι δεν έχουν προβλήματα από την έλλειψη χώρου καθιστικού, αφού έχουν μειωθεί και οι κοινωνικές συναναστροφές τους, ή από την κατάσταση των υδραυλικών του σπιτιού τους, καθώς φροντίζουν να τα διατηρούν σε καλή κατάσταση, γιατί γνωρίζουν τη σημασία τους.

Συγκρίνοντας τις αγροτικές με τις αστικές περιοχές διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές συνυφασμένες με την διαφορετικότητα των δυο αυτών περιοχών. **«Στις αγροτικές περιοχές** οι κατοικίες συνήθως είναι μεγαλύτερες απ' ό,τι στις αστικές περιοχές και συχνά έχουν περισσότερο υπαίθριο χώρο (αυλή-περιβόλι). Αυτό σημαίνει ότι ενώ από τη μια πλευρά οι ηλικιωμένοι διευκολύνονται να συγκατοικούν με τα παιδιά τους, από την άλλη, όσοι ηλικιωμένοι παραμένουν μόνοι τους στα χωριά, συχνά βρίσκονται με σπίτι πιο μεγάλο απ' ό,τι έχουν ανάγκη και που είναι δύσκολο να φροντίσουν. Οι ηλικιωμένοι που μένουν σε αγροτικές περιοχές μόνοι ή με τα παιδιά τους, πολύ συχνά κατοικούν σε σπίτια χωρίς σύγχρονες ανέσεις σχετικά με θέματα υγείας, πράγμα σημαντικό για άτομα με προβλήματα κινητικά, ούρησης, αφόδευσης. Επίσης, οι ακατάλληλες συνθήκες θέρμανσης μπορούν να έχουν επικίνδυνες συνέπειες (φωτιές, κ.λ.π.).

**Στις αστικές περιοχές**, οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα, διαφορετικά βέβαια αλλά εξίσου, αν όχι περισσότερο καυτά. Οι αστικές κατοικίες, που συνήθως είναι διαμερίσματα σε πολυκατοικίες, είναι μικρότερες, και γενικά δεν διαθέτουν υπαίθριους χώρους, εκτός ίσως από ένα μικρό μπαλκόνι που βλέπει σε ένα πολυσύχναστο δρόμο ή σ' ένα στενό ακάλυπτο» (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1996:94-79).

«Χαρακτηριστικά παρατίθενται **δυο διαφορετικοί τύποι αστικού νοικοκυριού** και αναλύονται τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της κατοικίας στην οποία διαβιούν. **Αρχικά**, ένα μέσο ζευγάρι συνταξιούχων σε μέσο όρο απολαμβάνει συνθήκες στέγασης μεσαίου επιπέδου. Αυτές συνοψίζονται σε κατοικίες με τρία δωμάτια, σε χαμηλόροφα κτήρια παλιάς κατασκευής, μονοκατοικίες αλλά και ισόγειες κατοικίες, οι οποίες θερμαίνονται συχνότερα με μη σύγχρονους τρόπους θέρμανσης. Η ιδιοκατοίκηση είναι

πολύ διαδεδομένη, σε αντίθεση με την ενοικίαση, η οποία αποτελεί αναγκαστική διέξοδο για τους ηλικιωμένους. Οι χώροι της κατοικίας θεωρούνται επαρκείς όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών του νοικοκυριού και υπάρχει σαφώς υψηλός βαθμός ικανοποίησης από την κατοικία» (Εθνική Έκθεση, Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση 1982:17-80).

**Ο δεύτερος τύπος** νοικοκυριού που θα αναλυθεί ενδεικτικά αφορά τις ηλικιωμένες μοναχικές ή χήρες γυναίκες, άνω των 65 ετών. Το επίπεδο στέγασης τους είναι χαμηλό έως πολύ χαμηλό. Οι γυναίκες αυτές ζουν σε παλαιάς κατασκευής σπίτια, με μικρό μέγεθος (1-2 δωμάτια). Πρόκειται συχνά για μικρά, αυτόνομα κτίσματα, οπότε η κατοικία είναι βέβαια ισόγεια. Αλλά ακόμη και στη περίπτωση διαμερίσματος σε πολυκατοικία, η κατοικία είναι συνήθως πάλι ισόγεια, γεγονός που συνεπάγεται μια σειρά από μειονεκτήματα όσον αφορά την ποιότητα (φωτισμός, αερισμός, θέα, θόρυβος). Ακόμη, οι μη σύγχρονοι τρόποι θέρμανσης είναι ευρέως διαδεδομένοι. Τα περισσότερα σπίτια αυτής της κατηγορίας είναι ιδιόκτητα, ενώ αρκετές γυναίκες ζουν σε δωρεάν παραχωρημένη κατοικία. Παρά το αντικειμενικά πολύ χαμηλό επίπεδο στέγασης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο υψηλός έως πολύ υψηλός βαθμός ικανοποίησης των γυναικών αυτών από την κατοικία τους.

Το στοιχείο αυτό θα πρέπει να ερμηνευθεί στο πλαίσιο των πολύ χαμηλών προσδοκιών και βλέψεων των ατόμων αυτής της κοινωνικής ομάδας, οι οποίες συναρτώνται άμεσα με τα πολύ χαμηλά εισοδήματα και την προχωρημένη ηλικία τους.

Θεωρώντας συνολικά τις συνθήκες κατοικίας των ηλικιωμένων, μπορεί να βγει το συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είτε σε αστικές περιοχές ή σε αγροτικές αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα σχετικά με τη στέγαση τους. Πρέπει να τονιστεί ότι στεγαστική πολιτική φιλική προς τις ανάγκες των ηλικιωμένων, με προγράμματα που θα μπορούσαν να αναφέρονται στην παροχή κατοικιών ειδικά προσαρμοσμένων για τους ηλικιωμένους ή με προγράμματα για ευκολότερη μετακίνηση (ειδικά ασανσέρ, μπάρες) στις πολυκατοικίες και γενικότερα στα ιδιωτικά κτήρια δεν υπάρχει στην Ελλάδα, οπότε οποιαδήποτε κίνηση προς αυτή την κατεύθυνση επαφίεται στην ιδιωτική θέληση και πρωτοβουλία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### Οικογένεια και οικογενειακές σχέσεις των ηλικιωμένων

#### Εισαγωγή

Στην σημερινή εποχή, η δομή της οικογένειας έχει υποστεί αρκετές διαφοροποιήσεις, χαρακτηριστικότερη εκ των οποίων είναι η μετάβαση από την εκτεταμένη οικογένεια στην πυρηνική. Οι αλλαγές που συντελούνται σε κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο έχουν επίδραση στο θεσμό της οικογένειας και στις σχέσεις μεταξύ των μελών της. Εντούτοις, η ελληνική οικογένεια δεν σταμάτησε να φροντίζει τα ηλικιωμένα μέλη της, γεγονός που φανερώνει ότι ο θεσμός αυτός, εξακολουθεί να είναι πολύ σημαντικός για την ελληνική κοινωνία.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα παρουσιαστεί η προσφορά των ηλικιωμένων στην οικογένεια και αντίστοιχα η προσφορά της οικογένειας στα ηλικιωμένα μέλη της. Ακόμη, θα παρουσιαστούν εκτενώς τα αίτια μεταβολής των οικογενειακών σχέσεων και επαφών καθώς και οι συνέπειες αυτών στην ζωή των γηραιότερων.

#### 5.1 Η προσφορά των ηλικιωμένων στην οικογένεια

Ανεξάρτητα από την συμβίωση των παιδιών με τους ηλικιωμένους γονείς τους ή όχι, οι δεσμοί μεταξύ των μελών της ελληνικής οικογένειας τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές της χώρας εξακολουθούν να παραμένουν στενοί (Ζάρρας, 1974). Η συνοχή των στενών οικογενειακών δεσμών γίνεται φανερή από την αμφίδρομη σχέση προσφοράς βοήθειας, υλική και συναισθηματική, που υπάρχει στην καθημερινή πρακτική ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας.

Βασικό χαρακτηριστικό της ελληνικής οικογένειας είναι η παροχή οικονομικής βοήθειας των γονιών προς τα παιδιά τους ανεξάρτητα αν ζουν μαζί ή αν έχουν δημιουργήσει δική τους οικογένεια. Η μεταβίβαση ακινήτων από τους γονείς στα παιδιά δεν περιορίζεται σε μεταθανάτια μεταβίβαση με τη μορφή της κληρονομιάς, αλλά γίνεται συχνά τον καιρό του γάμου του παιδιού ή σε κάποια μεταγενέστερη στιγμή πολύ πριν το θάνατο (Καβουνίδη, 1996). Τις περισσότερες φορές γίνεται μεταβίβαση της κατοικίας των γονιών είτε η αγορά μιας άλλης κατοικίας κοντά σε αυτή των γονιών. Έρευνες δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των οικογενειών στην Αθήνα κατοικούν στο διπλανό σπίτι (διαμέρισμα ή μονοκατοικία) ή στην ίδια γειτονιά με στενούς συγγενείς τους (παππούδες,

θείους, ξαδέλφια, πεθερικά). Είτε αναφερόμαστε σε αγροτική είτε σε αστική περιοχή η μεταβίβαση ακινήτων αφενός δημιουργεί μια μορφή ηθικής υποχρέωσης που έχουν τα παιδιά απέναντι στους γονείς τους και αφετέρου ευνοεί την εγγύτητα της κατοικίας των γονιών σε εκείνη των παιδιών τους. Αναμφίβολα, με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται η παροχή βοήθειας και η συχνότητα της. Ωστόσο, η εγγύτητα της κατοικίας, σε ορισμένες περιπτώσεις, όχι μόνο δεν εξασφαλίζει την ανταλλαγή βοήθειας μα ούτε και την επαφή (Γεωργιάς κ.ά. 2004, Μουσούρου,2004).

Η αρωγή που προσφέρουν οι ηλικιωμένοι γονείς φαίνεται πως δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή κατοικίας. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Νέα Ιωνία σε 60 παντρεμένα ζευγάρια<sup>4</sup> διαπιστώθηκε ότι ενώ το 32% των ζευγαριών της έρευνας είχε λάβει χρηματική βοήθεια από κάποιο ή κάποια αδέρφια κάποια στιγμή από το γάμο και μετά, το 58% των ζευγαριών είχε λάβει χρηματική βοήθεια από τους γονείς (Καβουνίδη,1996). Αυτό σημαίνει πως η οικονομική στήριξη και προσφορά των Ελλήνων ηλικιωμένων γονιών προς τα παιδιά τους είναι συνεχής στον οικογενειακό κύκλο ζωής και παίρνει διάφορες μορφές όπως ενίσχυση των παιδιών σε οικονομικές δυσκολίες, κάλυψη αναγκών παιδιών και εγγονιών όπως στέγασης, σπουδών, επαγγελματικού εξοπλισμού, ψυχαγωγίας (π.χ.ταξίδια) κλπ. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η διαγενεακή ανταλλαγή παίρνει συχνά την μορφή δώρου και όχι την μορφή δανείου που πρέπει να επιστραφεί, χωρίς αυτό να αποτελεί τον κανόνα.

Η προσφορά των ηλικιωμένων γονιών δεν είναι μόνο οικονομικού χαρακτήρα. Στις περιπτώσεις συγκατοίκησης των ηλικιωμένων με τα ενήλικα παιδιά τους η προσφορά παίρνει επίσης, την μορφή σημαντικών απλήρωτων υπηρεσιών, όπως βοήθεια στις οικιακές εργασίες και στην φροντίδα των εγγονιών (Καβουνίδη,1996). Η συγκατοίκηση των ηλικιωμένων γονιών με τα ενήλικα παιδιά τους παρουσιάζει κοινά στοιχεία με την γειτνίαση ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Εδώ φαίνεται και ο συμπληρωματικός ρόλος των ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια. Για παράδειγμα, η γιαγιά αναλαμβάνει τις οικιακές εργασίες και το μαγείρεμα του φαγητού όταν η μητέρα

---

<sup>4</sup> Η έρευνα της Νέας Ιωνίας ήταν μια μικρή σε βάθος έρευνα με συνεντεύξεις σε 60 παντρεμένα ζευγάρια που πραγματοποιήθηκε το 1980-1981. Κριτήριο για να συμπεριληφθεί ένα ζευγάρι στην έρευνα ήταν να είχε ένα ανύπαντρο παιδί 13-25 ετών που συγκατοικούσε μαζί τους, ώστε να υπάρχει ομοιογένεια ως προς τις ηλικίες των ζευγαριών και ως προς το στάδιο του οικογενειακού κύκλου ζωής. Άλλο κριτήριο για να συμπεριληφθεί ζευγάρι στην έρευνα ήταν ότι και οι δύο σύζυγοι έπρεπε είτε να είχαν γεννηθεί στην Περιφέρεια της Πρωτεύουσας είτε να είχαν εγκατασταθεί εκεί μέχρι την ηλικία των 10 ετών. Αυτό έχει σημασία για την ανταλλαγή αγαθών και υπηρεσιών, επειδή σημαίνει ότι οι άντρες και οι γυναίκες δεν ήταν πρόσφατοι μετανάστες στην Αθήνα και ότι είχαν, στις περισσότερες περιπτώσεις, γονείς και άλλους συγγενείς στην Αθήνα με τους οποίους θα μπορούσαν να ανταλλάσουν βοήθεια.

εργάζεται ή ο παππούς αναλαμβάνει την μετακίνηση του παιδιού στο σχολείο και σε άλλες εξωσχολικές δραστηριότητες. Αξίζει να σημειωθεί, η διαφοροποίηση που υπάρχει ανάμεσα στις ηλικιωμένες γυναίκες και στους άντρες ως προς την συγκατοίκηση και τον καταμερισμό της εργασίας κατά φύλο. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους ηλικιωμένους της Αθήνας (Πιτσίου,1986), διαπιστώθηκε ότι μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων γυναικών παρά αντρών συγκατοικούσαν με τα παιδιά τους ή με άλλους συγγενείς και στην περίπτωση συγκατοίκησης με τα παιδιά οι ηλικιωμένες γυναίκες, προσέφεραν πολύ περισσότερη βοήθεια στο σπίτι, όπως στην προετοιμασία φαγητού και στο πλύσιμο των πιάτων, απ' ότι οι ηλικιωμένοι άντρες. Παραδοσιακά, ο οικιακός ρόλος και ο ρόλος ανατροφής των παιδιών και μετέπειτα των εγγονιών ανατίθενται στις γυναίκες. Με μια πρώτη ματιά οι παραπάνω ρόλοι φαίνεται να προάγουν ορισμένες μορφές ανταλλαγής βοήθειας, που έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργείται μεγαλύτερη προδιάθεση για συγκατοίκηση ή παροχή βοήθειας προς ηλικιωμένες γυναίκες παρά άντρες (Καβουνίδη,1996).

Μια ακόμη σημαντική προσφορά των ηλικιωμένων είναι αναμφισβήτητα η μεταβίβαση της γνώσης και της πολιτισμικής κληρονομιάς. Οι συχνές επαφές με τον παππού και τη γιαγιά είναι ανυπολόγιστης αξίας για τον εμπλουτισμό της προσωπικότητας των παιδιών και των νέων. Οι ηλικιωμένοι είναι φύλακες των οικογενειακών και πολιτιστικών παραδόσεων, ξέρουν ιστορίες που οξύνουν την φαντασία και εμπλουτίζουν τον ψυχικό κόσμο των παιδιών. Διαθέτουν τον χρόνο να μοιραστούν κοινές βόλτες με τα εγγόνια τους σε μουσεία, θέατρα, εκπαιδευτικές εκδρομές είτε να μεταφέρουν προφορικά στους νεώτερους τις γιορτινές και πολιτισμικές εκδηλώσεις διασφαλίζοντας την επιβίωση τους (Εμκε-Πουλοπούλου,1999).

Η συχνότητα της επαφής του παππού και της γιαγιάς με τα εγγόνια τους επιτρέπει σε αυτά να βιώσουν από κοντά την τελευταία φάση της ζωής. Τα παιδιά εξοικειώνονται με τα προβλήματα των ηλικιωμένων και μιλούν με ήπιο και φυσικό τρόπο στην έννοια του θανάτου μέσα από τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

## 5.2 Η προσφορά της οικογένειας στους ηλικιωμένους

Ο πρώτος θεσμός από τον οποίο αναμένεται να παρασχεθεί βοήθεια στους ηλικιωμένους είναι η οικογένεια. Πρωταρχικό ρόλο παίζει η συμβολή του/της συζύγου και ακολουθεί η συμβολή των παιδιών, των αδελφών και των άλλων συγγενών. Η οικογενειακή φροντίδα εξαρτάται από την ποιότητα των δεσμών του γηραιότερου ατόμου με τους συγγενείς του. Οι δεσμοί αυτοί πρέπει να συντηρούνται και να καλλιεργούνται διαρκώς τόσο από την μια πλευρά, όσο και από την άλλη (Worach-Kardas,1985, αναφέρεται στην Κοτταρίδη- Σουρτζόγλου,1996:453).

Γενικότερα, η σημασία της οικογένειας με τις σχέσεις αλληλεξάρτησης που έχει είναι μεγάλη για όλους, υγιείς και ασθενείς. Γίνεται, όμως, ακόμη πιο σημαντική στην περίπτωση που το άτομο αρρωσταίνει. Έχει παρατηρηθεί ότι μέχρι την ηλικία των 65 ετών μόνο το 2,5% περίπου των ανθρώπων χρειάζεται φροντίδα από τα μέλη της οικογένειας. Το ποσοστό αυξάνει στο 9% στα 65-69 χρόνια και φτάνει στο 23% στα 80-84 και 45% μετά τα 85 χρόνια, όταν πληθαίνουν οι ασθένειες και κυρίως η άνοια (Lemme, 1995, αναφέρεται στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999:220). Συνεπώς, όσο η ηλικία αυξάνει, τόσο αυξάνει η φροντίδα της οικογένειας και η εξάρτηση του ηλικιωμένου μέλους από αυτήν.

Εξάρτηση σημαίνει πως το άτομο ενεργητικά ή παθητικά ζητά ή αποδέχεται βοήθεια από άλλους σε βαθμό μεγαλύτερο από αυτόν που απαιτείται για να αντιμετωπίσει τις σωματικές και ψυχολογικές του ανάγκες (Horgas, Wahl και Baltes,1996, αναφέρεται στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999:219). Στα ηλικιωμένα άτομα, η εξάρτηση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως η σωματική αδυναμία, η ψυχική υγεία, η χρήση φαρμάκων, το περιβάλλον και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Για παράδειγμα, ένας ηλικιωμένος που ζει μόνος και αυτόνομα στο σπίτι του, μπορεί να βρεθεί σε θέση εξάρτησης αν χρειάζεται να μετακομίσει σε άλλη, άγνωστη πόλη που ζουν τα ενήλικα παιδιά του, είτε σε γηροκομείο για επαγγελματική φροντίδα.

Στην αφετηρία της ανάλυσης του ρόλου της οικογένειας τοποθετείται η φροντίδα που προσφέρει στους ηλικιωμένους όσο εκείνοι βρίσκονται στην μικρότερη βαθμίδα εξάρτησης από αυτήν. Πιο συγκεκριμένα, στους ηλικιωμένους που είναι ικανοί να ρυθμίζουν τις υποθέσεις τους και να ζουν αυτόνομα, η οικογένεια παρέχει συντροφιά, ασφάλεια, μικροεξυπηρετήσεις και οικιακή βοήθεια, όταν χρειάζεται. Έχει διαπιστωθεί ότι, στα μεγάλα ελληνικά αστικά κέντρα τρεις φορές περισσότεροι νέοι κάνουν τα ψώνια στους ηλικιωμένους, Αυτό αντικατοπτρίζει τη δυσκολία που έχουν οι ηλικιωμένοι για τέτοιου είδους δραστηριότητα στη μεγαλούπολη. Επίσης όσο μεγαλύτερος είναι ο

οικισμός, τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της οικιακής βοήθειας που προσφέρουν οι νέοι (Εμκε-Πουλοπούλου,1999). Στις αγροτικές περιοχές παρόμοιο ρόλο έχουν οι συγγενείς που ζουν κοντά, είτε συχνά η γειτονιά. Μια ακόμη παροχή από την οικογένεια υπάρχει με την μορφή οικονομικού βοηθήματος. Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων με ανεπαρκείς συντάξεις χωρίς άλλα εισοδήματα δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις καθημερινές ανάγκες τους. Σε συνδυασμό με περιπτώσεις που οι ηλικιωμένοι γονείς έχουν επέλθει σε κατάσταση χηρείας είτε διαζυγίου, θέματα όπως η στέγαση τους, η συντήρηση, η υγεία, ο ελεύθερος χρόνος απασχολούν ιδιαίτερα τα ενήλικα παιδιά τους (Εμκε- Πουλοπούλου,1999).

Αναμφίβολα, η συμβολή της οικογένειας σε θέματα που αφορούν την κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου μέλους της, διαδραματίζει το σπουδαιότερο ρόλο. Η οικογενειακή μέριμνα μπορεί να εκφραστεί με διάφορες μορφές (Cicirelli,1990):

Πρωταρχική μορφή της αποτελεί η πρόληψη (**Preventive Care**). Μια επιζήμια για την υγεία του ηλικιωμένου συμπεριφορά (το κάπνισμα, η ελλιπής διατροφή, η έλλειψη άσκησης) αποτρέπεται προκειμένου να προληφθεί κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Η οικογένεια παρεμβαίνει και παροτρύνει το άτομο να προσέξει την διατροφή του, να αυξήσει ή να μειώσει το βάρος του, να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις. Παρόμοια λειτουργία επιτελεί και η προσαρμογή των μελών της οικογένειας σε ένα διαφορετικό τρόπο ζωής και την μεταβολή της συμπεριφοράς της προκειμένου να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα στον ηλικιωμένο, όταν μελλοντικά αυτό χρειαστεί (**Anticipatory Care**). Ειδικότερα, τα ενήλικα παιδιά μπορεί να μετακομίσουν κοντά στον ηλικιωμένο, να εξασφαλίσουν ένα πιο ελαστικό ωράριο εργασίας ή να αναδιαμορφώσουν το χώρο της κατοικίας για τις ανάγκες του ηλικιωμένου. Ακόμη, μπορούν να καθυστερήσουν ή να αποτρέψουν την εμφάνιση μιας ασθένειας, την φυσική ή ψυχολογική εξασθένηση με την συχνή επαφή τους με τον ηλικιωμένο ώστε να παρακολουθείται η υγεία του, η διατροφή, η φαρμακευτική αγωγή και ούτω καθεξής.

Συμπληρωματικά, η οικογένεια συνήθως επιτελεί συμβουλευτικό ρόλο, όταν καλείται να αντιμετωπίσει κάποιο θέμα υγείας, δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι συχνά αποκρύπτουν ορισμένα συμπτώματα ασθενείας που κάνουν την εμφάνιση τους και προτιμούν να μην ανησυχήσουν την οικογένεια τους (Brody και Kleban 1981 αναφέρεται στον Cicirelli,1990:214). Ωστόσο, όσο τα συμπτώματα<sup>5</sup> αυξάνονται ή γίνονται πιο

---

<sup>5</sup> Μια σημαντική σειρά άρθρα (Brody & Kleban, 1981, 1983? Brody, Kleban, και Moles, 1983) επικεντρώνονται στα συμπτώματα των εμπειριών και των αντιδράσεων των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Δουλεύοντας πάνω σε μια λίστα των 20 πιο πιθανών σοβαρών συμπτωμάτων, ο Brody και οι συνεργάτες

ανησυχητικά τότε συζητείται με ένα από τα μέλη της οικογένειας, το οποίο συνήθως προτρέπει τον ηλικιωμένο να παρακολουθηθεί από ειδικευμένο ιατρό ή καθησυχάζει την ανησυχία ως προς το δεδομένο σύμπτωμα (Brody, Kleban και Moles αναφέρεται στον Cicirelli, 1990:214).

Ένας ακόμη ρόλος της οικογένειας είναι ότι αποτελεί τον ενδιάμεσο κρίκο μεταξύ του ηλικιωμένου ασθενούς και του συστήματος υγείας. Μεριμνά για τις υπηρεσίες, ενημερώνει τους θεράποντες ιατρούς για το ιατρικό ιστορικό και τα συμπτώματα και ομοίως εξηγεί στον ηλικιωμένο την ιατρική διάγνωση και τις συστάσεις του γιατρού.

Η ψυχολογική στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι σπουδαίας σημασίας για τον ηλικιωμένο. Οδηγεί τον ηλικιωμένο στην αίσθηση ότι τον αγαπούν και έχει μια θέση στο οικογενειακό δίκτυο. Επιπρόσθετα, η ψυχολογική στήριξη σε συνδυασμό με τα προβλήματα υγείας μεταβιβάζουν το μήνυμα ότι η οικογένεια κατανοεί και ενδιαφέρεται για το ηλικιωμένο άτομο.

Η σημαντικότερη προσφορά της οικογένειας είναι αναμφισβήτητα ο υποστηρικτικός ρόλος και η ανταπόκριση της σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Ο/η σύζυγος και τα παιδιά φροντίζουν την μεταφορά του ηλικιωμένου στο νοσοκομείο και την περιποίηση του κατά την διάρκεια της εισαγωγής του σε αυτό, την έξοδο και την περίοδο ανάρρωσης. Βέβαια, οι ηλικιωμένοι πλέον δεν ασθενούν από οξείες καταστάσεις αλλά χρόνιες, οπότε το είδος της φροντίδας αλλάζει. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα είναι για μεγαλύτερο διάστημα και πιο δύσκολη. Φροντίδα προς τους ηλικιωμένους προσφέρουν κυρίως οι σύζυγοι (περίπου 30%) και τα ενήλικα παιδιά (30-40%). Από τα παιδιά το 80% είναι γυναίκες και η συνήθης ηλικία των γυναικών είναι τα 40-50 χρόνια συνεπώς αφενός πιέζονται από τις απαιτήσεις της δουλειάς και της δικής τους οικογένειας και αφετέρου από την ανάγκη φροντίδας των γονέων (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Αν και οι γυναίκες φροντίζουν περισσότερο την οικογένεια, οι άντρες αισθάνονται εξίσου την υποχρέωση ή τη στοργή. Η προσφορά των αντρών είναι περισσότερο οικονομική, στη συντήρηση του σπιτιού και στις επισκευές ενώ των γυναικών στη φροντίδα υγείας.

Θα ήταν σημαντική παράλειψη να μην αναφερθούμε στο ρόλο του φροντιστή και τις επιπτώσεις που έχει η περίθαλψη του ηλικιωμένου στην ποιότητα ζωής του. Με τον όρο φροντιστής—στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία «cager»—εννοούμε το άτομο που

---

*του διαπίστωσαν ότι το 56% των εμπειρικών συμπτωμάτων ποτέ δεν αναφέρθηκαν σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Διάφορες μορφές της αυτο-θεραπείας που χρησιμοποιούσαν βασιζόνταν σε παρελθοντική αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας συμπεριλαμβανομένης της χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων και μεταβολών στα επίπεδα της δραστηριότητας.*



φροντίζει ένα άλλο, χρειάζεται να προσφέρει διάφορες υπηρεσίες ή να εξυπηρετεί κάποιες ανάγκες. Τα κυριότερα καθήκοντα (Gatz, Bengston και Blum, 1990, αναφέρεται στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999:221) είναι τα ακόλουθα:

- Συναισθηματική υποστήριξη και συμβουλές.
- Βοήθεια στο σπίτι ( καθάρισμα, μαγείρεμα,..)
- Προσωπική φροντίδα (λούσιμο, ντύσιμο, φάρμακα,..)
- Διαχείριση οικονομικών
- Λήψη αποφάσεων για το είδος της φροντίδας με αξιοποίηση φορέων βοήθειας όπως το νοσοκομείο.
- Άμεση οικονομική συνεισφορά

Ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί στις επιπτώσεις που έχει η περίθαλψη του ηλικιωμένου στο σπίτι στην ποιότητα ζωής των φροντιστών. Στους ανθρώπους αυτούς, διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα ανησυχίας, κατάθλιψης και άγχους. Έχει παρατηρηθεί ότι ο νοσηλευτικός τους ρόλος έχει μεγάλο αντίκτυπο στη φυσική και πνευματική τους υγεία, στην ευζωία και στην ποιότητα της ζωής τους (Jones, 1985, αναφέρεται στην Κοτταρίδη-Σουρτζόγλου,1996:454). Ορισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων είναι η οικονομική επιβάρυνση, η σύγκρουση με τις επαγγελματικές υποχρεώσεις, η πτώση της αυτοεκτίμησης και ο εγκλωβισμός στο ρόλο, η αίσθηση ότι χάνεται η προσωπική ζωή και ο εαυτός του (Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999).

### **5.3 Αίτια αλλαγής των οικογενειακών σχέσεων και επαφών**

Είναι σαφές ότι στη χώρα μας, οι οικογενειακοί δεσμοί παραμένουν ισχυροί και στην πλειονότητα τους τα ηλικιωμένα άτομα είναι αποδέκτες της οικογενειακής φροντίδας. Ωστόσο, δημογραφικοί, κοινωνικό-οικονομικοί και ψυχολογικοί παράγοντες τείνουν να αποδυναμώνουν τους δεσμούς αυτούς. Ακολουθεί μια αναλυτική αναφορά στους παράγοντες που συμβάλλουν στην αλλαγή των οικογενειακών σχέσεων και επαφών:

#### **➤ Οι δημογραφικοί παράγοντες**

Οι δημογραφικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Η μείωση της γεννητικότητας και η αύξηση της μακροβιότητας έχει ως αποτέλεσμα τη συνεχή αύξηση των ατόμων, τα οποία ανήκουν στην γεροντική ηλικία. Η γήρανση του πληθυσμού σημαίνει αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό και ταυτόχρονα σημαίνει ότι τα παιδιά των ηλικιωμένων θα είναι και αυτά ηλικιωμένα, επομένως ο

αριθμός των φροντιστών αρχίζει να συρρικνώνεται. Η δημογραφική γήρανση είναι παγκόσμια, προσλαμβάνει όμως μεγαλύτερη έκταση στις προηγμένες χώρες (Κοτταρίδη-Σουρτζόγλου,1996). Η Ελλάδα κατέχει την τέταρτη θέση μετά από την Σουηδία, την Ιταλία και το Βέλγιο όσον αφορά την αναλογία των ηλικιωμένων 65 ετών και άνω στον πληθυσμό (Εμκε-Πουλοπούλου,1999:455).

Ένας ακόμη δημογραφικός παράγοντας είναι η υπέρ-θνησιμότητα των ανδρών. Δεδομένης της άποψης ότι οι άνδρες στις περισσότερες χώρες παντρεύονται μικρότερες γυναίκες, συγκεκριμένα στην χώρα μας η μέση ηλικία γάμου για τις γυναίκες είναι κατά πέντε χρόνια μικρότερη από αυτή των ανδρών, έχει ως συνέπεια πολλές ηλικιωμένες γυναίκες να είναι χήρες. Οι γυναίκες αυτές με την αυξημένη προσδόκιμη ζωή σπάνια ξαναπαντρεύονται με αποτέλεσμα να περνούν πολλά χρόνια χωρίς την παρουσία και την βοήθεια του συζύγου τους. Ένα εξίσου σημαντικό γεγονός που θα πρέπει να αναφερθεί είναι και η αύξηση των διαζυγίων. Μετά το 1980 στην Ελλάδα εμφανίζεται μια μεγάλη αύξηση του αριθμού των διαζυγίων και των ζευγαριών που ζουν σε διάσταση έχοντας ως αντίκτυπο τον περιορισμό των οικογενειών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον ηλικιωμένο.

Η μετανάστευση είτε προς το εσωτερικό της χώρας είτε προς το εξωτερικό αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα. Ο κατεξοχήν αγροτικός χαρακτήρας της Ελλάδας έχει πλέον αλλάξει και περισσότεροι νέοι μετακινούνται από τον τόπο καταγωγής τους προς τα μεγάλα αστικά κέντρα με συνέπεια την δημιουργία ξεχωριστών νοικοκυριών μακριά από τους ηλικιωμένους και την αδυναμία να λάβουν ή να προσφέρουν άμεση βοήθεια αφού δεν ζουν μαζί τους κάτω από την ίδια στέγη. Λόγω της μετανάστευσης δημιουργείται μια διαφορετική σχέση μεταξύ των γονιών και των παιδιών που μεταναστεύουν στην πόλη και που λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν στις αστικές περιοχές και του τρόπου ζωής, αποκτούν μια διαφορετική νοοτροπία (Τεπέρογλου,1987). Η γεωγραφική κινητικότητα των νέων είναι απόρροια της υποαπασχόλησης και ανεργίας στην ύπαιθρο με επίπτωση ολόκληροι αγροτικοί οικισμοί να κατοικούνται από ηλικιωμένους.

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η μειωμένη γονιμότητα, αφού έχει ως επακόλουθο οι σημερινοί ηλικιωμένοι να έχουν λιγότερα παιδιά σε σχέση με τους γονείς τους και περισσότερα παιδιά σε σχέση με τους ηλικιωμένους του μέλλοντος. Συνεπώς, ο αριθμός των παιδιών ανά οικογένεια και οι πολυμελείς οικογένειες έχουν αρχίσει να φθίνουν.

#### ➤ **Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες**

Οι παράγοντες μεταβολής των οικογενειακών σχέσεων και επαφών μεταξύ των γενεών είναι στενά συνδεδεμένοι με την μεταβολή των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην οποία υπόκειται η ελληνική κοινωνία τα τελευταία χρόνια.

Η εκβιομηχάνιση και η μετανάστευση διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη μεταβολή αυτή. Η αλλαγή στην συμπεριφορά των παιδιών, όπως έχει προαναφερθεί, δεν επηρεάζει απόλυτα τους δεσμούς τους με τους γονείς. Βέβαια, οι δεσμοί αυτοί συγκριτικά με το παρελθόν έχουν χαλαρώσει, αφού έχει αλλάξει σημαντικά και η δομή της οικογένειας (Τεπέρογλου,1987). Ο μετασχηματισμός της εκτεταμένης οικογένειας σε πυρηνική συνεπάγεται τον μετασχηματισμό ρόλων και αξιών. Οι γυναίκες-μητέρες εργάζονται, έχει μειωθεί η εξουσία του πατέρα σε σχέση με τη μητέρα και έχουν εκπέσει αξίες, όπως αυτή του πατέρα πατριάρχη.

Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί μια αύξηση των ολιγομελών και μοναχικών νοικοκυριών με αρχηγό ηλικιωμένο και τη συγκατοίκηση ή χωριστή διαβίωση τους με άλλα μέλη της οικογένειας. Στις χώρες της Ευρώπης μετά την δεκαετία του 1960 έχει αποδειχτεί ότι η αύξηση στα εισοδήματα από συντάξεις και η κατασκευή πολλών κατοικιών ήταν μερικοί από τους λόγους που οδήγησαν στην χωριστή διαβίωση των ηλικιωμένων. Η ανεξάρτητη διαβίωση των ηλικιωμένων γονιών από τα ενήλικα παιδιά τους προϋποθέτει την καλή υγεία και την καλή οικονομική κατάσταση των πρώτων και από το ποσό της σύνταξης εξαρτάται πολλές φορές αν οι γονείς θα εξακολουθούν να συζούν με τα παιδιά τους ή όχι. Στην Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι είτε ζουν σε δική τους κατοικία κοντά στα παιδιά τους, είτε παραμένουν στην οικογένεια και συμβάλουν στον οικογενειακό προϋπολογισμό. Τα ποσοστά συγκατοίκησης στις αγροτικές περιοχές είναι υψηλότερα σε σχέση με τις αστικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας. Αυτό αποδίδεται, αφενός στην άρνηση των ηλικιωμένων να εγκαταλείψουν την ύπαιθρο και τον παραδοσιακό τρόπο ζωής και αφετέρου στην στενότητα του χώρου των διαμερισμάτων και την έλλειψη χρόνου των εργαζόμενων γυναικών να φροντίζουν τα μέλη της οικογένειας τους και παράλληλα τους ηλικιωμένους γονείς (Εμκε-Πουλοπούλου,1999). Έχει αναφερθεί ότι οι συνήθειες μεταβίβασης ακινήτων των γονιών στα ενήλικα παιδιά τους ευνοεί την εγγύτητα της κατοικίας των γονιών σε εκείνη των παιδιών, διατηρώντας έτσι την συνοχή των οικογενειακών επαφών. Εντούτοις, το ίδιο γεγονός μπορεί να αποτελεί αιτία αλλαγής αυτών. Οι νοσογόνες εστίες βρίσκονται στην ποικιλία πρακτικών μεταβίβασης της περιουσίας, από την πλευρά των γονιών, που σταδιακά οδηγούνται στη δημιουργία ενός κλίματος εντάσεων, συγκρούσεων και αναπόφευκτης ρήξης των

οικογενειακών σχέσεων. Η έλλειψη σταθερών κανόνων για τη μοιρασιά της γονικής παρουσίας και το γεγονός ότι πολλοί γονείς δεν κάνουν γνωστές τις προθέσεις τους παρά μόνο πολύ αργά, αφήνουν μεγάλα περιθώρια όχι μόνο για διαμάχες ανάμεσα στα αδέρφια αλλά και ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά (Καβουνίδη,1996).

➤ **Ψυχολογικοί παράγοντες**

Οι οικογενειακές σχέσεις και επαφές επηρεάζονται επίσης από ψυχολογικούς παράγοντες όπως η μοναξιά στην περίπτωση που το ηλικιωμένο άτομο βρίσκεται σε κατάσταση χηρείας. Η απώλεια του/ της συζύγου σε αυτή την ηλικία επιφέρει συναισθηματική ανασφάλεια και έντονη μοναξιά σε βαθμό που ο ηλικιωμένος αποφασίζει να συγκατοικήσει με τα παιδιά του. Με αυτό τον τρόπο συμμετέχει στην καθημερινή ζωή της οικογένειας και έχει την αίσθηση ότι είναι χρήσιμο και παραγωγικό (Εμκε- Πουλοπούλου,1999).

Στις περιπτώσεις που η οικογένεια καλείται να αντιμετωπίσει μια σοβαρή ή χρόνια ασθένεια του ηλικιωμένου μέλους της ανακύπτουν θέματα δυσκολίας ή αδυναμίας συγκατοίκησης και σοβαρής διαταραχής των οικογενειακών σχέσεων. Από την μια πλευρά αναδεικνύονται ισχυροί δεσμοί στοργής, από την άλλη μπορεί να προκαλέσουν πρόσθετη επιβάρυνση στα μέλη της οικογένειας που περιθάλπουν το ηλικιωμένο άτομο με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος κατάρρευσης της νοσηλευτικής προσπάθειας ή την εμφάνιση κατάθλιψης (Bruder,1985, αναφέρεται στην Κοτταρίδη- Σουρτζόγλου,1996:454).

Για ορισμένες οικογένειες, η περίθαλψη ηλικιωμένων δημιουργεί καταπίεση που οδηγεί στην παραμέληση ή κακοποίηση των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι και οι οικογένειες τους αισθάνονται ντροπή, αποσύρονται από τους άλλους και πιστεύουν ότι δεν υπάρχει τρόπος να αλλάξουν την κατάσταση τους (Johnson,1985, αναφέρεται στην Κοτταρίδη- Σουρτζόγλου,1996:454). Έχει παρατηρηθεί ότι η ψυχοπαθολογία, οι σχέσεις υποχρεωτικής αλληλεξάρτησης, το εξωγενές άγχος και η κοινωνική απομόνωση αποτελούν τους παράγοντες της κακοποίησης των ηλικιωμένων (Wolf κ.ά.,1985 Κοτταρίδη-Σουρτζόγλου,1996:455).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### Προηγούμενες έρευνες για το προφίλ των ηλικιωμένων στα γηροκομεία σε χώρες εκτός Ελλάδος.

#### Εισαγωγή

Παρεμφερείς έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί και σε χώρες εκτός Ελλάδας έχοντας βασικό άξονα το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ηλικιωμένων. Σε αυτό το κεφάλαιο αναφέρονται τέσσερις έρευνες που διεξήχθησαν στην Σιγκαπούρη (2003) στην Βόρεια Ιρλανδία (1986), στην Μεγάλη Βρετανία (1986) καθώς και στις Η.Π.Α.(2006). Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Σιγκαπούρη είχε στόχο την περιγραφή των ηλικιωμένων ενός γηροκομείου όσον αφορά το κοινωνικο-δημογραφικό τους προφίλ, τις ψυχικές και φυσικές τους ιδιότητες, τις λειτουργικές τους ικανότητες αλλά και τα υφιστάμενα ιατρικά προβλήματα. Αναφορικά με την έρευνα που διεξήχθη στην Β.Ιρλανδία στόχος της ήταν να παρουσιάσει το προφίλ των ηλικιωμένων που ζουν στα γηροκομεία σύμφωνα με τα δημογραφικά τους στοιχεία, και την επικράτηση της άνοιας καθώς και αναφορικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς τους. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Μ.Βρετανία το 1986 παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς σκοπός της ήταν να εξακριβωθούν τα επίπεδα αναπηρίας μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδιωτικά και δημόσια γηροκομεία και να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της ταχείας ανάπτυξης στον ιδιωτικό τομέα στην περιοχή του Southampton. Τελειώνοντας, καθώς το Medicaid είναι το κρατικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας των φτωχών αμερικανών θα παρουσιαστεί σε αυτό άλλη μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2006 η οποία είχε στόχο να παρουσιαστούν περιπτώσεις ανθρώπων με χαμηλό ή μέτριο εισόδημα και ζουν εκεί.

#### 6.1 Το προφίλ των ηλικιωμένων στη Σιγκαπούρη

Το 2003 πραγματοποιήθηκε μία έρευνα σε ένα δημόσιο γηροκομείο της Σιγκαπούρης με ένα τυχαίο δείγμα 120 ατόμων που επιλέχθηκαν από σύνολο 350 ατόμων. Στόχος της έρευνας αυτής ήταν η περιγραφή των ηλικιωμένων ενός γηροκομείου

όσον αφορά το κοινωνικο-δημογραφικό τους προφίλ, τις ψυχικές και φυσικές τους ιδιότητες, τις λειτουργικές τους ικανότητες αλλά και τα υφιστάμενα ιατρικά προβλήματα.

Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν για 106 άτομα που είχαν παραμείνει στο γηροκομείο για περίπου 59 μήνες. Όσον αφορά, το *κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ* από την έρευνα βγήκαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Καταρχάς, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι του γηροκομείου ήταν γυναίκες (71%), σχεδόν όλοι οι φιλοξενούμενοι του γηροκομείου, εκτός από δύο άτομα, ήταν Κινέζοι και ακόμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν από 75 ετών και άνω (73%). Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που ζούσαν εκεί ήταν ή χήροι/ες ή ελεύθεροι/ες και οι περισσότεροι από αυτούς (76%) ισχυρίστηκαν ότι είχαν έστω και έναν εν ζωή συγγενή. Επιπροσθέτως, πριν την είσοδό τους στο γηροκομείο 18 (17%) ηλικιωμένοι έμεναν μόνοι τους, 11 (10%) έμεναν με τον/την σύζυγο, 39 (37%) ζούσαν με τα παιδιά ή τα εγγόνια τους και μόνο 7 (7 %) έμεναν με άλλους συγγενείς (ανήψια κλπ.).

Όσον αφορά την *υγεία* των ηλικιωμένων μέσα στο γηροκομείο σύμφωνα με την έρευνα οδηγήθηκαν στα συμπεράσματα που ακολουθούν:

Το 46% είχε υπέρταση και ακολουθούσαν με μικρότερα ποσοστά ο διαβήτης(17%), οι καρδιακές παθήσεις (12%), οι ψυχικές ασθένειες (37%) τα κατάγματα (16%) κλπ.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας ερευνήθηκε και η *φυσική κατάσταση* των ηλικιωμένων συγκεκριμένα:

Η πλειονότητα του γηροκομείου ήταν σε μια καλή γενικά κατάσταση (76%) ενώ το 22% εμφανίστηκαν ατροφικοί. Από το σύνολο των 92 ατόμων που εξετάστηκαν το 14% είχε ορθοστατική υπόταση, ενώ από τα 82 άτομα το 82% είχαν πολύ καλή ακοή και μόνο ένα άτομο χρησιμοποιούσε ακουστικό. Τέλος, από 75 ηλικιωμένους που εξετάστηκαν το 47% είχε πολύ καλή όραση, 9 άτομα φορούσαν γυαλιά.

Τέλος, ερευνήθηκαν η *γνωστική και λειτουργική τους κατάσταση* όπου συμπέραναν αποτελέσματα που ακολουθούν:

Οι ηλικιωμένοι εξετάστηκαν σε 5 δραστηριότητες που πραγματοποιούν στην καθημερινότητά τους, συγκεκριμένα, στην κινητικότητα, στην σίτιση, το ντύσιμο, το να πηγαίνουν τουαλέτα και το μπάνιο. Στην κινητικότητα τα 41 άτομα κινούνταν χωρίς βοήθεια, τα 17 χρειάζοντουσαν κάποιες φορές βοήθεια και τα 13 ήταν κατάκοιτα. Στη σίτιση τα 82 έτρωγαν μόνα τους, τα 17 χρειάζονταν βοήθεια και τα 3 άτομα ήταν σε πλήρη εξάρτηση από άλλο άτομο στη συγκεκριμένη δραστηριότητα. Στο ντύσιμο οι 44 ηλικιωμένοι ντύνονταν μόνοι τους, οι 26 χρειάζονταν ελάχιστη βοήθεια από άλλο

πρόσωπο και οι 29 χρειάζονταν βοήθεια από άλλον. Στη συνέχεια, τα 51 άτομα πήγαιναν μόνοι τους τουαλέτα, τα 26 χρειάζονταν βοήθεια, τα 7 χρησιμοποιούσαν πάπια, τα 15 είχαν ακράτεια ούρων και απαιτούνταν πάνες και 1 άτομο είχε καθετήρα. Τέλος, 40 ηλικιωμένοι έκαναν μπάνιο μόνοι τους, 34 χρειαζόντουσαν λίγη βοήθεια και 24 χρειαζόντουσαν μόνιμη βοήθεια.

Συμπερασματικά, η συγκεκριμένη έρευνα δείχνει ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ελεύθερες ή χήρες γυναίκες που είναι άνω των 75 χρόνων. Αυτά τα χαρακτηριστικά έχει αποδειχτεί ότι αποτελούν προγνωστικά των εισαγωγών στα γηροκομεία. Δεδομένου ότι ο αριθμός των ελεύθερων/χήρων και η αναλογία των ηλικιωμένων θα είναι μεγαλύτερος κατά τα μετέπειτα χρόνια, τα κρεβάτια στα γηροκομεία θα χρειαστεί να αυξηθούν

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι κοινωνικοί λόγοι από μόνοι τους δεν εξηγούν τους λόγους που οι ηλικιωμένοι εισάγονται στα γηροκομεία. Συγκεκριμένα, είναι ένας συνδυασμός κοινωνικών και ιατρικών παραγόντων που τους οδηγούν πολύ συχνά στην τελευταία επιλογή τους, στην εισαγωγή τους σε ένα γηροκομείο. Οι συχνότεροι λόγοι που οδηγούν τους ηλικιωμένους σε έναν οίκο ευγηρίας είναι ότι χρειάζονται ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και όταν είναι πρόθυμοι αλλά αδυνατούν να φροντίσουν τις ανάγκες τους ή παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς.

## **6.2 Το προφίλ των ηλικιωμένων στη Β.Ιρλανδία**

Το 1986 διεξήχθη μία έρευνα από τους S. Kirk, Donnelly M., και Compton S. η οποία περιγράφει τα χαρακτηριστικά 450 ηλικιωμένων που ζουν στα γηροκομεία που βρίσκονται σε πέντε περιοχές την Βόρεια Ιρλανδία (Antrim, Ballymena, Larne, Carrickfergus και Newtownabbey). Στόχος της ήταν να παρουσιάσει το προφίλ των ηλικιωμένων που ζουν στα γηροκομεία σύμφωνα με τα δημογραφικά τους στοιχεία, την επικράτηση της άνοιας και την επικράτηση αναφορικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς τους. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο του 1986 και ολοκληρώθηκε μέσα σε περίπου δύο βδομάδες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ανάλογα με άλλες έρευνες που είχαν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, στα γηροκομεία ζούσαν περισσότερες γυναίκες παρά άντρες, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ήταν ελεύθεροι/ες ή χήροι/ες και λιγότεροι οι παντρεμένοι/ες και ακόμα οι περισσότεροι απ' αυτούς ήταν άνω των 75 χρόνων.

Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν οι μισοί από τους ηλικιωμένους είχαν άνοια, με το 56% από αυτούς να είναι άνω των 85 ετών με τη νόσο της άνοιας. Ακόμα, περίπου το 33% είχε ακράτεια, το 9% ήταν σε ακινησία και το 10% παρουσίαζαν επιθετικότητα τουλάχιστον μια φορά τη βδομάδα. Τέλος, σχετικά λίγοι από τους φιλοξενούμενους (5%) είχαν την τάση να περιπλανιούνται και σχεδόν όλοι οι φιλοξενούμενοι του γηροκομείου χρειαζόνταν βοήθεια με το μπάνιο (S. Kirk, Donnelly M., Compton S. 1991).

### **6.3 Το προφίλ των ηλικιωμένων στη Μ.Βρετανία**

Το 1986 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα με δείγμα 450 ηλικιωμένων σε 51 ιδιωτικά γηροκομεία και με δείγμα 206 ηλικιωμένων σε 7 δημόσια γηροκομεία της περιοχής του Southampton με σκοπό να εξακριβωθούν τα σημερινά επίπεδα αναπηρίας μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδιωτικά και δημόσια γηροκομεία και να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της ταχείας ανάπτυξης στον ιδιωτικό τομέα στην περιοχή του Southampton.

Για την εισαγωγή ενός ηλικιωμένου σε οποιοδήποτε γηροκομείο της περιφέρειας υπάρχει μια ενιαία πολιτική εισαγωγής και οι αιτήσεις τους αξιολογούνται από επιτροπή. Στην περιοχή υπάρχει, ωστόσο και ένα γηροκομείο στο οποίο βρίσκονται μόνο ηλικιωμένοι διανοητικά ανάπηροι, με άνοια και με πιο σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές και το οποίο οι ερευνητές δεν το συμπεριέλαβαν στη μελέτη.

Στη συγκεκριμένα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο με 12 ερωτήσεις που απαντήθηκαν από τον ίδιο τον ηλικιωμένο και 6 ερωτήσεις που απαντήθηκαν από τον φροντιστή του ηλικιωμένου και είχαν σχέση με τη σωματική αναπηρία του τελευταίου.

Συμπερασματικά, από την έρευνα βγήκαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Η μέση ηλικία των ηλικιωμένων στα ιδιωτικά γηροκομεία, σε δείγμα 450 ατόμων, είναι 83-85 ετών ενώ 82-87 ετών είναι, σε δείγμα 206 ατόμων, στα δημόσια γηροκομεία. Ακόμα, στον ιδιωτικό τομέα το ποσοστό των γυναικών ήταν μεγαλύτερο (84%) σχετικά με το δημόσιο (73%). Επίσης, η κατανομή των ηλικιωμένων, σύμφωνα με το βαθμό αναπηρίας τους, ήταν παρόμοια στα ιδιωτικά και τα δημόσια γηροκομεία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας καταρχάς, συμπεραίνουμε ότι στα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία είναι σύνηθες να βρούμε μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών έναντι ανδρών στην ιδρυματική φροντίδα (Lowrey S., Briggs R., 1988).



#### **6.4 Το προφίλ των ηλικιωμένων στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.).**

Σύμφωνα με δημοσίευμα το 2005, ο μέσος όρος κόστους της διαμονής σε ένα ιδιωτικό γηροκομείο στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν πάνω από 6,000 δολάρια το μήνα κατά τη διάρκεια του έτους 2005. Αυτό το υψηλό κόστος κάνει τη διαμονή σε ένα ιδιωτικό γηροκομείο προσιτό μόνο στους πλούσιους Αμερικανούς ή για εκείνους που διαθέτουν ασφάλεια μακροχρόνιας φροντίδας.

Για όσους δεν μπορούν να διαθέσουν τόσα χρήματα υπάρχει και η άλλη λύση. Το κέντρο Medicaid and CHIP Services είναι μια υπηρεσία του Αμερικάνικου Υπουργείου Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών το οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες του σε πολίτες που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν ένα ιδιωτικό γηροκομείο.

Στο συγκεκριμένο γηροκομείο πραγματοποιήθηκε μία έρευνα με στόχο να παρουσιαστούν περιπτώσεις ανθρώπων με χαμηλό ή μέτριο εισόδημα και ζουν εκεί. Συγκεκριμένα, διεξάχθηκαν συνεντεύξεις με τις οικογένειες 15 ηλικιωμένων που ζουν εκεί οι οποίοι κατάγονταν από τρεις διαφορετικές πολιτείες, μια μεγάλη πόλη στη Τζόρτζια, μια αγροτική πόλη του Κάνσας και μια μικρή πόλη στη Βιρτζίνια. Επίσης, οι ηλικιωμένοι που πήραν μέρος στην έρευνα είχαν εισαχθεί πρόσφατα στο γηροκομείο και κανένας από αυτούς δεν είχε επαρκείς πόρους για να καλύψει μια πολυετή παραμονή εκεί. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν και με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού και επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι για την προστασία της ιδιωτικής ζωής των οικογενειών χρησιμοποιήθηκαν ψευδώνυμα.

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων οι οικογένειες ρωτήθηκαν αρχικά, πως κατάφερναν να καλύψουν τις ανάγκες του ηλικιωμένου πριν εισαχθεί στο γηροκομείο, αλλά και τους λόγους που τους οδήγησαν στην εισαγωγή του εκεί. Ακόμα, ρωτήθηκαν για το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία που διέθεταν και πώς τα χρησιμοποίησαν προκειμένου να πληρώσουν για τη φροντίδα του ηλικιωμένου. Τέλος, τους ζητήθηκε να περιγράψουν την εμπειρία που βίωσαν κατά τη διάρκεια εγγραφής του ηλικιωμένου στο γηροκομείο.

Ενώ οι περιπτώσεις που έλαβαν μέρος στην έρευνα και οι εμπειρίες τους ποικίλουν, με την συγκεκριμένη έρευνα αποκαλύφθηκαν ορισμένα κοινά θέματα που υπάρχουν μεταξύ των περιπτώσεων:

Καταρχάς, οι οικογένειες θέλουν να κρατούν τους αγαπημένους τους στο σπίτι, αλλά στερούνται τους οικονομικούς πόρους. Από μόνες τους οι οικογένειες δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των μεγαλύτερων μελών της οικογένειας. Τα παιδιά τους

δεν μπορούν να αφήσουν τις δουλειές τους για να φροντίσουν τους ηλικιωμένους γονείς τους ή τους ηλικιωμένους συζύγους και συχνά δεν διαθέτουν καν την δύναμη και την ευκινησία να τους βοηθήσουν σε καθημερινές τους ανάγκες, όπως να τους σηκώσουν από το κρεβάτι ή να τους κάνουν μπάνιο.

Δεύτερον, οι οικογένειες έβλεπαν το γηροκομείο Medicaid σαν την έσχατη λύση αφού οι δικοί τους πόροι είχαν εξαντληθεί. Ακόμα, και με μεγάλες αποταμιεύσεις δεν θα μπορούσαν να πληρώσουν υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας για τους δικούς τους ανθρώπους. Στις συγκεκριμένες συνεντεύξεις, κάποιες οικογένειες είχαν πολύ περιορισμένα εισοδήματα και περιουσιακά στοιχεία, ενώ άλλες είχαν εισοδήματα από λογαριασμούς συνταξιοδότησης, κληρονομιάς και πωλήσεις σπιτιών. Οι αποταμιεύσεις τους εξαντλούνται πολύ γρήγορα όταν έρχονται αντιμέτωποι με ιατρικά έξοδα, φάρμακα, το κόστος της μεταποίησης του σπιτιού προκειμένου να φιλοξενήσει τον ηλικιωμένο που ενδεχομένως έχει επιδεινωθεί η υγεία του και τέλος, τους μηνιαίους λογαριασμούς που πρέπει να πληρώσουν για τη φροντίδα του ηλικιωμένου στο σπίτι από κάποιον τρίτο. Έτσι, είναι μια ανακούφιση για τις οικογένειες να γνωρίζουν ότι μπορούν να βασίζονται στο Medicaid για την πληρωμή μιας μακροχρόνιας φροντίδας όταν οι δικές τους αποταμιεύσεις έχουν εξαντληθεί.

Τρίτον, πολλαπλές αλλαγές χαρακτηρίζουν τα χρόνια πριν οι οικογένειες να καταλήξουν στην εισαγωγή του ηλικιωμένου στο γηροκομείο. Πολλοί από τους ηλικιωμένους είχαν μετακινηθεί τουλάχιστον μία φορά την περίοδο πριν την εισαγωγή τους στον οίκο ευγηρίας. Αυτές οι μετακινήσεις είναι ιδιαίτερα αποδιοργανωτικές για ένα μέλος της οικογένειας που πάσχει από άνοια ή έχει άλλα προβλήματα υγείας.

Και τέλος, η μακροχρόνια ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι διαθέσιμη επιλογή για τους περισσότερους. Το μηνιαίο ποσό που δίνεται για μακροχρόνια ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης είναι μεγάλο όταν δίνεται από έναν άνθρωπο 70 ετών, αλλά μπορεί να είναι πιο προσιτό εάν το έπαιρνε πιο νωρίς, πολύ πριν ακόμη απ' τη φροντίδα που χρειάζεται.

Συμπερασματικά, με τη συγκεκριμένη έρευνα μάθαμε ότι οι οικογένειες με λίγους πόρους μπορούν να χρησιμοποιήσουν ουσιαστικά ποσά για να πληρώσουν κατ' οίκον φροντίδα, τα έξοδα των φαρμάκων, και τις υπηρεσίες της νοσηλείας του ηλικιωμένου στο σπίτι. Ακόμα και εάν αυτά τα μεγάλα ποσά δεν καλύπτουν τις μακροχρόνιες υπηρεσίες φροντίδας για μεγάλες περιόδους, οι οικογένειες στρέφονται στο γηροκομείο Medicaid όταν πια οι προσωπικοί τους πόροι εξαντλούνται (Williams C., Rosen J., O' Malley M., 2006).

# ***ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ***

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

## Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας

### Εισαγωγή

Στο δεύτερο μέρος της πτυχιακής μας εργασίας παρουσιάζουμε τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας. Συγκεκριμένα στο έβδομο κεφάλαιο περιγράφουμε και αναλύουμε την μεθοδολογία της εμπειρικής μελέτης. Αρχικά σε πρώτο στάδιο παρουσιάζουμε τον σκοπό της έρευνας, τους επιμέρους στόχους, τα ερευνητικά ερωτήματα, την μεθοδολογική προσέγγιση και τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

Στη συνέχεια, κάνουμε αναφορά στους θεματικούς άξονες του και ερωτηματολογίου στον τρόπο χορήγησης του.

### 7.1 Σκοπός εμπειρικής έρευνας

Ο κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση και καταγραφή του κοινωνικοοικονομικού προφίλ των ηλικιωμένων στα γηροκομεία. Εν συνεχεία, η σύγκριση μεταξύ δύο δημοσιών και δύο ιδιωτικών γηροκομείων του νομού Ηρακλείου και Κέρκυρας.

Οι επιμέρους στόχοι είναι:

- η καταγραφή των λόγων εισόδου στο γηροκομείο και ποιανού επιλογή ήταν αυτή(οικογένειας ή του ηλικιωμένου)
- ποιες είναι οι σχέσεις των ηλικιωμένων με την οικογένεια τους τώρα που βρίσκονται στο γηροκομείο και κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από την συχνότητα των επισκέψεων των συγγενών τους εκεί.
- ποιες είναι οι σχέσεις του ηλικιωμένου με τους άλλους ηλικιωμένους κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο γηροκομείο.

### 7.2 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων

1. Διαφέρει το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ηλικιωμένων στα δημόσια και ιδιωτικά γηροκομεία των νομών Ηρακλείου και Κέρκυρας;
2. Ποια είναι τα αίτια εισόδου που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι;

3. Σχετίζεται ο βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την επαφή με τους δικούς τους με την συχνότητα επισκέψεων συγγενών και φίλων;
4. Σχετίζεται ο βαθμός συμμετοχής στις καθημερινές δραστηριότητες με τις σχέσεις που έχουν οι ηλικιωμένοι με τους υπόλοιπους ενοίκους του γηροκομείου;

### 7.3 Πεδίο Μελέτης

Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός στόχος είναι οι ηλικιωμένοι που διαμένουν στο Πτωχοκομείο και στο γηροκομείο «ΗΡΑ» του νομού Ηρακλείου αλλά και στο Πτωχοκομείο και στο γηροκομείο «Πλατυτέρα» του νομού Κέρκυρας. Ακολουθεί η παρουσίαση των δομών που συμμετείχαν στην έρευνα.

#### **ΜΟΝΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ «ΗΡΑ»**

Η μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων «ΗΡΑ» λειτουργεί από τις 24 Οκτωβρίου 1996 από τον κ. Γιώργο Καλογεράκη και είναι Ν.Π.Ι.Δ. (Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου). Βρίσκεται στην περιοχή του Πόρου και έχει τη δυνατότητα φιλοξενίας έως 40 ατόμων.

Σκοπός λειτουργίας της συγκεκριμένης δομής είναι η παροχή στέγης, τροφής, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, φροντίδας και προστασίας των ηλικιωμένων που δεν μπορεί η οικογένεια να τους προσφέρει.

Το συγκεκριμένο γηροκομείο καθώς αποτελεί ιδιωτικό πλαίσιο κερδοσκοπικού χαρακτήρα δεν έχει κριτήρια για την επιλογή των ηλικιωμένων που διαμένουν σε αυτά.

Συγκεκριμένα απευθύνεται σε:

- ❖ άτομα αυτοεξυπηρετούμενα που έχουν την δυνατότητα εφόσον το επιθυμούν οι ίδιοι και οι συγγενείς να εξέρχονται για μικρά ή μεγάλα χρονικά διαστήματα
- ❖ άτομα μη αυτοεξυπηρετούμενα λόγω χρόνιων παθήσεων, όπως Alzheimer, Parkinson, άνοια, ΑΜΕΑ, που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας και παρακολούθησης
- ❖ και τέλος, σε άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της αποκατάστασης μετά από εγκεφαλικά επεισόδια, από διάφορες ορθοπεδικές επεμβάσεις ή άλλου είδους εγχειρήσεις.

Το «ΗΡΑ» ξεκίνησε να λειτουργεί ως γυναικολογική-μαιευτική κλινική και στη συνέχεια διαμορφώθηκε ως μονάδα. Στο κτίριο υπάρχουν δύο όροφοι όπου υπάρχουν καθιστικά και τραπεζαρίες και τα δωμάτια που διαμένουν οι ηλικιωμένοι. Για τη

διευκόλυνση της μετακίνησής τους υπάρχει ανελκυστήρας στο εσωτερικό του κτιρίου. Στο δεύτερο όροφο του κτιρίου διαμένουν οι ηλικιωμένοι με πιο βαριές παθήσεις όπως άτομα που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο άνοιας.

Το προσωπικό του γηροκομείου απαρτίζεται από 1 διευθυντή, 6 νοσηλευτές, 1 γιατρό, 1 κοινωνική λειτουργό που επισκέπτεται το γηροκομείο 2 φορές τη βδομάδα, και 1 φυσιοθεραπευτή που δεν εργάζεται σε μόνιμη βάση στο γηροκομείο.

## **ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**

Το Πτωχοκομείο ιδρύθηκε το 1954 και λειτούργησε για πρώτη φορά την 1<sup>η</sup> Απριλίου 1956. Βρίσκεται στη Λεωφόρο Κνωσσού στην περιοχή του Αγίου Ιωάννη. Ανήκει στα Φιλανθρωπικά Ιδρύματα Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού και λειτουργεί υπό τον άμεσο έλεγχο και την διοίκηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργείου Οικονομικών.

Διοικείται από μια πενταμελή επιτροπή με πρόεδρο τον Αλέξη Καλοκαιρινό, έναν εκπρόσωπο του δήμου, δύο εκπροσώπους της Νομαρχίας και ένα της Αρχιεπισκοπής.

Τα έσοδα του πτωχοκομείου προέρχονται από την ετήσια επιχορήγηση του οργανισμού των φιλανθρωπικών ιδρυμάτων του Ανδρέα και της Μαρίας Καλοκαιρινού, από το κράτος, δωρεές και τις μηνιαίες εισφορές των τροφίμων. Τα μέλη ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση, το ασφαλιστικό τους ταμείο, το πόσο που λαμβάνουν για σύνταξη και τα περιουσιακά τους στοιχεία καταβάλουν κάθε μήνα ένα χρηματικό ποσό στο πτωχοκομείο. Αν, ωστόσο, ο τρόφιμος δεν διαθέτει κάποιο εισόδημα διαμένει στο πτωχοκομείο δωρεάν.

Σκοπός της δομής είναι η περίθαλψη των ηλικιωμένων που δεν έχουν την δυνατότητα να αντεπεξέλθουν, κυρίως οικονομικά, στην κάλυψη των βασικών αναγκών τους (τροφή, στέγαση, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κ.ά.) και που δεν έχουν κάποιο μεταδοτικό ή επικίνδυνο νόσημα.

Όποιος επιθυμεί την εισαγωγή του στο πτωχοκομείο κάνει μία αίτηση και αφού συμπληρωθεί το κοινωνικό ιστορικό του και η έκθεση της κοινωνικής λειτουργού αποφασίζεται από τον διευθυντή του πτωχοκομείου η εισαγωγή του.

Για την εισαγωγή ενός ατόμου στο γηροκομείο χρειάζεται να προσκομίσει στη δομή 1) πιστοποιητικό γέννησης και 2) πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του ιδίου αλλά και του/των παιδιού/ιών του. Κριτήρια για την εισαγωγή ατόμων εκεί τα οποία μπορούν να είναι ανεξαρτήτου ηλικίας, είναι να αυτοεξυπηρετούνται και να είναι ανίκανα για

εργασία. Τα άτομα που πάσχουν από άνοια, κατάθλιψη ή κάποια μεταδοτική ασθένεια δεν εισάγονται στο πτωχοκομείο εκτός αν κάτι από τα παραπάνω προκύψει στην πορεία.

Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι είναι ελεύθεροι να κάνουν όποια έξοδο θέλουν και υπάρχει δυνατότητα επίσκεψης από την οικογένεια τους αλλά και τα ίδια τα μέλη μπορούν να απουσιάσουν κάποιες μέρες.

Το πτωχοκομείο Ηρακλείου συνεργάζεται με το ΚΑΠΗ της περιοχής, με το ΤΕΙ Κρήτης, με το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, με δημοτικά σχολεία της περιοχής, με τον Ερυθρό Σταυρό καθώς και με το Δήμο Ηρακλείου. Κάθε μεσημέρι υπάρχει στο πτωχοκομείο συσσίτιο για τους άπορους της περιοχής στο οποίο σιτίζονται καθημερινά 110 άτομα.

Για την λειτουργία του ιδρύματος απασχολείται το εξής προσωπικό: ο διευθυντής, μία κοινωνική λειτουργός, τρεις νοσηλεύτριες, ένας γιατρός, ένας παθολόγος που βρίσκεται στο πτωχοκομείο κάθε Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή, ένας λογιστής, δύο φύλακες, δύο μαγειρίσσες, μία τραπεζοκόμος και δέκα καθαρίστριες-φροντίστριες που είναι υπεύθυνες όχι μόνο για την καθαριότητα του χώρου αλλά και για την προσωπική υγιεινή των ηλικιωμένων.

Το Πτωχοκομείο αποτελείται από δύο πτέρυγες (ανδρών-γυναικών) με 13 θαλάμους στην καθεμία και χωρητικότητα 122 ατόμων, 61 ανδρών και 61 γυναικών. Επίσης, διαθέτει θυρωρείο, γραφείο διεύθυνσης, γραφείο διαχειριστή, γραφείο κοινωνικής λειτουργού, γραφείο συνεδριάσεως εφορίας, ιατρείο, γραφείο φυσιοθεραπευτή, βιβλιοθήκη, κουζίνα, 2 τραπεζαρίες-καθιστικά, 1 χώρος πλυντηρίου και 1 μεγάλο κήπο-προαύλιο, όπου μπορούν οι τρόφιμοι να κάνουν τη βόλτα τους.

Στο πτωχοκομείο υπάρχουν ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής και υπάρχει πρόβλημα χώρου καθώς ο χώρος που υπάρχει για τις διάφορες δραστηριότητες δεν μπορεί να εξυπηρετήσει όλα τα μέλη. Επίσης, στο γραφείο της κοινωνικής λειτουργού δεν υπάρχει ηλεκτρονικός υπολογιστής και έτσι η καταγραφή των διάφορων πληροφοριών γίνεται χειρόγραφα. Τέλος, υπάρχει έλλειψη προσωπικού και πολλές φορές κάποιες ανάγκες των ηλικιωμένων δεν καλύπτονται επαρκώς.

Τέλος, στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί στο πτωχοκομείο κάποιες ομάδες αγωγής υγείας και ενίσχυσης της μνήμης. Την περίοδο που πραγματοποιήθηκε η έρευνά μας με την βοήθεια μίας εθελόντριας ζωγράφου πραγματοποιούνταν κάθε Τρίτη μία ομάδα ζωγραφικής που συμμετείχαν όποια μέλη επιθυμούσαν.

## **ΙΔΡΥΜΑ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ «Η ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ»**

Το Ίδρυμα ιδρύθηκε από την Ιερά Μητρόπολη Κερκύρας Παξών & Διαποντίων Νήσων, με την επωνυμία Ίδρυμα Χρονίως Πασχόντων «Η ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ». Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Αποτελεί δομή κλειστού τύπου με βασικό σκοπό της να παρέχει φιλοξενία, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση σε εικοσιτετράωρη βάση, πρόσκαιρη νοσηλεία και μέριμνα για έγκαιρη εισαγωγή σε Νοσοκομείο. Πρωταρχικό μέλημα του ιδρύματος είναι η αξιοπρεπής διαβίωση των πασχόντων με την προσφορά υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής σε συνθήκες που συντελούν ουσιαστικά και καθοριστικά στην ψυχική ηρεμία και την ενεργοποίηση των περιθαλπομένων.

Για την πλήρη προσφορά των υπηρεσιών του απασχολεί όπως ορίζει το νομοθετικό πλαίσιο, ένα σημαντικό αριθμό ατόμων διαφόρων ειδικοτήτων, προκειμένου να αντεπεξέλθει με επάρκεια και αξιοπρέπεια στο προνοιακό και επιστημονικό του έργο καθώς επίσης και στην κοινωνική και ανθρωπιστική αποστολή του εν γένει. Για το σκοπό αυτό απασχολεί, διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και βοηθητικό προσωπικό συνολικά 40 ατόμων. Το προσωπικό παρέχει σε 50 χρονίως πάσχοντες, αυτοεξυπηρετούμενα και μη περιπατητικά και κατάκοιτα άτομα τα οποία αδυνατούν να εξυπηρετηθούν στο οικογενειακό τους περιβάλλον, είτε στερούνται παντελώς οικείων προσώπων που να είναι σε θέση να τους βοηθήσουν.

Το Ίδρυμα Χρονίως Πασχόντων «Η ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ» καλύπτει 3200τ.μ. εντός του οποίου βρίσκονται χώροι καθιστικού, βιβλιοθήκης, τραπεζαρίας, ενός πλήρως εξοπλισμένου χώρου φυσικοθεραπείας, χώρος ιατρείου, εργοθεραπείας και κομμωτήριο. Παράλληλα στο χώρο του ισογείου υπάρχει ένα μεγάλο αμφιθέατρο 280 θέσεων, πλήρως εξοπλισμένο οπτικοακουστικά για να καλύπτει οποιαδήποτε είδους εκδήλωση (θέατρο, χορωδίες, συναυλίες, ομιλίες, συνέδρια). Ο χώρος θεάτρου δημιουργήθηκε με σκοπό την ψυχαγωγία των τροφίμων του γηροκομείου και την ενσωμάτωση τους με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, ώστε να αποφευχθεί η ιδρυματοποίηση, η οποία πολύ συχνά συμβαίνει σε τέτοιους χώρους. Μέσα στο χώρο του Ίδρυματος λειτουργεί ο Ναός της Αγίας Τριάδος, ο οποίος είναι ανοιχτός για τον εκκλησιασμό όχι μόνο των τροφίμων του γηροκομείου αλλά και των κατοίκων της ευρύτερης και όχι μόνο περιοχής.

Οι χώροι διαβίωσης και τα δωμάτια είναι πλήρως εξοπλισμένα με ειδικά διαμορφωμένες εγκαταστάσεις υγιεινής και ψυχαγωγίας (τηλεόραση, ειδικά διαμορφωμένες ντουζιέρες, υδρομασάζ κ.α.).



Αξίζει να σημειωθεί ότι στους χώρους του ιδρύματος φιλοξενείται επίσης ένα Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης παιδιών με αναπηρία. Η μονάδα απασχολεί 20 παιδιά και η εκπαίδευση τους παρέχεται δωρεάν. Η μεταστέγαση των παιδιών στο χώρο του Ιδρύματος έγινε το 1999. Κρίθηκε επιβεβλημένη η μεταστέγαση αυτή καθότι η συνύπαρξη παιδιών με άτομα τρίτης ηλικίας δρα θεραπευτικά ενώνοντας τα δύο άκρα της ζωής. Συγκεκριμένα για τους ηλικιωμένους λειτουργεί σαν μια αμφίδρομη θεραπευτική σχέση, καλύπτοντας βασικές ανάγκες της οικογένειας (αναπλήρωση της οικογένειας) δίνοντας νόημα στην ζωή τους.

### **ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ**

Το Πτωχοκομείο αποτελεί το πρώτο γηροκομείο στην Ελλάδα που ιδρύθηκε το έτος 1838 από την Αγγλική κατοχική διοίκηση στο νησί της Κέρκυρας. Το πτωχοκομείο της Κέρκυρας στεγαζόταν σε κτίριο που αρχικά στέγαζε στρατιωτικές φιλακές εντός της πόλεως και η μετεστέγαση του σε προάστιο στην περιοχή Πέραμα έγινε το 1998. Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και βασικό σκοπό έχει την φιλοξενία ηλικιωμένων που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις βασικές ανάγκες με κριτήριο εισαγωγής το χαμηλό οικονομικό εισόδημα και την αυτοεξυπηρέτηση των ηλικιωμένων.

Το προσωπικό του γηροκομείου αποτελείται από 3 διοικητικούς υπαλλήλους, 5 νοσηλευτές, 5 υπαλλήλους γενικών καθηκόντων ενώ παράλληλα συνεργάζεται με ιατρικό προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και τον Ερυθρό Σταυρό. Το προσωπικό εξυπηρετεί συνολικά 36 ηλικιωμένα άτομα. Στο ισόγειο βρίσκονται ο χώρος καθιστικού, η τραπεζαρία και η κουζίνα ενώ στους δύο επάνω ορόφους τα δωμάτια των τροφίμων και το ιατρείο. Εξωτερικά του γηροκομείου βρίσκεται ένας μικρός σε έκταση κήπος.

Το γηροκομείο αντιμετωπίζει βασικές ελλείψεις σε κτιριακές εγκαταστάσεις και ειδικευμένο προσωπικό, αφού στεγάζεται σε ενοικιαζόμενο παλαιό οίκημα που πριν λίγα χρόνια λειτουργούσε ως ξενοδοχειακή μονάδα και δεν καλύπτεται από Κοινωνικό λειτουργό ή κάποιο άλλο ειδικό ψυχικής υγείας.

### 7.3.1 Δείγμα- Κριτήρια δείγματος

Στην παρούσα έρευνα ο ερευνώμενος πληθυσμός είναι οι ηλικιωμένοι που διαμένουν στο Πτωχοκομείο και στο γηροκομείο «ΗΡΑ» του νομού Ηρακλείου αλλά και στο Πτωχοκομείο και στο γηροκομείο «Πλατυτέρα» του νομού Κέρκυρας, που ήταν συνολικά 249 άτομα. Το δείγμα αποτελείται από 100 άτομα. Από τα 249 άτομα θεωρούμε ως αντιπροσωπευτικό δείγμα τα 100 άτομα (το 40% του εξεταζόμενου πληθυσμού). Κριτήριο συμμετοχής των ηλικιωμένων τροφίμων ήταν η επιθυμία τους να συμμετάσχουν και η κατάσταση της υγείας τους να τους το επιτρέπει.

### 7.3.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήσαμε στην έρευνα είναι η ποσοτική έρευνα. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε γιατί οδηγεί στην συγκέντρωση ικανού όγκου δεδομένων, επιτρέπει την μετέπειτα σύγκριση και συσχέτιση τους σε σύντομο χρονικό διάστημα, ποσοτικοποιεί νοήματα και ερμηνείες και οδηγεί στην γενίκευση αποτελεσμάτων έρευνας. Οι τεχνικές συλλογής στοιχείων που ακολουθήσαμε στην έρευνα είναι η ημι-δομημένη συνέντευξη. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χρήση ερωτηματολογίων σε μορφή ημι-δομημένης συνέντευξης.

Οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις συγκροτούνται από έναν θεματικό οδηγό, ερευνούν σε βάθος και επιδιώκουν να επεκταθούν στα ζητήματα και τα θέματα που αναδύονται κατά τη διάρκειά της. Αυτού του είδους οι συνεντεύξεις θεωρείται ότι επιτρέπουν στους ερωτηθέντες να απαντούν περισσότερο με τους δικούς τους όρους παρά με τους όρους, που μία τυποποιημένη συνέντευξη επιτρέπει – πόσο μάλλον στη δική μας περίπτωση όπου το δείγμα αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα. Το ερωτηματολόγιο αυτού του είδους, συνδυάζει κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Μέσω των κλειστών ερωτήσεων δίνεται η δυνατότητα άμεσης συλλογής συγκεκριμένων δεδομένων. Κάθε τύπος ερώτησης ανταποκρίνεται σε ειδικές ανάγκες της έρευνας, ενώ παράλληλα οι ερωτήσεις γίνονται εύκολα κατανοητές από τον ερωτώμενο και συγχρόνως είναι εύκολο να απαντηθούν. Επιπρόσθετα, ο τύπος των κλειστών ερωτήσεων αποτελεί ένα σταθερό παράγοντα, ο οποίος προσφέρεται για στατιστική ανάλυση

Από την άλλη, ο τύπος των ανοικτών ερωτήσεων παρέχει στον ερωτώμενο την δυνατότητα της «ελεύθερης έκφρασης», με αποτέλεσμα να μπορεί να εκφράσει απόψεις οι οποίες ίσως να μην υπάρχουν ως προκαθορισμένες απαντήσεις. Ταυτόχρονα δίνεται στον ερευνητή η δυνατότητα συλλογής δεδομένων, τα οποία αντανακλούν πραγματικές

απόψεις και στάσεις των ερωτώμενων. Η χρήση των ανοιχτών ερωτήσεων αποσκοπεί στην ελεύθερη και ακριβή διατύπωση των συμμετεχόντων σε γενικές ερωτήσεις. (Javeau, 2008).

Για την ορθότερη τεκμηρίωση του ερωτηματολογίου η ερευνητική ομάδα χρησιμοποίησε το θεωρητικό υλικό ως οδηγό για την ολοκλήρωση του ερευνητικού εργαλείου. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα Ι και περιλαμβάνει τους ακόλουθους τέσσερις θεματικούς άξονες:

- Ο πρώτος άξονας αφορά τα ατομικά δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων όπως φύλο, ηλικία κ.α.
- Ο δεύτερος άξονας του ερωτηματολογίου διερευνά τυχόν προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων
- Ο τρίτος άξονας του ερωτηματολογίου διερευνά την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων. Οικονομικά στοιχεία όπως σύνταξη, οι κύριες πηγές εισοδήματος κ.α.
- Ο τέταρτος άξονας αφορά τις κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων τόσο μέσα στο γηροκομείο, όσο και σε σχέση με το οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον καθώς και το βαθμό ικανοποίησης τους από αυτές.

### **7.3.3 Ανάλυση και επεξεργασία αποτελεσμάτων**

Μετά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση για την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Η καταχώρηση των δεδομένων και η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 17 (Statistical Package for Social Sciences) όπου κατασκευάστηκε η κατάλληλη βάση δεδομένων.

Κατά την ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικές στατιστικές διαδικασίες, δηλαδή απλές κατανομές συχνοτήτων των απαντήσεων ως προς μια μεταβλητή και συσχετίσεις μεταξύ δύο ή περισσότερων ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιώντας τον έλεγχο  $\chi^2$ .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας

#### Εισαγωγή

Στο όγδοο κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας ανά θεματικό άξονα. Το κεφάλαιο αυτό χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος θα παρουσιάσουμε τις συχνότητες και τα ποσοστά για κάθε μεταβλητή στο δείγμα και στο δεύτερο μέρος θα εξετάσουμε την σημαντικότητα, τις διαφοροποιήσεις και τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, χρησιμοποιώντας την ανάλυση  $\chi^2$  –test.

#### 8.1 Αποτελέσματα Περιγραφικής Στατιστικής

##### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

##### Φύλο

Αναφορικά με την κατανομή του φύλου, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων ανήκει στον γυναικείο πληθυσμό σε ποσοστό 72% (72 άτομα) έναντι του 28% (28 άτομα) το οποίο ανήκει στον ανδρικό πληθυσμό (Σχήμα 1, Παράρτημα II).

##### Ηλικιακές Κατανομές

Εξετάζοντας τις ηλικιακές κατανομές διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού ανήκει στην τέταρτη ηλικία, δηλαδή τα άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω ανέρχονται σε ποσοστό 88% (88 άτομα) ενώ πολύ μικρό είναι το ποσοστό των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία με ποσοστό 11% (11 άτομα) και 1% (1 άτομο) σε ηλικία 64 ετών (Σχήμα 2, Παράρτημα II).

##### Μορφωτικό Επίπεδο

Εστιάζοντας στο μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία είναι απόφοιτοι δημοτικού 41% (41 άτομα), ωστόσο υψηλό εμφανίζεται το ποσοστό των ατόμων που δεν έχουν ολοκληρώσει την βασική εκπαίδευση σε ποσοστό 36% (36 άτομα) των αναλφάβητων και 15% (15 άτομα) όσων φοίτησαν σε λίγες τάξεις

του δημοτικού. Μικρότερα ποσοστά παρατηρούνται σε μεγαλύτερες βαθμίδες εκπαίδευσης όπως απόφοιτοι Γυμνασίου, Λυκείου και Τριτοβάθμιας σε ποσοστό 5% (5 άτομα), 2% (2 άτομα) και 1% (1 άτομο) αντίστοιχα (Σχήμα 4, Παράρτημα II).

### **Οικογενειακή Κατάσταση – Ύπαρξη συγγενών - Απόκτηση Παιδιών – Αριθμός Παιδιών**

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του πληθυσμού στόχου, το σημαντικότερο ποσοστό των ερωτώμενων είναι χήροι/ες 77% (77 άτομα) και ακολουθούν σε μικρότερο ποσοστό οι άγαμοι 13% (13 άτομα). Μικρά είναι τα ποσοστά εκείνων που αναφέρουν ότι είναι διαζευγμένοι 6% (6 άτομα) και έγγαμοι 4% (4 άτομα), δηλαδή 2 ζευγάρια ηλικιωμένων που είχαν επιλέξει την εισαγωγή τους στο Πτωχοκομείο του νομού Κέρκυρας (Σχήμα 3, Παράρτημα II).

Σχετικά με την ύπαρξη συγγενών, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αναφέρει ότι έχει εν ζωή συγγενείς σε ποσοστό 97% (97 άτομα) ενώ το 3% (3 άτομα) των ηλικιωμένων του δείγματος δηλώνει ότι δεν έχει κανέναν συγγενή (Σχήμα 5, Παράρτημα II). Από τους 100 ερωτώμενους, οι 65 (65%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το αν έχουν παιδιά ενώ αρνητική απάντηση έδωσαν 35 άτομα (35%) (Σχήμα 6, Παράρτημα II).

Εξετάζοντας τον αριθμό των παιδιών που έχουν αποκτήσει οι ηλικιωμένοι του δείγματος, παρατηρείται ότι το 45% (45 άτομα) έχει αποκτήσει πάνω από δύο παιδιά ενώ ακολουθούν εκείνοι που έχουν αποκτήσει ένα παιδί (κορίτσι ή αγόρι) σε ποσοστό 11% (11 άτομα) και 9% (9 άτομα) αντίστοιχα (Σχήμα 7, Παράρτημα II).

### **Τόπος Διαμονής – Τύπος Κατοικίας – Άτομα που διέμεναν μαζί**

Σχετικά με τον τόπο διαμονής του υπό μελέτη πληθυσμού πριν την εισαγωγή του στα γηροκομεία, η πλειοψηφία των ερωτώμενων 69% (69 άτομα) αναφέρει ότι διέμενε σε αγροτική περιοχή ενώ το 31% (31 άτομα) αναφέρει ως προηγούμενο τόπο διαμονής την αστική περιοχή (Σχήμα 8, Παράρτημα II).

Αναφορικά με την ιδιοκατοίκηση, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων, δηλαδή το 93% (93 άτομα), αναφέρει ότι διέμενε σε ιδιόκτητη κατοικία ενώ μόνο το 7% (7 άτομα) διέμενε σε ενοικιαζόμενη κατοικία (Σχήμα 9, Παράρτημα II).

Σχετικά με την συγκατοίκηση των ηλικιωμένων του δείγματος πριν την εισαγωγή τους στο γηροκομείο, το μεγαλύτερο ποσοστό 68% (68 άτομα) αναφέρει ότι ζούσε μόνο του. Μικρότερα ποσοστά παρατηρούνται σε ερωτώμενους που αναφέρουν ότι συμβίωναν

με τα παιδιά και την οικογένεια των παιδιών σε ποσοστό 12% (12 άτομα) και 8% (8 άτομα) αντίστοιχα. Ενώ μόλις το 6% (6 άτομα) ζούσε με τον/την σύζυγο ή άλλο συγγενή ή φίλο (6%) (Σχήμα 10, Παράρτημα II).

### **Επιλογή Εισαγωγής- Αίτια Εισαγωγής – Διάρκεια παραμονής στο γηροκομείο**

Δεδομένου ότι η εισαγωγή ενός ηλικιωμένου στο γηροκομείο προϋποθέτει την έγγραφη συναίνεση του, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν σχετικά με το, αν αποτελεί προσωπική επιλογή ή της οικογένειας των ηλικιωμένων του δείγματος η εισαγωγή τους στο γηροκομείο, προέρχονται από τις αναφορές των ερωτηθέντων μέσω των προσωπικών συνεντεύξεων. Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ότι η εισαγωγή του αποτελεί επιλογή της οικογένειας του σε ποσοστό 56% (56 άτομα) και σε ποσοστό 44% (44 άτομα) αποτελεί προσωπική επιλογή (Σχήμα 12, Παράρτημα II).

Μελετώντας τα αίτια εισαγωγής του πληθυσμού στόχου στο γηροκομείο, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 23% (23 άτομα) αναφέρει τους λόγους υγείας ενώ με μικρή διαφορά ακολουθούν το 22% (22 άτομα) που αναφέρει τη μοναξιά και το 19% (19 άτομα) που αναφέρει την απώλεια του προσώπου που διέμεναν μαζί. Επίσης, το 15% (15 άτομα) αναφέρει τις οικογενειακές δυσχέρειες και το 12% (12 άτομα) αναφέρει ότι αδυνατούσαν να αυτοεξυπηρετηθούν. Μικρότερα ποσοστά παρατηρούνται σε λόγους εισαγωγής όπως οι οικονομικοί λόγοι 7% (7 άτομα), άρνηση της φροντίδας από τα παιδιά 1% (1 άτομο) και 1% (1 άτομο) μια άλλη αιτία εισαγωγής (Σχήμα 13, Παράρτημα II).

Σχετικά με την διάρκεια παραμονής στο γηροκομείο, τα μεγαλύτερα ποσοστά των ερωτώμενων με μικρή διαφορά μεταξύ τους αναφέρουν ότι βρίσκονται στο γηροκομείο δύο έως πέντε χρόνια 26% (26 άτομα) και μόνο λίγους μήνες 25% (25 άτομα). Μικρότερα ποσοστά αναφέρουν ότι ζουν στο γηροκομείο πέντε χρόνια και άνω σε ποσοστό 10% (10 άτομα) και 6% (6 άτομα) μόνο λίγες εβδομάδες (Σχήμα 11, Παράρτημα II).

### **ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **Χρόνιο Πρόβλημα Υγείας – Κατηγορίες Χρόνιου Νοσήματος**

Ποσοστό 93% (93 άτομα) δηλώνει ότι πάσχει από χρόνιο νόσημα σε αντίθεση με το 7% (7 άτομα) που δεν δηλώνει κάποια ασθένεια (Σχήμα 14, Παράρτημα II).

Προσδιορίζοντας τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι του δείγματος, τέθηκε ένας απαραίτητος διαχωρισμός ανάμεσα σε κύρια και δευτερεύοντα

νοσήματα, καθώς οι ηλικιωμένοι αναφέρουν περισσότερα από ένα χρόνια νόσημα. Συγκεκριμένα, ως κύρια χρόνια νοσήματα:

Σε σύνολο 100 απαντήσεων ποσοστό 28% (28 άτομα) αφορούν νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού, και 15% (15 άτομα) νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος και τα νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων αντίστοιχα. Μικρότερα ποσοστά απαντήσεων αφορούν ψυχικές διαταραχές 9%, νεοπλάσματα 1% (1 άτομο) και νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος αντίστοιχα (1 άτομο) (Σχήμα 15, Παράρτημα II).

Ως δευτερεύον χρόνια νόσημα, το 9 % (9 άτομα) αφορά ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα (θυρεοειδής, σακχαρώδης διαβήτης), νοσήματα πεπτικού συστήματος το 7% (7 άτομα), νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων 6% (6 άτομα) και νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος (6 %). Μικρότερα ποσοστά των ερωτηθέντων αναφέρουν τις κακώσεις(1%) και τα νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων σε ποσοστό 1% (1 άτομο). Ενώ ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως 59% (59 άτομα) αναφέρει ότι δεν αντιμετωπίζει περισσότερα από ένα προβλήματα υγείας (Σχήμα 16, Παράρτημα II).

## **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

### **Επαγγελματική Κατάσταση προ Συνταξιοδότησης – Χρόνια Συνταξιοδότησης – Ασφαλιστικό Ταμείο – Ποσό Σύνταξης – Πηγές Εισοδήματος**

Μελετώντας την επαγγελματική κατάσταση πριν την συνταξιοδότηση, τα περισσότερα άτομα δήλωσαν ότι ήταν αγρότες σε ποσοστό 47% (47 άτομα), ενώ το 24% (24 άτομα) του γυναικείου πληθυσμού του δείγματος απασχολούταν με τις οικιακές εργασίες. Ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι σε ποσοστό 12% (12 άτομα), οι έμποροι το 10% (10 άτομα), οι δημόσιοι υπάλληλοι 2% (2 άτομα), οι ναυτικοί 3% (3 άτομα). Μικρότερα ποσοστά δηλώνουν σώματα ασφαλείας με 1% (1 άτομο) και 1% τεχνίτες (Σχήμα 17, Παράρτημα II).

Το σύνολο των ηλικιωμένων του δείγματος έχουν συνταξιοδοτηθεί (100 άτομα). Σχετικά με τα χρόνια συνταξιοδότησης τα μεγαλύτερα ποσοστά σημειώνονται στις εξής ομάδες: στα άτομα που έχουν συνταξιοδοτηθεί από 21 χρόνια και άνω, από 11 έως 20 χρόνια και 6 έως 10 χρόνια, σε ποσοστά που κυμαίνονται στο 44% (44 άτομα), 37% (37 άτομα) και 14% (14 άτομα) αντίστοιχα. Ένα ποσοστό 5%(5 άτομα) δηλώνει ότι λαμβάνει σύνταξη από 1 έως 5 χρόνια (Σχήμα 19, Παράρτημα II).

Σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των ερωτώμενων συνταξιούχων, δύο ασφαλιστικά ταμεία συγκεντρώνουν υψηλά ποσοστά, ο ΟΓΑ με ποσοστό 51% (51 άτομα) και το ΙΚΑ με ποσοστό 28% (28 άτομα). Ακολουθούν τα ταμεία του ΟΑΕΕ με 5% (5 άτομα) και του Δημοσίου με 5% ενώ ένα ποσοστό 11 % (11 άτομα) λαμβάνει σύνταξη από τα υπόλοιπα ταμεία (Σχήμα 18, Παράρτημα II).

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των συντάξιμων αποδοχών των ερωτώμενων ανέρχονται στα ποσά από 300 έως 500 ευρώ σε 63% (63 άτομα) ενώ σε 30% (30 άτομα) ανέρχονται από 501 έως 700 ευρώ. Μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 6% (6 άτομα) λαμβάνουν μηνιαίως 701 έως 999 ευρώ ενώ το 1% (1 άτομο) λαμβάνει σύνταξη 1000 ευρώ και άνω (Σχήμα 20, Παράρτημα II).

Το σύνολο των ερωτώμενων έχει ως πρώτη κύρια πηγή εισοδήματος την σύνταξη που λαμβάνει ενώ ως δεύτερη πηγή εισοδήματος το 27 % (27 άτομα) δηλώνει ότι δέχεται χρηματική βοήθεια από τα παιδιά, το 11% (11 άτομα) δηλώνει ότι διαθέτει χρήματα από αποταμίευση, το 8% (8 άτομα) δηλώνει ότι λαμβάνει πρόσθετα επιδόματα και το 7% (7 άτομα) δηλώνει ότι έχει κάποιο περιουσιακό στοιχείο. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία 47% (47 άτομα) του δείγματος δεν λαμβάνει κανένα άλλο εισόδημα πέρα από την σύνταξη του (Σχήμα 21, Παράρτημα II).

## **ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ**

### **Συχνότητα Επισκέψεων Συγγενών και Φίλων – Βαθμός Ικανοποίησης από την Επαφή – Είδος Σχέσεων Εντός του Γηροκομείου - Βαθμός Συμμετοχής στις Καθημερινές Δραστηριότητες**

Μελετώντας την συχνότητα των επισκέψεων συγγενών και φίλων η πλειοψηφία των ερωτώμενων 26% (26 άτομα) δηλώνει ότι δέχεται επισκέψεις από συγγενείς και φίλους μια φορά το μήνα ενώ ακολουθούν με μικρή διαφορά εκείνοι που δηλώνουν ότι δεν έχουν καθόλου επισκέψεις, και εκείνοι που αναφέρουν ότι τους επισκέπτονται μια έως δύο φορές την εβδομάδα, σε ποσοστά 22% (22 άτομα) και 20% (20 άτομα) αντίστοιχα. Ακολουθούν μικρότερα ποσοστά όχι όμως ασήμαντα και αντιπροσωπεύουν εκείνους που δηλώνουν ότι δέχονται επισκέψεις μία φορά το εξάμηνο, σχεδόν καθημερινά και δύο έως τρεις φορές το μήνα σε ποσοστό 8% (8 άτομα), 8% (8 άτομα), 7% (7 άτομα) αντίστοιχα. Ακόμη, ποσοστά της τάξεως των 3% αντίστοιχα, δηλώνει ότι



το επισκέπτονται μια φορά το χρόνο (3 άτομα) και σπάνια (3 άτομα). Ενώ το 3% (3 άτομα) δεν θέλησε να απαντήσει ή δεν έχει εν ζωή συγγενείς (Σχήμα 22, Παράρτημα II).

Αναφορικά με τον βαθμό ικανοποίησης από την επαφή που διατηρούν με τους οικείους τους<sup>6</sup>, «καθόλου ικανοποιημένο» εμφανίζεται το 30% (30 άτομα) των ερωτώμενων. Ποσοστό 27% (27 άτομα) εμφανίζεται «αρκετά ικανοποιημένο» και ακολουθούν με μικρή διαφορά οι απαντήσεις «πολύ ικανοποιημένο» και «λίγο ικανοποιημένο» σε ποσοστό 21% (21 άτομα) και 18% (18 άτομα) αντίστοιχα. Πολύ μικρό ποσοστό 3% (3 άτομα) δηλώνει ότι «πάρα πολύ ικανοποιημένο». Υπήρξε ένα ποσοστό της τάξεως του 1% (1 άτομα) που δεν θέλησε να απαντήσει σε αυτή την ερώτηση (Σχήμα 23, Παράρτημα II).

Αναφορικά με τις σχέσεις του δείγματος με τους συνοικούντες στο γηροκομείο, η πλειονότητα των ερωτώμενων 41% (41 άτομα) αναφέρει ότι διατηρεί καλές σχέσεις, ενώ ακολουθούν με μικρή διαφορά εκείνοι που διατηρούν πολύ καλές και αδιάφορες σχέσεις, σε ποσοστό 20% (20 άτομα) και 19% (19 άτομα) αντίστοιχα. Μικρότερα ποσοστά έχουν οι απαντήσεις που προσδιορίζουν τις σχέσεις ως ουδέτερες, φιλικές, κακές και συγκρουσιακές σε ποσοστό 13% (13 άτομα), 4% (4 άτομα), 2% (2 άτομα) και 1% (1 άτομο) αντίστοιχα (Σχήμα 24, Παράρτημα II).

Τέλος, μελετώντας τον βαθμό συμμετοχής των ηλικιωμένων στις καθημερινές δραστηριότητες του γηροκομείου, ποσοστό 42 % (42 άτομα) των ερωτώμενων συμμετέχει ενεργά στις καθημερινές δραστηριότητες, ποσοστό 32% (32 άτομα) έχει μερική συμμετοχή – όταν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του ενώ το 26% (26 άτομα) δεν έχει καμία συμμετοχή στα καθημερινά δρώμενα (Σχήμα 25, Παράρτημα II).

## 8.2 Ανάλυση $\chi^2$ -test και Πίνακες διπλής κατεύθυνσης

Η έννοια του κοινωνικού προφίλ περιλαμβάνει την σκιαγράφηση των δημογραφικών παραγόντων και συγκεκριμένα του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του μορφωτικού επιπέδου, της ύπαρξης συγγενών και παιδιών, του τόπου διαμονής και του τύπου κατοικίας, των ατόμων που συγκατοικούσαν οι ηλικιωμένοι. Καθώς και την σκιαγράφηση των διαπροσωπικών σχέσεων εντός του γηροκομείου και της συμμετοχής στις καθημερινές δραστηριότητες του γηροκομείου.

---

<sup>6</sup> Η επαφή προσδιορίζεται όχι μόνο με την μορφή συναντήσεων αλλά και τηλεφωνικής επικοινωνίας.

Η έννοια του οικονομικού προφίλ περιλαμβάνει την σκιαγράφηση της επαγγελματικής ιδιότητας πριν την συνταξιοδότηση των ηλικιωμένων, των συντάξιμων αποδοχών και των λοιπών πηγών εισοδήματος τους. Ακολουθεί η ανάλυση των ερευνητικών ερωτημάτων, των οποίων βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

### 1<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα

Το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ηλικιωμένων στα δημόσια και ιδιωτικά γηροκομεία των νομών Ηρακλείου διαφέρει από αυτών του νομού Κέρκυρας.

Πίνακας 1.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ  p- value
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Φύλο	,755
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Ηλικία	,117
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Οικογενειακή κατάσταση	,001
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Μορφωτικό επίπεδο	,001
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Εν ζωή συγγενείς	,794
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Ύπαρξη παιδιών	,001
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Τόπος διαμονής	,005
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Τύπος κατοικίας	,246
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Άτομα που διέμεναν μαζί πριν την εισαγωγή τους στο γηροκομείο	,032
Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Σχέσεις με τους	,011

---

ηλικιωμένους που διαμένουν στο γηροκομείο

Τύπος γηροκομείου ανά νομό * Συμμετοχή ηλικιωμένων στις καθημερινές δραστηριότητες	,006
--	------

**Συσχέτιση τύπου γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και οικογενειακής κατάστασης**

$\chi^2(9) = 28,785$ ,  $p\text{-value} = 0,001$  (0,1%): Η τιμή της ελεγχοσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 28,785$  με 9 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,001 (0,1%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα γηροκομεία ανά περιοχή και στην οικογενειακή κατάσταση.

**Συσχέτιση τύπου γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και μορφωτικού επιπέδου**

$\chi^2(15) = 36,706$ ,  $p\text{-value} = 0,001$  (0,1%): Η τιμή της ελεγχοσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 36,706$  με 15 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,001 (0,1%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα γηροκομεία ανά περιοχή και στο μορφωτικό επίπεδο.

**Συσχέτιση τύπου γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και ύπαρξης παιδιών**

$\chi^2(3) = 17,363$ ,  $p\text{-value} = 0,001$  (0,1%): Η τιμή της ελεγχοσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 17,363$  με 3 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,001 (0,1%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα γηροκομεία ανά περιοχή και στην ύπαρξη παιδιών.

**Συσχέτιση τύπου γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και τύπου διαμονής**

$\chi^2(3) = 12,856$ ,  $p\text{-value} = 0,005$  (0,5%): Η τιμή της ελεγχοσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 12,856$  με 3 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,005 (0,5%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα γηροκομεία ανά περιοχή και στον τόπο διαμονής.

**Συσχέτιση τύπου γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και ατόμων που διέμεναν μαζί πριν την εισαγωγή τους στο γηροκομείο**

$\chi^2(12) = 22,569$ ,  $P\text{-value} = 0,032$  (3,2%): Η τιμή της ελεγχοσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 22,569$  με 12 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,032 (3,2%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον τύπο γηροκομείου και στο με ποιους μένατε πριν την εισαγωγή σας στο γηροκομείο.

**Συσχέτιση τύπου γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και σχέσεων με τους ηλικιωμένους που διαμένουν στο γηροκομείο**

$\chi^2(18) = 34,572$ ,  $p\text{-value} = 0,011$  (1,1%): Η τιμή της ελεγχοσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 34,572$  με 18 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,011 (1,1%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα γηροκομεία ανά περιοχή και στις σχέσεις των ηλικιωμένων με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους εντός του γηροκομείου.

**Συσχέτιση τύπου γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και συμμετοχής ηλικιωμένων στις καθημερινές δραστηριότητες**

$X^2(6) = 18,033$ ,  $p\text{-value} = 0,006$  (0,6%): Η τιμή της ελεγχουσυνάρτησης είναι  $X^2 = 18,033$  με 6 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,006 (0,6%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα γηροκομεία ανά περιοχή και στην συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται εντός του γηροκομείου.

### Πίνακας 2.

<b>ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ</b>	<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ</b>
	<b>p-value</b>
<b>Τύπος γηροκομείου* Επάγγελμα</b>	<b>,006</b>
<b>Τύπος γηροκομείου* Ποσό της σύνταξης</b>	<b>,000</b>
<b>Τύπος γηροκομείου* Δεύτερη πηγή εισοδήματος</b>	<b>,000</b>

#### Συσχέτιση τύπου γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και επαγγέλματος

$X^2(21) = 40,677$ ,  $P\text{-value} = 0,006$  (0,6%): Η τιμή της ελεγχουσυνάρτησης είναι  $X^2 = 40,677$  με 21 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,006 (0,6%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον τύπο γηροκομείου και στο επάγγελμα πριν τη συνταξιοδότηση.

#### Συσχέτιση τύπος γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και ποσού της σύνταξης

$\chi^2(9) = 35,597$ , p-value = 0,000 ή <0,001 (<0,1 %): Η τιμή της ελεγχουσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 35,597$  με 9 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας (p-value) του ελέγχου είναι 0,000 ή <0,001 (<0,1 %).

Αφού η P-value είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα γηροκομεία ανά περιοχή και στην ηλικία.

**Συσχέτιση τύπου γηροκομείου (δημόσιο – ιδιωτικό) ανά νομό (Ηρακλείου – Κέρκυρας) και δεύτερης πηγής εισοδήματος**

$\chi^2(12) = 57,816$ , p-value = 0,000 ή <0,001 (<0,1 %): Η τιμή της ελεγχουσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 57,816$  με 12 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας (p-value) του ελέγχου είναι 0,000 ή <0,001 (<0,1 %).

Αφού η P-value είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα γηροκομεία ανά περιοχή και στην δεύτερη πηγή εισοδήματος.

**Υπόλοιπα Ερευνητικά Ερωτήματα**

**Πίνακας 3.**

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ
	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
	p-value
Συχνότητα επισκέψεων συγγενών και φίλων* Βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την επαφή με τους δικούς τους	,000
Βαθμός συμμετοχής στις καθημερινές δραστηριότητες * Σχέσεις με τους υπόλοιπους ενοίκους του γηροκομείου	,000

**Συσχέτιση βαθμού συμμετοχής στις καθημερινές δραστηριότητες και σχέσεων με τους υπόλοιπους ενοίκους του γηροκομείου**

$\chi^2(12) = 44,078$ ,  $p\text{-value} = 0,000$  (0%): Η τιμή της ελεγχοσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 44,078$  με 12 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,000 (0%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο βαθμό συμμετοχής των ηλικιωμένων στις καθημερινές δραστηριότητες και στις σχέσεις τους με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους που διαμένουν στο γηροκομείο.

**Συσχέτιση συχνότητας επισκέψεων με συγγενείς και φίλους και βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την επαφή με τους δικούς τους**

$\chi^2(12) = 128,634$ ,  $p\text{-value} = 0,000$  (0%): Η τιμή της ελεγχοσυνάρτησης είναι  $\chi^2 = 128,634$  με 32 βαθμούς ελευθερίας και το επίπεδο σημαντικότητας ( $p\text{-value}$ ) του ελέγχου είναι 0,000 (0%).

Αφού η  $P\text{-value}$  είναι μικρότερη του 5%, η μηδενική ( $H_0$ ) υπόθεσή μας απορρίπτεται. Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη συχνότητα των επισκέψεων συγγενών και φίλων και στο βαθμό ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την επαφή με τους δικούς τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>

### Συζήτηση-Συμπεράσματα-Προτάσεις-Δυσκολίες Έρευνας

#### Εισαγωγή

Ο κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας, ήταν η διερεύνηση και καταγραφή του κοινωνικοοικονομικού προφίλ των ηλικιωμένων στα γηροκομεία. Εν συνεχεία, η σύγκριση μεταξύ δύο δημοσιών και δύο ιδιωτικών γηροκομείων του νομού Ηρακλείου και Κέρκυρας. Για τη μελέτη πεδίου θέσαμε ορισμένα ερευνητικά ερωτήματα και προσπαθήσαμε μέσα από τη συλλογή και επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας μας, αλλά και συγκρίνοντας τα με παρεμφερείς έρευνες να εντοπίσουμε σε ποιο βαθμό επαληθεύονται ή ανατρέπονται. Τέλος, παραθέτουμε τις προτάσεις μας για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στις κλειστές μονάδες περίθαλψης και παρουσιάζουμε τις δυσκολίες που συναντήσαμε κατά την διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας.

#### 9.1 Συζήτηση

Μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, είμαστε σε θέση να κατηγοριοποιήσουμε ορισμένα συμπεράσματα:

Η Έμκε-Πουλοπούλου (1999) υποστηρίζει ότι οι τρόφιμοι των ιδρυμάτων παρουσιάζουν ορισμένα συνήθη χαρακτηριστικά. Οι περισσότεροι είναι υπερήλικες, και το ποσοστό της ιδρυματοποίησης αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας. Τα περισσότερα άτομα είναι γυναίκες, άγαμοι ή χήροι χωρίς παιδιά. Το προφίλ των ηλικιωμένων που ζουν στα ιδρύματα που διεξήχθη η παρούσα έρευνα βρίσκεται σε συμφωνία με την άποψη της συγγραφέως. Ειδικότερα, η συντριπτική πλειοψηφία ηλικιακά βρίσκεται στην τέταρτη ηλικία (75 + ετών), γεγονός που οφείλεται στις αυξημένες ανάγκες και την αναπόφευκτη εξάρτηση με την πάροδο της ηλικίας και κατ' επέκταση, συνδυαστικά με τον περιορισμό των φροντιστών, αυξάνεται και το ποσοστό ιδρυματοποίησης. Διακρίνεται επίσης, η αριθμητική υπεροχή των γυναικών, που εξηγείται με την διαφορά στη θνησιμότητα των δύο φύλων και τη συνήθως μικρότερη ηλικία των γυναικών όταν παντρεύονται. Το μεγαλύτερο ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού έχει επέλθει σε κατάσταση χηρείας, εντούτοις αμελητέα δεν είναι και τα ποσοστά άγαμων και έγγαμων ηλικιωμένων ειδικά στο νομό Κέρκυρας.



Σημαντική διαφοροποίηση παρουσιάζει και ο δείκτης γονιμότητας του δείγματος στους δύο νομούς. Αναλυτικότερα, εκείνοι που διαμένουν στα ιδρύματα του νομού Ηρακλείου έχουν αποκτήσει περισσότερα από δύο παιδιά σε αντίθεση με το νομό Κέρκυρας όπου ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων (25%) δεν έχει παιδιά διότι δεν απέκτησαν ποτέ, τα παιδιά έχουν πεθάνει ή μεταναστεύσει.

Κυρίαρχη, στους δύο νομούς είναι η εικόνα ενός χαμηλού μορφωτικού επιπέδου του ερευνώμενου πληθυσμού. Παρουσιάζεται ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων (92%) που είναι αναλφάβητοι, εγκατέλειψαν το Δημοτικό αλλά γνωρίζουν γραφή και ανάγνωση ή έχουν περατώσει την φοίτηση τους στο Δημοτικό. Στο νομό Ηρακλείου υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων που ολοκλήρωσαν την στοιχειώδη εκπαίδευση σε σχέση με το νομό Κέρκυρας. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, κατά κοινή ομολογία των ερωτηθέντων, οφείλεται στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της εποχής (όπως ο πόλεμος και η ένδεια).

Η κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων της έρευνας είναι σχετικά καλή. Τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας είναι νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού και τα νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων.

Ο τόπος διαμονής των ηλικιωμένων, πριν την εισαγωγή τους στο γηροκομείο, ήταν κατά μεγάλο ποσοστό (69%) αγροτικές περιοχές. Η Μεσθεναίου (1996) αναφέρει ότι στην Ελλάδα είναι σύνηθες φαινόμενο να παραμένουν οι ηλικιωμένοι στα χωριά τους μέχρι την περίοδο της εξάρτησης. Αυτό οφείλεται στην άρνηση των ηλικιωμένων να εγκαταλείψουν το χωριό τους και τον παραδοσιακό τρόπο ζωής. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται στην παρούσα έρευνα. Ειδικότερα όμως, στο νομό Ηρακλείου σε αντίθεση με την Κέρκυρα όπου υπάρχει σχετική αναλογία μεταξύ των ηλικιωμένων που ζούσαν σε αγροτικές και αστικές περιοχές ή ακριτικά νησιά όπως οι Οθωνοί.

Τα σπίτια που κατοικούσαν πριν την εισαγωγή τους στα γηροκομεία είναι κατά κύριο λόγο ιδιόκτητα κάτι που δείχνει πως είναι βασικό στοιχείο η εξασφάλιση ιδιόκτητης στέγης και πως επίσης γι' αυτές τις γενιές υπήρχε ακόμη η δυνατότητα απόκτησης ιδιόκτητης στέγης, χωρίς το στοιχείο αυτό να αποδεικνύει απόλυτα την ύπαρξη ή μη οικονομικής επιφάνειας.

Στην πλειονότητα τους, οι ηλικιωμένοι που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ζούσαν μόνοι (68%). Όπως προκύπτει από άλλες έρευνες υπάρχει μεγάλη αύξηση μοναχικών ηλικιωμένων με την πάροδο του χρόνου και αρκετοί ηλικιωμένοι που ζούσαν μόνοι τους, 10 χρόνια αργότερα ζουν σε ιδρύματα (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999). Αξίζει να τονιστεί ότι, ένα αξιόλογο ποσοστό ηλικιωμένων του νομού Κέρκυρας, συγκριτικά με το

νομό Ηρακλείου, συμβίωναν με τον/ την σύζυγο, τα παιδιά, την οικογένεια των παιδιών ή κάποιο άλλο συγγενή, χωρίς αυτό να αποτελεί παράγοντα αποφυγής της ιδρυματικής περίθαλψης.

Η εισαγωγή των ηλικιωμένων του υπό μελέτη πληθυσμού στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, ανάγεται σε πολλά και σύνθετα αίτια. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δήλωσαν ότι η εισαγωγή τους αποτελεί επιλογή της οικογένειας τους (56%) και οι κυριότεροι λόγοι, κατά φθίνουσα σειρά, είναι τα προβλήματα υγείας, η μοναξιά, η απώλεια του προσώπου που διέμεναν μαζί, οι οικογενειακές δυσχέρειες και η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και σε πολλές περιπτώσεις συνυπάρχουν περισσότεροι από έναν λόγοι.

Η διάρκεια παραμονής των ηλικιωμένων στα ιδρύματα, τουλάχιστον για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, κυμαίνεται από ένα και παραπάνω χρόνια και οι επισκέψεις που δέχονται από συγγενείς και φίλους δεν είναι συχνές και πολλές φορές σπάνιες έως καθόλου. Σε αυτό το σημείο φαίνεται ότι η πολύχρονη παραμονή των ηλικιωμένων στα γηροκομεία ακολουθείται από την απομάκρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος τους, χωρίς αυτό απαραίτητα να σημαίνει ότι η αρχική πρόθεση της οικογένειας είναι αυτή, ενδεχομένως άλλου είδους παράγοντες όπως η μετανάστευση των ενήλικων παιδιών, μια χρόνια ασθένεια, ή άλλης φύσεως δυσκολίες παρεμβάλλονται.

Ενδεικτικός παράγοντας της φύσεως των σχέσεων που διατηρούν οι ηλικιωμένοι τρόφιμοι με τα συγγενικά τους πρόσωπα είναι και ο βαθμός ικανοποίησης τους από την επαφή με τους τελευταίους. Μολονότι ένα σημαντικό ποσοστό (30%) του υπό μελέτη πληθυσμού δεν διατηρεί καμία επαφή με το συγγενικό περιβάλλον, η πλειονότητα φαίνεται να έχει επαφή αλλά να μην καλύπτεται στο βαθμό που θα ήθελε, η ανάγκη τους για επικοινωνία με τους συγγενείς τους. Αξίζει να τονιστεί ότι αρκετοί ηλικιωμένοι δικαιολογούσαν τα αγαπημένα τους πρόσωπα για την έλλειψη συχνής επαφής προβάλλοντας αιτίες όπως η έλλειψη χρόνου, οι οικογενειακές υποχρεώσεις και η απόσταση.

Στη συσχέτιση του βαθμού συμμετοχής των ηλικιωμένων στις καθημερινές δραστηριότητες του γηροκομείου (ομάδες χορωδίας, βιβλίου, συζητήσεων κλπ.) με τις σχέσεις που αναπτύσσονται με τους υπόλοιπους τρόφιμους του γηροκομείου, φαίνεται πως όσο πιο θετικές σχέσεις δημιουργούνται τόσο πιο ενεργή είναι η συμμετοχή των ηλικιωμένων στα καθημερινά δρώμενα.

Στο οικονομικό προφίλ φαίνεται ότι η μόνιμη βιοποριστική ασχολία για τη μεγαλύτερη μερίδα των ηλικιωμένων ήταν η καλλιέργεια της γης, η οποία αποτελεί

συνηθισμένη ασχολία των κατοίκων της υπαίθρου. Στο νομό Ηρακλείου, που οι ηλικιωμένοι προέρχονται από αγροτικές περιοχές βρίσκεται το μεγαλύτερο ποσοστό των αγροτών. Στο νομό Κέρκυρας, οι ηλικιωμένες απασχολούνται κυρίως με οικιακές ασχολίες και μια μερίδα ως ιδιωτικοί υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες. Η ασφαλιστική κάλυψη των ηλικιωμένων προέρχεται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία του Ο.Γ.Α. και του Ι.Κ.Α. ενώ οι συντάξιμες αποδοχές παρουσιάζονται σχετικά χαμηλές χωρίς την ύπαρξη κάποιας άλλης εισοδηματικής πηγής στα δημόσια ιδρύματα των νομών, γεγονός που αιτιολογεί την αδυναμία κάλυψης των αναγκών τους. Στο ιδιωτικά ιδρύματα των νομών παρότι οι συντάξιμες αποδοχές είναι μεγαλύτερες από αυτών στα δημόσια, εντούτοις εμφανίζονται να έχουν ποικίλες εισοδηματικές πηγές. Πιο συγκεκριμένα, στο ιδιωτικό γηροκομείο του νομού Κέρκυρας δέχονται οικονομική ενίσχυση από τα ενήλικα παιδιά, έχουν αποδοχές από την εκμετάλλευση ακίνητης περιουσίας ή κάποιο επίδομα, αντιθέτως στο νομό Ηρακλείου οι ηλικιωμένοι διαθέτουν χρήματα από αποταμίευση.

## 9.2 Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε για την παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τέσσερα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης ηλικιωμένων των νομών Ηρακλείου και Κρήτης είναι τα ακόλουθα:

Το γενικό κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ηλικιωμένων στα ιδρύματα παρουσιάζει κοινά γνωρίσματα, τα οποία αποτελούν παράγοντες που οδηγούν στην ιδρυματοποίηση. Ενδεικτικοί είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η μοναχική διαβίωση. Στη μεταξύ των ιδρυμάτων σύγκριση προκύπτουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ηλικιωμένων που διαμένουν σε αυτά. Αναλυτικότερα, το *κοινωνικό προφίλ* των ηλικιωμένων διαφέρει ως προς τα εξής:

- **Οικογενειακή Κατάσταση:** Ένα μέρος του πληθυσμού των ιδρυμάτων του νομού Κέρκυρας είναι άγαμοι ηλικιωμένοι ή ζευγάρια ηλικιωμένων.
- **Υπαρξη Παιδιών:** Στο Ηράκλειο οι ηλικιωμένοι είναι πολύτεκνοι. Στην Κέρκυρα παρατηρείται σημαντικό ποσοστό άτεκνων ή ηλικιωμένων που έχουν χάσει τα παιδιά τους.
- **Τόπος Διαμονής:** Οι ηλικιωμένοι του Ηρακλείου προέρχονται από αγροτικές περιοχές του νομού. Στην Κέρκυρα τα ποσοστά ηλικιωμένων που διέμεναν σε αγροτική και αστική περιοχή είναι ανάλογα.
- **Συμβίωση:** Οι ηλικιωμένοι του νομού Κέρκυρας ζούσαν με την οικογένεια των παιδιών ή με κάποιο άλλο συγγενή όπως τον/την αδελφό/ή, πριν να εισαχθούν στα ιδρύματα.

Το *οικονομικό προφίλ* των ηλικιωμένων παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις στις συντάξιμες αποδοχές και τις άλλες εισοδηματικές πηγές των ηλικιωμένων:

- Οι ηλικιωμένοι που διαμένουν στα ιδιωτικά γηροκομεία έχουν υψηλότερες συντάξιμες αποδοχές από εκείνους που διαμένουν στα δημόσια γηροκομεία.
- Στα δημόσια γηροκομεία των νομών, οι ηλικιωμένοι δεν διαθέτουν άλλες πηγές εισοδήματος εκτός από τις συντάξεις τους. Στις περιπτώσεις που οι συντάξεις είναι ανεπαρκείς, οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να ζήσουν αυτόνομα στον χώρο τους, να καλύψουν τις βασικές ανάγκες τους ή να λάβουν βοήθεια επί πληρωμή.

- Στο ιδιωτικό γηροκομείο της Κέρκυρας (Ίδρυμα Χρονίως Πασχόντων) δέχονται οικονομική ενίσχυση από τα παιδιά, διαθέτουν ακίνητη περιουσία ή λαμβάνουν πέρα από την σύνταξη και κάποιο επίδομα. Οι αυξημένες ανάγκες των ηλικιωμένων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες αιτιολογούν το μεγαλύτερο κόστος νοσηλείας του ιδρύματος.
- Στο Ηράκλειο οι ηλικιωμένοι διαθέτουν κυρίως χρήματα από αποταμίευση.

Τα αίτια που οδηγούν στην εισαγωγή των ηλικιωμένων είναι σύνθετα. Η άποψη των ηλικιωμένων για τα αίτια που οδήγησαν στην εισαγωγή τους στα ιδρύματα είναι ότι είναι αποτέλεσμα της κατάστασης της υγείας τους, η μοναξιά, η απώλεια αγαπημένου προσώπου. Ωστόσο, η αιτιολόγηση επηρεάζεται από ισχυρούς κώδικες οικογενειακής συνοχής που διέπουν αυτές τις ηλικίες ώστε να μην δημοσιοποιούν προβλήματα που αφορούν την οικογένεια τους. Στο πλαίσιο αυτό κατανοούμε την προσπάθεια των ηλικιωμένων να δικαιολογήσουν την εισαγωγή τους με τρόπο, που αφενός δεν διαταράσσει τον ψυχισμό τους και αφετέρου δεν εκθέτει τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Σε διαπροσωπικό επίπεδο οι ηλικιωμένοι δεν ικανοποιούνται από τις υπάρχουσες σχέσεις με τους συγγενείς οι οποίες κατά βάση είναι απόμακρες. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από στενότερη, προσωπική και τηλεφωνική επαφή με τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Ο βαθμός συμμετοχής των ηλικιωμένων στις καθημερινές δραστηριότητες των ιδρυμάτων βρίσκεται σε εξάρτηση με το είδος των σχέσεων που αναπτύσσονται εντός του γηροκομείου. Με άλλα λόγια, η ενεργή και μερική συμμετοχή των ηλικιωμένων εξαρτάται από την ανάπτυξη θετικών σχέσεων μεταξύ των τροφίμων.

### 9.3 Προτάσεις

Με την ολοκλήρωση της συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας και κατόπιν μελέτης των βιβλιογραφικών πηγών, αλλά και των αποτελεσμάτων της έρευνας, για την καλύτερη διαβίωση των ηλικιωμένων εντός του γηροκομείου προτείνουμε τα παρακάτω:

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα σημαντικός, εντούτοις οι θέσεις στα ιδρύματα που διενεργήθηκε η έρευνα δεν καλύπτονται επαρκώς έως και καθόλου. Έτσι θα πρέπει να γίνουν απαραίτητες προσλήψεις και ο κοινωνικός λειτουργός να πραγματοποιεί ομάδες με τους τροφίμους προκειμένου να βελτιωθούν οι σχέσεις μεταξύ τους αλλά και να μην αισθάνονται μοναξιά ή περιθωριοποίηση.

Όπως παρατηρήσαμε στην έρευνά μας η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν ήταν ικανοποιημένοι με τη συχνότητα επαφής με τους δικούς τους ανθρώπους έτσι θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια, από τον κοινωνικό λειτουργό, συνάντησης των ενοίκων με τους δικούς τους ανθρώπους. Αξιόλογο θα ήταν να πραγματοποιούνται ομάδες με το προσωπικό των μονάδων όπου θα μπορούν να συζητούν τα προβλήματα που προκύπτουν στην υπηρεσία και να αποφασίζουν τρόπους επίλυσης. Έτσι, θα μπορούν να διατυπώνονται οι απόψεις και οι εμπειρίες τους προσωπικού που αφορούν τις υπηρεσίες ηλικιωμένων για να υπάρχει η ανταλλαγή απόψεων με σκοπό την βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στους ηλικιωμένους με απώτερο στόχο την βελτίωση των συνθηκών διαμονής των ηλικιωμένων στη μονάδα.

Ακόμα, θα πρέπει να γίνεται καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη εκπαίδευση του προσωπικού που απασχολείται στους οίκους ευγηρίας (νοσηλευτές, υπάλληλοι), ώστε να κατανοούν τις ανάγκες των ηλικιωμένων και να ανταποκρίνονται καλύτερα σε αυτές.

Συμπερασματικά, έχει καταστεί σαφές ότι η σύγχρονη οικογένεια χρήζει υποστήριξης στην προσπάθεια της να φροντίζει τα ηλικιωμένα μέλη της, είτε οικονομικής είτε με την μορφή υπηρεσιών. Τα προγράμματα που λειτουργούν στην κοινότητα προσφέρουν σημαντική βοήθεια όμως συχνά αδυνατούν να καλύψουν την ανάγκη ζήτησης. Η κρατική μέριμνα οφείλει να λάβει ειδικά μέτρα και να προσφέρει κίνητρα στην οικογένεια, ώστε να αποφευχθεί σε μεγάλο βαθμό η ιδρυματοποίηση. Μέτρα όπως αυτά που ακολουθούνται από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, δηλαδή η παροχή επιδομάτων και φορολογικών ελαφρύνσεων στους φροντιστές των ηλικιωμένων, επιδομάτων για το επιπρόσθετο κόστος της περίθαλψης, η αναγνώριση της διάρκειας φροντίδας ως συντάξιμης και του δικαιώματος άδειας φροντίδας άρρωστου συγγενούς χωρίς η παροχή

φροντίδας να αποβεί εις βάρος των γυναικών, ή κάποιας άλλης συγκεκριμένης ομάδας, και της ενσωμάτωσης τους στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία γενικότερα.

#### 9.4 Δυσκολίες Έρευνας

- Κατά την διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κανείς ηλικιωμένος δεν απαντούσε απλώς στις ερωτήσεις αλλά επιθυμούσε περισσότερη συζήτηση και για θέματα που δεν είχαν σχέση με την έρευνα δείχνοντας την μεγάλη τους ανάγκη για επικοινωνία.
- Η άρνηση κάποιων ηλικιωμένων ενοίκων να συμμετέχουν στην έρευνα αποτέλεσε ακόμη ένα εμπόδιο. Εξαιτίας της μικρής διάρκειας παραμονής τους στο γηροκομείο υπήρξαν επιφυλακτικοί τόσο με τις ερευνήτριες όσο και με το προσωπικό ενώ ένα άλλο μέρος των ενοίκων δεν συμμετείχε στην έρευνα λόγω της επιβαρυνμένης κατάστασης της υγείας τους.
- Μια επιπλέον δυσκολία αφορά την επικοινωνία με ορισμένα ηλικιωμένα άτομα που κατάγονται από αγροτικές περιοχές της Κρήτης, καθώς χρησιμοποιούσαν ιδιόζουσα τοπική διάλεκτο.
- Υπήρξε επίσης δυσκολία κατά την μετάβαση στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, συγκεκριμένα στο νομό Κέρκυρας λόγω της έλλειψης τακτικής συγκοινωνίας των μέσων μαζικής μεταφοράς.
- Επιλογικά, χρειάζεται να σημειωθεί το οικονομικό κόστος για την διεξαγωγή της έρευνας, το οποίο οι ερευνήτριες επιβαρύνθηκαν.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

#### **Βιβλία:**

1. Αβεντισιάν–Παγοροπούλου, Α. (2000), *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
2. Αμηρά, Α., Γεωργιάδη, Ε., Τεπέρογλου, Α. (1986), *Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα-Έρευνα για τα Κ.Α.Π.Η.*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Ερευνών.
3. Γεωργιάδη, Α., Θεοδωρόπουλος, Χ., Κούτσης, Α. (1990), *Κοινωνικές και χωροταξικές προϋποθέσεις για την λειτουργία του ΚΑΠΗ, ως θεσμός σύνδεσης των ηλικιωμένων με την κοινότητα*, Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο κοινωνικών και πολιτικών επιστημών.
4. Δοντάς, Σ. Α. (1981), *Η Τρίτη ηλικία, προβλήματα και δυνατότητες*, Αθήνα: Παρισιάνος.
5. Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος (1982), *«Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα»*, Αθήνα: Εθνική Έκθεση.
6. Έμκε–Πουλοπούλου, Ή. (1999), *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον*, Αθήνα: Έλλην.
7. Ζάρρας, Ι.Λ. (1974), *Το πρόβλημα του γήρατος εις την Ελλάδα*. Αθήνα: Συμβούλιον Επιμορφώσεως εις την Κοινωνικήν Εργασίαν.
8. Ιωάννου, Χ., Καβουνίδης, Ι., Καραντινός, Δ. (1992), *Οι κοινωνικές υπηρεσίες και η κοινωνική πολιτική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού*, Αθήνα: Υπουργείο Εργασίας σε συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών και με την υποστήριξη των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.
9. Καβουνίδη, Τ. (1996), *Ηλικιωμένοι και άτυπα δίκτυα βοήθειας: Η κυκλοφορία αγαθών και υπηρεσιών ανάμεσα στις γενιές. Στο Κοτζαμάνης, Β., Μαράτου-Αλιμπράντη, Α., Τεπέρογλου, Α. και Τζωρτοπούλου, Μ. (επιμ.), Γήρανση και Κοινωνία, Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
10. Κανστενμπάουμ, Ρ. (1998), *Η Τρίτη Ηλικία και ο κύκλος της ζωής*, Αθήνα: Ψυχογιός.



11. Κοτζαμάνης, Β. (1996), *Δημογραφική και Κοινωνική Γήρανση: Μύθοι και Πραγματικότητα. Πρακτικά Συνεδρίου Γήρανση και Κοινωνία*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών ΕΚΚΕ.
12. Κοτταρίδη- Σουρτζόγλου, Γ. (1996), Ο ηλικιωμένος ασθενής και η οικογένεια: Ένα σύστημα ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων. Στο Κοτζαμάνης, Β., Μαράτου-Αλιμπράντη, Λ., Τεπέρογλου, Α. και Τζωρτοπούλου, Μ. (επιμ.), *Γήρανση και Κοινωνία, Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
13. Κουκούλη, Σ.(2005), *Ο Προνοιακός πλουραλισμός στην κοινοτική φροντίδα – Μοντέλα φροντίδας των ηλικιωμένων στην Ε. Ε. Στο Ζαϊμάκης Γ. & Κανδυλάκη Α. (2005). Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και πολυπολιτισμικές κοινότητες*, Αθήνα: Κριτική.
14. Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999α), *Γήρας και Υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
15. Μεσθεναίου, Ε. (1996), *Μύθοι και πραγματικότητα στη φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και Ευρώπη. Στο Κοτζαμάνης, Β., Μαράτου-Αλιμπράντη, Λ., Τεπέρογλου, Α. και Τζωρτοπούλου, Μ. (επιμ.), Γήρανση και Κοινωνία, Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
16. Μουσούρου, Λ. Μ. και Στρατηγάκη Μ. (2004), *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις*, Αθήνα: Gutenberg.
17. Νεκτάριος, Μ. (1996), «*Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα*», Αθήνα: Financial Forum.
18. Πιτσίου, Ε. (1986), *Life Styles of Older Athenians* (Τόμος 1<sup>ος</sup>). Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
19. Σιμόν ντε Μπωβουάρ, (1980), *Τα γερατειά*, Αθήνα: Γλάρος.
20. Σολωμός, Γ. (2006), *Κοινωνική Ασφάλιση: Από την κρίση στον ενιαίο φορέα*, Αθήνα: Λιβάνης.
21. Σταθόπουλος, Π. (1999), *Κοινωνική πρόνοια, μια γενική θεώρηση*, Αθήνα: Έλλην.
22. Σταθόπουλος, Π. (2005), *Κοινωνική Πρόνοια: Ιστορική εξέλιξη-νέες κατευθύνσεις*, Αθήνα: Παπαζήση.
23. Τεπέρογλου, Α., Κίνια, Ε., Παπακώστα, Μ., Τζωρτοπούλου, Μ. (1990), *Αξιολόγηση της συμβολής των Κέντρων ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

24. Τσιώλη, Ζ. (1996), *Ιδιαιτερότητες προσαρμογής του γήρατος στην σημερινή κοινωνία από ανθρωπολογική άποψη στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών Ε.Κ.Κ.Ε.*, *Γήρανση και Κοινωνία:πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε*, Αθήνα: Ε.Κ.Κ.Ε.

### **Ελληνικά άρθρα**

25. Τεπέρογλου, Α. (1987), «*Η οικογένεια σαν πρωταρχικός φορέας πρόνοιας των ηλικιωμένων*», Εκλογή, τεύχος 47, σελ. 153-162.

### **Παρουσιάσεις/ Εισηγήσεις σε Συνέδρια/ Σεμινάρια/ Ημερίδες**

26. Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα «Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός», Πρακτικά 6<sup>ου</sup> Επιστημονικού Συνεδρίου, Αθήνα: Εξάντας

### **Διδακτορική Διατριβή/ Μεταπτυχιακή ή Πτυχιακή εργασία:**

27. Ghazaleh R.. (2012), *Ο τρόπος ζωής και το ηθικό των ηλικιωμένων*. Διδακτορική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

### **Θεσμικά κείμενα της Ευρωπαϊκής Ένωσης:**

28. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2010). *Χάρτης των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής ένωσης*. Ανασύρθηκε στις 15 Οκτωβρίου 2013 από: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:EL:PDF>

### **Ελληνικές διαδικτυακές πηγές:**

29. Γενική Γραμματεία Κοινωνικών ασφαλίσεων, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, [http://www.e-syntagografisi.gr/?page\\_id=74](http://www.e-syntagografisi.gr/?page_id=74) (Πρόσβαση: 6 Σεπτεμβρίου 2013).
30. Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, <http://www.gerontology.gr> (Πρόσβαση: 15 Μαΐου 2013).

31. Η απόφαση του Υπουργείου Οικονομικών, για την Καταβολή Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης ηλικιωμένων. <http://www.dikaiologitika.gr/201304128387/dhmosio/ekas-2013.html> (Πρόσβαση στις 5/08.2013)
32. Κοινωνική Φροντίδα Ηλικιωμένων <http://www.seniorcare.gr/koinoniki-frontida-hlikiwmenwn/24-giokomeio-eisagogi.htm> (Πρόσβαση: 10 Ιουλίου 2013)
33. ΜΚΟ (Μη Κυβερνητική Οργάνωση) 50και Ελλάς, <http://50plus.gr/socialcare> (Πρόσβαση: 8 Απριλίου 2012).
34. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΓΓΚΑ), [http://www.ggka.gr/grammateia\\_main.htm](http://www.ggka.gr/grammateia_main.htm). (Πρόσβαση: 20 Οκτωβρίου 2013)

#### **Άρθρο εφημερίδας από το Internet:**

35. Γιαννάρου, Λ. (18-8-2013), «Η γιαγιά και η σύνταξη γυρίζουν πάλι σπίτι» [http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_ell\\_2\\_18/08/2013\\_530375](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_2_18/08/2013_530375) (Πρόσβαση 5 Σεπτεμβρίου 2013)
36. Καντέλης, Γ. (2013), «Έως τις 30 Σεπτεμβρίου το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι», <http://www.skai.gr/news/greece/article/242577/eos-tis-30-septemvriou-to-programma-voitheia-sto-spiti/> (Πρόσβαση: 30 Σεπτεμβρίου 2013).
37. Παπαδημητρίου, Γ. (2012), «Πριν το τέλος» <http://www.protagon.gr/?i=protagon.el.article&id=11970> (Πρόσβαση: 20 Μαρτίου 2013).

#### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

38. Cicirelli, G. V. (1990), *Family Support in Relation to Health Problems of the Elderly*. Στο Brubaker, H.T. (1990). *Family Relationships in later life*. 2<sup>η</sup> έκδοση, USA: Sage Publications Inc.

### **Ξενόγλωσσα άρθρα:**

39. L K P Yap, S Y L Au, Y H Ang, K Y Kwan, S C Ng, C H Ee (2003), «*Who are the Residents of a Nursing Home in Singapore?*» Singapore Med J Vol.44(2).
40. Lowrey S., Briggs R. (1988), *Boom in private rest homes in Southampton: impact on the elderly in residential care*» British Medical Journal, volume 296.
41. S. Kirk, Donnelly M., Compton S. (1991), *A profile of residents of old people's homes*, The Ulster Medical Journal, volume 60 No 2.
42. Williams C., Rosen J., O' Malley M. (2006), *Profiles of Nursing Home Residents on Medicaid*, The Kaiser commission on Medicaid and the uninsured.
43. Ziomas, D. (1991), *Elderly in Greece: National Report (Program E.C. Actions on Older People)*, Athens.

### **Ξενόγλωσσα Επιστημονικά Περιοδικά:**

44. Dragana Avramov και Miroslava Maskova, *Active ageing in Europe, population studies*, Council of Europe Publishing <http://www.avramov.eu/documents/demoen.pdf> (Πρόσβαση στις 08/7/2013)

# ***ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ***

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### ***Το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ηλικιωμένων στα γηροκομεία.***

Η έρευνα που γίνεται με αυτό το ερωτηματολόγιο έχει σκοπό τη μελέτη του κοινωνικοοικονομικού προφίλ των ηλικιωμένων στα γηροκομεία. Η έρευνα έχει ακαδημαϊκό χαρακτήρα και δεν κατευθύνεται ούτε απευθύνεται σε οποιοδήποτε φορέα εκτός του ΤΕΙ Ηρακλείου. Η συμμετοχή σας θεωρείται απαραίτητη. Σας παρακαλούμε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις δεδομένου ότι θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια και ανωνυμία.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων,

Οι σπουδάστριες: Κοκκινάκου Μαρία

Λεοντίτση Αμαλία

Χατζηαντωνίου Τσαμπίκα- Αναστασία

Υπεύθυνος καθηγητής: Κρητικός Αντώνης

A.A.E.

--	--	--

Περιοχή

--

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2013

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

**A1. Φύλο :** (1) Άνδρας  (2) Γυναίκα

**A2. Ηλικία:** \_\_\_\_\_

**A3. Οικογενειακή κατάσταση:**

(1) Άγαμος/η \_\_\_\_

(2) Έγγαμος/η \_\_\_\_

(3) Διαζευγμένος/η \_\_\_\_

(4) Χήρος/α \_\_\_\_

**A4. Μορφωτικό επίπεδο:**

(1)	Αναλφάβητος/η	
(2)	Λίγες τάξεις Δημοτικού	
(3)	Απόφοιτος/η Δημοτικού	
(4)	Απόφοιτος/η γυμνασίου	
(5)	Απόφοιτος/η Λυκείου	
(6)	Απόφοιτος/η τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	

**A5. Έχετε εν ζωή συγγενείς:** (1) Ναι \_\_\_\_ (2) Όχι \_\_\_\_

**A6. Έχετε παιδιά:** (1) Ναι \_\_\_\_ (2) Όχι \_\_\_\_

**A7. Εάν ναι, πόσα παιδιά:** Αγόρια \_\_\_\_ Κορίτσια \_\_\_\_

**A8. Το σπίτι που διαμένετε βρισκόταν σε:**

(1) Αγροτική περιοχή \_\_\_\_

(2) Αστική περιοχή \_\_\_\_

**A9. Το σπίτι που διαμένετε ήταν:**

- (1) Ιδιόκτητο \_\_\_\_
- (2) Ενοικιαζόμενο \_\_\_\_
- (3) Φιλοξενούμαι \_\_\_\_

**A10. Με ποιους μένατε πριν την εισαγωγή σας στο γηροκομείο:**

- (1) τον/ την σύζυγο \_\_\_\_
- (2) τα παιδιά \_\_\_\_
- (3) μόνος/η \_\_\_\_
- (4) οικογένεια των παιδιών \_\_\_\_
- (5) άλλο συγγενή/ φίλο \_\_\_\_

**A11. Πόσο καιρό βρίσκεστε στο γηροκομείο: \_\_\_\_\_**

**A12. Ποιού επιλογή ήταν η εισαγωγή σας στο γηροκομείο:**

- (1) Οικογένεια
- (2) Προσωπική επιλογή

**A13. Κατά την άποψη σας, ποιοι ήταν οι λόγοι που οδήγησαν στην εισαγωγή σας στο γηροκομείο:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## **B. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

### **B1. Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας:**

(1) Ναι \_\_\_\_ (2) Όχι \_\_\_\_

### **B2. Εάν ναι, ποιο πρόβλημα υγείας:**

.....

..... ( δυνατότητα για παραπάνω από μία απαντήσεις)

(1)	Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος	
(2)	Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	
(3)	Νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων	
(4)	Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα ( θυρεοειδής, σακχαρώδης διαβήτης)	
(5)	Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος	
(6)	Νοσήματα πεπτικού συστήματος	
(7)	Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος	
(8)	Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων	
(9)	Νεοπλάσματα	
(10)	Ψυχικές διαταραχές	
(11)	Νοσήματα δέρματος	
(12)	Κακώσεις	

## **Γ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ**

**Γ1. Τι επάγγελμα ασκούσατε στο παρελθόν:**

- (1) Επιστήμονες και εκπαιδευτικοί \_\_\_\_
- (2) Σώματα ασφαλείας \_\_\_\_
- (3) Ιδιωτικοί Υπάλληλοι \_\_\_\_
- (4) Δημόσιοι Υπάλληλοι \_\_\_\_
- (5) Αγρότες \_\_\_\_
- (6) Ελεύθεροι Επαγγελματίες/ Έμπορος \_\_\_\_
- (7) Τεχνίτης \_\_\_\_
- (8) Οικιακά \_\_\_\_

**Γ2. Είστε συνταξιούχος:**

- (1) Ναι \_\_\_\_
- (2) Όχι \_\_\_\_

**Γ3. Σε ποιον ασφαλιστικό φορέα ανήκετε:**

- (1) Ο.Α.Ε.Ε.
- (2) Ι.Κ.Α.
- (3) Ο.Γ.Α.
- (4) ΔΗΜΟΣΙΟ
- (5) ΑΛΛΟ
- (6) ΚΑΝΕΝΑ

**Γ4. Πόσα χρόνια βρίσκεστε στη σύνταξη: \_\_\_\_\_**

**Γ5. Ποιο είναι το ποσό της σύνταξης σας: \_\_\_\_\_**

**Γ6. Ποιες είναι οι κύριες πηγές εισοδήματος που έχετε: (δυνατότητα έως δύο ιεραρχημένων απαντήσεων)**

- (1) Σύνταξη \_\_\_\_
- (2) Χρηματική βοήθεια από παιδιά \_\_\_\_
- (3) Ακίνητη περιουσία \_\_\_\_
- (4) Πρόσθετα επιδόματα \_\_\_\_

(5) Αμοιβή από εργασία \_\_\_\_

(6) Χρήματα από αποταμίευση \_\_\_\_

**Δ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**Δ1. Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο**

(1) Σχεδόν καθημερινά \_\_\_\_

(2) 1-2 φορές την εβδομάδα \_\_\_\_

(3) 2-3 φορές το μήνα \_\_\_\_

(4) Μία φορά το μήνα \_\_\_\_

(5) Μια φορά το εξάμηνο \_\_\_\_

(6) Μία φορά το χρόνο \_\_\_\_

(7) Σπάνια \_\_\_\_

(8) Καθόλου \_\_\_\_

(9) Δεν απαντώ \_\_\_\_

**Δ2. Είστε ικανοποιημένος/η από την επαφή με τους δικούς σας:**

(1) Καθόλου \_\_\_\_ (2) Λίγο \_\_\_\_ (3) Αρκετά \_\_\_\_ (4) πολύ \_\_\_\_ (5) πάρα πολύ \_\_\_\_

**Δ3. Πώς είναι οι σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους που ζουν στο γηροκομείο:**

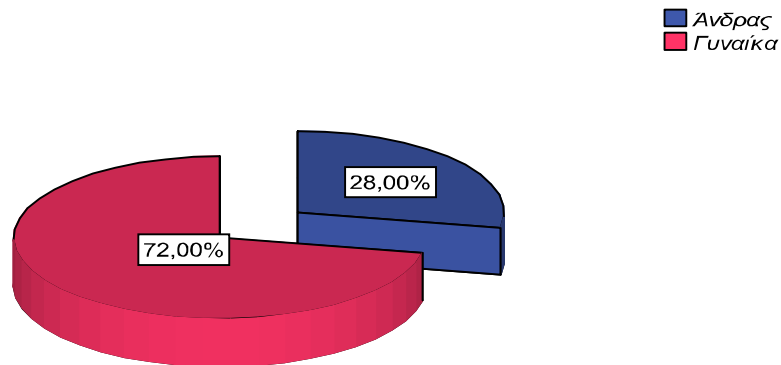
.....  
.....  
.....  
.....

**Δ4. Ποια είναι η συμμετοχή σας στις καθημερινές δραστηριότητες του γηροκομείου:**

.....  
.....  
.....

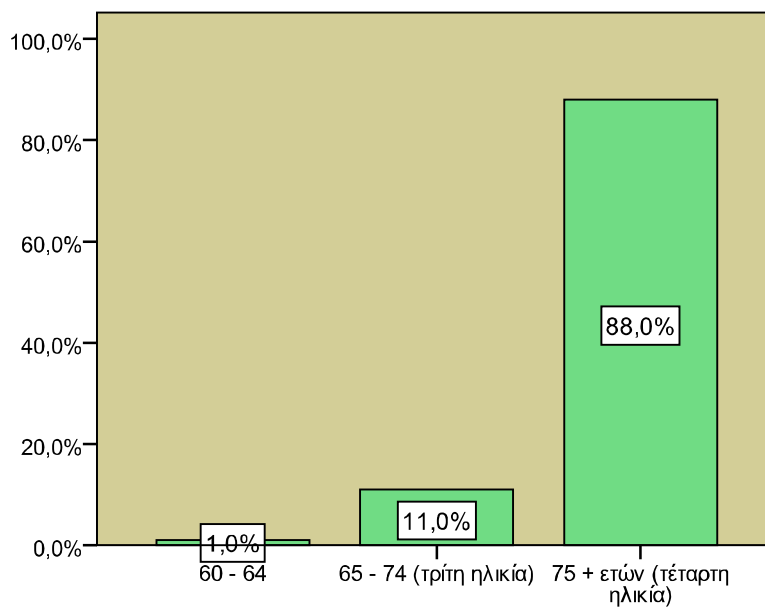
## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### ΕΡΩΤΗΣΗ Α1:



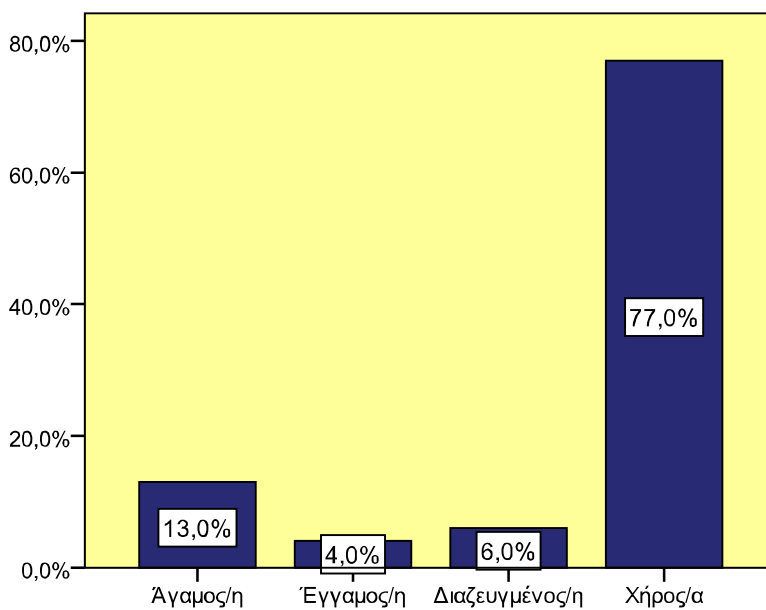
*Σχήμα 1: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το φύλο.*

### ΕΡΩΤΗΣΗ Α2:



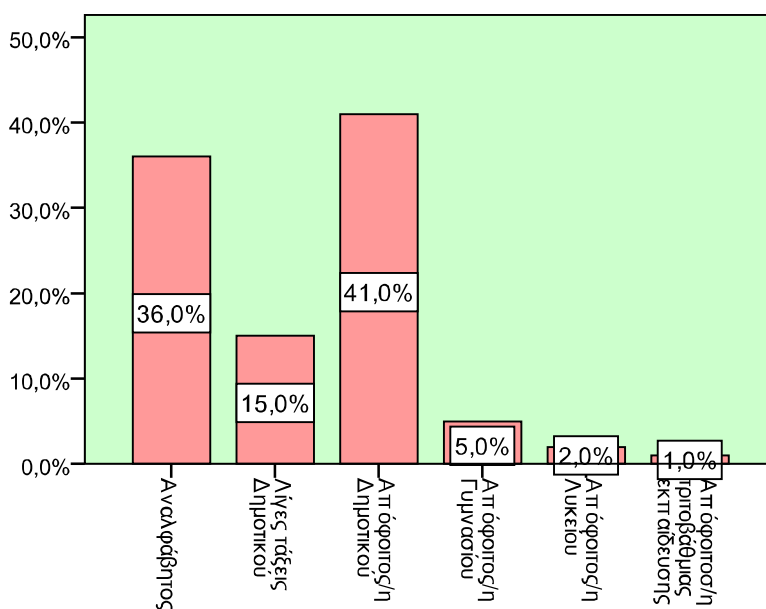
*Σχήμα 2: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με την ηλικία.*

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α3:**



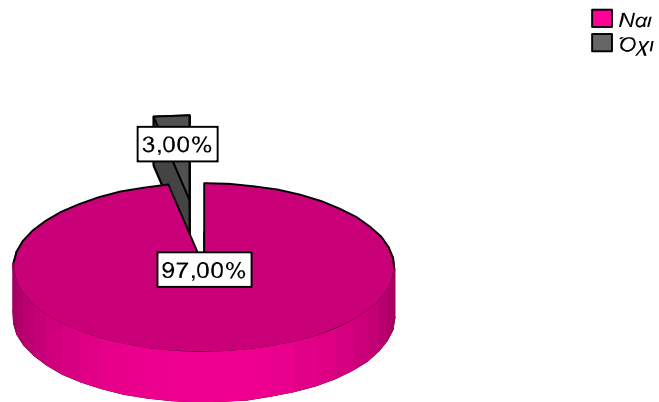
**Σχήμα 3: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση.**

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α4:**



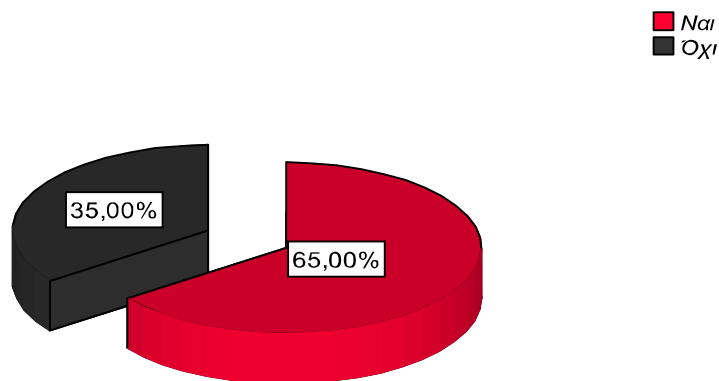
**Σχήμα 4: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο.**

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α5:**



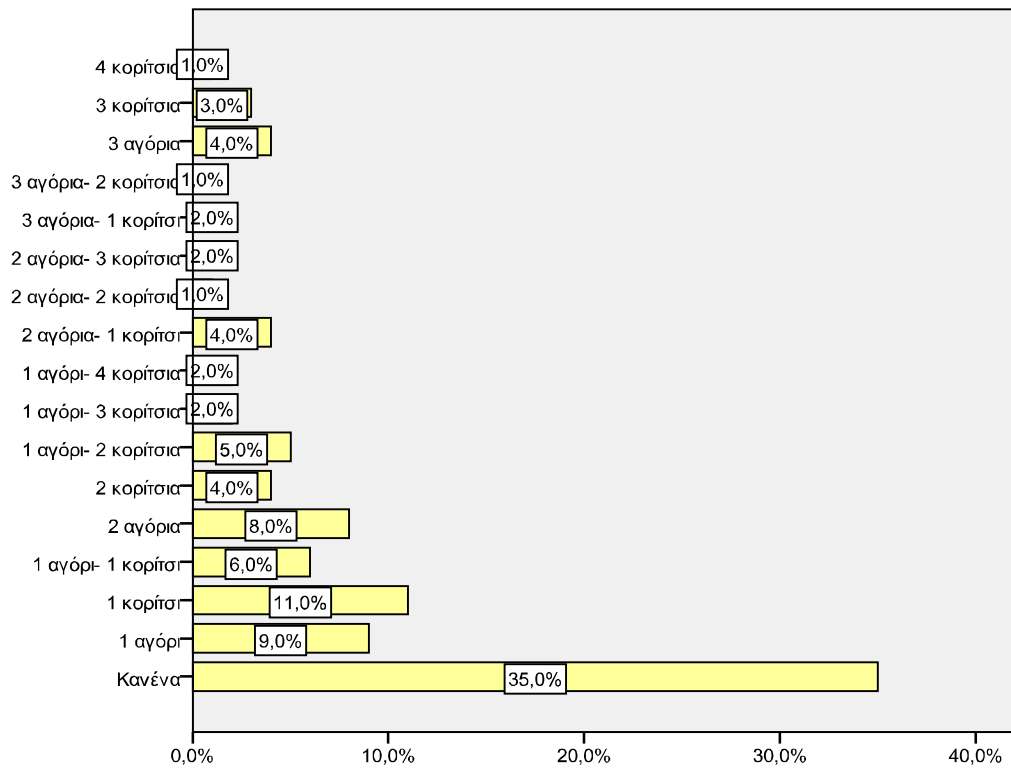
*Σχήμα 5: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το αν υπάρχει κάποιος εν ζωή συγγενής.*

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α6:**



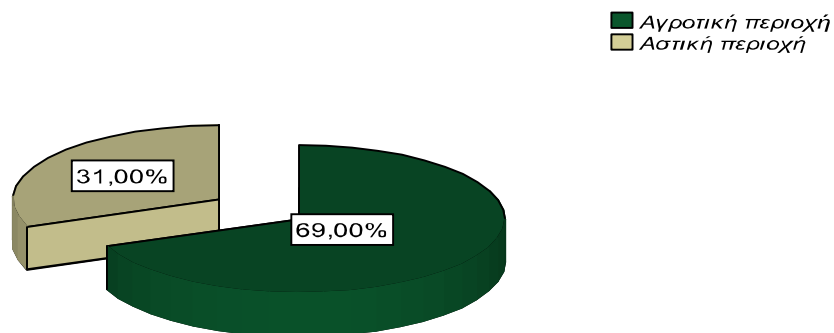
*Σχήμα 6: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με την ύπαρξη παιδιού.*

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α7:**



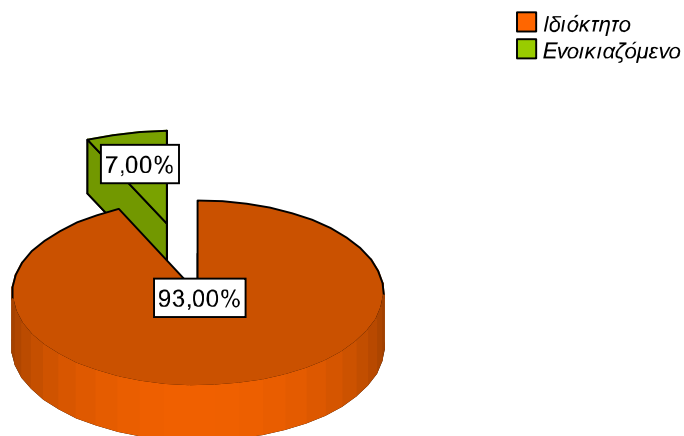
**Σχήμα 7: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με τον αριθμό των παιδιών.**

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α8:**



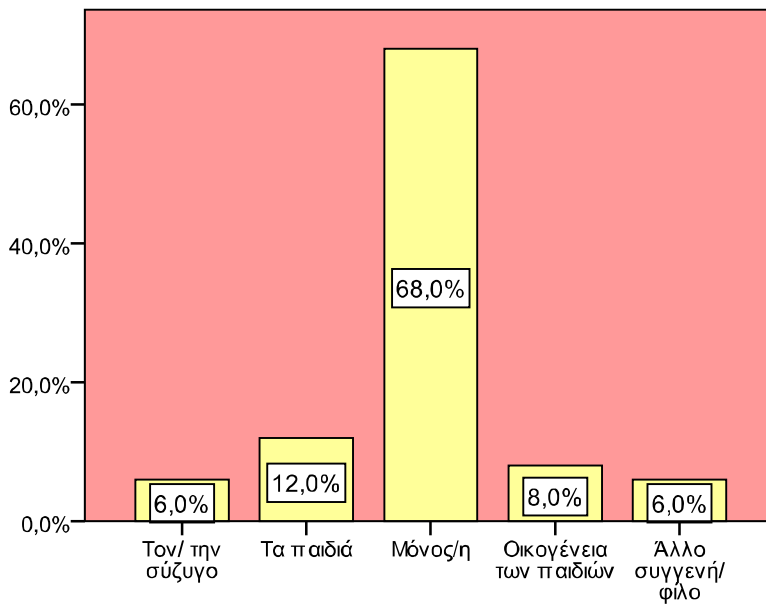
**Σχήμα 8: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με τον τόπο διαμονής.**

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α9:**



*Σχήμα 9: Κατανομή των ηλικιωμένων σύμφωνα με τον τύπο κατοικίας.*

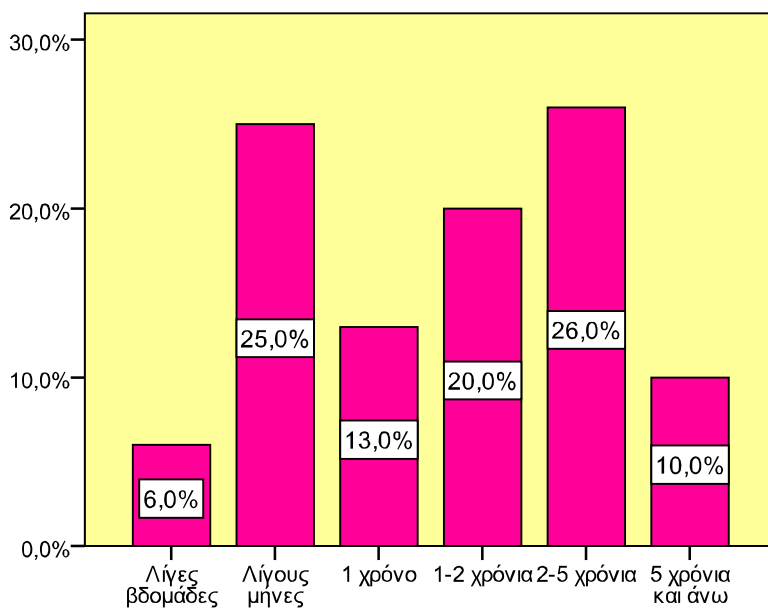
**ΕΡΩΤΗΣΗ Α10:**



*Σχήμα 10: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με τα άτομα που έμεναν μαζί πριν την εισαγωγή τους στο γηροκομείο.*

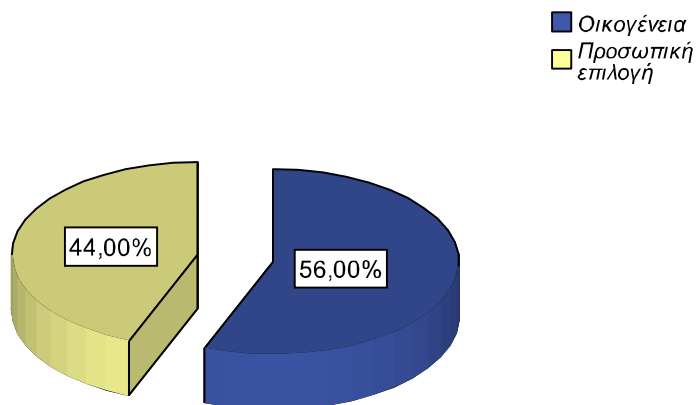


**ΕΡΩΤΗΣΗ Α11:**



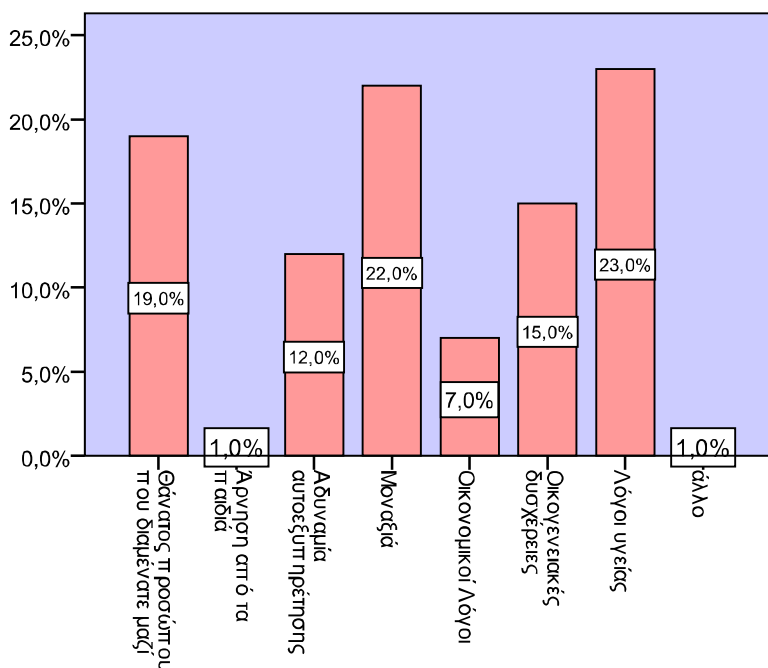
**Σχήμα 11:** Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με τη διάρκεια παραμονής τους στο γηροκομείο.

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α12:**



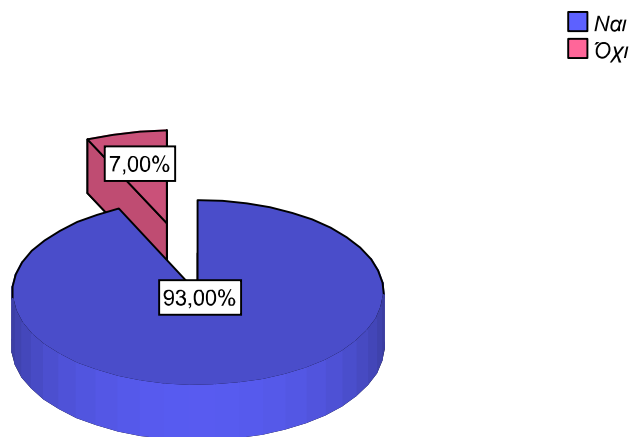
**Σχήμα 12:** Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με την επιλογή εισαγωγής τους στο γηροκομείο.

**ΕΡΩΤΗΣΗ Α13:**



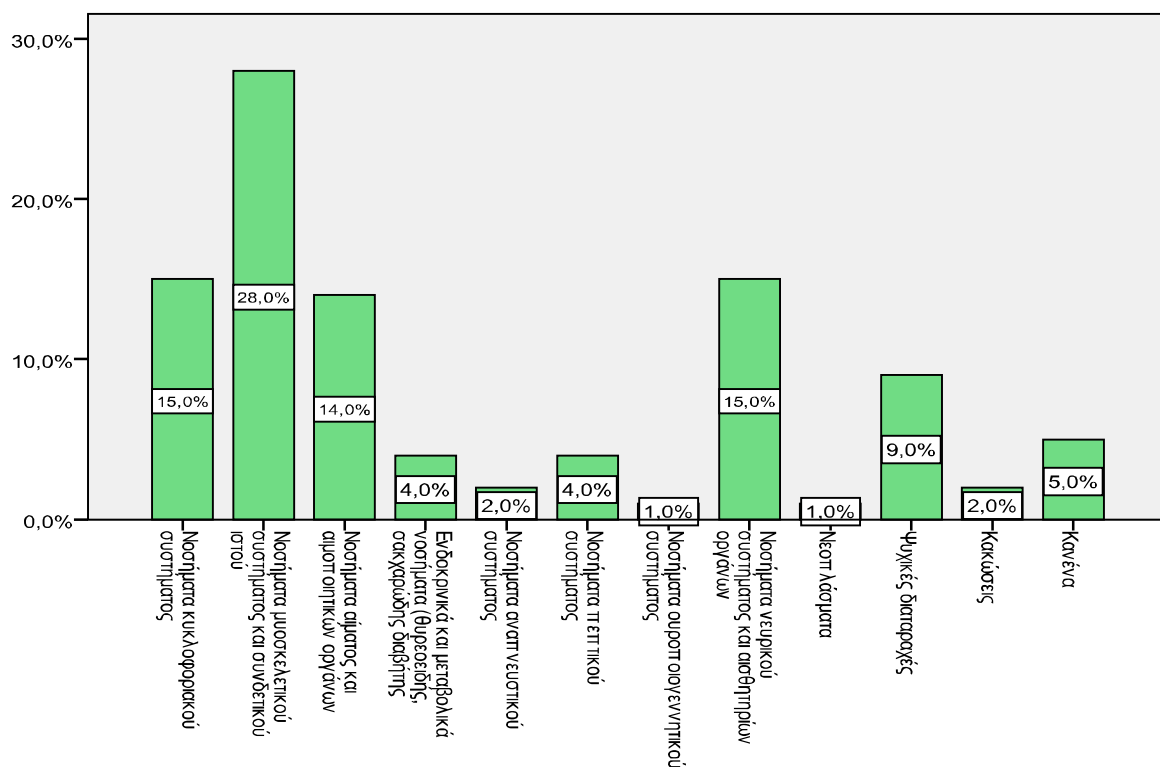
**Σχήμα 13:** Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με τους λόγους εισαγωγής τους στο γηροκομείο.

**ΕΡΩΤΗΣΗ Β1:**



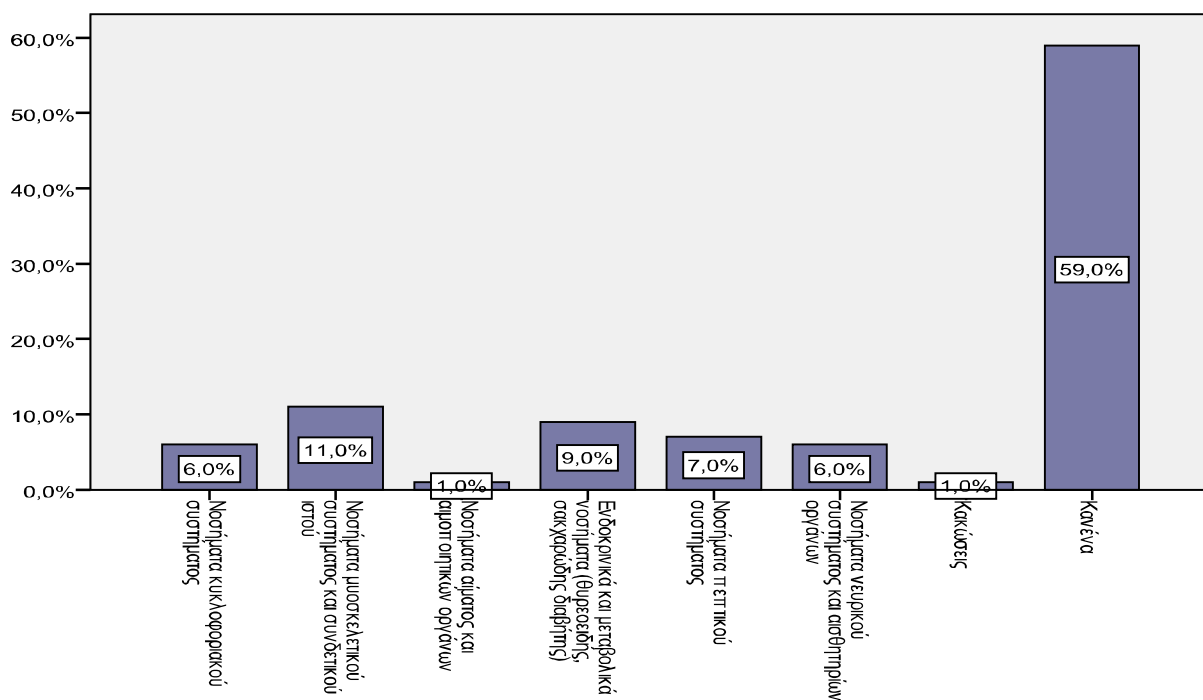
**Σχήμα 14:** Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας.

**ΕΡΩΤΗΣΗ Β2:**



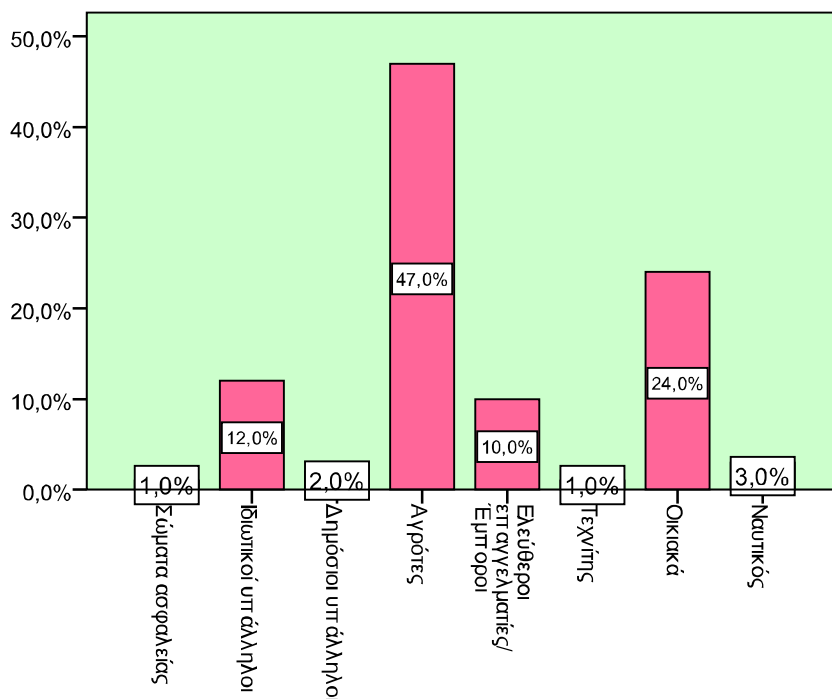
**Σχήμα 15:** Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το κύριο πρόβλημα υγείας τους.

**ΕΡΩΤΗΣΗ Β3:**



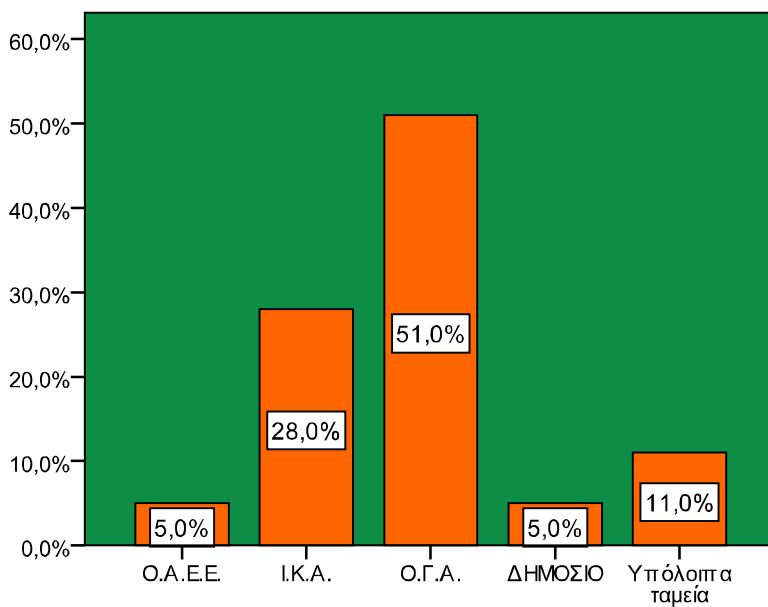
**Σχήμα 16:** Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το δεύτερο κύριο πρόβλημα υγείας τους.

**ΕΡΩΤΗΣΗ C1:**



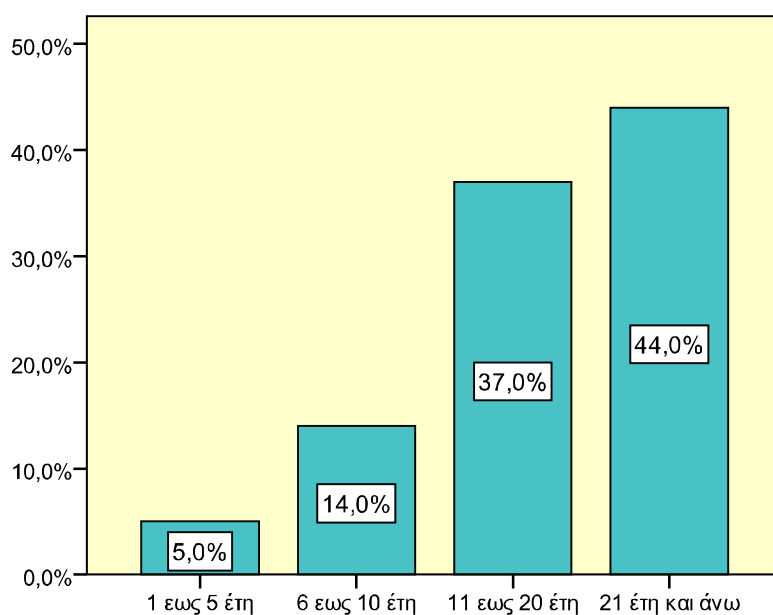
*Σχήμα 17: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το επάγγελμα που ασκούσαν πριν συνταξιοδοτηθούν.*

**ΕΡΩΤΗΣΗ C3:**



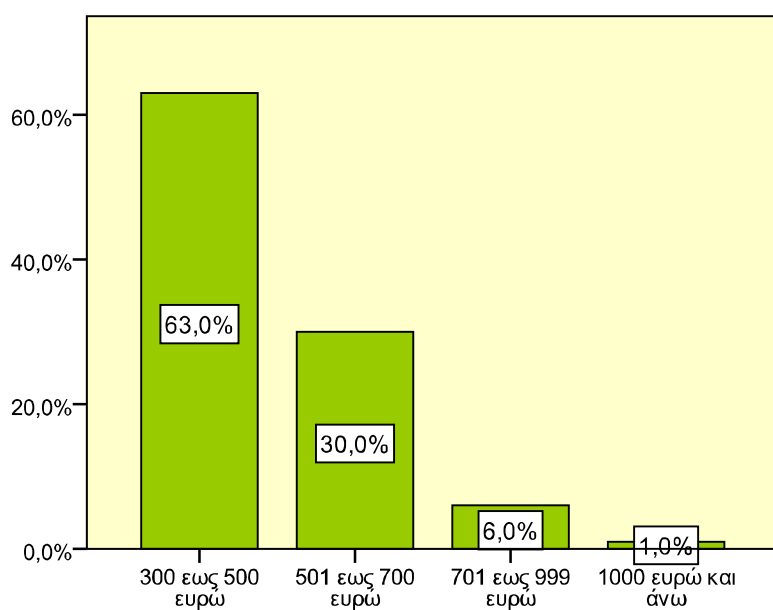
*Σχήμα 18: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με τον ασφαλιστικό τους φορέα.*

**ΕΡΩΤΗΣΗ C4:**



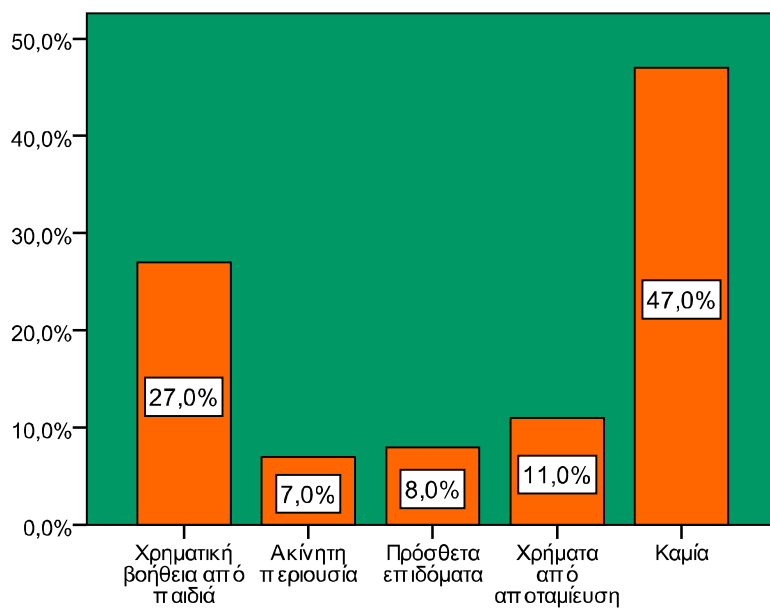
***Σχήμα 19: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με τη διάρκεια συνταξιοδότησης.***

**ΕΡΩΤΗΣΗ C5:**



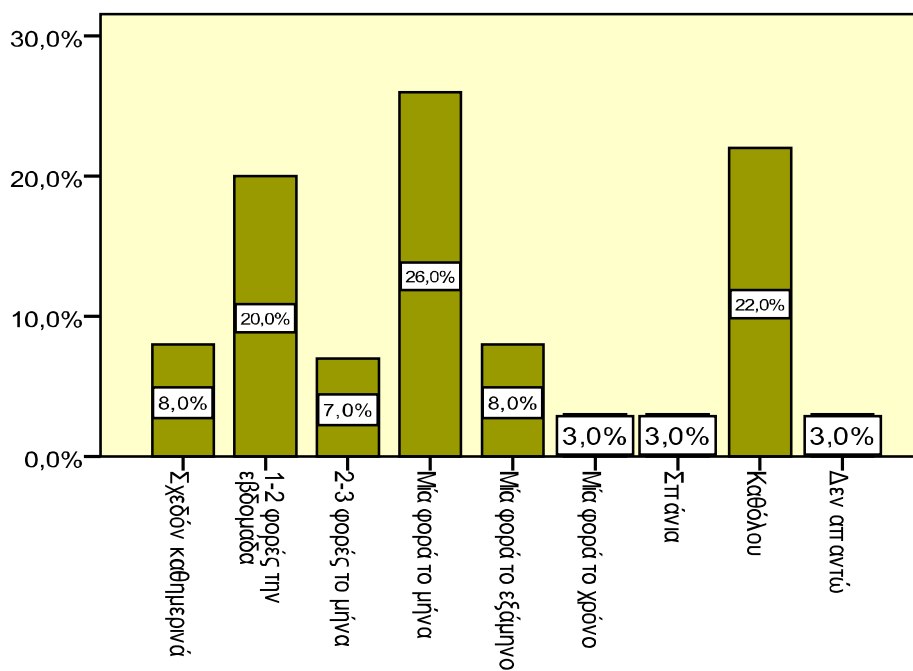
***Σχήμα 20: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το ποσό της σύνταξης τους.***

**ΕΡΩΤΗΣΗ C6.1:**



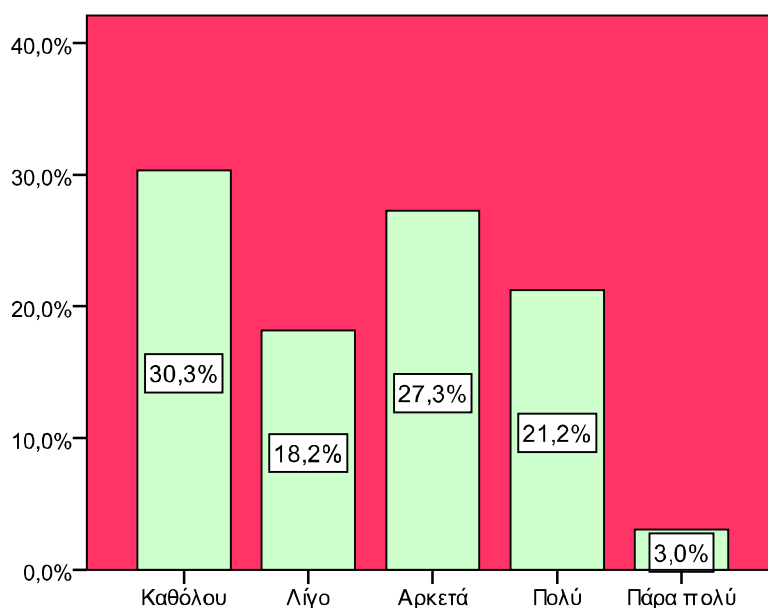
*Σχήμα 21: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με τη δεύτερη κύρια πηγή εισοδήματός τους.*

**ΕΡΩΤΗΣΗ D1:**



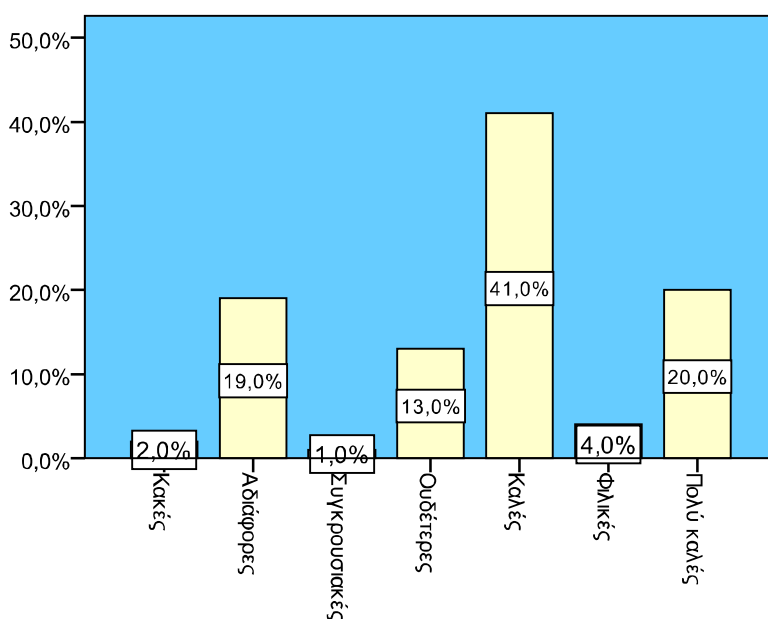
*Σχήμα 22: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με την συχνότητα των επισκέψεων συγγενών και φίλων.*

**ΕΡΩΤΗΣΗ D2:**



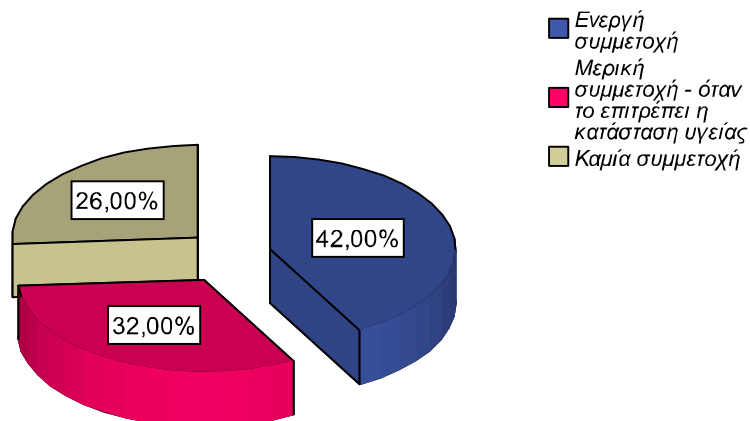
**Σχήμα 23:** Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με τον βαθμό ικανοποίησης από την επαφή με τους οικείους τους.

**ΕΡΩΤΗΣΗ D3:**



**Σχήμα 24:** Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το είδος των σχέσεων με τους συνοικούντες στο γηροκομείο.

**ΕΡΩΤΗΣΗ D4:**



*Σχήμα 25: Κατανομή ηλικιωμένων σύμφωνα με το βαθμό συμμετοχής τους στις καθημερινές δραστηριότητες του γηροκομείου.*



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

*1) Διαφέρει το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των ηλικιωμένων στα δημόσια και ιδιωτικά γηροκομεία των νομών Ηρακλείου και Κέρκυρας;*

### ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΦΥΛΟ

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Φύλο Crosstabulation**

			Φύλο		Total
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count		8	17	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		32,0%	68,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας	Count		8	17	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		32,0%	68,0%	100,0%
Γηροκομείο ανα περιοχή Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count		7	18	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		28,0%	72,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΗΡΑ" Ηρακλείου	Count		5	20	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		20,0%	80,0%	100,0%
Total	Count		28	72	100
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		28,0%	72,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,190	3	,755
Likelihood Ratio	1,236	3	,744
Linear-by-Linear Association	,982	1	,322
N of Valid Cases	100		

## ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΗΛΙΚΙΑ

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Ηλικία Crosstabulation**

		Ηλικία			Total
		60 - 64	65 - 74 (τρίτη ηλικία)	75 + ετών (τέταρτη ηλικία)	
Γηροκομείο ανα περιοχή	Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count 0	1	24	25
		% within 0,0%	4,0%	96,0%	100,0%
	Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας	Count 0	1	24	25
		% within 0,0%	4,0%	96,0%	100,0%
	Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count 0	3	22	25
		% within 0,0%	12,0%	88,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΗΡΑ" Ηρακλείου	Count 1	6	18	25	
	% within 4,0%	24,0%	72,0%	100,0%	
Total	Count 1	11	88	100	
	% within 1,0%	11,0%	88,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,182	6	,117
Likelihood Ratio	9,739	6	,136
Linear-by-Linear Association	7,869	1	,005
N of Valid Cases	100		

## ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Οικογενειακή Κατάσταση Crosstabulation**

		Οικογενειακή Κατάσταση				Total
		Άγαμος/η	Έγγαμος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α	
	Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count 8	4	1	12	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	32,0%	16,0%	4,0%	48,0%	100,0%
	Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας	Count 0	0	2	23	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	0,0%	0,0%	8,0%	92,0%	100,0%
Γηροκομείο ανα περιοχή	Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count 1	0	1	23	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	4,0%	0,0%	4,0%	92,0%	100,0%
	Γηροκομείο "ΗΡΑ" Ηρακλείου	Count 4	0	2	19	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	16,0%	0,0%	8,0%	76,0%	100,0%
Total	Count	13	4	6	77	100
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	13,0%	4,0%	6,0%	77,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,785	9	,001
Likelihood Ratio	30,022	9	,000
Linear-by-Linear Association	5,400	1	,020
N of Valid Cases	100		

## ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Μορφωτικό επίπεδο Crosstabulation**

		Μορφωτικό επίπεδο						Total
		Αναλφάβητος	Λίγες τάξεις Δημοτικού	Απόφοιτος/η Δημοτικού	Απόφοιτος/η Γυμνασίου	Απόφοιτος/η Λυκείου	Απόφοιτος/η τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	
Γηροκομείο ανα περιοχή	Count	12	5	8	0	0	0	25
	Πτωχοκομείο Κέρκυρας % within Γηροκομείο ανα περιοχή	48,0%	20,0%	32,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Count	2	9	9	3	2	0	25
	"ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας % within Γηροκομείο ανα περιοχή	8,0%	36,0%	36,0%	12,0%	8,0%	0,0%	100,0%
	Count	11	1	13	0	0	0	25
	Πτωχοκομείο Ηρακλείου % within Γηροκομείο ανα περιοχή	44,0%	4,0%	52,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Count	36	15	41	5	2	1	100
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	36,0%	15,0%	41,0%	5,0%	2,0%	1,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,706	15	,001
Likelihood Ratio	42,587	15	,000
Linear-by-Linear Association	,573	1	,449
N of Valid Cases	100		

## ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΕΝ ΖΩΗ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Εν ζωή συγγενείς Crosstabulation**

			Εν ζωή συγγενείς		Total
			Ναι	Όχι	
	Πτωχοκομείο	Count	24	1	25
	Κέρκυρας	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	96,0%	4,0%	100,0%
	Γηροκομείο	Count	25	0	25
	"ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ"	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	100,0%	0,0%	100,0%
Γηροκομείο ανα περιοχή	Κέρκυρας	Count	24	1	25
	Πτωχοκομείο Ηρακλείου	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	96,0%	4,0%	100,0%
	Γηροκομείο	Count	24	1	25
	"ΗΡΑ" Ηρακλείου	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	96,0%	4,0%	100,0%
Total		Count	97	3	100
		% within Γηροκομείο ανα περιοχή	97,0%	3,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	1,031	3	,794
Likelihood Ratio	1,757	3	,624
Linear-by-Linear Association	,068	1	,794
N of Valid Cases	100		

## ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Γηροκομείο ανα περιοχή \* Έχετε παιδιά Crosstabulation

			Ύπαρξη παιδιών		Total
			Ναι	Όχι	
	Πτωχοκομείο	Count	8	17	25
	Κέρκυρας	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	32,0%	68,0%	100,0%
	Γηροκομείο	Count	17	8	25
	"ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ"	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	68,0%	32,0%	100,0%
Γηροκομείο ανα περιοχή	Κέρκυρας	Count	21	4	25
	Πτωχοκομείο	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	84,0%	16,0%	100,0%
	Ηρακλείου	Count	19	6	25
	Γηροκομείο "ΗΡΑ"	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	76,0%	24,0%	100,0%
Total	Ηρακλείου	Count	65	35	100
		% within Γηροκομείο ανα περιοχή	65,0%	35,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	17,363	3	,001
Likelihood Ratio	17,265	3	,001
Linear-by-Linear Association	11,915	1	,001
N of Valid Cases	100		

## ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Γηροκομείο ανα περιοχή \* Το σπίτι που διαμένετε βρίσκεται σε: Crosstabulation

			Τόπος διαμονής		Total
			Αγροτική περιοχή	Αστική περιοχή	
Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count		12	13	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		48,0%	52,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας	Count		15	10	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		60,0%	40,0%	100,0%
Γηροκομείο ανα περιοχή Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count		23	2	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		92,0%	8,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΗΡΑ" Ηρακλείου	Count		19	6	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		76,0%	24,0%	100,0%
Total	Count		69	31	100
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή		69,0%	31,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,856	3	,005
Likelihood Ratio	14,060	3	,003
Linear-by-Linear Association	7,785	1	,005
N of Valid Cases	100		

## ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Το σπίτι που διαμένετε ήταν: Crosstabulation**

		Τύπος κατοικίας		Total	
		Ιδιόκτητο	Ενοικιαζόμενο		
Γηροκομείο ανα περιοχή	Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count % within Γηροκομείο ανα περιοχή	21 84,0%	4 16,0%	25 100,0%
	Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας	Count % within Γηροκομείο ανα περιοχή	24 96,0%	1 4,0%	25 100,0%
	Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count % within Γηροκομείο ανα περιοχή	24 96,0%	1 4,0%	25 100,0%
	Γηροκομείο "ΗΡΑ" Ηρακλείου	Count % within Γηροκομείο ανα περιοχή	24 96,0%	1 4,0%	25 100,0%
	Total	Count % within Γηροκομείο ανα περιοχή	93 93,0%	7 7,0%	100 100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	4,147	3	,246
Likelihood Ratio	3,553	3	,314
Linear-by-Linear Association	2,464	1	,117
N of Valid Cases	100		



**ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΜΕΝΑΤΕ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ;**

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Με ποιους μένατε πριν την εισαγωγή σας στο γηροκομείο Crosstabulation**

			Με ποιους μένατε πριν την εισαγωγή σας στο γηροκομείο					Total
			Τον/ την σύζυγο	Τα παιδιά	Μόνος/η	Οικογένεια των παιδιών	Άλλο συγγενή/ φίλο	
	Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count	4	1	15	3	2	25
		% within Γηροκομείο ανα περιοχή	16,0%	4,0%	60,0%	12,0%	8,0%	100,0%
	Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας	Count	0	4	14	4	3	25
		% within Γηροκομείο ανα περιοχή	0,0%	16,0%	56,0%	16,0%	12,0%	100,0%
Γηροκομείο ανα περιοχή	Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count	1	1	22	0	1	25
		% within Γηροκομείο ανα περιοχή	4,0%	4,0%	88,0%	0,0%	4,0%	100,0%
	Γηροκομείο "ΗΡΑ" Ηρακλείου	Count	1	6	17	1	0	25
		% within Γηροκομείο ανα περιοχή	4,0%	24,0%	68,0%	4,0%	0,0%	100,0%
Total		Count	6	12	68	8	6	100
		% within Γηροκομείο ανα περιοχή	6,0%	12,0%	68,0%	8,0%	6,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,569	12	,032
Likelihood Ratio	25,693	12	,012
Linear-by-Linear Association	1,413	1	,235
N of Valid Cases	100		

**ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΣΧΕΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΟΛΟΙΠΟΥΣ  
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Πώς είναι οι σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους που ζουν στο γηροκομείο Crosstabulation**

		Πώς είναι οι σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους που ζουν στο γηροκομείο;							Total
		Κακές	Αδιάφορες	Συγκρουσιακές	Ουδέτερες	Καλές	Φιλικές	Πολύ καλές	
Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count	1	6	0	4	10	3	1	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	4,0%	24,0%	0,0%	16,0%	40,0%	12,0%	4,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας	Count	1	4	1	3	12	0	4	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	4,0%	16,0%	4,0%	12,0%	48,0%	0,0%	16,0%	100,0%
Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count	0	3	0	1	16	1	4	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	0,0%	12,0%	0,0%	4,0%	64,0%	4,0%	16,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΗΡΑ" Ηρακλείου	Count	0	6	0	5	3	0	11	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	0,0%	24,0%	0,0%	20,0%	12,0%	0,0%	44,0%	100,0%
Total	Count	2	19	1	13	41	4	20	100
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	2,0%	19,0%	1,0%	13,0%	41,0%	4,0%	20,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,572	18	,011
Likelihood Ratio	37,467	18	,005
Linear-by-Linear Association	3,527	1	,060
N of Valid Cases	100		

**ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ  
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Γηροκομείο ανα περιοχή \* Ποιά είναι η συμμετοχή σας στις καθημερινές δραστηριότητες του γηροκομείου

**Crosstabulation**

		Ποια είναι η συμμετοχή σας στις καθημερινές δραστηριότητες του γηροκομείου;			Total
		Ενεργή συμμετοχή	Μερική συμμετοχή - όταν το επιτρέπει η κατάσταση υγείας	Καμία συμμετοχή	
Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count	13	4	8	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	52,0%	16,0%	32,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας	Count	15	8	2	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	60,0%	32,0%	8,0%	100,0%
Γηροκομείο ανα περιοχή Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count	4	14	7	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	16,0%	56,0%	28,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΗΡΑ" Ηρακλείου	Count	10	6	9	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	40,0%	24,0%	36,0%	100,0%
Total	Count	42	32	26	100
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	42,0%	32,0%	26,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,033	6	,006
Likelihood Ratio	19,731	6	,003
Linear-by-Linear Association	2,372	1	,124
N of Valid Cases	100		

ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ

Γηροκομείο ανα περιοχή \* Τι επάγγελμα ασκούσατε στο παρελθόν Crosstabulation

		Τι επάγγελμα ασκούσατε στο παρελθόν;								Total
		Σώματα ασφαλείας	Ιδιωτικοί υπάλληλοι	Δημόσιοι υπάλληλοι	Αγρότες	Ελεύθεροι επαγγελματίες/ Έμποροι	Τεχνίτες	Οικιακά	Ναυτικός	
Γηροκομείο ανα περιοχή	Count	0	6	1	10	3	0	5	0	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	0,0%	24,0%	4,0%	40,0%	12,0%	0,0%	20,0%	0,0%	100,0%
	Count	0	3	0	4	5	1	12	0	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	0,0%	12,0%	0,0%	16,0%	20,0%	4,0%	48,0%	0,0%	100,0%
	Count	0	0	0	19	1	0	3	2	25
Γηροκομείο ανα περιοχή	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	0,0%	0,0%	0,0%	76,0%	4,0%	0,0%	12,0%	8,0%	100,0%
	Count	1	3	1	14	1	0	4	1	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	4,0%	12,0%	4,0%	56,0%	4,0%	0,0%	16,0%	4,0%	100,0%
	Count	1	12	2	47	10	1	24	3	100
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	1,0%	12,0%	2,0%	47,0%	10,0%	1,0%	24,0%	3,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,677	21	,006
Likelihood Ratio	44,226	21	,002
Linear-by-Linear Association	,115	1	,735
N of Valid Cases	100		

**ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ**

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Ποιά είναι το ποσό της σύνταξης σας Crosstabulation**

		Ποσό σύνταξης				Total
		300 εως 500 ευρώ	501 εως 700 ευρώ	701 εως 999 ευρώ	1000 ευρώ και άνω	
Γηροκομείο ανα περιοχή	Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count 14	11	0	0	25
	% within Κέρκυρας	56,0%	44,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ"	Count 7	14	4	0	25
	% within Κέρκυρας	28,0%	56,0%	16,0%	0,0%	100,0%
	Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count 23	1	1	0	25
	% within Ηρακλείου	92,0%	4,0%	4,0%	0,0%	100,0%
	Γηροκομείο "ΗΡΑ"	Count 19	4	1	1	25
	% within Ηρακλείου	76,0%	16,0%	4,0%	4,0%	100,0%
	Total	Count 63	30	6	1	100
	% within	63,0%	30,0%	6,0%	1,0%	100,0%
	Γηροκομείο ανα περιοχή					

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,597	9	,000
Likelihood Ratio	35,737	9	,000
Linear-by-Linear Association	2,895	1	,089
N of Valid Cases	100		

**ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ-ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ**

**Γηροκομείο ανα περιοχή \* Δεύτερη κύρια πηγή εισοδήματος Crosstabulation**

		Δεύτερη πηγή εισοδήματος					Total
		Χρηματική βοήθεια από παιδιά	Ακίνητη περιουσία	Πρόσθετα επιδόματα	Χρήματα από αποταμίευση	Καμία	
Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Count	2	3	3	0	17	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	8,0%	12,0%	12,0%	0,0%	68,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΠΛΑΤΥΤΕΡΑ" Κέρκυρας	Count	11	4	5	0	5	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	44,0%	16,0%	20,0%	0,0%	20,0%	100,0%
Πτωχοκομείο Ηρακλείου	Count	7	0	0	1	17	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	28,0%	0,0%	0,0%	4,0%	68,0%	100,0%
Γηροκομείο "ΗΡΑ" Ηρακλείου	Count	7	0	0	10	8	25
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	28,0%	0,0%	0,0%	40,0%	32,0%	100,0%
Total	Count	27	7	8	11	47	100
	% within Γηροκομείο ανα περιοχή	27,0%	7,0%	8,0%	11,0%	47,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	57,816	12	,000
Likelihood Ratio	62,558	12	,000
Linear-by-Linear Association	,027	1	,871
N of Valid Cases	100		

3) Σχετίζεται ο βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την επαφή με τους δικούς τους με την συχνότητα επισκέψεων συγγενών και φίλων;

Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο \* Είστε ικανοποιημένος/η από την επαφή με τους δικούς σας Crosstabulation

			Είστε ικανοποιημένος/η από την επαφή με τους δικούς σας					Total
			Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Σχεδόν καθημερινά	Count		0	0	0	6	1	7
	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο		0,0%	0,0%	0,0%	85,7%	14,3%	100,0%
1-2 φορές την εβδομάδα	Count		0	0	8	10	2	20
	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο		0,0%	0,0%	40,0%	50,0%	10,0%	100,0%
Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο	Count		0	2	2	3	0	7
	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο		0,0%	28,6%	28,6%	42,9%	0,0%	100,0%
Μία φορά το μήνα	Count		3	11	10	2	0	26
	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο		11,5%	42,3%	38,5%	7,7%	0,0%	100,0%
Μία φορά το εξάμηνο	Count		1	4	3	0	0	8
	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο		12,5%	50,0%	37,5%	0,0%	0,0%	100,0%
Μία φορά το χρόνο	Count		1	0	2	0	0	3
	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο		33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Σπάνια	Count		1	1	1	0	0	3
	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο		33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Καθόλου	Count		22	0	0	0	0	22

	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Count	2	0	1	0	0	3
Δεν απαντώ	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	Count	30	18	27	21	3	99
Total	% within Πόσο συχνά σας επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι στο γηροκομείο	30,3%	18,2%	27,3%	21,2%	3,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	128,634	32	,000
Likelihood Ratio	139,620	32	,000
Linear-by-Linear Association	65,074	1	,000
N of Valid Cases	99		



4) Σχετίζεται ο βαθμός συμμετοχής στις καθημερινές δραστηριότητες με τις σχέσεις που έχουν οι ηλικιωμένοι με τους υπόλοιπους ενοίκους του γηροκομείου;

Πώς είναι οι σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους που ζουν στο γηροκομείο \* Ποιά είναι η συμμετοχή σας στις καθημερινές δραστηριότητες του γηροκομείου Crosstabulation

		Ποιά είναι η συμμετοχή σας στις καθημερινές δραστηριότητες του γηροκομείου			Total
		Ενεργή συμμετοχή	Μερική συμμετοχή - όταν το επιτρέπει η κατάσταση υγείας	Καμία συμμετοχή	
Πώς είναι οι σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους που ζουν στο γηροκομείο	Κακές	Count 0 % within 0,0%	Count 0 % within 0,0%	Count 2 % within 100,0%	Count 2 % within 100,0%
	Αδιάφορες	Count 1 % within 5,3%	Count 4 % within 21,1%	Count 14 % within 73,7%	Count 19 % within 100,0%
	Συγκρουσιακές	Count 0 % within 0,0%	Count 1 % within 100,0%	Count 0 % within 0,0%	Count 1 % within 100,0%
	Ουδέτερες	Count 5 % within 38,5%	Count 4 % within 30,8%	Count 4 % within 30,8%	Count 13 % within 100,0%
	Καλές	Count 20 % within 48,8%	Count 15 % within 36,6%	Count 6 % within 14,6%	Count 41 % within 100,0%
	Φιλικές	Count 3 % within 75,0%	Count 1 % within 25,0%	Count 0 % within 0,0%	Count 4 % within 100,0%

	Count	13	7	0	20
Πολύ καλές	% within σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους που ζουν στο γηροκομείο	65,0%	35,0%	0,0%	100,0%
Total	Count	42	32	26	100
	% within σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους που ζουν στο γηροκομείο	42,0%	32,0%	26,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,078	12	,000
Likelihood Ratio	48,186	12	,000
Linear-by-Linear Association	33,903	1	,000
N of Valid Cases	100		