

**ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: «ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ  
ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΤΟΥΣ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΑΠΟ ΕΠΙΣΗΜΑ-  
ΑΝΕΠΙΣΗΜΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:  
κ. Παπαδάκη Ελένη**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:  
Σωμαράκη Καλλιόπη  
Τσόκας Νεκτάριος  
Χατζηγεωργίου Μαρία**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2007**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή.....σελ. 1-2

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

Σύγχρονα δημογραφικά δεδομένα.....σελ. 3-11

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

Ανάγκες των Ηλικιωμένων.....σελ. 12-14

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

Υγεία και γήρανση.....σελ. 15-17

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

Ψυχολογική Προσέγγιση των Γηρατειών.....σελ. 18-24

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

Κοινωνικός Αποκλεισμός Ηλικιωμένων Ατόμων.....σελ. 25-34

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

Ανεπίσημα Δίκτυα Φροντίδας Ηλικιωμένων (οικογένεια, φιλικό και συγγενικό περιβάλλον, φροντιστές).....σελ. 35-41

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

Προγράμματα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων.....σελ. 42

7.1. Εισοδηματική-Επιδοματική ενίσχυση

Συνταξιοδότηση ανασφάλιστων ηλικιωμένων.....σελ. 42-43

Ενίσχυση ηλικιωμένων με προβλήματα αναπηρίας.....σελ. 43-44

Στεγαστική Συνδρομή.....σελ. 44

7.2. Προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες στην κοινότητα.

Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας.....σελ. 44-45

Προγράμματα διακοπών.....σελ. 45

Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.).....σελ. 46-49

Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».....σελ. 49-52

Πρόγραμμα τηλεεidoποίησης/τηλεσυναγερμού.....σελ. 52
Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).....σελ. 52-53
7.3. Προγράμματα της Εκκλησίας.....σελ. 53

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

Προγράμματα Ιδρυματικής Περιθαλψης Ηλικιωμένων.....σελ. 54-57
8.1. Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα (Μ.Φ.Η.) .....σελ. 57-59

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

Κοινωνική Εργασία και Ηλικιωμένα Άτομα.....σελ. 60-63
Επίλογος.....σελ. 64-65

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

Μεθοδολογία Διεξαγωγής Έρευνας
10.1. Σκοπός Έρευνας.....σελ. 66
10.2. Ερευνητικά Ερωτήματα.....σελ. 66
10.3. Δείγμα.....σελ. 66-67
10.4. Ερευνητικό εργαλείο.....σελ. 67
10.5. Διαδικασία συλλογής στοιχείων.....σελ. 67-68
10.6. Στατιστική Ανάλυση.....σελ. 68

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11**

Αποτελέσματα Έρευνας
11.1. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση.....σελ. 69-83

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12**

Αποτελέσματα έρευνας -Συμπεράσματα-Προτάσεις
12.1. Αποτελέσματα έρευνας.....σελ. 84-87
12.2. Συμπεράσματα-Προτάσεις.....σελ. 88-93

Βιβλιογραφία.....σελ. 94-97
-----------------------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ. 98-126
---------------------------

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία, αποτελεί μία προσπάθεια κατανόησης και διερεύνησης των προβλημάτων και των αναγκών φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και της ικανοποίησης που αντλούν από τα επίσημα και τα ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας. Προσπαθήσαμε όσο καλύτερα μπορούσαμε, τόσο μέσω της έρευνας, όσο και μέσω της θεωρίας να ερευνήσουμε ανάγκες των ηλικιωμένων, τυχόν κενά από τα Δίκτυα Φροντίδας καθώς και την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από την παρεχόμενη φροντίδα. Υπάρχουν πολλές διαστάσεις που πρέπει να λάβουμε υπόψη, (βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, δημογραφικές) προκειμένου να κατανοήσουμε τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. Οφείλουμε πάντα να τις ερευνούμε προσεκτικά για να αποφύγουμε τη διαιώνιση προκαταλήψεων για τα ηλικιωμένα άτομα. Πιστεύουμε ότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν μέσα τους δυνάμεις και ικανότητες, που αν υποστηριχθούν από το κοινωνικό περιβάλλον τους, θα μπορούν να τις αξιοποιήσουν έως το τέλος της ζωής τους. Ως επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί, όταν κληθούμε να εργαστούμε σε αυτό τον τομέα-και όχι μόνο, οφείλουμε να προασπίζουμε και να διαφυλάσσουμε τα ανθρώπινα δικαιώματα φροντίζοντας για την ενδυνάμωση των εξυπηρετούμενων προκειμένου να αναπτύξουν τις δυνατότητες τους, ζώντας δημιουργικά.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εξετάζεται το φαινόμενο της γήρανσης-ο ορισμός της και οι κοινωνικές, βιολογικές και οικονομικές διαστάσεις της, ενώ παρουσιάζονται σύγχρονα δημογραφικά δεδομένα που αποδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι είναι η πληθυσμιακή ομάδα που θα διογκωθεί τις επόμενες δεκαετίες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται η υγεία και η γήρανση, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια διερεύνησης της ψυχολογικής διάστασης της γήρανσης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται ο κοινωνικός αποκλεισμός των ηλικιωμένων ατόμων.

Στο έκτο κεφάλαιο αναφέρονται τα Ανεπίσημα Δίκτυα Παροχής Φροντίδας Ηλικιωμένων.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναφέρονται τα Επίσημα Δίκτυα Παροχής Φροντίδας Ηλικιωμένων ατόμων, ΚΑΠΗ, πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» κ.α.

Στο όγδοο κεφάλαιο αναφέρονται τα Προγράμματα Ιδρυματικής Περίθαλψης Ηλικιωμένων και στο ένατο κεφάλαιο αναφέρεται η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας στα Ηλικιωμένα Άτομα.

Στο δέκατο κεφάλαιο αναφέρεται η μεθοδολογία διεξαγωγής της έρευνας, στο εντέκατο γίνεται περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων και στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας μας αναφερόμαστε στα αποτελέσματα της έρευνας, στα συμπεράσματα και τις προτάσεις μας.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Στην ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια, κ. Παπαδάκη Ελένη, η οποία μας βοήθησε σε όλη τη διαδικασία, καθώς και όλα τα άτομα τα οποία συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα, με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

Μακροχρόνιες διαδικασίες που έλαβαν χώρα στην Ελλάδα άλλαξαν τη δημογραφική δομή, γεγονός που έχει επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της οικονομικής και κοινωνικής ζωής. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1.1 η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα συνεχίζει να είναι εφιαλτική εδώ και πολλά χρόνια, ενώ το 1996 οι θάνατοι ξεπέρασαν τις γεννήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

<i>Έτος</i>	<i>Γεννήσεις</i>	<i>Θάνατοι</i>
1940	179.510	93.830
1950	151.134	53.755
1960	157.239	60.563
1970	144.928	74.009,
1980	148.134	87.282
1990	102.229	94.152
1996	100.718	100.740

Αλλά και κατά τη διάρκεια του 1998 και 1999 οι θάνατοι ξεπέρασαν τις γεννήσεις. Το 2000 η Ελλάδα ήταν μία από τις 4 χώρες της Ε.Ε. (οι άλλες χώρες ήταν η Γερμανία το 1998 και το 1999 η Ιταλία και η Σουηδία) στις οποίες σημειώθηκε φυσική μείωση, ενώ στις υπόλοιπες σημειώθηκε φυσική αύξηση (οι γεννήσεις ξεπέρασαν τους θανάτους). Η δραματική μείωση των γεννήσεων την τελευταία εικοσαετία είχε ως συνέπεια, οι νέοι και οι νέες ηλικίας μέχρι 19 ετών από 2.910.000 (ποσοστό 33,4% του πληθυσμού) το 1967, να μειωθούν σε 2.420.000 (ποσοστό 23,1% του πληθυσμού) το 1997.

Ωστόσο ο πληθυσμός της Ελλάδας αυξήθηκε -λόγω της μετανάστευσης- κατά πολύ περισσότερο απ' ότι η διαφορά των θανάτων από τις γεννήσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής του 2001 ο πληθυσμός της Ελλάδας ανέρχεται σε 10.939.771 άτομα, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 6,6% σε

σύγκριση με τον πληθυσμό του 1991 (Μαλκίδης, 1996)). Αν ληφθεί υπόψη ότι η φυσική αύξηση του πληθυσμού (γεννήσεις μείον θάνατοι) στο διάστημα της 20ετίας 1981-2000 ήταν περίπου 294.000, είναι σαφές ότι η υπόλοιπη αύξηση των περίπου 536.000 προήλθε από την καθαρή εισροή προσφύγων ομογενών, μεταναστών και λαθρομεταναστών κυρίως από την Αλβανία.

*Δημογραφική γήρανση* είναι η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (65,70,75+) στο συνολικό πληθυσμό. Είναι προφανές ότι η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων συμβαδίζει με τη μείωση του ειδικού βάρους των παιδιών (0-14 ετών) και ενδεχομένως με αυτή των ενδιάμεσων ηλικιών. Τα 65 έτη είναι το κατώτατο ηλικιακό όριο για την οριοθέτηση της πληθυσμιακής ομάδας των ηλικιωμένων. Η δημογραφική ή πληθυσμιακή γήρανση συνίσταται στις δομικές μεταβολές των πληθυσμών και δεν ταυτίζεται-ορίζεται απλά ως αύξηση του συνολικού αριθμού των ηλικιωμένων. Δεν πρέπει να σχετίζεται με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, γιατί η αύξηση αυτή μπορεί να οφείλεται στη συνολική αύξηση του πληθυσμού και στην παράταση του μέσου όρου ζωής δηλ. σε παράγοντες διαφορετικούς από αυτούς που οδήγησαν στη δημογραφική γήρανση. Επίσης, η δημογραφική γήρανση δεν πρέπει να συγχέεται με την ατομική γήρανση (τα γηρατειά), την επίδραση δηλαδή του χρόνου στο άτομο που προκαλεί σειρά μορφολογικών και λειτουργικών μεταβολών (Κοτζαμάνης, 1993).

«Για πολλές δεκαετίες πριν από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων (65+) στη χώρα μας δεν υπερέβαινε το 6%. Η νεανικότητα αυτή του ελληνικού πληθυσμού σταδιακά εξανεμίσθηκε κατά τη μεταπολεμική περίοδο λόγω της ταχύρρυθμης αύξησης της αναλογίας των ηλικιωμένων και της σταδιακής συρρίκνωσης της ομάδας των παιδιών. Το 1951 οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν μόλις το 7% του συνολικού πληθυσμού, το 1961 το 8%, ενώ το 1971 η αναλογική τους συμμετοχή φτάνει το 11% (βλ. αναλυτικά Πίνακα 1.2). Το 1991 τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούσαν το 14% του συνολικού πληθυσμού. Η παρατηρηθείσα αύξηση αναμένεται να συνεχιστεί και για τις επόμενες δεκαετίες με σχετικά μεγαλύτερη ταχύτητα συγκριτικά με τις υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες» (Μπαλούρδος, 1997, σελ.94-95).

Όπως αναφέρει ο Παπαευαγγέλου (1993) σύμφωνα με εκτιμήσεις του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ε.Ο.Ο.,1988) η διαχρονική διεύρυνση του χάσματος ανάμεσα στις δύο ακραίες ομάδες της πυραμίδας των ηλικιών (νέοι έναντι γερόντων) θα έχει ως αποτέλεσμα την αριθμητική ποσοτική τους

ταύτιση το έτος 2020. Τότε κάθε ομάδα θα συμμετέχει σε ποσοστό 17,3% στο συνολικό πληθυσμό, ενώ αργότερα θα αντιστραφεί η τάση αυτή με την υπεροχή των γερόντων έναντι των παιδιών. Η διαδικασία της μακροχρόνιας αυτής εξέλιξης στη χώρας μας αποδίδεται, όπως προαναφέρθηκε, σε τρεις κυρίως παράγοντες: στη μείωση της γαμηλιότητας-γεννητικότητας (από τα τέλη της δεκαετίας του '60 και μετά), στην πρόοδο που έχει επιτευχθεί στην καταπολέμηση της γενικής θνησιμότητας, (π.χ. λόγω της βελτίωσης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και κοινωνικής προστασίας με αποτέλεσμα να επιμηκυνθεί η μέση διάρκεια ζωής και στα δύο φύλα) και στην έντονη μεταναστευτική κίνηση της πρώτης μεταπολεμικής περιόδου (Κοτζαμάνης,1993).

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2

Δείκτες της εξέλιξης της κατά ηλικία σύνθεσης του ελληνικού πληθυσμού 1907-1991

Έτος	Ομάδες ηλικιών			Διάμεση ηλικία	Γήρανσης	Συνταξ/κής κάλυψης
	0-14	15-6*	65*			
1907	38	58	4	27,5	10,5	
1920	34	60	6	28,3	17,6	
1928	32	62	6	29,3	18,8	'
1951	29	64	7	28,4	24,1	0,43
1961	27	65	8	29,6	29,6	1,4
1971	25	64	11	30,8	44,0	2,2
1981	24	63	13	31,9	54,2	3,0
1985	21	66	13	34,8	61,9	3,5
1991	19	67	14	36,0	73,7	4,1

Πηγή: Μπαλούρδος 1997

Οι ιατρικές πρόοδοι που μέχρι τη δεκαετία του 1960 ευνοούσαν κυρίως τους νέους από το 1980 και μετά αφορούν περισσότερο στην αντιμετώπιση



των προβλημάτων των ηλικιωμένων (καταπολέμηση των καρδιαγγειακών παθήσεων κ.α.). Ως αποτέλεσμα εμφανίζεται μια ταχύτατη μείωση της θνησιμότητας στα ηλικιωμένα άτομα και έντονη δημογραφική γήρανση σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο γυναικείος πληθυσμός εμφανίζει καλύτερους δείκτες επιβίωσης (81 έτη έναντι 75 των ανδρών), ενώ ανάμεσα στα δύο φύλα εμφανίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στους δείκτες νοσηρότητας (Μπαλούρδος, 1997).

«Η υπογεννητικότητα και η γήρανση του πληθυσμού με επακόλουθο τη στασιμότητα του δημιουργικού ανθρωπίνου δυναμικού προκαλούν προβληματισμούς, οι οποίοι σχετίζονται με την οικονομική κατάσταση και εξέλιξη της χώρας. Ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων δείχνει την ειδική επιβάρυνση των ηλικιωμένων στον παραγωγικό πληθυσμό. Όπως φαίνεται, η τάση του δείκτη αυτού είναι συνέχεια ανοδική από το 1981 και μετά για τα επόμενα σαράντα έτη, δηλ. μέχρι και το 1991, που η τιμή του ανέρχεται στο 21» (Μπαλούρδος, 1997, σελ.97).

«Ο δείκτης αντικατάστασης παρέχει μια αδρή ένδειξη του αριθμού των εισερχομένων νέων ως προς τους εξερχόμενους γέροντες και έχει καθοριστική σημασία για την αγορά εργασίας και για την κοινωνική ασφάλιση. Ο δείκτης αυτός εμφανίζει συνεχή πτωτική τάση και από 3,5 το 1951 μειώθηκε σε 1,6 το 1971 (πίνακας 1.2). Ύστερα από μια προσωρινή αύξηση στη δεκαετία 1971-1984, ο δείκτης επανεμφανίζει πτωτική τάση, με ελάχιστη τιμή αυτή του έτους 1991 με 1,2. Δηλαδή, σε κάθε 10 άτομα τα οποία αποχωρούν το εργατικό δυναμικό αντιστοιχούν μόνο 12 εισερχόμενοι στα παραγωγικά κλιμάκια» (Μπαλούρδος, 1997, σελ.98).

«Ο δείκτης συνταξιοδοτικής κάλυψης δείχνει την αναλογία συνταξιούχων στο συνολικό γεροντικό πληθυσμό και είναι χρήσιμος για υπολογισμούς (δυννητικής) επιβάρυνσης στις δαπάνες για συντάξεις, ενώ προσεγγίζει την αναλογία ατόμων που πρόκειται να αποχωρήσει από την αγορά εργασίας. Η τιμή του συγκεκριμένου δείκτη είναι συνεχώς ανοδική (πίνακας 1.2). Δηλ. η αναλογία των συνταξιούχων υπερβαίνει κατά πολύ την αντίστοιχη αναλογία των ηλικιωμένων, και από 0,43 που ήταν το 1951, τετραπλασιάζεται μέχρι το 1991 και προσεγγίζει το 4,1» (Μπαλούρδος, 1997, σελ.98).

### **Επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης**

- ✓ «Υπάρχουν οικονομικές συνέπειες στη χρηματοδότηση των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης και στις δαπάνες υγείας. Η δημογραφική γήρανση εξαιτίας της αυξανόμενης δυσαναλογίας του αριθμού των συνταξιούχων προς

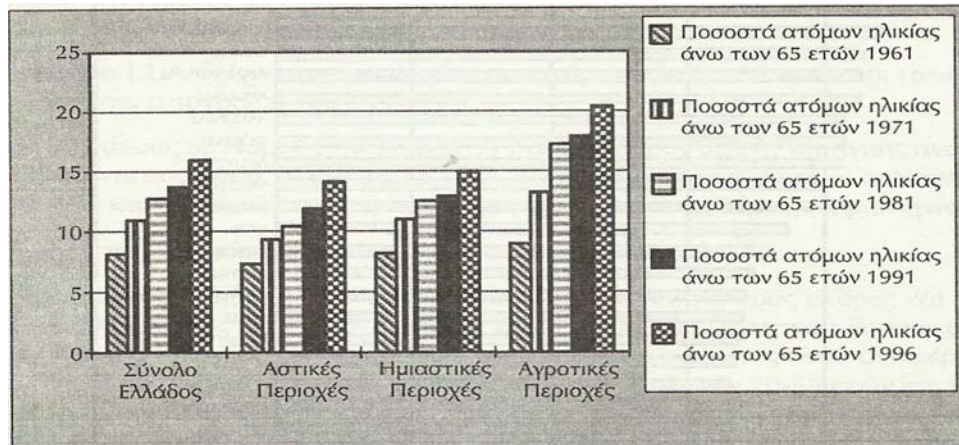
τους εργαζόμενους προκαλεί δυσχέρειες στη χρηματοδότηση των συντάξεων και στη βελτίωση των ιδιαίτερα χαμηλών συντάξεων ορισμένων ταμείων. Επίσης προκαλεί μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία λόγω της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων και της αύξησης της τάσης για κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών στις μεγάλες ηλικίες. Κατά συνέπεια αυξάνονται τα οικονομικά βάρη στον οικονομικά-παραγωγικό πληθυσμό» (Κοτζαμάνης, 1993, σελ. 245-246).

- ✓ Η δημογραφική γήρανση έχει σύμφωνα με τον Κοτζαμάνη (1993, σελ. 245-246) τις παρακάτω *κοινωνικές επιπτώσεις*: «σύγκρουση γενεών, διεύρυνση χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους, ένταση του αγώνα για κατάληψη και διατήρηση θέσεων εργασίας, διεύρυνση της φτώχειας, περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων, μεταβολές στη συμβολή της κοινωνίας και της οικογένειας στην προσφορά υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους».

Σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα ο πληθυσμός βρίσκεται σε ένα στάδιο συντηρητικής ή στάσιμης αύξησης (1,2%-1,5% ανά έτος), ενώ οι συνταξιούχοι αυξάνονται με γρηγορότερο ρυθμό. Σύμφωνα με στοιχεία των κοινωνικών προϋπολογισμών, ο αριθμός των συνταξιούχων στο διάστημα 1974-1994 έχει διπλασιαστεί, ενώ πολυάριθμη συνταξιοδοτική ομάδα αποτελούν οι αγρότες, οι οποίοι μαζί με τους εργάτες και τους συνταξιούχους υπαλλήλους του δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου και τους ελεύθερους επαγγελματίες, αποτελούν το 90% περίπου του συνολικού πληθυσμού των συνταξιούχων. Σε σχέση με την διαφοροποίηση του φαινομένου κατά περιοχή (σύμφωνα με τον πίνακα 1.3 που ακολουθεί) η μεγαλύτερη ποσοστιαία αναλογία γεροντικού πληθυσμού συναντάται στις αγροτικές περιοχές και η μικρότερη στις αστικές περιοχές της χώρας. Η αναλογία των ηλικιωμένων στις αγροτικές περιοχές είναι ανώτερη από τον εθνικό μέσο όρο και τις αντίστοιχες αναλογίες των αστικών και ημιαστικών περιοχών. Στην περίοδο 1961-1996 η αναλογία των ηλικιωμένων στις αγροτικές περιοχές υπερδιπλασιάστηκε.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3**

Αναλογία ατόμων (%) ηλικίας άνω των 65 κατά περιοχές (απογραφές πληθυσμού ετών 1961, 1971, 1981, 1991 και σύμφωνα με την εκτίμηση στο μέσο του 1996)



Πηγή: ΕΣΥΕ, Διεύθυνση Πληθυσμού

Η συμμετοχή των ηλικιωμένων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα στο συνολικό πληθυσμό παρουσιάζεται στον πίνακα 1.4. Διαχρονικά, πραγματική αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού εμφανίζεται σε όλες τις περιφέρειες δίχως εξαίρεση.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4

Εξέλιξη της αναλογίας 65+ και του δείκτη γήρανσης του πληθυσμού της Ελλάδας για τα έτη 1981 και 1991 κατά περιφέρεια

Περιφέρεια	1981		1991	
	65 +	Δείκτης γήρανσης	65+	Δείκτης γήρανσης
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	12,4	50,8	12,7	65,8
Κεντρική Μακεδονία	11,0	45,5	11,5	60,6
Δυτική Μακεδονία	13,5	53,6	13,1	63,4
Θεσσαλία	12,7	51,3	14,3	71,0
Ηπειρος	14,1	57,2	16,0	83,4
Ιόνια Νησιά	18,6	83,5	18,0	97,8
Δυτική Ελλάδα	13,8	52,8	14,5	68,2
Στερεά Ελλάδα	15,0	62,9	15,4	79,0
Πελοπόννησος	18,0	79,3	18,1	98,0
Αττική	10,7	47,6	12,6	68,4
Βόρειο Αιγαίο	22,0	105,2	20,1	114,3
Νότιο Αιγαίο	13,6	54,5	13,2	62,3

Κρήτη	15,0	58,7	15,1	70,7
Ελλάδα	12,7	53,7	13,7	71,1

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε, στο: Στεφάνου Β. & Ζήκου Χ. (1998), "Επίπεδα γήρανσης και πληθυσμιακές εξελίξεις" Εισήγηση στο *Πανελλαδικό Δημοσιογραφικό Συνέδριο Πληθυσμός και ανάπτυξη στην Ελλάδα*, Ε.Δ.Η.Μ, Αθήνα.

Η γήρανση είναι υψηλή σε ένα κενό πεταλοειδές τμήμα της χώρας που καλύπτει τα νησιά του Αιγαίου, την Κρήτη, τη νότια και κεντρική Πελοπόννησο, τα Ιόνια νησιά και μέρος της Ηπείρου και τους κεντρικούς νομούς της Στέρας Ελλάδας (Φωκίδας, Φθιώτιδας και Ευρυτανίας), ενώ στους υπόλοιπους νομούς του ηπειρωτικού τμήματος της χώρας ο βαθμός γήρανσης είναι χαμηλότερος. Ελάχιστη αναλογία γήρανσης εμφανίζει η περιοχή της πρωτεύουσας, η Θράκη και η Μακεδονία. Σχετικά γρήγορη συσσώρευση γεροντικού πληθυσμού σημειώνεται στην Πελοπόννησο, το Βόρειο Αιγαίο και τα Ιόνια νησιά και με σχετικά βραδύτερους ρυθμούς στην περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης και στην Κεντρική Μακεδονία (πίνακας 1.4).

Σε σχέση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η γήρανση στη χώρα μας εμφανίζεται με μεγαλύτερη επιτάχυνση. Η αναλογία ηλικιωμένων που ήταν η χαμηλότερη το έτος 1961 μεταβάλλεται σημαντικά τις δεκαετίες 1970 και 1980 (βλ. πίνακα 1.5) και στα μέσα της δεκαετίας του 1980 η χώρα μας κατέχει την 5η θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη 12η στον κόσμο. Τις περιόδους 1981-1982 και 1990-1991 στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης σημειώθηκε κάποια ανανέωση του πληθυσμού τους επηρεάζοντας πτωτικά τη γήρανση (Γερμανία, Ιταλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο), ενώ η Ελλάδα είναι μια από τις λίγες που σημείωσαν νέα αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων και μάλιστα με τον ταχύτερο ρυθμό.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.5**

Η δημογραφική γήρανση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ποσοστιαία αναλογία του πληθυσμού ηλικίας 65-79 και 80+ στις χώρες της ΕΕ. 1960 και 1996.

Χώρες	% επί του συνολικού πληθυσμού				1960= 100	
	65-79		80+		65-79	80+
	1960	1996	1960	1996		
Βέλγιο	10.1	12.2	1.8	3.8	120.8	211.1
Δανία	8.9	11.3	1.6	3.9	126.0	243.7
Γερμανία	9.9	11.5	1.6	4.0	116.1	250.0
Ελλάδα	7.9	12.3	1.5	3.5	155.7	233.3
Ισπανία	7.0	12.1	1.2	3.4	172.8	283.3
Γαλλία	9.6	11.2	2.0	4.1	115.8	205.0
Ιρλανδία	9.2	8.9	1.9	2.6	96.7	136.8
Ιταλία	7.9	12.7	1.3	4.1	160.7	315.3
Λουξεμβούργο	9.3	10.7	1.5	3.4	115.0	226.6
Ολλανδία	7.6	10.2	1.4	3.1	134.2	221.4
Αυστρία	10.4	11.4	1.7	3.8	109.6	223.5
Πορτογαλία	6.8	11.8	1.2	2.8	173.5	233.3
Φινλανδία	6.3	11.1	0.9	3.2	176.2	355.5
Σουηδία	9.8	12.8	1.8	4.7	130.6	261.1
Ηνωμ.Βασίλειο	9.8	11.7	1.9	4.0	119.4	210.5

Πηγή: Eurostat, Demographic Statistics 1997, Luxembur

Σύμφωνα με τη κοινοτική στατιστική υπηρεσία Eurostat (2005) το 2005 τα άτομα άνω των 65 ετών στην Ελλάδα αντιπροσώπευαν το 18% του συνολικού πληθυσμού της χώρας (Μέσος όρος Ε.Ε 17%). Στην Ευρώπη των 25 τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό της χώρας παρατηρούνται στη Γερμανία και την Ιταλία με ποσοστό 19% και ακολουθεί η Ελλάδα (ποσοστό 18%). Η Eurostat εκτιμά ακόμη ότι σύμφωνα με τις σημερινές δημογραφικές τάσεις το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού θα επεκταθεί περαιτέρω και το 2050 τα άτομα άνω των 65 ετών στην Ελλάδα θα αποτελούν το 32% του συνολικού πληθυσμού της χώρας.

Ο Κοτζαμάνης (1993, σελ.247-248) επισημαίνει τους κινδύνους που ελλοχεύουν από την κυριαρχία της «οικονομιστικής» προσέγγισης και την παράλληλη γενικά αρνητική αξιολόγηση-τοποθέτηση των κοινωνιών για την δημογραφική γήρανση (και επομένως και για τους ηλικιωμένους). Σύμφωνα με την άποψη του αυτό που πρέπει έγκαιρα να μας προβληματίσει και ανησυχήσει δεν είναι μόνο η προοπτική του να έχουμε όλο και περισσότερους ηλικιωμένους (μεγέθη-αναλογίες) και να ζούμε όλο και περισσότερα χρόνια σε καλύτερη κατάσταση. Είναι κυρίως ο κοινωνικός στιγματισμός και ο αποκλεισμός της ομάδας των ηλικιωμένων ατόμων ως αποτέλεσμα της θεωρούμενης απουσίας της συλλογικής χρησιμότητας τους. «Το ιδεάζον χαρακτηριστικό της εποχής μας είναι η μετάβαση από το μονοσήμαντο προσδιορισμό της «γήρανσης» που συνδεόταν με περιορισμένο αριθμό ικανοτήτων-δυνατοτήτων (για εργασία, για διατροφή, για κινητικότητα) σε ένα προσδιορισμό που εδράζεται σε διοικητικά κριτήρια ηλικίας ή και διακοπής της εργασίας. Η «γήρανση» δηλ. δεν προσμετράται με ιατρικά κριτήρια, αλλά σε σχέση με το έτος εγγραφής στο ληξιαρχείο ή στο αρχείο κάποιου συνταξιοδοτικού οργανισμού. Όμως η κλίμακα της «βιολογικής ηλικίας» τείνει να έχει όλο και μικρότερη σημασία έναντι της κλίμακας της «κοινωνικής ηλικίας» και οι αντιστοιχίες ανάμεσα στις δυο κλίμακες τείνουν να διευρυνθούν, ενώ ταυτόχρονα κινούνται προς αντίθετες κατευθύνσεις ως προς το κοινωνικό ρολόι να χάνει συνεχώς, όταν το βιολογικό ρολόι τρέχει μπροστά. Η επιδείνωση αυτή της ανισοροπίας ανάμεσα στις συνιστώσες της γήρανσης αρχίζει να αποτελεί μια απειλή για το μέλλον των ανεπτυγμένων σύγχρονων κοινωνιών».

«Εδώ βρίσκεται και το καίριο πρόβλημα που θέτει η δυναμική εμφάνιση των ηλικιωμένων στις κοινωνίες μας. Το πρόβλημα δεν έγκειται μόνο στο συνεχώς αυξανόμενο αριθμό τους ούτε στις αυξάνουσες αναλογίες που προσδιορίζονται από τις πληθυσμιακές πυραμίδες, αλλά στο status της ομάδας αυτής. Δεν έγκειται μόνο π.χ στις αυξανόμενες ανησυχίες για την κατάσταση των ταμείων και τις δαπάνες υγείας, όσο στον τρόπο που οι κοινωνίες μας θα «θεσμοθετήσουν» τη γήρανση και θα χρησιμοποιήσουν ή δε θα χρησιμοποιήσουν, το τεράστιο απόθεμα των ανθρώπινων πόρων που αντιπροσωπεύουν τα ηλικιωμένα άτομα» (Κοτζαμάνης, 1993, σελ. 247-248).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που θα πρέπει να καλύπτονται, για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. «Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι σύμφωνα με την Έμκε- Πουλοπούλου (1999, σελ. 24) έχουν ανάγκη από:

- ✓ Εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς φιλανθρωπία (αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, σωστή διατροφή και ένδυση, οικιακή βοήθεια, καθαριότητα και δυνατότητα μετακίνησης).
- ✓ Παραμονή στο σπίτι και στην κοινότητα με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ενσωμάτωση στην οικογένεια, χωρίς το συναίσθημα ότι αποτελούν βάρος. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων.
- ✓ Σεβασμό της ελευθερίας, αυτονομίας και του δικού τους ρυθμού, ώστε να ζουν με αυτοσεβασμό.
- ✓ Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους, χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.
- ✓ Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.
- ✓ Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια για να κινηθούν ή διάφορα βοηθήματα.
- ✓ Έγκαιρη και σωστή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- ✓ Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- ✓ Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα».

«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. Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων σύμφωνα με την Εμκε- Πουλοπούλου (1999, σελ. 26) είναι:

- ✓ Η μοναξιά. Η απώλεια στενών συγγενών όπως αδελφών, ξαδέλφων και κυρίως του ή της συζύγου δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα στενεύει και ο κύκλος των φίλων και γνωστών. Η μοναξιά μεγαλώνει, καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου.
- ✓ Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Συνήθως οι υπερήλικες έχουν αρκετά μικρότερες συντάξεις σε σύγκριση με τους νεότερους συνταξιούχους του ίδιου κλάδου, λόγω ρυθμίσεων που έχουν γίνει με προγενέστερα συνταξιοδοτικά καθεστώτα.
- ✓ Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες.
- ✓ Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων και εμποδίζει τους αναλφάβητους να παρακολουθήσουν τα μη μεταγλωττισμένα προγράμματα της τηλεόρασης.
- ✓ Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας.
- ✓ Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια.
- ✓ Η έλλειψη κοινωνικο-ιατρικών υπηρεσιών, κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο.
- ✓ Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους. Η κοινωνία συχνά φέρεται πατερναλιστικά, βλέπει τον ηλικιωμένο με συγκατάβαση ή τον θεωρεί βάρος.
- ✓ Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων.
- ✓ Η απώλεια της αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας από άλλο πρόσωπο».

*Οι βασικές οικονομικές ανάγκες δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων, αφού μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα για να είναι ανεξάρτητοι και κατά συνέπεια υποστηρίζονται για την επιβίωση τους είτε από τα παιδιά τους είτε από την κρατική βοήθεια, η οποία όμως κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαρείες χρόνιες ασθένειες που*



ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις. Στην Ελλάδα δεν καλύπτονται οι ανάγκες για κατ' οίκον υπηρεσίες. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ

Είναι ευνόητο ότι το θέμα της υγείας είναι από τα σημαντικότερα, αφού η ύπαρξη «καλής» υγείας είναι ένας από τους βασικότερους δείκτες του βιοτικού επιπέδου, όχι μόνο των ηλικιωμένων αλλά και του γενικότερου πληθυσμού. Η καλή υγεία είναι βασική για την οικονομική και κοινωνική ζωή όλων των ανθρώπων και το πιο σημαντικό στοιχείο για ικανοποιητικά γηρατειά. Εξαρτάται κατά μεγάλο μέρος από τις συνθήκες της προηγούμενης ζωής, από το περιβάλλον αλλά και τις τωρινές συνθήκες ζωής πολλών ηλικιωμένων ατόμων. Συχνά τα γηρατειά συνδέονται με εικόνες αρρώστιας και γενικά χαμηλού επιπέδου υγείας. Επομένως θα πρέπει να εξετασθεί η σχέση γηρατειών και υγείας, ή γηρατειών και ασθένειας.

*Η πρωτογενής γήρανση έχει σχέση με την ελάττωση των σωματικών και πνευματικών λειτουργιών και με τη μειωμένη κοινωνική προσαρμογή. Από τη διαδικασία της γήρανσης επηρεάζονται όλα τα συστήματα του οργανισμού, αλλά ο βαθμός της υποχώρησης των λειτουργιών διαφέρει από σύστημα σε σύστημα και από άτομο σε άτομο. «Οι ανατομικές μεταβολές συνοδεύονται και από αλλαγές στη λειτουργία των οργάνων, ορισμένες από τις οποίες αναγνωρίζονται ως σημάδια γήρανσης: στο δέρμα εμφανίζονται ρυτίδες και εναπόθεση χρωστικών, τα μαλλιά ασπρίζουν και πέφτουν, ενώ η απώλεια της μυϊκής δύναμης και ο περιορισμός στις κινήσεις των αρθρώσεων οδηγούν σε δυσκολίες της στάσης και της βάδισης. Το κολλαγόνο, ο ιστός που στηρίζει το σώμα, χάνει την ελαστικότητά του και γίνεται πιο άκαμπτος, πράγμα που συνεπάγεται με δυσκολία μετακίνησης του ηλικιωμένου ατόμου (Κρεμαστινού, 1993, σελ. 99-100).*

*Η δευτερογενής γήρανση αφορά στην ανικανότητα των ηλικιωμένων, μετά από κάποια ασθένεια ή τραυματισμό. Ένα από τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου οργανισμού είναι ότι με την πάροδο της ηλικίας αυξάνει ο κίνδυνος ανικανότητας, ασθένειας και θανάτου. Σύμφωνα με την Κρεμαστινού (1993, σελ.99-100) η γήρανση και η ασθένεια συνδέονται με τρεις κυρίως τρόπους:*

- ✓ Διαφορετική ανταπόκριση στην ασθένεια. Μερικές ασθένειες θεραπεύονται δυσκολότερα σε ηλικιωμένα άτομα συγκριτικά με νεαρότερα ( π.χ πνευμονία, κατάγματα)

- ✓ Ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση. Μερικές ασθένειες είναι τόσο στενά συνδεδεμένες με τη γήρανση, ώστε παρατηρούνται σε κάποιο βαθμό σε όλα τα ηλικιωμένα άτομα (π.χ η αρτηριοσκλήρυνση).
- ✓ Αυξημένος κίνδυνος λόγω γήρανσης. Πολλές ασθένειες παρατηρούνται πολύ συχνότερα με την πάροδο του χρόνου, παρόλο που δεν εμφανίζονται μόνο σε ηλικιωμένα άτομα (π.χ οι συνηθέστεροι καρκίνοι).

*Οι κυριότερες αιτίες θανάτου και στα ηλικιωμένα άτομα είναι: καρδιακά νοσήματα, καρκίνοι, εγκεφαλικά, ατυχήματα. Υπάρχει όμως μια σειρά άλλων χρόνιων καταστάσεων που αποτελούν τα κύρια ιατρικά προβλήματα της ηλικίας αυτής. Από στατιστικές στις ΗΠΑ οι κυριότερες χρόνιες ασθένειες των ηλικιωμένων ατόμων είναι: αρθρίτιδα, υπέρταση, παθήσεις αυτιών, καρδιαναπνευστικά, παθήσεις οφθαλμών, διαβήτη, απώλεια ούρων και άνοια (Κρεμαστινού, 1993).*

*Η πρωτογενής πρόληψη πολλών από τις ασθένειες που προκαλούν προβλήματα στην λειτουργικότητα των ηλικιωμένων ατόμων πρέπει να αρχίζει στην εφηβική ηλικία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Όμως υπάρχουν πολλές καταστάσεις ή ασθένειες που μπορεί να προληφθούν με ενέργειες που αρχίζουν μετά την ηλικία των 60 ετών. Οι πιο συνηθισμένες νόσοι που μπορεί να προληφθούν είναι οι «ιατρογενείς νόσοι». Αυτό μπορεί να γίνει με μεγαλύτερη προσοχή των γιατρών όταν εξετάζουν ηλικιωμένα άτομα και με μεγάλη προσοχή στη συνταγογραφία τους και στη λήψη των φαρμάκων τους. Η διενέργεια επίσης τακτικών εμβολιασμών για νοσήματα που έχουν αυξημένη επίπτωση στα ηλικιωμένα άτομα (π.χ γρίπη, τέτανος) βοηθά στην πρωτογενή πρόληψη. Οι πτώσεις επίσης είναι τα κυριότερα από τα ατυχήματα που αφορούν ηλικιωμένα άτομα με σοβαρές επιπτώσεις. Πρόληψη των πτώσεων μπορεί να γίνει με σωστές οδηγίες και τοποθέτηση μπάρας σε δύσκολα σημεία καθημερινής χρήσης (Κρεμαστινού, 1993).*

*Σύμφωνα με την Κρεμαστινού (1993, σελ.102) υπάρχουν ενδείξεις ότι πολλά άλλα μέτρα έχουν ευεργετική επίδραση στην υγεία των ηλικιωμένων ατόμων όπως:*

- ✓ *Διακοπή του καπνίσματος.* Μπορεί να μην έχει μεγάλη επίδραση στη θνησιμότητα, αλλά βελτιώνει σημαντικά τη νοσηρότητα, μειώνοντας την επιβάρυνση του ατόμου σε αναπνευστικές παθήσεις.
- ✓ *Κατάλληλη διατροφή.* Πρέπει να είναι πτωχή σε θερμίδες και να περιέχει πολλές φυτικές ίνες.

- ✓ *Πνευματική δραστηριότητα και συγχρωτισμός με άλλα άτομα.* Η διατήρηση της πνευματικής δραστηριότητας είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει συνολικότερα την υγεία των ηλικιωμένων ατόμων. Τα ηλικιωμένα άτομα διατηρούνται ενεργά εάν εμπλέκονται και στα προβλήματα της καθημερινής ζωής.
- ✓ *Διατήρηση της σωματικής ικανότητας.* Η διατήρηση της καλής λειτουργίας του σώματος και των διαφόρων οργάνων θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες υγείας όχι μόνο των ηλικιωμένων ατόμων αλλά και των ενηλίκων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΓΗΡΑΤΕΙΩΝ

Στην Τρίτη ηλικία ο κύκλος της ατομικής εξέλιξης και της ζωής προχωρά στην ολοκλήρωση του. Όλες αυτές οι αλλαγές των βιολογικών λειτουργιών και της κοινωνικής ζωής επιφέρουν γενικότερες αλλαγές και στη ψυχολογία των ηλικιωμένων. Οι αλλαγές αυτές όμως, δεν είναι κοινές για όλους τους ηλικιωμένους. Η Τρίτη ηλικία περιλαμβάνει άτομα που ανήκουν σε διάφορες πνευματικές, μορφωτικές και κοινωνικές κατηγορίες, των οποίων η σωματική και ψυχική υγεία διαφέρει, μερικές φορές ριζικά, γι' αυτό και έχουν διαφορετικές ανάγκες και συμπεριφορές. Επειδή το 65ο έτος της ηλικίας δεν αποτελεί αδιάψευστο και απόλυτο κριτήριο της εισόδου στο βιολογικό, ψυχολογικό ή κοινωνικό γήρας, δεν υπάρχει ομοιομορφία προβλημάτων και αντιδράσεων του εξεταζόμενου πληθυσμού των ηλικιωμένων. Γι' αυτό και η μεθοδολογία συχνά δεν καθορίζει το δείγμα της με μόνο κριτήριο την ηλικία αλλά αντίστροφα το κατασκευάζει με βάση το κριτήριο της ομοιομορφίας των προβλημάτων και των γερωντικών χαρακτηριστικών (Μαλικιώση, 1980)

Η αλλοίωση της προσωπικότητας του ηλικιωμένου δυσχεραίνει τις κοινωνικές του σχέσεις και τη συμβίωση με άλλα άτομα. Η προσωπικότητα του ηλικιωμένου μπορεί να μεταβληθεί από λίγο ως ολοκληρωτικά. Χάρη στις ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές έρευνες έχουν γίνει πρόοδοι για τον καθορισμό των αιτιών των αλλαγών που γίνονται φυσιολογικά με την ηλικία, οι οποίες συχνά καθιστούν το άτομο ευάλωτο στις ασθένειες. Ορισμένες διαδικασίες των γηρατειών ελαττώνουν την ικανότητα του ατόμου να αντιδράσει στις αρρώστιες. *Το γήρας δεν είναι ασθένεια* και επομένως δεν θεραπεύεται με φάρμακα. Ο κύκλος γνωριμιών του ηλικιωμένου ατόμου σμικρύνεται συνεχώς καθώς χάνει σημαντικά πρόσωπα επαφής που είχαν διαγράψει κύκλο ζωής παράλληλα με το δικό του. Οι νέες επαφές είναι δύσκολες, και σπανιότερες. Η συμμετοχή του στις καθημερινές υποθέσεις περιορίζεται ενώ τα ενδιαφέροντα του μειώνονται (Γουρνάς, 1993)

Δύο περίοδοι της ζωής του ανθρώπου ταυτίζονται με ειδική ευαισθησία: η παιδική και η γερωντική ηλικία. Η εικόνα ενός ηλικιωμένου ατόμου καθηλωμένου στην καρέκλα, με απλανές βλέμμα, σιωπηλού, αμέτοχου, συνιστά μία εικόνα που τείνουμε να θεωρούμε φυσική, ενώ είναι παθολογική και οφείλεται σε

παθολογικά και ψυχολογικά αίτια. Παράλληλα, η κλασική εικόνα των γηρατειών είναι πολύ συχνά εικόνα νόσου αδυναμίας, εξάρτησης. Οι έρευνες έδειξαν ότι 7-15% των ηλικιωμένων δεν έχει αυτονομία -ολική ή μερική- και έχει ανάγκη από κοινωνική και υγειονομική συμπαράσταση. Η μεγάλη ηλικία δεν είναι αναγκαστικός χρόνος κακής υγείας και αναπηρίας. Όταν υπάρχει αναπηρία σε ηλικιωμένο άτομο οφείλεται σε ασθένεια και τα παθολογικά αίτια είναι συνήθως πολλαπλά (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999).

Η έλλειψη ευελιξίας και δημιουργικότητας με την πάροδο της ηλικίας μπορεί να οφείλεται σ' ένα βαθμό, στην έλλειψη ευκαιριών και εναλλακτικών λύσεων. Είναι αλήθεια ότι οι απαντήσεις των ηλικιωμένων στα ερεθίσματα παρουσιάζουν κάποια επιβράδυνση. Η επιβράδυνση αυτή μπορεί να οφείλεται στην απώλεια των νευρικών κυττάρων, στις αισθητικές διαταραχές, στην επιβράδυνση μεταβίβασης των ερεθισμάτων μέσω των νευρικών ινών ή και στην καθυστέρηση αντίδρασης των ινών στις νευρικές ώσεις. Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται περισσότερο χρόνο στους υπολογισμούς των διαφόρων δοκιμασιών συγκριτικά με τους νεότερους αλλά η γνώση και η εμπειρία τους αναπληρώνει αυτές τις αδυναμίες (Τσακίρογλου, 1988).

Γίνεται δεκτό ότι στα ηλικιωμένα άτομα η ικανότητα αλλαγής και προσαρμοστικότητας μειώνεται (δυσκαμψία) και παρατηρείται δυσχέρεια στην αποδέσμευση του ατόμου από το συνηθισμένο τρόπο σκέψης και δράσης. Σε σχέση με θέματα επίδοσης κυριαρχεί τώρα εντονότερη αγωνία, μεγαλύτερη δειλία στους κινδύνους και αυξημένη ανάγκη για ασφάλεια (Παπαδόπουλος, 1992).

Στην κοινωνική συμπεριφορά σημειώνονται επίσης ορισμένες αξιοπρόσεκτες αλλαγές. Το ηλικιωμένο άτομο αναλαμβάνει καινούργιους ρόλους που συνεπάγονται αλλαγές δραστηριοτήτων. Οι ρόλοι του παππού και της γιαγιάς, του συνταξιούχου, του χήρου ή της χήρας συνήθως χαρακτηρίζονται από μειωμένη δραστηριότητα και ευθύνη αλλά και από μια νέα προσαρμοστικότητα. Οι αλλαγές των ρόλων των ηλικιωμένων ατόμων είναι άμεσα συνδεδεμένες και με αλλαγές στη ζωή τους. Τα παιδιά μεγαλώνουν, παντρεύονται, φεύγουν από το σπίτι ανεξαρτητοποιούνται. Εγγόνια γεννιούνται. Παλιοί φίλοι και κοντινοί συγγενείς πεθαίνουν. Χρόνιες ασθένειες εμφανίζονται. Το εισόδημα μειώνεται, γενικά ο τρόπος ζωής τους αλλάζει (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Η μείωση του εισοδήματος που ακολουθεί τη συνταξιοδότηση είναι πολύ συχνά φαινόμενο. Η μεσαία τάξη έχει περισσότερες δυνατότητες να αποσυρθεί

βαθμιαία από την εργασία και περισσότερες ευκαιρίες και ενδιαφέροντα για να απασχοληθεί. Το 15% των ατόμων άνω των 65 ετών ανήκουν στην κατηγορία της φτώχειας. Οι ηλικιωμένοι χάνουν ένα σημαντικό μέρος των εσόδων τους, γεγονός που επηρεάζει το επίπεδο ζωής και τις κοινωνικές δραστηριότητες τους (Γουρνάς, 1993).

Συναισθήματα μοναξιάς εμφανίζονται σε συνδυασμό περισσότερο με τις προσδοκίες επικοινωνίας και επισκέψεων μεταξύ των γονέων και των παιδιών ή άλλων ανθρώπων. Η πλήξη και η έλλειψη ασχολίας ενισχύει τα συναισθήματα μοναξιάς. Το βάρος των ενδιαφερόντων και των βιωμάτων συσσωρεύονται στο παρελθόν (Παπαϊωάννου, 1991). Η τάση των ηλικιωμένων ατόμων να θυμούνται το παρελθόν καλύτερα από το παρόν οφείλεται εν μέρει στο ότι το παρελθόν διατηρείται πιο ζωντανό, όταν η ζωή τους είναι περιορισμένη. Αυτή η τάση διαμορφώνεται και κάτω από επίδραση εξωτερικών ψυχοκοινωνικών παραγόντων, από τους οποίους σημαντικότεροι θεωρούνται η μείωση της ηθικής αξίας του ηλικιωμένου στη κοινωνία και η απωθητική στάση που η κοινωνία παίρνει απέναντι στους ηλικιωμένους (Γουρνάς, 1993).

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους χαρακτηρίζεται από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Είναι διαδεδομένη η γνώμη ότι γηρατεία σημαίνουν απομόνωση, μοναξιά, εξάρτηση, ανάγκη για βοήθεια. Το ηλικιωμένο άτομο δεν θεωρείται πιο αποδοτικό και παραμένει έξω από την παραγωγική διαδικασία. Είναι γεγονός ότι η γεροντική ηλικία δεν χαρακτηρίζεται σε όλες τις περιπτώσεις από τα παραπάνω γνωρίσματα. Τα γηρατεία δεν καθορίζουν έναν τρόπο ζωής παθητικό και στατικό, αλλά διαφορετικό και συχνά έντονα δραστήριο, ανάλογα με τα άτομα, το παρελθόν, τις καταστάσεις, ανεξάρτητα από τη φυσική κατάσταση. Η Τρίτη ηλικία παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία στη συμπεριφορά. Πάντα όμως ουσιαστικό ρόλο παίζει η στάση της κοινωνίας που συνήθως «θέτει στο περιθώριο» τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Ο Thomae υπογραμμίζει ότι η γεροντική ηλικία είναι πρωταρχικά κοινωνική συνάρτηση και στη συνέχεια λειτουργική και οργανική αλλαγή (Παπαδόπουλος, 1992, σελ. 112).

Σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (1991, σελ.263) «η σημερινή κοινωνία υπογραμμίζει την ενεργητικότητα, την παραγωγή, την ταχύτητα, τα νιάτα, την ομορφιά. Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι αντίδρασης στο άγχος της γεροντικής ηλικία είναι: η άρνηση, η αναπληρωματική δραστηριότητα, η παλινδρόμηση, η απόσυρση. Οι κοινωνικές πιέσεις και στερήσεις που δέχονται οι ηλικιωμένοι αποτελούν

δυσάρεστη καταθλιπτική εμπειρία. Δεν προσφέρονται λειτουργικές θέσεις, ελάχιστοι κοινωνικοί ρόλοι τους είναι προσιτοί. Οι υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς και οι διέξοδοι για τη χρησιμοποίηση της πολύτιμης εμπειρίας τους ανύπαρκτοι» Η απομάκρυνση από την εργασία, και μάλιστα ακούσια, δημιουργεί το αίσθημα του μη παραγωγικού μέλους, του βάρους στην οικογένεια και την κοινωνία.

### **Ψυχολογικές θεωρίες για τα γηρατειά:**

#### *Η θεωρία των σταδίων του PECK (1968)*

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή κατά τη διάρκεια των γηρατειών θα πρέπει να επιλυθούν τρεις βασικές κρίσεις, ώστε να επιτευχθούν ψυχολογικές προσαρμογές. Οι κρίσεις αυτές σύμφωνα με την Παγοροπούλου (1993, σελ. 167-169) είναι:

- ✓ *Η διαφοροποίηση του Εγώ από την ενασχόληση με την εργασία.* Η κρίση αυτή λύνεται όταν το άτομο καταφέρει να αποδεσμευτεί από την επαγγελματική του ταυτότητα. Κατά τη διάρκεια της ζωής του, οι αξίες που διαμορφώνει το άτομο και η αυτοεκτίμηση του έχουν σχέση με τις επιτυχίες που προέρχονται από την ενασχόληση με την εργασία του. Η προσαρμογή στην γερωντική ηλικία, η οποία ταυτίζεται με τα χρόνια που περνά το άτομο ως συνταξιούχος θα είναι επιτυχής εάν το άτομο είναι σε θέση να νιώσει την «αυτοαξία του» μέσα από δραστηριότητες πέρα από την επαγγελματική καριέρα, έτσι ώστε να διατηρήσει κίνητρα για συνεχές και ζωτικό ενδιαφέρον για τη ζωή.
- ✓ *Υπέρβαση από την ενασχόληση με το σώμα.* Όπως είναι φυσικό τα περισσότερα άτομα συνδέουν την καλή ψυχολογική τους κατάσταση με την καλή κατάσταση της υγείας τους. Με την είσοδο στην Τρίτη ηλικία αρχίζουν να σημειώνονται προοδευτικά τα πρώτα σημάδια της κάμψης. Ο οργανισμός παρουσιάζει αδυναμία αντίστασης στις διάφορες ασθένειες, οι ικανότητες ανάρρωσης δεν είναι πια οι ίδιες, ενώ εμφανίζονται ενοχλήσεις στην υγεία. Πολλά άτομα διατρέχουν τον κίνδυνο να βιώσουν τις βιοσωματικές αυτές αλλαγές ως το χειρότερο κίνδυνο που τους απειλεί. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος των βιοσωματικών μεταβολών είναι τέτοιος, ώστε η βαθμιαία χειροτέρευση της υγείας να ακολουθείται από βαθμιαία ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου. Αντίθετα, τα άτομα που συμφιλιώνονται με το



γεγονός της βιοσωματικής τους κάμψης εξασφαλίζουν μια βασική προϋπόθεση, που τους επιτρέπει να χαίρονται τη ζωή σε μεγάλη ηλικία.

- ✓ *Υπέρβαση του Εγώ έναντι της ενασχόλησης με το Εγώ.* Η Τρίτη ψυχολογική κρίση που πρέπει να επιλυθεί από τα ηλικιωμένα άτομα είναι η υπέρβαση του ίδιου του Εγώ. Πολλά άτομα που διανύουν την Τρίτη ηλικία σκέπτονται και συμπεριφέρονται σαν να είναι το κέντρο του κόσμου. Τους απασχολεί το μη ελκυστικό σώμα τους, η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση, τα συναισθήματα μειονεξίας, με αποτέλεσμα να αυτο-απορροφώνται μέσα στο Εγώ τους. Τα άτομα αυτά δεν είναι σε θέση να αποδεχθούν το γεγονός του θανάτου. Η επίλυση της κρίσης οδηγεί σε ένα είδος προσαρμογής, που δεν έχει σχέση με την παθητική παραίτηση της ζωής και την άρνηση του Εγώ. Αντίθετα η επίλυση της κρίσης αυτής απαιτεί μια βαθυστόχαστη και ενεργητική προσπάθεια που δίνει περισσότερο νόημα στη ζωή του ηλικιωμένου ατόμου. Η αποδοχή του γεγονότος του θανάτου είναι ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της μεγάλης ηλικίας. Το ηλικιωμένο άτομο εμπλέκεται σκόπιμα στη ψυχολογική διεργασία της υπέρβασης του Εγώ, γιατί γνωρίζει κατά βάθος ότι η διαίωσιση του εαυτού του μέσα από τα δημιουργήματα του είναι αυτό που, στην ουσία, διαφοροποιεί την ανθρώπινη ζωή από τη ζωή των ζώων.

#### Η θεωρία της μετάβασης του Levinson (1978)

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι ψυχολογικές ανάγκες του ανθρώπου ζητούν συνεχή ικανοποίηση. Κυρίαρχες ψυχολογικές ανάγκες είναι ο ενθουσιασμός για τις δραστηριότητες στις οποίες εμπλέκεται το άτομο, η αίσθηση ότι ασκεί έλεγχο στη ζωή του και το αίσθημα ότι οι άλλοι νοιάζονται για αυτό. Στην τρίτη ηλικία, πολλές καταστάσεις παρουσιάζουν μεταβολές και το άτομο πρέπει να περάσει από μεταβατικό στάδιο, προκειμένου να συνεχίσει να ικανοποιεί τις ψυχολογικές του ανάγκες. Το *μεταβατικό στάδιο*, που τοποθετείται γύρω στα 60 με 65 χρόνια, περιλαμβάνει τις ψυχολογικές εκείνες διεργασίες με τις οποίες το άτομο αποκτά νέες στάσεις, νέα πιστεύω, και νέους κοινωνικούς ρόλους. Η μετάβαση σε ένα άλλο στάδιο σημαίνει ότι τροποποιείται η σχέση του ατόμου με την κοινωνία και με τον εαυτό του. Το άτομο παύει να ανήκει στη «γενιά που κυριαρχεί», επομένως, δέχεται λιγότερη αναγνώριση, και κατέχει μειωμένη δύναμη επιρροής.

«Η ικανότητα να γερνά κανείς με αξιοπρέπεια και σωφροσύνη είναι ένα εξελικτικό καθήκον, που το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει. Η πρόκληση της

τρίτης ηλικίας συνίσταται στην επιτυχή ψυχολογική μετάβαση, μέσω της οποίας αποκτά κανείς την κατάλληλη νοοτροπία και στάση ζωής απέναντι στον εαυτό του και στους άλλους. Ο τελικός στόχος της ψυχολογικής μετάβασης κατά τον Levinson είναι να αποκτήσει το άτομο «τη θέα πάνω από τη γέφυρα», που θα του δώσει την πληροφόρηση για το νόημα που δίνει στη ζωή και στο θάνατο του» (Παγοροπούλου, 1993, σελ. 169-170).

#### Η άποψη της ατομικής ψυχολογίας.

Υπάρχουν και ορισμένες ψυχολογικές θεωρίες της προσωπικότητας που έχουν ως πυρήνα τους τον 'εαυτό' του ατόμου, την ταυτότητα του. Σύμφωνα με τη θεωρία του Άντλερ και τις συγγενείς με αυτή θεωρίες, τα γηρατειά χαρακτηρίζονται συχνά από το *αίσθημα* κατωτερότητας που απορρέει από παράγοντες όπως είναι η διάλυση της οικογένειας, οι οικονομικές δυσχέρειες λόγω μείωσης των αποδοχών, η διανοητική και φυσική του ανεπάρκεια κ.λ.

«Ο Έρικσον μιλώντας για τα 8 στάδια της ζωής του ανθρώπου (βρεφική ηλικία, στάδια παιδικής ηλικίας, εφηβεία, νεανική ηλικία, ώριμη ηλικία, γηρατειά) αναφέρεται στο τελευταίο στάδιο, το οποίο ονομάζει *στάδιο της καταξίωσης ή της απόγνωσης* που μπορεί να χαρακτηρίζεται από ενσωμάτωση ή απόγνωση. Το ηλικιωμένο άτομο το οποίο αναπολώντας τη ζωή του διαπιστώνει ότι ενήργησε σωστά και σημείωσε επιτυχίες, έχει το συναίσθημα της προσωπικής αξίας και καταξίωσης. Η απόγνωση εκφράζει το συναίσθημα ότι ο χρόνος μειώθηκε πολύ, ώστε το άτομο δεν μπορεί να ξαναρχίσει τη ζωή του σε διαφορετικές βάσεις, πιο σωστές, που πιθανόν να οδηγούσαν στην καταξίωση του. Δείχνει την απογοήτευση του ατόμου που έζησε μία ζωή με σειρά αποτυχιών και εσφαλμένων εκτιμήσεων. Η θεωρία αυτή αντανακλά τις δυτικο-ευρωπαϊκές αξίες του σχετικά με τον τρόπο που θα έπρεπε να είναι μία φυσιολογική ζωή και παραγνωρίζει ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στους ανθρώπους και ότι η δυνατότητα για διαφορετικότητα αυξάνεται καθώς οι άνθρωποι προχωρούν προς τα γηρατειά. Ο Έρικσον και οι συνεργάτες του δεν αναφέρονται στις επιπτώσεις παραγόντων όπως το φύλο, η φυλή, η κοινωνική τάξη και η αναπηρία» (Εμκε – Πουλοπούλου, 1999, σελ. 61)

#### Ψυχοκοινωνική θεωρία του γήρατος ή θεωρία της συνέχισης

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία τα άτομα των οποίων ο τρόπος ζωής δεν άλλαξε, που συνεχίζουν τις προηγούμενες δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα τους,

θα έχουν τις περισσότερες ικανοποιήσεις και την καλύτερη προσαρμογή στα γηρατειά (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

«Λέγοντας *κοινωνικό αποκλεισμό* εννοούμε το φαινόμενο εκείνο σύμφωνα με το οποίο διάφορες ομάδες του πληθυσμού είναι απομονωμένες από τους κύριους μηχανισμούς της κοινωνίας, που είτε παράγουν είτε κατανέμουν τους κοινωνικούς πόρους» (Καραντινός κ.α, 1990, σελ. 5-6). Ως *κοινωνικός αποκλεισμός* μπορεί να θεωρηθεί η κατάσταση της ταυτόχρονης αποξένωσης ενός ατόμου ή μιας ομάδας από την αγορά εργασίας, την οικογένεια και τα σχετικά με αυτήν κοινωνικά δίκτυα και το κράτος.

Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού παίρνει μια ξεχωριστή σημασία, εντελώς διαφορετική από την αλληλένδετη έννοια της φτώχειας. Η απομάκρυνση ενός ατόμου από την αγορά εργασίας συνεπάγεται την απουσία χρηματικού εισοδήματος από την απασχόληση. Αυτό είναι συνήθως αρκετό για να οδηγήσει ένα άτομο στη φτώχεια. Παρόλα αυτά, η μη ύπαρξη χρηματικού εισοδήματος δεν είναι αρκετή για να θεωρηθεί ένα άτομο κοινωνικά αποκλεισμένο. Το άτομο πρέπει επίσης να μην έχει πρόσβαση σε συμπληρωματικές υπηρεσίες, η συνεισφορά των οποίων για την ευημερία είναι αποφασιστική, όπως είναι και τα χρήματα. Τέτοιες υπηρεσίες μπορεί να είναι η υποστήριξη της οικογένειας (οικονομική και ηθική), η βοήθεια από φίλους και συγγενείς και η υποστήριξη των κρατικών υπηρεσιών (επιδόματα ανεργίας, γραφεία εύρεσης εργασίας, προγράμματα επανεκπαίδευσης κ.λ.), (Καραντινός κ.α, 1990, σελ. 5-6).

«Θα ήταν υπερβολικό να υποστηριχθεί ότι ολόκληρη η ομάδα των ηλικιωμένων είναι κοινωνικά αποκλεισμένη. Για να κρίνει κανείς τον κοινωνικό αποκλεισμό, θα πρέπει να λάβει υπόψη την υποστήριξη της οικογένειας, τις οικογενειακές συνθήκες, καθώς και τις ανάγκες των ατόμων. Είναι ευνόητο ότι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός σύγχρονου προνοιακού πλαισίου στήριξης και προστασίας των ηλικιωμένων οφείλει να στοχεύει στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού» (Καραντινός κ.α, 1990, σελ. 5-6).

#### **Απασχόληση και κοινωνικός αποκλεισμός**

Η επικρατούσα αντίληψη για την απόσυρση των ηλικιωμένων από την ενεργό ζωή ταυτίζει την έννοια του κοινωνικά ενεργού με την ένταξη στην αγορά

εργασίας. Το επάγγελμα στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες όχι μόνο αποτελεί πηγή εισοδήματος, αλλά προσδίδει κοινωνική αξία και κύρος, σημαντικό συστατικό της ταυτότητας των αντρών-πολιτών ως μελών της κοινωνίας των πολιτών. Σύμφωνα με την παραπάνω άποψη, η αποχώρηση των αντρών από την αγορά εργασίας, σηματοδοτεί τη λήξη της ενεργού συμμετοχής τους στην κοινωνία. Από υποκείμενα γίνονται αντικείμενα, παθητικοί αποδέκτες φροντίδας και κοινωνικών πόρων, κοινωνικό βάρος και «πρόβλημα». Ωστόσο, είναι γεγονός ότι τα όρια ηλικίας, οι ξεπερασμένες γνώσεις και οι μειωμένες ευκαιρίες για επανειδίκευση, συνηγορούν ενάντια στην επανένταξη στην αγορά εργασίας. Έτσι, «ακόμα και διεθνείς οργανισμοί, όπως το Διεθνές Γραφείο Εργασίας επισημαίνουν πέντε βασικά σημεία για τους ηλικιωμένους-απασχολούμενους (Στασινοπούλου, 1996, σελ. 190-191):

- ✓ Οι γηραιότεροι εργάτες κοστίζουν περισσότερο.
- ✓ Είναι λιγότερο παραγωγικοί.
- ✓ Η πρόωρη έξοδος τους απελευθερώνει θέσεις εργασίας για τους νεότερους.
- ✓ Η πρόωρη συνταξιοδότηση είναι εκούσια.

«Πολλοί μελετητές βλέπουν κριτικά τα δύο πρώτα σημεία επισημαίνοντας ότι η υπόθεση ότι οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι κοστίζουν περισσότερο δεν επαληθεύεται για όλους τους κλάδους εργασίας. Αντίθετα, εκτός από τη γενική διαπίστωση ότι οι συσσωρευμένες γνώσεις αντισταθμίζουν το κόστος, έχουμε πολλά παραδείγματα μείωσης των αποδοχών στις μεγαλύτερες ηλικίες. Συχνά αυτό αποτελεί στοιχείο σταδιακής αποχώρησης από την αγορά εργασίας, οπότε προτιμούν την πρόωρη συνταξιοδότηση από τη μείωση των αποδοχών. Επίσης η μείωση της παραγωγικότητας των γηραιότερων πρέπει να εξεταστεί διαφορετικά σε συνάρτηση με τη φύση της εργασίας, τις δεξιότητες που απαιτούνται, την ταχύτητα και το βαθμό εντατικοποίησης. Σε ορισμένους κλάδους, π.χ. παραγωγής ηλεκτρονικών, η μείωση της παραγωγικότητας αρχίζει μεταξύ των ηλικιών 20 και 30, ενώ σε άλλες στα 30, 40 ή 50. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις η μείωση των ικανοτήτων με την πάροδο του χρόνου γίνεται πολύ βαθμιαία και αντισταθμίζεται από την αυξημένη πείρα, ακρίβεια και προσοχή. Συχνά, ακόμα και εκεί που απαιτείται δύναμη και αντοχή, εργάτες 50 και 60 ετών μπορεί να υπερέχουν των κατά πολύ νεότερών τους, ενώ η μειωμένη απόδοση μπορεί να μην οφείλεται στην ηλικία, αλλά στις ανάγκες για επανειδίκευση. Συνήθως η μετεκπαίδευση στις νεότερες ηλικίες θεωρείται καλύτερη επένδυση, ενώ

χαρακτηρίζεται ως περιττή για τους μεγαλύτερους εργαζομένους» (Στασινοπούλου, 1996, σελ. 190-191).

### **Οικονομική κατάσταση και κοινωνικός αποκλεισμός**

«Είναι γενικά παραδεκτό ότι η γήρανση συνδέεται με τα φαινόμενα της φτώχειας και της απομόνωσης. Δεν είναι τυχαίο ότι σε έρευνες σε ευρωπαϊκό επίπεδο, οι ηλικιωμένοι επισημαίνουν ως μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τις οικονομικές δυσκολίες και τη μοναξιά-απομόνωση. Σε μια αναλογία που ξεπερνά το 30%, οι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι πρέπει να είναι προσεκτικοί με τα οικονομικά τους και μόνο μια μικρή αναλογία θεωρεί τον εαυτό της ευκατάστατο. Η κατοικία, οι οικονομικές αποταμιεύσεις και η οικονομική στήριξη από την οικογένεια θεωρούνται ουσιαστικές πηγές εσόδων για τους ηλικιωμένους. Παράλληλα, ο σημαντικός ρόλος του κράτους στην εξασφάλιση κάποιας οικονομικής ασφάλειας για τους ηλικιωμένους φαίνεται να παραμένει και να μην αντικαθίσταται από τον ιδιωτικό τομέα, αν και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν αισθάνονται ασφαλείς με τη σύνταξη τους» (Μπαλούρδος & Τζωρτζοπούλου, 1996, σελ. 232).

Από άλλες έρευνες και μελέτες για τον ελληνικό χώρο, έχει διαπιστωθεί ανισότητα στα εισοδήματα των ηλικιωμένων σε σύγκριση με εκείνα των άλλων ηλικιακών ομάδων. Κύρια αιτία του φαινομένου είναι οι διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις παροχές που απολαμβάνουν οι ηλικιωμένοι (σύνταξη, επιδόματα κ.α.) και σ' εκείνες που απολαμβάνουν οι άλλες ηλικιακές ομάδες. Η βασικότερη πηγή εισοδήματος των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη ενώ η μέση οικονομική τους κατάσταση υστερεί έναντι των νεότερων, που δεν έχουν αποχωρήσει ακόμη από την αγορά εργασίας. Το εισόδημα των ηλικιωμένων από συντάξεις είναι ιδιαίτερα ευάλωτο σε οικονομικές περιόδους ύφεσης και μεγάλων πληθωριστικών τάσεων, αφού μειώνεται σημαντικά η αγοραστική του δύναμη και ελαχιστοποιούνται οι δυνατότητες κάλυψης του από την κρατική προνοιακή προστασία λόγω των τεράστιων μειώσεων των κρατικών δαπανών. Ωστόσο, το καθεστώς ιδιοκατοίκησης που είναι διαδεδομένο στη χώρα μας έχει ως αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να εξοικονομούν κάποιο εισόδημα από τη μη πληρωμή ενοικίου. Υπολογίζεται ότι το 70% των ηλικιωμένων διαθέτει κατοικία. Παρόλα αυτά το εισόδημα τους με την έννοια της εισροής χρημάτων στο νοικοκυριό παραμένει σε χαμηλά επίπεδα (Πουλοπούλου, 1991, σελ. 235).

Δεν έχει γίνει πανελλαδική έρευνα που να δείχνει την οικονομική κατάσταση όλων των Ελλήνων ηλικιωμένων. Οι έρευνες αφορούν ορισμένες πόλεις ή περιοχές ή αναφέρονται σε άτομα που συχνάζουν στα ΚΑΠΗ, τα οποία ανήκουν στις κατώτερες και μεσαίες εισοδηματικές τάξεις. Τα στοιχεία των περισσότερων ερευνών αναφέρονται στις δεκαετίες του 1970 και 1980 και αρχές της δεκαετίας του 1990. Τα βασικά συμπεράσματα για τα εισοδήματα ηλικιωμένων, έχουν αρκετά κοινά σημεία με έρευνες που έγιναν σε άλλες χώρες. Σύμφωνα με την Έμκε-Πουλοπούλου (1999) από τις Ελληνικές έρευνες προκύπτει ότι:

- ✓ Οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλότερο μέσο εισόδημα από τους νεότερους.
- ✓ Οι γυναίκες βρίσκονται σε ασθενέστερη οικονομική θέση από τους άνδρες.
- ✓ Οι νέοι ηλικιωμένοι, η ονομαζόμενη τρίτη ηλικία, βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική θέση σε σύγκριση με τους υπερήλικες τη λεγόμενη τέταρτη ηλικία, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες. Αυτοί που συνταξιοδοτήθηκαν πριν αρκετά χρόνια έχουν χαμηλότερο εισόδημα, από εκείνους που συνταξιοδοτήθηκαν πρόσφατα.
- ✓ Το εισόδημα των ηλικιωμένων διαφέρει κατά περιοχές. Το εισόδημα του αστικού πληθυσμού είναι υψηλότερο από του ημιαστικού και του αγροτικού ηλικιωμένου πληθυσμού. Οι αγρότες εξακολουθούν να καλλιεργούν τη γη τους και να διατρέφουν ζώα χωρίς να θεωρούν ότι αυτά αποτελούν πηγή εισοδήματος ή απασχόληση, ενώ έχουν πρόσθετες απολαβές σε είδος (τρόφιμα, ρούχα κλπ.) από άλλα μέλη της οικογένειας. Η εργασία ακόμα και σε πολύ προχωρημένη ηλικία, όσο το επιτρέπουν οι δυνάμεις τους, είναι θετικό στοιχείο από ιατρικής και γεροντολογικής άποψης, αλλά μπορεί και να θεωρηθεί σαν πράξη επιβίωσης, όταν ληφθεί υπόψη το χαμηλό-επίπεδο των αγροτικών συντάξεων.
- ✓ Η σύνταξη αποτελεί την πρωταρχική πηγή εισοδήματος όπως δείχνουν έρευνες στις χώρες της Ε.Ε και στην Ελλάδα. Πολλοί ηλικιωμένοι εργάζονται με μερική ή με πλήρη απασχόληση κατά παράβαση της νομοθεσίας που απαγορεύει τη λήψη σύνταξης και μισθού. Η εργασία διαδραματίζει συμπληρωματικό ρόλο και η σημασία της ως μοναδικής πηγής εισοδήματος είναι μηδαμινή.
- ✓ Η σύνταξη αποτελεί μέρος του εν ενεργεία μισθού ή ορισμένο αριθμό μηνιαίων ημερομισθίων. Τα ποσοστά αναπλήρωσης εισοδήματος από τη σύνταξη διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα, και στην ίδια χώρα ανάλογα με τις

προϋποθέσεις που θέτει κάθε ασφαλιστικός φορέας. Έρευνα η οποία στηρίχτηκε στο κατώτατο όριο μισθού, το κατά κεφαλή εισόδημα του ενεργού πληθυσμού και τη μέση κατά άτομο δαπάνη, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα κατώτατα όρια συντάξεων κυμαίνονταν στο 40-50% του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη και τα κατώτατα όρια συντάξεων στους περισσότερους ασφαλιστικούς φορείς βρισκόταν στα όρια ή κάπως υπολείπονταν του ελάχιστου ορίου διαβίωσης.

- ✓ Ο πληθωρισμός "ροκανίζει" την αγοραστική δύναμη των συντάξεων και των άλλων εισοδημάτων των ηλικιωμένων.
- ✓ Τα εισοδήματα σημαντικού ποσοστού ηλικιωμένων είναι ανεπαρκή για τη διαβίωσή τους. Στην Ελλάδα αρκετοί φορείς που ασφαλίζουν μεγάλες ομάδες ασφαλισμένων δεν παρέχουν σύνταξη που να καλύπτει τις στοιχειώδεις ανάγκες τους. Οι χαμηλοσυνταξιούχοι του ΙΚΑ και οι περισσότεροι συνταξιούχοι του ΤΕΒΕ παίρνουν τις πιο χαμηλές συντάξεις, που δεν τους επιτρέπουν αν δεν έχουν άλλα εισοδήματα ή οικογενειακή βοήθεια, να επιβιώσουν (Εμκε- Πουλοπούλου,1999).

Σύμφωνα με τον Μπούτα (1990, σελ. 238-246), «κύριες πηγές της φτώχειας είναι :

- ✓ Η μεγάλη οικογένεια (3, 4 ή περισσότερα παιδιά).
- ✓ Η απασχόληση του αρχηγού του νοικοκυριού στον πρωτογενή τομέα, ιδιαίτερα στις ακριτικές περιοχές.
- ✓ Η μεγάλη ηλικία του αρχηγού (άνω των 65).
- ✓ Το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο του αρχηγού.
- ✓ Οι χαμηλές αποδοχές (π.χ. νοικοκυριά με αρχηγό άνεργο).

Το όριο φτώχειας αντιπροσωπεύει ένα «συνηθισμένο» επίπεδο διαβίωσης, μεταβαλλόμενο διαχρονικά. Οι διαστάσεις της φτώχειας είναι οικονομικού αλλά και μη οικονομικού χαρακτήρα (εκπαίδευση, κατοικία, υγεία). Δεν είναι δύσκολο να κατανοήσουμε ότι λόγω της διευρυμένης φτώχειας στα νοικοκυριά των ηλικιωμένων θα έχουμε και διευρυμένο κοινωνικό αποκλεισμό, θέμα που απασχολεί ιδιαίτερα την κοινωνική πολιτική και την κοινωνική εργασία».

### **Κατοικία, μετακίνηση και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών**

Η κατοικία, η ευκολία των μετακινήσεων εντός του χώρου που βρίσκεται η κατοικία και η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών της κοινότητας



αποτελούν βασικούς δείκτες του βιοτικού επιπέδου των κατοίκων (ιδιαίτερα δε για τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν, αυξημένες ανάγκες και προβλήματα μετακίνησης). Η ένταξη του ατόμου και η οικειοποίηση τόσο του άμεσου περιβάλλοντος διαβίωσης του (χώρος κατοικίας) όσο και του ευρύτερου χώρου αναφοράς του (γειτονιά-δημόσιοι χώροι) αποτελούν προϋπόθεση για την ψυχική του ισορροπία. «Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην προβολή του στο αστικό περιβάλλον μετατρέπεται σε χωρικό αποκλεισμό, ο οποίος με τη σειρά του ισχυροποιεί τον κοινωνικό αποκλεισμό. Τα ηλικιωμένα άτομα εξαιτίας της βιολογικής τους διαφοροποίησης αλλά και της κοινωνικής τους περιθωριοποίησης, υποτάσσονται σταδιακά σ' ένα φαύλο κύκλο απομόνωσης και εξάρτησης κοινωνικής, ψυχικής και χωρικής» (Νικολαΐδου, 1996, σελ.546).

«Στην Ελλάδα αν και τα ποσοστά ιδιοκατοίκησης είναι ψηλά στον τομέα της ποιότητας των κατοικιών το πρόβλημα είναι μεγάλο. Δεν υπάρχει κανένα ίχνος οικιστικής πολιτικής που να στοχεύει στην εξυπηρέτηση των αναγκών των ηλικιωμένων και η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ζει σε παλιές, ιδιόκτητες κατοικίες που δεν είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, αλλά προορίζονται για υγιή ενήλικα άτομα. Στην περίπτωση δε, που ο ηλικιωμένος συμβιώνει μαζί με τα παιδιά του, στερείται χώρων που μπορεί να κινηθεί ελεύθερα με αποτέλεσμα τον περιορισμό της αυτονομίας του. Οι κατοικίες στις αγροτικές περιοχές είναι συνήθως μεγαλύτερες από ότι στις αστικές περιοχές και έχουν περισσότερο υπαίθριο χώρο. Αυτό σημαίνει ότι όσοι παραμένουν μόνοι στα χωριά τους βρίσκονται σ' ένα σπίτι αρκετά μεγάλο και δύσκολο στη φροντίδα και συντήρηση του. Επίσης στις αγροτικές περιοχές τα σπίτια υπολείπονται σημαντικά στον τομέα της αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας, θέρμανσης, ασανσέρ, τηλεφωνικής επικοινωνίας. Στις αστικές περιοχές, οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν διαφορετικά προβλήματα, αλλά εξίσου σοβαρά. Οι αστικές κατοικίες (συνήθως διαμερίσματα σε πολυκατοικίες) είναι μικρότερες και γενικά δε διαθέτουν υπαίθριους χώρους. Τα πολύμορφα κτίρια, η πυκνή δόμηση, η αυξημένη και επικίνδυνη κυκλοφορία, η έλλειψη πρασίνου και γενικότερα η βιαστική και ανυπόμονη ζωή της πόλης αποτελούν φραγμό που εμποδίζει τον ηλικιωμένο να αξιοποιήσει τις δυνατότητες των τεχνολογικών εξελίξεων. Ο ηλικιωμένος ζει εγκλωβισμένος σε ένα αστικό διαμέρισμα και οι ήδη περιορισμένες φυσικές ικανότητες που διαθέτει, περιορίζονται ακόμη περισσότερο από την έλλειψη άσκησης» (Ην. Έθνη, 1982, σελ. 16-17).

Η αρμονική συνύπαρξη ανθρώπου και δομημένου περιβάλλοντος αποτελεί βασικό στοιχείο της ποιότητας ζωής που επηρεάζει περισσότερο τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένοι, ανάπηροι, παιδιά). Το στοιχείο αυτό πρέπει να είναι η βάση κάθε οικιστικής πολιτικής ενός σύγχρονου κράτους που σέβεται τους πολίτες του. Με την ηλικία αυξάνονται οι φοβίες που έχουν τα ηλικιωμένα άτομα σε σχέση με εξωτερικούς παράγοντες και διογκώνονται οι κίνδυνοι που απορρέουν από το περιβάλλον. Η κυκλοφορία μέσα στην πόλη ή η μοναχική διαβίωση στο σπίτι μετατρέπονται σταδιακά σε ανυπέρβλητα εμπόδια που περιορίζουν αργά αλλά σταθερά την αυτονομία τους και τους εισάγουν σε ένα φαύλο κύκλο εξάρτησης και αποκλεισμού (Νικολαΐδου, 1996, σελ. 547).

### **Αυτονομία και συμμετοχή ηλικιωμένων ατόμων**

«Συχνά η έννοια της αυτονομίας αντιπαρατίθεται στην έννοια της εξάρτησης και ο περιορισμός ή το χάσιμο της αυτονομίας συσχετίζεται με ανικανότητα και εξάρτηση. Ωστόσο, συχνά μπορεί να συνυπάρχει αυτονομία και εξάρτηση σε διαφορετικό βαθμό. Ο περιορισμένος βαθμός αυτονομίας δε σημαίνει υποχρεωτικά και πλήρη εξάρτηση. Μπορεί πράγματι να υπάρχει εξάρτηση, χωρίς αυτό να συνεπάγεται ακύρωση της αυτονομίας. Για τα ηλικιωμένα άτομα, η ικανοποιητική κατάσταση της υγείας τους, η διατήρηση των πολιτιστικών τους ενδιαφερόντων, η αντικατάσταση των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων με άλλες δημιουργικές δραστηριότητες συμβάλλουν στη διατήρηση και ενδυνάμωση της αυτονομίας τους. Αντιθέτως, ο περιορισμός της αυτονομίας τους κλιμακώνεται ανάλογα με την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας τους (οργανική ή και διανοητική ανεπάρκεια/αναπηρία, μειονεκτήματα, ανικανότητα) και τη διαφοροποίηση των συνθηκών διαβίωσης σε συνάρτηση με κοινωνικοοικονομικούς, κοινωνικοπολιτιστικούς και χωρικούς παράγοντες» (Νικολαΐδου, 1996, σελ. 550-557).

Όσον αφορά στη συμμετοχή των ηλικιωμένων ατόμων καθοριστικό παράγοντα στον προσδιορισμό του βαθμού συμμετοχής του ατόμου στον αστικό χώρο αποτελεί και η ηλικία. Η ηλικία επηρεάζει τόσο το καθαρά βιολογικό όσο και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Κοινωνιολογικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η κινητικότητα των ατόμων μέχρι 15 ετών και πάνω από 65 περιορίζεται στην περιοχή της κατοικίας τους, ενώ αντίθετα, η κινητικότητα των υπολοίπων ηλικιών εκτείνεται σε μεγαλύτερη ακτίνα μέσα στην πόλη. Η μη συμμετοχή των ηλικιωμένων στην

παραγωγική διαδικασία τους αποκόπτει από την ενεργό συμμετοχή στα κοινά. Στο επίπεδο της μετακίνησης και της προσπελασιμότητας των υπηρεσιών στον αστικό χώρο, έρευνες δείχνουν ότι υπάρχουν τεράστια προβλήματα και σε καμία περίπτωση οι υφιστάμενες συνθήκες δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια της ασφάλειας, της αυτονομίας και της συμμετοχής (Νικολαΐδου, 1996).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### **ΑΝΕΠΙΣΗΜΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΦΙΛΙΚΟ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ).**

Στις μέρες μας διαπιστώνεται ότι ο θεσμός της οικογένειας περνάει μια βαθιά κρίση, που γίνεται ολοένα και πιο αισθητή όχι μόνο στις τεχνολογικά ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, αλλά και στη χώρα μας, κυρίως δε στα μεγάλα αστικά κέντρα. Σύμφωνα με την Τεπέρογλου (1990), στη μεταπολεμική Ελλάδα συντελούνται, σχεδόν ανά δεκαετία, σημαντικές και καθοριστικές αλλαγές. Ειδικοί επιστήμονες (ιστορικοί, πολιτικοί, κοινωνικοί) αναλύουν τα φαινόμενα και τις εξελίξεις των χρόνων αυτών συνδέοντας στενά τους κοινωνικούς παράγοντες με τους οικονομικούς. Οι παράγοντες αυτοί σε συνδυασμό με την εκάστοτε πολιτική κατάσταση, επέδρασαν καθοριστικά στην ανέλιξη της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας. «Η ελληνική οικογένεια θα ήταν αδιανόητο να μείνει ανεπηρέαστη από όλες αυτές τις διαχρονικές ουσιαστικές αλλαγές, αφού όπως έχει διαπιστωθεί, δέχεται επιδράσεις και υφίσταται μεταβολές. Οι επιπτώσεις των μεταβολών αυτών γίνονται αισθητές σε δύο επίπεδα: στις σχέσεις μεταξύ των μελών της ίδιας οικογένειας και στη σχέση των μελών με τους γείτονες. Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις (γονεϊκές, αδερφικές, συγγενικές) διαφοροποιούνται με τον καιρό και εν μέρει συμβαδίζουν με τις σύγχρονες κοινωνικές εξελίξεις» (Τεπέρογλου, 1990, σελ. 16-17).

Σε μεγάλο ποσοστό, η σύγχρονη ελληνική οικογένεια είναι πυρηνική (άντρας, γυναίκα και παιδιά μέχρι την ενηλικίωση τους). Παλαιότερα η δομή της οικογένειας ήταν σύνθετη και πολύπλοκη: π. χ. οι αδερφοί της μητέρας καθώς και τα αρσενικά παιδιά που παντρεύονταν έμεναν μέσα στην οικογένεια και αποτελούσαν οργανικά μέλη με διάφορες σχέσεις και με ποικίλες θέσεις στην ιεραρχία της. Το οικογενειακό οργανωμένο σπίτι ήταν επί αιώνες το κέντρο όπου ικανοποιούνταν οι βασικές ανάγκες της ζωής του ανθρώπου: όχι μόνο η τεκνογονία και ο έρωτας, η αγωγή των παιδιών αλλά και η περίθαλψη στην αρρώστια και τα γηρατειά (Παρασκευαΐδης, 1997).

Η μεταβολή στην κατανομή των ρόλων και των εξουσιών μέσα στην οικογένεια, έχει αρχίσει ήδη από τη δεκαετία του '60. Η διαδικασία ανακατάταξης αποκάλυψε ότι οι σημαντικότερες αλλαγές που συντελέστηκαν στην οικογένεια αφορούν κυρίως στις σχέσεις γονέων- παιδιών και στις σχέσεις των νεότερων μελών της οικογένειας με τους παππούδες και τις γιαγιάδες. Στην εκτεταμένη οικογένεια ο

ρόλος του ηλικιωμένου ατόμου είναι αδιαφιλονίκητος. Ο ηλικιωμένος άντρας, ο *pater familias*, έκρινε, έλεγχε, αποφάσιζε, διέταζε. Απολάμβανε την οικογενειακή αποδοχή και υποταγή. Η ηλικιωμένη γυναίκα ήταν μεν υποταγμένη στον «αφέντη» σύζυγο της, αλλά όσον αφορά στις καθαρά οικιακές εργασίες ήταν το πρόσωπο που έπαιρνε τις αποφάσεις (Τεπέρογλου, 1990).

Η διαμόρφωση των ρόλων μέσα στην οικογένεια συνδέεται με τον τρόπο διαχείρισης των οικονομικών. Η διαχείριση και η κατανομή της οικογενειακής περιουσίας ήταν έργο του αρχηγού της οικογένειας και αποτελούσε για αυτό σημαντική πηγή εξουσίας και δύναμης. Η εξουσία αυτή εξασθενούσε στην περίπτωση που η περιουσία μοιραζόταν ή παραχωρείτο για προικοδότηση, ενώ ταυτόχρονα ο ηλικιωμένος δεν καλυπτόταν συνταξιοδοτικά. Έτσι, το ηλικιωμένο άτομο μη έχοντας άλλους οικονομικούς πόρους παρέμενε μέσα στην οικογένεια των παιδιών του. «Η επίτευξη της συνταξιοδότησης και η παροχή κοινωνικής πρόνοιας και μέριμνας προς το ηλικιωμένο άτομο αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα για τη διαμόρφωση μιας νέας μορφής ενδοοικογενειακών σχέσεων, αφού με τις νέες αυτές συνθήκες, η οικονομική αυτοτέλεια του ηλικιωμένου ατόμου δεν επηρεάζεται από την οποία προικοδότηση ή κατανομή περιουσίας, στην οποία πρόκειται να προβεί. Η συνταξιοδότηση λοιπόν που του επιτρέπει να κινείται ελεύθερα βασιζόμενος στις δικές του δυνάμεις και η ανεξαρτητοποίηση του αυτή, τον διαχωρίζει από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση νέων τάσεων στις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Η οικονομική αυτάρκεια λοιπόν σε συνδυασμό με τις σύγχρονες κοινωνικές τάσεις, παρέχουν επιπλέον στον ηλικιωμένο τη δυνατότητα να έχει το δικό του ανεξάρτητο νοικοκυριό, στο βαθμό βέβαια που είναι εφικτό. Όπως είναι γνωστό πολλά ηλικιωμένα άτομα συγκατοικούν με τα παιδιά τους όχι μόνο για συναισθηματικούς αλλά κυρίως για οικονομικούς λόγους. Η παραμονή του ηλικιωμένου στην οικογένεια των παιδιών εξαρτάται πολλές φορές από το ποσόν της σύνταξης» (Τεπέρογλου, 1990, σελ. 18- 19).

Στις πόλεις οι ηλικιωμένοι είναι αποκλεισμένοι στα διαμερίσματα των πολυκατοικιών, ενώ στις αγροτικές περιοχές στερούνται τα παιδιά τους, που για διάφορους λόγους, κυρίως οικονομικούς εγκατέλειψαν τα χωριά τους για να εγκατασταθούν στα μεγάλα αστικά κέντρα. «Οι ηλικιωμένοι μένουν ολομόναχοι στα χωριά, απογυμνώνονται από το παραδοσιακό τους πλέγμα υποστήριξης και βιώνουν μοναξιά, απομόνωση και υποβάθμιση. Έτσι, οι ανάγκες τους γίνονται εντονότερες δεδομένης της ανυπαρξίας υγειονομικών υπηρεσιών και της μη στήριξης των

παιδιών. Αλλά και για τους ηλικιωμένους που ακολουθούν τα παιδιά τους στα μεγάλα αστικά κέντρα τα προβλήματα δεν είναι λιγότερα. Ο ηλικιωμένος βιώνει στις συνθήκες της πόλης το αίσθημα της αχρηστίας της μοναξιάς και της απόρριψης, μη μπορώντας να παρακολουθήσει τη ζωή γύρω του. Επιπλέον, η συζυγική οικογένεια στην πόλη δεν έχει κανένα στοιχείο λειτουργικότητας όμοιο με εκείνο που είχε στο χωριό. Η απασχόληση στην επαρχία είναι κοντά στο σπίτι, σε ένα καθεστώς οικονομικής και κοινωνικής αυτάρκειας. Η απασχόληση στους βιομηχανικούς ρυθμούς της πόλης και η γυναικεία εργασία δεν επιτρέπουν μία στενότερη οικογενειακή διαβίωση» (Καβαδίας, 1981, σελ. 55). Αυτοί οι λόγοι σηματοδοτούν την αποδυνάμωση του παραδοσιακού ρόλου του ηλικιωμένου ατόμου μέσα στην οικογένεια, χωρίς ωστόσο να διαφοροποιήσουν τις καθαρά συναισθηματικές σχέσεις μεταξύ των ηλικιωμένων γονέων και των παιδιών τους.

Είναι εύλογο ότι παραδοσιακά η φροντίδα των ηλικιωμένων ήταν ευθύνη της οικογένειας και η προσδοκία των ηλικιωμένων ήταν να γηροκομηθούν από τις θυγατέρες και από τους γιούς. Η οικογένεια, λόγω και της κρατικής θέσης για το χαμηλό κόστος, θεωρήθηκε ως ο περισσότερο ενδεδειγμένος θεσμός για την φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών, σε σύγκριση με άλλους θεσμούς. Ωστόσο, αυτή η προσδοκία προϋποθέτει ότι όλοι οι ενήλικοι απόγονοι είναι ικανοί να αναλάβουν αυτή την ευθύνη (Σπινέλη, 1989). «Στην Ελλάδα τα στατιστικά στοιχεία, έρευνες και μελέτες δείχνουν ότι πολλαπλασιάζονται οι οικογένειες που έχουν ένα ή περισσότερα υπερήλικα μέλη και ότι τους ηλικιωμένους φροντίζουν κυρίως οι οικογένειες που προσφέρουν πολύ περισσότερη φροντίδα από ότι οι κρατικές και οι ιδιωτικές υπηρεσίες μαζί. Οι έρευνες δείχνουν τις διαφορές που υπάρχουν στην οικογενειακή κατάσταση ανδρών και γυναικών, τρίτης και τέταρτης ηλικίας, αστικού και αγροτικού χώρου ακόμα και μεταξύ κοινοτήτων. Τα προβλήματα του γήρατος δεν προσέλαβαν τις διαστάσεις και την οξύτητα που θα δικαιολογείτο από τη γήρανση του πληθυσμού εξαιτίας της μέριμνας που λαμβάνει η οικογένεια για τα ηλικιωμένα μέλη της» (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999, σελ. 282). Η οικογένεια και το άτυπο σύστημα φροντίδας έχουν αναλάβει τη φροντίδα των ευπαθών ηλικιωμένων ατόμων καθώς και ένα μεγάλο ποσοστό των κατάκοιτων και γενικά των προβληματικών ηλικιωμένων, στην κοινωνία. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται συρρίκνωση και εξασθένηση της ομάδας που παραδοσιακά στήριζε τους ηλικιωμένους: εκτεταμένη οικογένεια, συγγένεια, κοινότητα. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν είχαν ποτέ ή δεν έχουν παιδιά, ενώ γήρανση του πληθυσμού σημαίνει ότι τα παιδιά των ηλικιωμένων είναι

και αυτά ηλικιωμένα. Η βοήθεια της οικογένειας στην αντιμετώπιση των προσωπικών αναγκών του ηλικιωμένου της είναι αναντικατάστατη. Ωστόσο η φροντίδα του ηλικιωμένου μερικές φορές μπορεί να συνεπάγεται σημαντικές προσωπικές θυσίες, ιδιαίτερα όταν η οικογένεια είναι μόνο ένα μέλος, συχνά μία γυναίκα, που φροντίζει έναν ηλικιωμένο συγγενή (Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Η Έμκε Πουλοπούλου (1999) αναφέρει τα παρακάτω κοινά συμπεράσματα ερευνών που έγιναν στην Ελλάδα:

- ✓ Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι άνδρες είναι έγγαμοι, ενώ οι περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες είναι χήρες.
- ✓ Χαμηλό είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων διαζευγμένων και εκείνων που βρίσκονται σε διάσταση. Οι άγαμες και διαζευγμένες γυναίκες είναι περισσότερες από τους συνομηλικούς τους άνδρες που βρίσκονται στην ίδια οικογενειακή κατάσταση.
- ✓ Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν παιδιά και εγγόνια. Η πιο συνηθισμένη οικογενειακή διάρθρωση είναι η οικογένεια με τουλάχιστον ένα παιδί και εγγόνια, οι οικογένειες των τριών γενεών. Οι οικογένειες των 4 γενεών αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου. Οι οικογένειες των 5 γενεών- κυρίως 5 γενεών γυναικών δεν είναι τόσο σπάνιες όσο πριν 20 χρόνια.
- ✓ Ένα ποσοστό όχι αμελητέο δεν είχε ποτέ ή δεν έχει πια παιδιά, περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες σε σύγκριση με ηλικιωμένους άντρες. Ένα σχετικά σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων δεν έχει παιδιά διότι δεν απέκτησαν ποτέ, τα παιδιά έχουν πεθάνει ή μεταναστεύσει. Μερικά παιδιά που ζουν, για διάφορους λόγους δεν έχουν καμία επαφή με τους ηλικιωμένους.
- ✓ Από τους ηλικιωμένους που έχουν παιδιά οι περισσότεροι δηλώνουν ότι έχουν 2. Ο μέσος αριθμός ανά ηλικιωμένη γυναίκα είναι μεγαλύτερος από το μέσο αριθμό παιδιών ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας.
- ✓ Οι ηλικιωμένοι αγρότες έχουν περισσότερα παιδιά από τους συνομηλικούς τους αστούς. Στις αγροτικές περιοχές η πατριαρχική οικογένεια υπάρχει ακόμα και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που τα παιδιά μετά το γάμο τους συγκατοικούν με τους γονείς τους. Η μετανάστευση χωρίζει τους γονείς από τα παιδιά τους. Οι νέοι

εγκαταλείπουν τις αγροτικές περιοχές για τις πόλεις και το εξωτερικό και οι ηλικιωμένοι παραμένουν οι μοναδικοί κάτοικοι του χωριού χωρίς επιθυμία να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους.

- ✓ Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στον αριθμό των παιδιών των ηλικιωμένων στις διάφορες περιοχές κάθε χώρας π.χ. σε σύγκριση με τη περιφέρεια της πρωτεύουσας περισσότερα παιδιά έχουν οι ηλικιωμένοι στην υπόλοιπη Ελλάδα.
- ✓ Οι υπερήλικες 75 και άνω έχουν περισσότερα παιδιά σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους (60- 74 ετών).

Όπως προαναφέρθηκε, η οικογένεια αποτελεί έναν από τους βασικούς φορείς πρόνοιας των ηλικιωμένων αφού παρέχει φροντίδα και οικονομική βοήθεια σε ηλικιωμένους που το έχουν ανάγκη. Ένας σημαντικός αριθμός των ηλικιωμένων δεν αντιμετωπίζει προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης, επομένως δεν χρειάζονται βοήθεια για την καθημερινή τους επιβίωση και μπορούν να ρυθμίσουν μόνοι τους τις καθημερινές τους υποθέσεις. Υπάρχει όμως και μία ομάδα ηλικιωμένων ατόμων οι οποίοι παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα και αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Τα προβλήματα των ηλικιωμένων που αφορούν κυρίως την υγεία, οικονομικά προβλήματα, στέγαση, ελεύθερο χρόνο κ.α., απασχολούν τα παιδιά τους ιδιαίτερα όταν οι γονείς είναι χήροι ή χωρισμένοι. Ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός για τους ηλικιωμένους ασθενείς, ανάπηρους ή κατάκοιτους οι οποίοι στηρίζονται στη βοήθεια της προκαλώντας στα παιδιά μεγάλη συναισθηματική και οικονομική επιβάρυνση. Οι περισσότεροι ανάπηροι και κατάκοιτοι ηλικιωμένοι ζουν είτε με συγγενείς και φίλους είτε μόνοι, ενώ ελάχιστους φροντίζουν τα δημόσια και τα ιδιωτικά ιδρύματα (Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Έρευνες στην Ελλάδα στις αστικές περιοχές έδειξαν ότι ακόμα και οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι δεν είναι απομονωμένοι. Για τους περισσότερους υπάρχει αμοιβαία βοήθεια ανάμεσα στις γενεές της ίδιας οικογένειας. Οι νέοι προσφέρουν βοήθεια κάνοντας ψώνια, μαγείρεμα, καθάρισμα και φροντίζοντας τους ασθενείς και ανάπηρους. Στις αγροτικές περιοχές πολλοί ηλικιωμένοι χωρίς παιδιά ή με παιδιά που μετακινήθηκαν στις πόλεις συνδέονται με ένα άτυπο σύστημα υποστήριξης που αποτελείται από συγγενείς, γείτονες και φίλους οι οποίοι παρέχουν κοινωνική επαφή και ποικίλη βοήθεια συχνά αναγκαία για τη στήριξη της αυτονομίας τους. Σύμφωνα με την Έμκε Πουλοπούλου (1999) οι έρευνες καταλήγουν στα ακόλουθα συμπεράσματα:



- ✓ Ένα μεγάλο ποσοστό λαμβάνει βοήθεια είτε για να αντιμετωπίσει τις καθημερινές ανάγκες, είτε για να βοηθήσει οικονομικά στις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.
- ✓ Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που λαμβάνουν χρηματική βοήθεια ανήκουν στις κατώτερες εισοδηματικές τάξεις.
- ✓ Περισσότερες γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες χρειάζονται βοήθεια.
- ✓ Η μη οικονομική βοήθεια αφορά στο νοικοκυριό των ηλικιωμένων-μαγείρεμα, ψώνια, δουλειές σπιτιού. Κυρίως οι σύζυγοι και τα παιδιά φροντίζουν τους ηλικιωμένους. Κάποιο ρόλο παίζει και η αμειβόμενη οικιακή βοήθεια.
- ✓ Σημαντικός είναι ο ρόλος των γειτόνων.
- ✓ Τα παιδιά και τα εγγόνια παρέχουν συντροφιά, μικροεξυπηρετήσεις, οικιακή βοήθεια. Στα μεγάλα αστικά κέντρα 3 φορές περισσότεροι νέοι κάνουν τα ψώνια τους στους ηλικιωμένους. Αυτό αντικατοπτρίζει την δυσκολία που έχουν οι ηλικιωμένοι για τέτοιου είδους δραστηριότητα στη μεγαλόπολη. Επίσης, όσο μεγαλύτερος είναι ο οικισμός τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της οικιακής βοήθειας που προσφέρουν οι νέοι. Οι νέες γυναίκες βοηθούν 3 φορές περισσότερο από τους νέους στον τομέα της οικιακής βοήθειας. Ο βαθμός αλληλοβοήθειας και αλληλεξάρτησης είναι αισθητά σημαντικότερος όταν οι ηλικιωμένοι ζουν με τα παιδιά και τα εγγόνια τους παρά όταν ζουν μόνοι.

Όπως αναφέρει η Τζωρτζοπούλου (1993, σελ. 193) «σημαντικό ρόλο στην κάποια ανεξαρτητοποίηση του ηλικιωμένου ατόμου παίζουν οι συνταξιοδοτικές παροχές καθώς και το επίπεδο κοινωνικής πρόνοιας και μέριμνας. Εάν η σύνταξη είναι πολύ καλή το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να ζει μόνο του ή με την οικογένεια των παιδιών του, συνεισφέροντας σημαντικά στον οικογενειακό προϋπολογισμό. Η εξάρτηση από τους νεότερους δρα καλύτερα στην ήρεμη αποδοχή ενός νέου ρόλου ή στη συναίσθηση της περιθωριοποίησης».

Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους καταφεύγουν στην εξάρτηση από άτυπα δίκτυα (κυρίως τα παιδιά τους) για οικονομική υποστήριξη. Αυτή είναι μια μορφή υποστήριξης όμως που μειώνει την αξιοπρέπεια των ηλικιωμένων και οδηγεί σε μη ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Έτσι, η έλλειψη οικονομικής ασφάλειας όχι μόνο εμποδίζει τους ηλικιωμένους να συμμετέχουν στους

συνηθισμένους ρόλους και σχέσεις, αλλά επίσης επηρεάζει τη φύση των σχέσεων μέσα στα δίκτυα. Βέβαια οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια αλληλοκαθορίζονται στη βάση όχι μόνο οικονομικών αλλά και συναισθηματικών εξαρτήσεων. Υπάρχουν όμως και ηλικιωμένοι που χρειάζονται οικονομική υποστήριξη, οι οποίοι δεν μπορούν να βασιστούν στους συγγενείς για οικονομική βοήθεια, είτε διότι δεν έχουν συγγενείς που να είναι σε θέση να τους βοηθήσουν, είτε διότι οι σχέσεις τους με τους συγγενείς είναι τεταμένες. Οι ηλικιωμένοι που δεν μπορούν να καταφύγουν για οικονομική υποστήριξη στα συγγενικά τους δίκτυα βρίσκονται σε εξαιρετικά επισφαλή θέση (Καραντινός κ.α., 1992).

Στην Ελλάδα τα άτυπα δίκτυα κατέχουν κύριο ρόλο στη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων. Η ύπαρξη άτυπων δικτύων στήριξης στο πλαίσιο της Ελληνικής κοινωνίας- οικογένειας, έχει ως αποτέλεσμα να διαμένει σε κλειστές δομές φροντίδας ένας μικρός αριθμός ηλικιωμένων. Ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας αντισταθμίζει σε ένα βαθμό την ανεπάρκεια του κράτους πρόνοιας, όμως υπάρχουν και οι παρακάτω αρνητικές πλευρές αυτής της φροντίδας: α) Η φροντίδα των ηλικιωμένων απαιτεί μεγάλη σωματική και ψυχική προσπάθεια, ενώ το κόστος είναι τεράστιο, β) Η προσφυγή σε οικογενειακά δίκτυα είναι συχνά ζήτημα αναγκαιότητας για τα ηλικιωμένα άτομα, με αποτέλεσμα να εξαρτώνται από τους συγγενείς τους. Έτσι δημιουργούνται εντάσεις ανάμεσα σε σχέσεις με το οικογενειακό- συγγενικό περιβάλλον, εις βάρος των αναγκών των ηλικιωμένων, γ) Τα βάρη που αναλαμβάνουν τα μέλη του άτυπου δικτύου είναι πολλά. Το βάρος πέφτει στις γυναίκες με αποτέλεσμα να περιορίζεται η πρόσβαση τους στην αγορά εργασίας (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Η φροντίδα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα παραμένει οικογενειακή υπόθεση. Οι οικογένειες παρέχουν πολύ περισσότερη κοινωνική φροντίδα απ' ό,τι οι ιδιωτικές και οι κρατικές υπηρεσίες μαζί. Παρά τις δυσκολίες και τη σπανιότητα διαθέσιμων εξωτερικών υποστηρικτικών υπηρεσιών οι περισσότεροι κατάκοιτοι και ανάπηροι ηλικιωμένοι τελούν υπό τη φροντίδα της οικογένειας και πολύ λίγοι φροντίζονται σε δημόσια ιδρύματα (Καραντινός κ.α., 1992).

Σύμφωνα με αποτελέσματα Πανελλαδικής έρευνας (Τριανταφύλλου κ.α. 2006), οι γυναίκες προσφέρουν το μεγαλύτερο ποσοστό φροντίδας. Το 80,9% του δείγματος των ατόμων στην Ελλάδα που φρόντιζαν κάποιο ηλικιωμένο άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ήταν γυναίκες. Τα άτομα που προσέφεραν τη φροντίδα ανέφεραν ότι παρόλο που τα κατάφεραν σε ικανοποιητικό βαθμό, ένιωθαν

ως τα πιο επιβαρυνόμενα εξαιτίας των ευθυνών που είχαν αναλάβει. Ένας από τους παράγοντες που κάνει τα άτομα στην Ελλάδα να αναλάβουν την ευθύνη για την φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου είναι ο οικονομικός, δεν είναι όμως ο κυριότερος. Η έλλειψη επίσημων κοινωνικών υπηρεσιών για την υποστήριξη των ηλικιωμένων ατόμων είναι ένα γεγονός που χαρακτηρίζει την ελληνική κατάσταση. Τα πορίσματα της συγκεκριμένης μελέτης δείχνουν την ύπαρξη μιας «στρατιάς» ατόμων που φροντίζουν το ηλικιωμένο άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Τα άτομα αυτά που έχουν αναλάβει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του ηλικιωμένου έχουν αυξημένες ανάγκες για υποστήριξη ώστε να προσφέρουν φροντίδα καλής ποιότητας. Η υποστήριξη που θα πρέπει να παρέχεται στην οικογένεια που φροντίζει το ηλικιωμένο άτομο περιλαμβάνει τα εξής:

- ✓ Πληροφόρηση σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες και τη διαθέσιμη υποστήριξη.
- ✓ Παροχή συμβουλών σχετικά με πιθανές ασθένειες από τις οποίες μπορεί να πάσχει ο ηλικιωμένος.
- ✓ Οικονομική υποστήριξη.
- ✓ Υπηρεσίες καλής ποιότητας για τον ηλικιωμένο, αλλά και για τους φροντιστές.
- ✓ Φροντίδα στο σπίτι και σε ιδρύματα ώστε τα άτομα που φροντίζουν τον ηλικιωμένο να απαλλάσσονται από τις ευθύνες τους για κάποιο διάστημα, κυρίως κατά την περίοδο των διακοπών.
- ✓ Κατάργηση γραφειοκρατικών και πολύπλοκων διαδικασιών που εμποδίζουν τους οικογενειακούς φροντιστές να χρησιμοποιούν υπηρεσίες και περιορισμός των μεγάλων λιστών αναμονής.
- ✓ Ευκαιρίες συμμετοχής για το άτομο μεγάλης ηλικίας σε δραστηριότητες που να το ευχαριστούν.
- ✓ Βοήθεια προς τους φροντιστές, για να συνδυάζεται καλύτερα η προσφορά φροντίδας με την έμμισθη εργασία.
- ✓ Εκπαίδευση όσον αφορά στις μεθόδους παροχής φροντίδας.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ίδιας έρευνας παρουσιάζονται ανισότητες όσον αφορά στην υποστήριξη των ατόμων στην Ελλάδα που φροντίζουν το ηλικιωμένο άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Πολλά από τα άτομα που παρέχουν φροντίδα είναι συνήθως άτομα μεγάλης ηλικίας και ένα μεγάλο ποσοστό λαμβάνει μικρό εισόδημα. Για πολλά από αυτά τα άτομα υπάρχει κόστος για

να καλύψουν τις επιπλέον οικονομικές απαιτήσεις για φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου. Τα άτομα της οικογένειας που φροντίζουν τον ηλικιωμένο προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το παραδοσιακό σύστημα αξιών που βασίζεται στην οικογένεια, στο σεβασμό ατόμων μεγάλης ηλικίας και στο ρόλο των γυναικών. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν σε κάποιο βαθμό ώστε να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στο ρόλο τους, παρά την έλλειψη υποστήριξης τους από τα επίσημα δίκτυα φροντίδας. Όμως η ποιότητα καθημερινής φροντίδας που προσφέρει η οικογένεια στον ηλικιωμένο μπορεί να πληγεί από την έλλειψη κρατικής υποστήριξης. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι υπάρχουν μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες για τους οικογενειακούς φροντιστές οι οποίοι χάνουν εισόδημα, παίρνουν ανεπαρκείς συντάξεις, ενώ παρατηρούνται αρνητικές επιδράσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Επιθυμία όλων των ηλικιωμένων είναι να παραμείνουν όσο το δυνατό περισσότερο στο σπίτι τους, στην οικογένεια τους, στη γειτονιά τους. Η παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι επιτρέπει την καλύτερη χρήση των πόρων της κοινότητας αφού δίνει τη δυνατότητα της ανάπτυξης του άτυπου συστήματος φροντίδας. Το άτυπο σύστημα φροντίδας που αποτελείται από τους συγγενείς, τους γείτονες, τους φίλους προωθεί την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, καθώς και την αλληλοβοήθεια μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα.

Καθώς με την παραμονή των ηλικιωμένων στο οικογενειακό και το κοινωνικό τους περιβάλλον δε λύνονται όλα τα προβλήματα, απαραίτητη είναι η δημιουργία προγραμμάτων που θα συμβάλλουν στην ενίσχυση της παραμονής των ηλικιωμένων στην κοινότητα. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να παρέχονται από το κράτος, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, μη κυβερνητικές και εθελοντικές οργανώσεις.

#### 7.1. ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗ\ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ

##### **Συνταξιοδότηση- Εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα.**

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν.1296/82 «για την ασφάλιση ανασφάλιστων ομάδων» (ΦΕΚ Α'128/12.10.1981) δημιουργείται στον ΟΓΑ ειδικός λογαριασμός με τον τίτλο «Ειδικός λογαριασμός συνταξιοδότησης ανασφάλιστων υπερήλικων», ως κλάδος οικονομικά ανεξάρτητος από τους άλλους κλάδους ασφάλισης. Από το λογαριασμό αυτό χορηγείται κάθε μήνα σύνταξη και υγειονομική περίθαλψη σε Έλληνες υπηκόους και ομογενείς, που μένουν μόνιμα στην Ελλάδα και έχουν συμπληρώσει το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους (άρθρο 17 Ν.14442/84), εφόσον δεν παίρνουν αυτοί ούτε οι σύζυγοι τους (στις περιπτώσεις ζευγαριών) σύνταξη ή άλλο περιοδικό βοήθημα και δεν έχουν εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή που να ξεπερνά το ύψος της σύνταξης που χορηγείται από τον ΟΓΑ στους αγρότες συνταξιούχους του. Η παροχή αυτή μολονότι επιβαρύνει έναν ασφαλιστικό οργανισμό (ΟΓΑ) είναι προνοιακή και χορηγείται επικουρικά, μόνο στην περίπτωση ανυπαρξίας εισοδήματος σύνταξης μεγαλύτερου του αγρότη. Το ύψος της σύνταξης δηλαδή του αγρότη λαμβάνεται ως κριτήριο φτώχειας.

Μεγάλες εισοδηματικές ανισότητες χαρακτηρίζουν τον ηλικιωμένο πληθυσμό στη χώρα μας. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν εισόδημα από κοινωνική ασφάλιση, από επικουρικές συντάξεις, από εργασία, από ιδιωτική ασφάλιση, από αποταμιεύσεις, από περιουσία. Η σύνταξη είναι συνάρτηση της απασχόλησης που είχαν στην οικονομικά ενεργό ζωή τους και το ύψος της σηματοδοτεί καθοριστικά το βιοτικό επίπεδο των περισσότερων συνταξιούχων. Στις πολύ μεγάλες ηλικίες ο ηλικιωμένος είναι λιγότερο ικανός για εργασία και πολλοί δεν έχουν αποταμιεύσεις. Η ύπαρξη περιουσιακών στοιχείων βελτιώνει το βιοτικό επίπεδο. Η ιδιοκτησία της κατοικίας αντιπροσωπεύει το αντίστοιχο ποσό που κατέβαλαν οι ηλικιωμένοι για το ενοίκιο από το μηνιαίο εισόδημα τους. Οι ηλικιωμένοι δικαιούνται περισσότερες παροχές σε είδος (κοινωνικές υπηρεσίες, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) από τους νεότερους, αλλά αυτές οι παροχές δύσκολα θεωρούνται ως εισόδημα γιατί αντανακλούν πρόσθετες ανάγκες και δεν παρέχουν την δυνατότητα για ανώτερο βιοτικό επίπεδο. Η οικονομική βοήθεια των παιδιών συμβάλλει στην επίλυση του οικονομικού προβλήματος των ηλικιωμένων. Ωστόσο έχει αποδειχτεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων δεν έχουν παιδιά. Εξάλλου όλα τα παιδιά δεν μπορούν και ορισμένα δε θέλουν να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους γονείς. Αρκετά ηλικιωμένα άτομα με χαμηλά εισοδήματα δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν ανάγκες που αφορούν τη διατροφή, ένδυση, στέγαση και ζουν χωρίς κοινωνική άνεση. Επιπλέον η κακή υγεία και η ανεπάρκεια των αισθητηρίων οργάνων συχνά περιορίζουν την κοινωνική κινητικότητα, αυξάνουν τις δαπάνες και καταλήγουν σε ακόμα μεγαλύτερη μείωση του βιοτικού επιπέδου. Τέλος ο πληθωρισμός και η φορολογική αφάιμαξη μειώνουν το πραγματικό εισόδημα των ηλικιωμένων συνταξιούχων (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (σεισμός, ξαφνική ασθένεια, έξωση, φυλάκιση, πυρκαγιά, θεομηνία) ηλικιωμένα άτομα όπως και άτομα και οικογένειες όλων των ηλικιών δικαιούνται περιορισμένη έκτακτη οικονομική ενίσχυση.

### **Ενίσχυση ηλικιωμένων με προβλήματα αναπηρίας.**

Η Διεύθυνση Ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας παρέχει μηνιαία οικονομική υποστήριξη σε ηλικιωμένα ανάπηρα άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία έχουν αναπηρία σωματική ή διανοητική πάνω από 67%. Προϋπόθεση για την ενίσχυση είναι να μην είναι ασφαλισμένοι σε άλλο φορέα. Σε

περίπτωση που είναι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ δικαιούνται τη διαφορά μεταξύ του επιδόματος του ΟΓΑ και του βοηθήματος λόγω αναπηρίας.

### **Στεγαστική Συνδρομή.**

Οι Διευθύνσεις Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης συνεισφέρουν στο μηνιαίο ενοίκιο που καταβάλουν ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών. Η παροχή στεγαστικής συνδρομής σε ανασφάλιστα και οικονομικά αδύναμα μοναχικά άτομα ή ζεύγη από 65 ετών και άνω, που αποδεδειγμένα δεν έχουν στέγη, ρυθμίζεται με την Υπουργική Απόφαση Γ3/οικ. 2615/85 (ΦΕΚ Β' 329), όπως τροποποιήθηκε με την Υπουργική Απόφαση Γ3/οικ. 2435/87 (ΦΕΚ Β' 435). Η στεγαστική αυτή συνδρομή έχει τη μορφή ενοικίου και καταβάλλεται στους ίδιους τους ιδιοκτήτες των ακινήτων μετά την υπογραφή ειδικού συμφωνητικού μεταξύ της Κοινωνικής Υπηρεσίας της οικείας Νομαρχίας και του ιδιοκτήτη. Προϋποθέσεις για τη χορήγηση στεγαστικής συνδρομής σε ηλικιωμένα άτομα είναι:

- ✓ Να στερούνται ιδιόκτητης στέγης διαμένοντας σε μισθωμένο οίκημα, και
- ✓ Να συντρέχει περίπτωση οικονομικής αδυναμίας κατά την έννοια του Ν. 57/73 δηλαδή να μην υπάρχει εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή που να τους παρέχει τη δυνατότητα αντιμετώπισης των στεγαστικών τους δαπανών.

## **7.2.ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

### **Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας**

Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων στήριξης της οικογένειας εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα για τα ηλικιωμένα άτομα στα περισσότερα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής βασικές δραστηριότητες:

- ✓ Ομάδες ηλικιωμένων ατόμων των οποίων οι συναντήσεις καθορίζονται από τα μέλη σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα μέλη συγκεντρώνονται με σκοπό τη δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία, ώστε να αποφεύγεται η απομόνωση τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντα τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και δράση.
- ✓ Δημιουργία Λεσχών Φιλίας. Όταν υπάρχει δυνατότητα επιδιώκεται η δημιουργία ενός ιδιαίτερου και μόνιμου χώρου, όπου τα ηλικιωμένα άτομα συναντώνται καθημερινά και αναπτύσσουν την κοινωνικότητα τους αξιοποιώντας δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Τα προγράμματα

στηρίζονται από ευαισθητοποιημένα στελέχη του Ε. Ο. Π. και ειδικευμένο προσωπικό (Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχολόγους, Νοσηλεύτριες. Ανάλογα με τις επιμέρους δραστηριότητες που αναπτύσσονται στις λέσχες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων.

Επιπροσθέτως, στα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας τα οποία βρίσκονται σε υποβαθμισμένες αστικές περιοχές, λειτουργούν προγράμματα για τους ηλικιωμένους, υπό την εποπτεία Κοινωνικών Λειτουργών (Σταθόπουλος, 1999).

### **Προγράμματα διακοπών**

Το Κοινωνικό Κέντρο Οικογένειας και Νεότητας, το οποίο λειτουργεί με την άμεση επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας παρέχει τη δυνατότητα σε ηλικιωμένα μέλη των ΚΑΠΗ για καλοκαιρινές διακοπές δωρεάν σε κατασκηνώσεις για ένα δεκαήμερο. Το πρόγραμμα αυτό στηρίζεται σε τέσσερις βασικές διαπιστώσεις:

- ✓ Οι ηλικιωμένοι στην πλειοψηφία τους δεν έχουν μετακινηθεί εκτός του τόπου διαμονής τους.
- ✓ Η οικονομική τους κατάσταση είναι κάτω του μετρίου.
- ✓ Τα παιδιά ή οι άνθρωποι που έχουν αναλάβει την φροντίδα των ηλικιωμένων έχουν ανάγκη για ξεκούραση και αποφόρτιση.
- ✓ Κάποιοι ηλικιωμένοι χρειάζονται ειδική λουτροθεραπεία.
- ✓ Η ομαδική ζωή βοηθά τους ηλικιωμένους να ξεπεράσουν αρκετά προβλήματα.

Κατά την επιλογή των ατόμων που θα πάρουν μέρος στο πρόγραμμα από κάθε ΚΑΠΗ λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παράγοντες που εντάσσουν ένα άτομο «στην ομάδα υψηλού κινδύνου» που έχει προτεραιότητα, όπως η χηρεία, η μοναχικότητα, η οικονομική αδυναμία κ.α. Από το 1991 το κατασκηνωτικό πρόγραμμα επεκτάθηκε σε όλους τους Δήμους και τις Κοινότητες, ανεξαρτήτως αν είχαν ΚΑΠΗ. Προγράμματα κατασκηνώσεων διαθέτουν οι μητροπόλεις σε δικούς τους χώρους, ενώ ο Εθνικός Οργανισμός Τουρισμού μέσω του Προγράμματος «κοινωνικός τουρισμός» επιδοτεί διακοπές στην Ελλάδα για ένα επταήμερο σε ηλικιωμένα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Τέλος, ο Ο.Σ.Ε. παρέχει εισιτήρια με μειωμένη τιμή στα τρένα και λεωφορεία, σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών και εφόσον αγοράσουν ειδική ταξιδιωτική κάρτα για ηλικιωμένους (Σταθόπουλος, 1999).



## **Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)**

Τα πρώτα θεμέλια αυτού του θεσμού μπήκαν το 1962 με τη δημιουργία από τον όμιλο εθελοντών του προγράμματος «Στέκι του παππού και της γιαγιάς» με σκοπό να βοηθήσει στην επίλυση των προβλημάτων του προσφυγικού πληθυσμού στην περιοχή του Νέου Κόσμου. Το 1979 δημιουργούνται τα πρώτα ΚΑΠΗ από φορείς ιδιωτικού δικαίου υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το 1982 αρχίζει η εξάπλωση του θεσμού σε επίπεδο Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που αναλαμβάνει σχεδόν αποκλειστικά την οικονομική στήριξη των ΚΑΠΗ. Το 1988 οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης αναλαμβάνουν και την οικονομική ευθύνη των ΚΑΠΗ, οπότε και το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μεταβιβάζει την εποπτεία του θεσμού (Σούντης, 1993).

Σύμφωνα με τον οργανισμό των ΚΑΠΗ σκοπός είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου, η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, καθώς και η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους. Μέλη των ΚΑΠΗ εγγράφονται άτομα από 60 ετών και άνω άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το Κέντρο. Ο αριθμός των μελών του κάθε Κέντρου δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 300 μέλη και μικρότερος από 50. Έως το 1998 είχαν λειτουργήσει 195 ΚΑΠΗ σε όλη την Ελλάδα. Διοικούνται από 7μελές διοικητικό συμβούλιο το οποίο απαρτίζουν:

- ✓ Ο κάθε φορά Δήμαρχος η Αντιδήμαρχος, ως πρόεδρος του ΚΑΠΗ.
- ✓ Ένας Δημοτικός Σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
- ✓ Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ που εκλέγεται από τα ίδια τα μέλη.
- ✓ Ένας Κοινωνικός Λειτουργός, υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από το υπουργείο.
- ✓ Ένας Δημότης που προτείνει ο Δήμαρχος ανάμεσα σε πρόσωπα τα οποία ασχολούνται με τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
- ✓ Ένας εκπρόσωπος των τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων.
- ✓ Ένας αιρετός υπάλληλος από τους εργαζόμενους στο ΚΑΠΗ.

Το προσωπικό του ΚΑΠΗ στη πλήρη σύνθεση του αποτελείται από γιατρό με μερική απασχόληση, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια υγείας, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, οικογενειακή βοηθό.

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ στα ηλικιωμένα άτομα σύμφωνα με το άρθρο 4 του Οργανισμού των ΚΑΠΗ είναι οι εξής:

- ✓ Κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους.
- ✓ Φυσικοθεραπεία.
- ✓ Εργοθεραπεία.
- ✓ Βοήθεια στο Σπίτι για τα άτομα που ζουν μόνα τους ή για εκείνα που έχουν ανάγκη από εξυπηρέτηση εντός και εκτός σπιτιού.
- ✓ Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- ✓ Ψυχαγωγία (εκδρομές με πούλμαν κ.α.) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, εργασία με ομάδες κ.α.)
- ✓ Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.

Σύμφωνα με την Έμκε Πουλοπούλου (1999) τα ΚΑΠΗ έχουν τους παρακάτω στόχους:

*Κοινωνική συμμετοχή.* Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ηλικιωμένα άτομα από όλες τις εισοδηματικές τάξεις. Δεν πρόκειται για κοινωνική προστασία στον άπορο ηλικιωμένο, αλλά επιδιώκεται χωρίς διάκριση κοινωνικών τάξεων μία από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων καταστάσεων και προβλημάτων με πρωταρχικό στόχο το πρόβλημα της μοναξιάς. Θετική συμβολή στη προώθηση της κοινωνικής συμμετοχής αποτελούν οι εκδρομές, οι συνεστιάσεις, επισκέψεις μουσείων, θεάτρων κ.α. Η διεπιστημονική ομάδα έχει σκοπό να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να μην αισθάνεται μοναξιά, δίνοντας του ευκαιρίες συζήτησης, επικοινωνίας, ανάπτυξης ενδιαφερόντων και το αίσθημα ότι είναι χρήσιμος και αναγκαίος στην οικογένεια του και στην κοινωνία.

*Προληπτική Ιατρική.* Η ιατρική πρόληψη στα ΚΑΠΗ διακρίνεται σε πρωτογενή (εμβολιασμοί, τεστ Παπανικολάου, ακτινογραφίες θώρακος, συμβουλές για σωστή διατροφή και για την πρόληψη ατυχημάτων) και δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια θεραπεία). Από το 1987 τα ΚΑΠΗ διασυνδέθηκαν με τις μονάδες υγείας του ΙΚΑ για την κάλυψη των αναγκών των μελών τους (ανεξάρτητα ασφαλιστικών φορέων που

ανήκει κάθε μέλος) και παραπομπή όταν χρειάζεται σε γιατρούς ειδικοτήτων των ασφαλιστικών τους φορέων.

*Ενεργοποίηση.* Ο/Η κοινωνικός/ή λειτουργός συμβάλλει στην ενεργοποίηση των ηλικιωμένων και παρέχει συμβουλευτική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες τους. Σε συνεργασία με τον εργοθεραπευτή διακρίνει τις ικανότητες, τα ταλέντα των ηλικιωμένων, και υποκινεί κάθε δυνατότητα δημιουργίας ομάδων αυτενέργειας, που συγκροτούνται ανάλογα με τα ενδιαφέροντα τους.

*Αξιοποίηση δυνατοτήτων.* Υπάρχουν μέλη που ανήκουν σε διάφορες ειδικότητες και που έχουν τη διάθεση να μοιραστούν τις γνώσεις και την εμπειρία τους, γεγονός που ενεργοποιεί τους ίδιους ως άτομα, ανεβάζει το γόητρο των ηλικιωμένων ατόμων, αυξάνει την προσφορά τους και διαφυλάσσει ξεχασμένες γνώσεις και εμπειρίες που τείνουν να εξαφανιστούν.

*Ευαισθητοποίηση.* Μέσω οργανωμένων δραστηριοτήτων ευαισθητοποιείται η κοινότητα για τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Με την ευαισθητοποίηση των νέων σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους αναπτύσσονται καλύτερες σχέσεις μεταξύ των γενεών.

*Διασυνδέσεις- συνεργασίες με άλλους φορείς.* Αναπτύσσεται συνεργασία με τη ΝΕΛΕ (Νομαρχιακή Επιτροπή Λαϊκής Επιμόρφωσης) με σκοπό την ανάπτυξη ψυχαγωγικών, καλλιτεχνικών και μορφωτικών δραστηριοτήτων. Σημαντικές είναι επίσης οι συνεργασίες με σχολεία, πολιτιστικούς συλλόγους και άλλους φορείς της κοινότητας με στόχο την σμίκρυνση του χάσματος των γενεών και την πλήρη αρμονική συμμετοχή των ηλικιωμένων στην ευρύτερη ζωή της κοινότητας.

*Ιατροκοινωνική έρευνα.* Με την επιστημονική εποπτεία πανεπιστημιακών και άλλων Κέντρων Έρευνας, προάγεται η ιατροκοινωνική έρευνα σε θέματα που αφορούν τα ηλικιωμένα άτομα.

Μερικά ΚΑΠΗ λειτουργούν με επιτυχία κάποια άλλα όμως έχουν μικρότερη επιτυχία. Δεν είναι λίγες οι περιοχές με αρκετά ηλικιωμένα άτομα που δεν υπάρχουν ΚΑΠΗ, ενώ οι περισσότεροι άντρες και γυναίκες που τα χρησιμοποιούν είναι μόνοι ή διαθέτουν σύζυγο και χρειάζονται βοήθεια σε πρακτικά και κοινωνικά θέματα. Παρόλο που οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι γυναίκες στα ΚΑΠΗ συχνάζουν κυρίως άντρες και η πλειοψηφία όσων τα χρησιμοποιούν ανήκει στα μεσαία και κατώτερα κοινωνικά στρώματα (Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Σύμφωνα με την Έμκε- Πουλοπούλου (1999) στελέχη των ΚΑΠΗ και ειδικοί επιστήμονες διαπιστώνουν διάφορα προβλήματα όπως:

- ✓ Το οικονομικό (επιχορηγήσεις).
- ✓ Στελέχωση με κατάλληλο προσωπικό.
- ✓ Προβλήματα στέγασης, καθώς είναι δύσκολο να βρεθεί κατάλληλο σπίτι που να ενοικιάζεται και να μπορεί να προσαρμοστεί στις ανάγκες του ΚΑΠΗ. Η προσπελασιμότητα του κτιρίου καθορίζει τη συχνότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων της γειτονιάς, γιατί οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να διασχίσουν με τα πόδια αποστάσεις μεγαλύτερες από 15 λεπτά.
- ✓ Εμπόδια που οφείλονται στο φόρτο εργασίας του προσωπικού.
- ✓ Ο αριθμός των μελών μεταβάλλεται συνεχώς, ενώ μεγάλος είναι ο αριθμός των εγγεγραμμένων μελών.
- ✓ Οι γυναίκες συχνάζουν λιγότερο στα ΚΑΠΗ και τα επισκέπτονται κυρίως για ιατρική βοήθεια και πληροφόρηση, ενώ οι άντρες τα αντιμετωπίζουν ως χώρους ψυχαγωγίας.

### **Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»**

Σκοπός των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, καθώς και των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα κοινωνικά προβλήματα υγείας ή αναπηρίας, με στόχο την παραμονή του ηλικιωμένου, όσο το επιτρέπουν οι συνθήκες στο οικογενειακό του περιβάλλον, κοντά στους συγγενείς και τους φίλους του. Το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι ξεκίνησε από τον Ερυθρό Σταυρό και ακολούθησε ο Δήμος Κερατσινίου. Σύμφωνα με το νόμο 3106 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας» τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» έχουν ως περιεχόμενο:

- ✓ Τη διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών που αφορούν στα ηλικιωμένα άτομα.
- ✓ Την κάλυψη βασικών αναγκών των εξυπηρετούμενων με την οργάνωση και τη συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και κοινωνικής βοήθειας.
- ✓ Την ενημέρωση των εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και την επαφή τους με τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

- ✓ Τη διευκόλυνση των εξυπηρετούμενων για τη συμμετοχή τους στις θρησκευτικές, πολιτιστικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Με το πρόγραμμα αυτό προλαμβάνονται οι εισαγωγές στα νοσοκομεία και περιορίζονται οι ημέρες νοσηλείας σε αυτά. Σήμερα, σε όλη την Ευρώπη δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε ανάλογα προγράμματα, εκτιμώντας το όφελος που προκύπτει από την εφαρμογή τους (λόγω του υψηλού κόστους των ιατρικών υπηρεσιών και της ενίσχυσης του οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου), που με αυτά τα προγράμματα αποκτά μία βασική στήριξη στη φροντίδα του ηλικιωμένου (Κρεμαλής, 1990). Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρέχει και πρακτικές υπηρεσίες σε ηλικιωμένους στο σπίτι τους, ενώ παρέχει στήριξη και ανακούφιση στην οικογένεια.

Οι παρακάτω φορείς μπορούν να υποβάλλουν για έγκριση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας πρόταση για έγκριση προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»:

- ✓ Υπηρεσίες Υπουργείων και Περιφερειών.
- ✓ Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.).
- ✓ Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.).
- ✓ Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού και οι επιχειρήσεις τους.
- ✓ Η Εκκλησία, οι οργανωτικές υποδιαιρέσεις και οι φορείς της

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, εφόσον καλύπτονται από τον φορέα οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για την υλοποίηση του προγράμματος. Η εφαρμογή του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» τελεί υπό την εποπτεία της αρμόδιας Διεύθυνσης του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, η οποία μπορεί να την αναθέτει στο αρμόδιο Τμήμα του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. ή της οικείας Περιφέρειας. Με την εγκριτική απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να συγκροτηθεί τριμελής επιτροπή παρακολούθησης του προγράμματος από υπαλλήλους των αρμόδιων υπηρεσιών (Ν. 3106 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας»).

«Κρίσιμο ζήτημα για τη συνέχιση του θεσμού αποτελεί η οικονομική και θεσμική του στήριξη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Η αξιοποίηση των ευρωπαϊκών κονδυλίων, αλλά και της εμπειρίας αρκετών ετών από την εφαρμογή του προγράμματος θα πρέπει να αποτελέσει τη βάση πάνω στην οποία η Αυτοδιοίκηση θα συνεχίσει, αλλά και θα επεκτείνει τη δραστηριότητα του προγράμματος «Βοήθεια στο

Σπίτι». Το ζητούμενο είναι κατά πόσο οι Δήμοι θα μπορέσουν να εξασφαλίσουν την απαιτούμενη χρηματοδότηση. Η μέχρι τώρα εμπειρία δείχνει ότι οι περισσότεροι δήμοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στην κάλυψη των λειτουργικών εξόδων των πλαισίων άσκησης κοινωνικής πολιτικής, που τα τελευταία χρόνια έχουν μεταφερθεί στη δικαιοδοσία τους από την κεντρική διοίκηση. Ως συνέπεια αυτού αρκετοί φορείς στελεχώνονται ελλιπώς, ενώ περιορίζουν τις δραστηριότητες τους στο ελάχιστο» (Κανδυλάκη & Καραγκούνης, 2006, σελ. 340).

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» έχει ως γενικότερο σκοπό την κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων. «Δύο σημαντικά θέματα που μπορούν να εντοπιστούν στη βραχύχρονη ιστορία του θεσμού στη χώρα μας και συνδέονται στενά με την οικονομική στήριξη του προγράμματος είναι η ελλιπής στελέχωση του, η πενιχρή υποδομή αλλά και ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός που διαθέτουν. Συχνά είναι τα προβλήματα πλημελλούς κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων λόγω έλλειψης αντίστοιχων ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα, ψυχιάτρου, φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή κ.α., η αδυναμία τήρησης σχετικού αρχείου λόγω της έλλειψης μηχανογράφησης, ή μη εξυπηρέτηση ατόμων λόγω έλλειψης μεταφορικού μέσου ή οδηγού» (Κανδυλάκη & Καραγκούνης, 2006, σελ. 341- 342).

Σύμφωνα με τους Κανδυλάκη & Καραγκούνη (2006) ένα σημαντικό έλλειμμα φαίνεται να υπάρχει στον τομέα ανάπτυξης δράσεων που προωθούν την υπόθεση της κοινωνικής ένταξης των ηλικιωμένων στην τοπική κοινωνία. «Ο εξατομικευμένος χαρακτήρας των υπηρεσιών, οι χρονικοί και οικονομικοί περιορισμοί, η αντιμετώπιση του εξυπηρετούμενου ως παθητικού δέκτη των υπηρεσιών, αλλά και η απουσία συλλογικών δράσεων σε μία λογική λειτουργικής διασύνδεσης και επικοινωνίας των τοπικών φορέων ομάδων και θεσμών φαίνεται να αποτελούν αρνητικούς παράγοντες σε μία τέτοια προσπάθεια διασύνδεσης του προγράμματος με την υπόλοιπη τοπική κοινωνία. Οποιαδήποτε τέτοια προσπάθεια εξαντλείται στη διαδικασία παραπομπής από αντίστοιχους κοινωνικοπρονοιακούς φορείς, π.χ. ΚΑΠΗ ή Κέντρο Υγείας. Ενέργειες που προωθούν την ευαισθητοποίηση και την κινητοποίηση της τοπικής κοινωνία, των κοινωνικών σχηματισμών και των εθελοντικών ομάδων για τη δημιουργία δικτύων υποστήριξης, ανάπτυξης, αμφίδρομης επικοινωνίας και κοινωνικής αλληλεγγύης σε ένα πλαίσιο δημοκρατικής συμμετοχής των άμεσα ενδιαφερομένων στην υπόθεση της τοπικής πολύπλευρης ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελέσουν μία από τις βασικές πτυχές της συνέχισης και

διερεύνησης των οριζόντων του προγράμματος» (Κανδυλάκη & Καραγκούνης, 2006, σελ. 343).

### **Πρόγραμμα τηλεϊδοποίησης/ τηλεσυναγερμού**

Ο τηλεσυναγερμός δεν απευθύνεται μόνο σε ηλικιωμένους, αλλά σε άτομα με χρόνιες παθήσεις και μοναχικά άτομα ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Με τις υπηρεσίες τηλεσυναγερμού ενισχύεται το αίσθημα ασφάλειας στους χρήστες και τις οικογένειες τους, αποφεύγεται η άσκοπη εισαγωγή σε ιδρύματα, ανακουφίζεται η οικογένεια από τη συνεχή φροντίδα και οι ηλικιωμένοι ασθενείς συνεχίζουν να ζουν στο περιβάλλον τους διατηρώντας της ανεξαρτησία τους. Προϋπόθεση για την παροχή αυτής της φροντίδας αποτελεί η ύπαρξη τηλεφωνικής γραμμής στο σπίτι του εξυπηρετούμενου. Το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού παρέχει άμεση βοήθεια σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης με συνεχή λειτουργία του όλο το 24ωρο και όλες τις ημέρες του χρόνου. Είναι στελεχωμένο με επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και εθελοντές κοινωνικής πρόνοιας. Το πρόγραμμα αυτό με σύγχρονα τεχνολογικά μέσα λαμβάνει σήματα βοήθειας που στέλνουν οι χρήστες του προγράμματος με εξάρτημα τηλεχειρισμού που παρέχει τις εξής υπηρεσίες:

- ✓ Ειδοποίηση συγγενικού και γειτονικού περιβάλλοντος.
- ✓ Κλήση άμεσης δράσης.
- ✓ Κλήση πυροσβεστικής υπηρεσίας κ.α.

Υπηρεσία τηλεϊδοποίησης έχει οργανώσει και ο Δήμος της Αθήνας. Το ηλικιωμένο άτομο διαθέτει έναν ασύρματο πομπό μικρού μεγέθους, ο οποίος ενεργοποιεί το σύστημα τηλεϊδοποίησης όταν αντιληφθεί τον κίνδυνο. Άμεσα διαβιβάζεται σήμα συναγερμού στον κεντρικό σταθμό λήψης σημάτων απ' όπου δίνεται η εντολή να σταλεί βοήθεια στο σπίτι του ηλικιωμένου πολίτη. Το σύστημα σώζει ζωές και περιουσίες και εφαρμόζεται σε περιοχές που αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα εγκληματικότητας (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999).

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

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων, τα οποία αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω κινητικής δυσκολίας, άνοιας, κ.α. Το οικογενειακό περιβάλλον που φροντίζει τα ηλικιωμένα άτομα εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, ή προβλήματα υγείας με αποτέλεσμα να μην

μπορεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (9-10-2001) σκοπός των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και η διατήρηση μιας φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος, που ασχολούνται με τη φροντίδα των ατόμων αυτών. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με ΚΑΠΗ, που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Συνεργάζονται επίσης με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εφαρμόζουν ανάλογα ή παρεμφερή προγράμματα, καθώς και με μονάδες υγείας.

### 7.3.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

Η Εκκλησία της Ελλάδας, έχει συστήσει διάφορα προγράμματα τόσο σε επίπεδο Μητροπόλεων όσο και σε επίπεδο ενοριών. Τα κυριότερα προγράμματα σύμφωνα με τον Καρπαθίου (1999) είναι τα εξής:

- ✓ Λειτουργία εθελοντικών ομάδων στα πλαίσια των ενοριών, με σκοπό την παροχή υποστήριξης σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα.
- ✓ Λειτουργία Κοινωνικής Υπηρεσίας από την Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών από το 1969.
- ✓ Κέντρα Ενοριακής Αγάπης. Με τη φροντίδα των ενοριών και την ευθύνη ιερέων και μελών της φιλόπτωχου εξυπηρετούνται ηλικιωμένα άτομα με τη χορήγηση φαγητού επί καθημερινής βάσης, εκδήλωση ψυχαγωγικών προγραμμάτων και γενικά δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στη διατήρηση της λειτουργικότητας τους.

Εκτός από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο Ερυθρός Σταυρός κατά τα Φιλόπτωχα ταμεία των ενοριών παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε άπορους ηλικιωμένους. Τα Φιλόπτωχα ταμεία είναι η τελευταία πηγή οικονομικής συμπαράστασης. Τα ποσά τα οποία δίδονται είναι συνήθως περιορισμένα και η βοήθεια παρέχεται κατά κανόνα ως έκτακτη ενίσχυση (Σταθόπουλος, 1999).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Καθώς, έχει αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης, αυξάνεται και ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται βοήθεια και οι ανάγκες φροντίδας διευρύνονται. Ιδιαίτερα αν υπάρχουν και καταστάσεις σοβαρής σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας, όπου το οικογενειακό περιβάλλον δεν μπορεί να βοηθήσει το εξαρτημένο ηλικιωμένο άτομο το γηροκομείο αποτελεί μία αναγκαία λύση. Από την πρωτοβυζαντινή εποχή, η κλειστή περίθαλψη αποτέλεσε την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα που δεν ήταν αυτόνομα στην κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών τους. Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι την εποχή μας.

Σε μεγάλο ποσοστό, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους ανήκουν και συντηρούνται από την Εκκλησία. Εκτός όμως από την Εκκλησία, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του Εθελοντικού Τομέα καθώς και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα. Υπολογίζεται ότι έως το 1999 υπήρχαν συνολικά στην Ελλάδα 125 ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένα άτομα, με σύνολο 6.000 κρεβατιών (Σταθόπουλος, 1999).

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης του δημόσιου τομέα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- ✓ Τα γηροκομεία, στα οποία δεν γίνονται δεκτοί άρρωστοι ή μη αυτοεξυπηρετούμενοι ηλικιωμένοι
- ✓ Τα Θεραπευτήρια Χρονίων παθήσεων στα οποία γίνονται δεκτά άτομα που πάσχουν από χρόνιες/άνιατες παθήσεις.

#### *Αιτίες εισόδου σε ίδρυμα*

Σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999), οι αιτίες εισόδου σε ίδρυμα είναι:

- ✓ Κοινωνικά αίτια καθώς αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων που δεν έχουν συγγενείς ή συγγενείς που να είναι σε θέση να τους φροντίσουν.
- ✓ Οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας ή των συγγενών του ηλικιωμένου, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να φροντίζουν επαρκώς το μέλος τους.

- ✓ Μοναξιά-ιδιαίτερα αν το ηλικιωμένο άτομο έχει ζήσει πρόσφατη χηρεία. Ηλικιωμένοι που δεν έχουν άλλους συγγενείς αυτοεγκαταλείπονται και ζουν δύσκολες καταστάσεις τελείως μόνοι.
- ✓ Κατάσταση υγείας. Οι άρρωστοι, ανάπηροι ή ευάλωτοι ηλικιωμένοι, που έχουν συνεχή ανάγκη από φροντίδα, συχνά διαταράσσουν την οικογενειακή ζωή. Έτσι, εάν οι ασθένειες είναι σοβαρές (π.χ. νευροφυτικές διαταραχές, συναισθηματικές κρίσεις, κ.λ.), δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν στο σπίτι, και έτσι το άτομο δεν μπορεί να παραμείνει στο σπίτι του.
- ✓ Οικονομικές δυσχέρειες, που γίνονται ιδιαίτερα γίνονται αισθητές όταν τα άτομα στηρίζονται μόνο στη σύνταξή τους και δεν έχουν άλλους πόρους ζωής.
- ✓ Ο εγωκεντρισμός του σύγχρονου ανθρώπου. Ορισμένα μέλη της οικογένειας, προβάλλουν ως δικαιολογία ότι δεν μπορούν να βλέπουν την κατάρρευση του ηλικιωμένου συγγενή τους μέσα στο σπίτι τους, ή να τον επισκέπτονται καθημερινά.
- ✓ Οικογενειακές δυσχέρειες. Υπάρχουν οικογένειες που δεν επιθυμούν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς ηλικιωμένους ή δεν μπορούν λόγω προβλημάτων υγείας ή επαγγελματικών λόγων.

Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την περίθαλψη των ηλικιωμένων έχει δώσει έμφαση στην εξωϊδρυματική 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. Η ιδρυματική φροντίδα αυτή κάθε αυτή δεν είναι απορριπτέα. Το ίδρυμα πρέπει να θεωρείται ένας απαραίτητος κρίκος στην αλυσίδα των προγραμμάτων, τα οποία είναι αναγκαία για την κάλυψη των αναγκών της φροντίδας των ηλικιωμένων. Αρκεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ίδρυμα να είναι κατάλληλου επιπέδου και η εισαγωγή και παραμονή στο ίδρυμα να γίνεται με επιστημονικά κριτήρια και με μοναδικό κίνητρο την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων (Σταθόπουλος, 1999).

Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (1999) η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών στο ίδρυμα επιτυγχάνεται όταν:

- ✓ Οι χώροι είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι και επιτρέπουν άνετη και ασφαλή πρόσβαση.

- ✓ Απασχολείται προσωπικό με τα απαιτούμενα επαγγελματικά προσόντα και σε επαρκή αριθμό.
- ✓ Το ίδρυμα είναι ανοιχτό στην κοινότητα και η κοινότητα είναι ανοιχτή προς τους ηλικιωμένους. Αυτό επιτυγχάνεται π.χ. με την ενθάρρυνση της επικοινωνίας ανάμεσα στους φιλοξενούμενους στο ίδρυμα και μέλη της οικογένειας τους, συγγενείς, φίλους, εθελοντές κ.λ.
- ✓ Υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση και η διοίκηση έχει επίγνωση των αναγκών των ηλικιωμένων και θετική διάθεση αντιμετώπισής τους.
- ✓ Συχνά όμως αυτές οι αναγκαίες προϋποθέσεις δεν υφίστανται με αποτέλεσμα οι παρεχόμενες υπηρεσίες να βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο.

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

Ορισμένα πλεονεκτήματα της κλειστής περίθαλψης 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). Ωστόσο, σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999) το κόστος ιδρυματισμού είναι τριπλό:

α) οικονομικό, γιατί απαιτείται προσωπικό εξειδικευμένο και κατάλληλο και ειδικά διαμορφωμένοι χώροι. β) ψυχολογικό και γ) κοινωνικό. Όταν οι ηλικιωμένοι αναγκάζονται για διάφορους λόγους να εγκατασταθούν σε ένα ίδρυμα, είναι φυσικό να συναντήσουν και ορισμένες δυσκολίες στην προσαρμογή τους σε αυτό το νέο περιβάλλον. Εγκαταλείπουν συνήθειες ή δραστηριότητες που είχαν στο παρελθόν, και αποξενώνονται από την προηγούμενη κοινωνική ζωή που είχαν. Εάν η κατάσταση της υγείας κάποιου ηλικιωμένου είναι σοβαρή, ελλατώνονται και οι επισκέψεις από τους συγγενείς. Επισκέψεις επιτρέπονται καθημερινά, αλλά εάν κάποιο συγγενείς δεν πηγαίνουν (είτε γιατί ζουν μακριά είτε για άλλους λόγους) αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εγκατάλειψη ανθρώπων που έχουν ακόμα καλή επικοινωνία με το περιβάλλον. Ο ηλικιωμένος ωθείται να απομονωθεί να γίνει εσωστρεφής, καθώς αποξενώνεται και δεν έχει δυνατότητες για αυτενέργεια και πρωτοβουλία.

Τα ιδρύματα παρουσιάζουν μειονεκτήματα όπως: «γκετοποίηση», περιορισμούς στην ανεξαρτησία, κανονισμούς που περιορίζουν τις ατομικές ελευθερίες, αλλαγές στις συνήθειες και τον τρόπο ζωής, περιορισμένο χώρο για έπιπλα και προσωπικά αντικείμενα. Ο ιδρυματισμός συχνά επιφέρει και πτώση στη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Το προσωπικό τις περισσότερες φορές

είναι ανεπαρκές, κουρασμένο ή μη κατάλληλα εκπαιδευμένο και δεν μπορεί να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις που παρουσιάζονται. (Πουλοπούλου, 1999).

Εξαιτίας της έντονης ζήτησης για ιδρυματική φροντίδα πολλοί ιδιώτες προχώρησαν σε ανεξέλεγκτη ίδρυση γηροκομείων, γνωστών και ως «οίκων ευγηρίας». Σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, τα ιδρύματα κλειστής προστασίας τελούν υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Όμως στην πραγματικότητα ο έλεγχος και η εποπτεία δεν υπεισέρχεται σε θέματα προγράμματος και επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός μεγάλου κοινωνικού προβλήματος, γνωστό με τον όρο «κακοποίηση και παραμέληση ηλικιωμένων στα πλαίσια των οίκων ευγηρίας (Σταθόπουλος, 1999). Όμως θα πρέπει να σημειώσουμε ότι κακοποίηση ηλικιωμένων υφίσταται και σε ιδρύματα του δημόσιου τομέα, αλλά και στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα από οίκους ευγηρίας που λειτουργούν χωρίς άδεια.

- ✓ Προϋπόθεση για την εισαγωγή σε γηροκομείο στα πλαίσια του δημόσιου τομέα, εκτός της οικονομικής κατάστασης είναι και η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ηλικιωμένου ατόμου. Τα κρατικά ιδρύματα δεν δέχονται άρρωστα ή μη αυτοεξυπηρετούμενα ηλικιωμένα άτομα. Τα άτομα που δεν διαθέτουν οικονομικά μέσα γίνονται δεκτοί δωρεάν, ενώ τα υπόλοιπα πληρώνουν ανάλογα με το εισόδημά τους.

Σε περίπτωση που το ηλικιωμένο άτομο πάσχει από χρόνιες παθήσεις κινητική αναπηρία ή πνευματική καθυστέρηση παραπέμπεται σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, όπου φιλοξενούνται άτομα που πάσχουν από βαριές αναπηρίες. Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια εξανθρωπισμού αυτών των ιδρυμάτων και στελέχωσής τους με ειδικό προσωπικό. Θα πρέπει να υπάρχει σωστή αναλογία προσωπικού-περιθαλλόμενων και να παρέχεται εξειδικευμένη φροντίδα ανάλογα με το πρόβλημα του ατόμου, ώστε να μειώνονται οι συνέπειες του ιδρυματισμού.

## 8.1 ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.), είναι οι μονάδες που φροντίζουν τα ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα ή μη) με αμοιβή. Σύμφωνα με την Υπ. Απ. 3176 (ΦΕΚ 455/11.9.1996, τ. Β) τίτλο «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από ιδιώτες κερδοσκοπικού χαρακτήρα» επιτρέπεται σε ιδιώτες η ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Φροντίδας

Ηλικιωμένων για την φροντίδα ηλικιωμένων, εφόσον εξασφαλίζονται (σύμφωνα με το άρθρο 1) υποχρεωτικά σε αυτά τα παρακάτω :

- ✓ Υγιεινή διαμονή προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε κατηγορίας περιθαλπόμενων, καθώς και ασφαλής και άνετη διαβίωση.
- ✓ Υγιεινή και επαρκής φροντίδα.
- ✓ Συνεχής φροντίδα για ατομική καθαριότητα, και για την καθαριότητα της μονάδας.
- ✓ Τακτική ιατρική παρακολούθηση, έγκαιρη και κατάλληλη για κάθε περιθαλπόμενο ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και πρόσκαιρη νοσηλεία
- ✓ Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων διευκόλυνσης των περιθαλπόμενων.
- ✓ Προσφορά και διευκόλυνση ψυχαγωγίας, ψυχολογικής βοήθειας και απασχόλησης.

Για να λειτουργήσει ένας ιδιωτικός οίκος ευγηρίας θα πρέπει να τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις και όροι. Θα πρέπει να έχει κτισθεί σε κατάλληλο προσβάσιμο οικόπεδο και το κτίριο να τηρεί συγκεκριμένες προδιαγραφές. Το οικόπεδο των Μ.Φ.Η. θα πρέπει να απέχει τουλάχιστον 300 μέτρα από την περίμετρο εγκεκριμένης βιομηχανικής ζώνης, από θορυβώδη εργαστήρια και άλλες ανθυγιεινές εγκαταστάσεις. Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από την Διεύθυνση ή το Τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου εγκατάστασης της μονάδας, μετά από την υποβολή των παρακάτω δικαιολογητικών που υποβάλλονται στη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας:

- ✓ Αίτηση του φυσικού ή του νομικού προσώπου που αναγράφει όλα τα στοιχεία του.
- ✓ Πλήρες τοπογραφικό διάγραμμα και σειρά αρχιτεκτονικών σχεδίων (σύμφωνα με την εγκύκλιο 98 του ΥΠΕΧΩΔΕ).
- ✓ Πιστοποιητικό ή βεβαίωση νομιμότητας υφιστάμενου κτιρίου σε περίπτωση που γίνεται διαρρύθμιση ή επέκταση.
- ✓ Τεχνική έκθεση του μηχανικού που θα περιλαμβάνει την προσπελασιμότητα του κτιρίου, την κατάσταση των οδών προσπελασιμότητας, την ύπαρξη ηλεκτροδότησης, ύδρευσης, αποχέτευσης, τηλεφωνικής σύνδεσης κ.λ. καθώς και τον αριθμό των εξυπηρετούμενων.

- ✓ Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του υπεύθυνου στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί η άδεια, που θα δηλώνει τη συμμόρφωση του στο παρόν άρθρο παρ Α, εδάφιο 2.
- ✓ Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου του προσώπου στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί η άδεια, μέσω του οποίου θα αναφέρεται ότι δεν έχει καταδικαστεί σε οποιαδήποτε ποινή για κακούργημα ή για πλημμελήματα κλοπής, απάτης, ναρκωτικών ή στέρησης των πολιτικών του δικαιωμάτων.

Η εποπτεία των μονάδων αυτών γίνεται από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι οποίες ορίζουν για κάθε τέτοια μονάδα ένα κοινωνικό λειτουργό ως κοινωνικό σύμβουλο. 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: ένας μάγειρα, ένας βοηθό μάγειρα, καθαρίστρια και τραπεζοκόμο για κάθε 20 κλίνες.
- ✓ Ένα θυρωρό για μονάδες πάνω από 100 κλίνες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Ο κοινωνικός λειτουργός στα πλαίσια της προσπάθειάς του για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων ατόμων και την ενδυνάμωση τους παρεμβαίνει σε μικρο-μέσο και μακρο επίπεδο. Δηλαδή εφαρμόζει Κοινωνική Εργασία με άτομα, με οικογένεια, με ομάδες, με κοινότητα και Οργανισμούς (Καλλινικάκη, 1998). Η κοινωνική εργασία απαιτεί ανάπτυξη πρωτοβουλίας, δημιουργικότητα και επιτυχή συνδυασμό γνώσης, αξιών και δεξιοτήτων για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα προς όφελος του εξυπηρετούμενου (Κανδυλάκη, 2001). Ο κοινωνικός λειτουργός συνηγορεί για την προάσπιση των δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων και για την εξασφάλιση των απαιτούμενων για αυτούς υπηρεσιών. Μεσολαβεί μεταξύ εξυπηρετούμενων και κοινωνικών υπηρεσιών σε μία προσπάθεια να αξιοποιήσει διαθέσιμους πόρους- παροχές για να καλύψει τις ανάγκες φροντίδας των εξυπηρετούμενων. Ενεργεί ως συνήγορος ή εκπρόσωπος των εξυπηρετούμενων, όταν αυτοί αδυνατούν να εκπληρώσουν ζητήματα που τους απασχολούν. Ο /Η κοινωνικός λειτουργός μελετά-διερευνά τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και δρα με στόχο τη μεγιστοποίηση της ικανότητας των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών για επαρκή κάλυψη των κοινωνικών αναγκών τους. Κοινωνικές μελέτες και η πείρα κατέδειξαν γενικές αρχές που οφείλουν να διέπουν την κοινωνική εργασία που απευθύνεται στα ηλικιωμένα άτομα (Καβατζιά, 1991, Παπαϊωάννου 1991). Οι αρχές αυτές είναι:

- ✓ Η ενημέρωση ότι οι ανάγκες είναι κοινές για όλες τις ομάδες των ανθρώπων και ότι δεν θα πρέπει να γίνονται διακρίσεις σε βάρος κανενός ανθρώπου.
- ✓ Η αναγνώριση της φύσης της σχέσης ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στα άτομα που τους φροντίζουν. Υπάρχει σχέση μάλλον εξάρτησης από τη μεριά των ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με τους φροντιστές τους, αφού εκείνοι τους παρέχουν εξυπηρετήσεις όταν βρίσκονται σε κατάσταση αδυναμίας σωματικής είτε πνευματικής.
- ✓ Η επισήμανση ότι οι ηλικιωμένοι ως ομάδα έχουν συχνά το χαμηλότερο μέσο εισόδημα, αλλά παράλληλα και μεγάλα έξοδα.
- ✓ Η ανάγκη σεβασμού της ελευθερίας τους, και του δικαιώματος να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό και να μην απομακρύνονται από την οικογένειά τους και το κοινωνικό περιβάλλον.

- ✓ Η αναγνώριση ότι η σωματική εξάρτηση δεν πρέπει να οδηγεί σε κοινωνική εξάρτηση και ότι θα πρέπει να διαφυλάσσεται το δικαίωμα της επιλογής.
- ✓ Η αναγνώριση του δικαιώματος στη πληροφόρηση για τις υπηρεσίες που υπάρχουν και αφορούν στην ιατρική περίθαλψη και για την παροχή υλικών μέσων προς τους ηλικιωμένους-αρρώστους και τις οικογένειές τους.

Η κοινωνική εργασία προτείνει διάφορες υπηρεσίες ανάλογα με την περίπτωση, όπως:

- ✓ Την ένταξη των ηλικιωμένων ατόμων σε Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), όπου μέσω της συμμετοχής και της ενεργοποίησής τους παρέχεται η δυνατότητα διατήρησης της κοινωνικής λειτουργικότητάς τους. Παράλληλα η παρακολούθηση της υγείας τους από τα κέντρα αυτά δίνει δυνατότητες έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας ασθενειών. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η παραμονή τους στην κοινότητα.
- ✓ Την συμβουλευτική και υποστηρικτική κοινωνική εργασία σε συνδυασμό με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα-δηλαδή την κατ οίκον φροντίδα μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι». Ο στόχος του προγράμματος αυτού είναι η βελτίωση της υγείας του ηλικιωμένου και η παράλληλη εκπαίδευση των μελών της οικογένειας στο υπάρχον πρόβλημα. Παρέχεται ιατρική φροντίδα, νοσηλευτικές υπηρεσίες, φυσικοθεραπεία καθώς επίσης και συναισθηματική υποστήριξη. Επίσης παρέχονται πρακτικές υπηρεσίες, όπως καθαριότητα, μαγείρεμα, τακτοποίηση, συνοδεία σε ιατρούς, επισκέψεις κ.λ.π. (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά το ηλικιωμένο άτομο να προσαρμοστεί στα νέα βιολογικά και ψυχοκοινωνικά δεδομένα, να εκφράσει φόβους, ανάγκες, επιθυμίες να συζητήσει και να προτείνει δικές του ιδέες και προτάσεις (Μαρκοπούλου, 1995). Στα πλαίσια της Κοινωνικής Εργασίας με Οικογένεια εξετάζονται «ειδικές ανάγκες» της οικογένειας, καθώς και η δυνατότητα για παροχή στήριξης τόσο στο ηλικιωμένο άτομο, όσο και στην οικογένειά του. Εξετάζεται εάν οι δυσκολίες προέρχονται από καθημερινά προβλήματα που επιβάλλουν οι σημερινές κοινωνικές συνθήκες, ή ακόμα από προβλήματα που μπορεί να προέρχονται από το χάσμα των γενεών, και έτσι προτείνεται «θεραπεία οικογένειας». Δηλαδή, γίνεται με διάφορους τρόπους προσπάθεια να ενισχυθούν οι δεσμοί μεταξύ των ηλικιωμένων και του περιβάλλοντός τους, που τυχόν έχει διαταραχθεί σε δύσκολες περιόδους (Λύκου, 1994).



Μέσω της Κοινωνικής Εργασίας με ομάδα (ΚΕΟ) δίδεται προσοχή στις ανάγκες του ατόμου ενώ παράλληλα διατηρείται ζωνρό το ενδιαφέρον για τις ανάγκες, τους περιορισμούς και τις ικανότητες της ομάδας όπου το άτομο ανήκει. Μέσω των ομάδων ανάπτυξης, καλλιεργούνται ενδιαφέροντα και παρέχεται στήριξη σε προσωπικά τους προβλήματα (π.χ. μοναξιά, απόρριψη, έλλειψη αυτοπεποίθησης κ.λ.). Η εφαρμογή αυτής της μεθόδου σε προγράμματα κλειστής περίθαλψης, θα βοηθούσε αρκετά προς την κατεύθυνση διάσπασης της ιδρυματοποίησης και των αρνητικών συνεπειών που αυτή έχει για την ψυχική υπόσταση των ηλικιωμένων (Παπαδοπούλου, 1996).

Ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχοντας στη διεπιστημονική ομάδα, όπου και αν εργάζεται (π.χ. ΚΑΠΗ, Γηροκομείο κ.λ.) θα πρέπει να συνεργαστεί όσο το δυνατόν καλύτερα για την καλύτερη για την καλύτερη δυνατή πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων. Τη διεπιστημονική ομάδα, συνήθως αποτελούν ειδικότητες, όπως: Νευρολόγου, Παθολόγου, Φυσιοθεραπευτή, Ψυχολόγου, Νοσηλεύτη, Εργοθεραπευτή.

Ο κοινωνικός λειτουργός, σύμφωνα με το Σταθόπουλο (2000), θα πρέπει να αναπτύσσει τις παρακάτω δράσεις :

- ✓ Να διενεργεί κοινωνικές μελέτες –έρευνες για τη δημιουργία επιστημονικά τεκμηριωμένης γνωστικής βάσης σχετικά με τα προβλήματα της πληθυσμιακής ομάδας των ηλικιωμένων.
- ✓ Να εντοπίζει ομάδες από ηλικιωμένα άτομα που χρειάζονται εξειδικευμένες υπηρεσίες.
- ✓ Να εξακριβώνει-αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών προγραμμάτων για την κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων (π.χ. με επισκέψεις σε ηλικιωμένα άτομα στα πλαίσια του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»).
- ✓ Να σχεδιάζει και να εφαρμόζει προγράμματα κοινοτικής οργάνωσης και ανάπτυξης, με στόχο την αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων για την αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων, τη δημιουργία αποκεντρωμένων δικτύων κοινωνικών παροχών και την εμπλοκή των εξυπηρετούμενων στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, καθώς και τη γενικότερη συμμετοχή της κοινότητας.
- ✓ Να δημιουργεί δημόσιες σχέσεις στα πλαίσια των ΚΑΠΗ, των Κεντρικών Κοινωνικών Υπηρεσιών Δήμων και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για

την εξασφάλιση υποστήριξης σε προγράμματα στήριξης των ηλικιωμένων ατόμων.

- ✓ Να καλλιεργεί κλίμα εθελοντισμού στα πλαίσια της κοινότητας (ειδικά για κάλυψη αναγκών μοναχικών ηλικιωμένων ατόμων), και να φροντίζει για την κατάλληλη εκπαίδευση των εθελοντών.
- ✓ Να σχεδιάζει και να εφαρμόζει προγράμματα σύγχρονης μορφής που θα παρέχουν στήριξη στα ηλικιωμένα άτομα (π.χ. πρόγραμμα τηλεϊατρικής φροντίδας) φυσικά και με τη παροχή βοήθειας και υποστήριξης και από την κοινότητα και τους φορείς της.

Με την αυξανόμενη αναγνώριση των αναγκών των ηλικιωμένων, γίνεται πιο έντονη η ένταξη σχετικών θεμάτων στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών. Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (1993), ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει:

- ✓ Να ασκεί σωστή κρίση για το πότε θα πρέπει να μετακινηθεί ένα άτομο σε ίδρυμα, λόγω κινδύνων που διατρέχει.
- ✓ Να καταλαβαίνει τα όρια της ανεξαρτησίας του ατόμου.
- ✓ Να γνωρίζει πότε και πώς θα πρέπει να γίνεται επέμβαση, όταν υπάρχει διατάραξη των σχέσεων με την οικογένεια του ατόμου και φροντιστές.
- ✓ Να επισημαίνει τυχόν εκμετάλλευση και να γίνεται επέμβαση.
- ✓ Να επισημαίνει σκληρότητα και να φροντίζει για τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν.
- ✓ Να επισημαίνει την κακομεταχείριση στα ιδρύματα.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αντιμετωπίζεται σήμερα ως το μεγαλύτερο πρόβλημα το οποίο οφείλει να αντιμετωπίσει η κοινωνική πολιτική, κυρίως λόγω της αύξησης συντάξεων γήρατος, καθώς και της έντασης των αναγκών ιατρικής φροντίδας και των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους. Καθίσταται επομένως αναγκαία η διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Θα πρέπει να ενθαρρύνεται η ανάπτυξη εναλλακτικών τύπων φροντίδας, όπως η κατά οίκον νοσηλεία και η βοήθεια στο σπίτι και να επιδιώκεται και η συμμετοχή της κοινότητας στην προαγωγή μορφών κοινωνικής φροντίδας και οικιακής συνδρομής προς τους ηλικιωμένους. Η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης στα ηλικιωμένα άτομα, η παραμονή στο οικείο περιβάλλον και η ενεργός συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή θα πρέπει να αποτελούν προτεραιότητες της προνοιακής πολιτικής. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη ενός σύγχρονου, αποτελεσματικού και προσβάσιμου δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Πιο αναλυτικά τα προγράμματα σύμφωνα με τον Καραντινό και τους συνεργάτες του (1998) οφείλουν να αναπτυχθούν σε τρία επίπεδα :

### *Πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα*

Τα προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελούν τον κεντρικό ιστό του δικτύου αλληλεγγύης. Εφαρμόζονται κατά κύριο λόγο από δημοτικές ή διαδημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες που:

- ✓ Ερευνούν και καταγράφουν ανάγκες.
- ✓ Διαγνώνουν και εισηγούνται την πρόσβαση χρηστών σε ανάλογες υπηρεσίες.
- ✓ Αναπτύσσουν, συντονίζουν και εφαρμόζουν προγράμματα.

### *Δευτεροβάθμια κοινωνική φροντίδα*

Παρέχεται από πιστοποιημένους φορείς και μονάδες κοινωνικής φροντίδας που:

- ✓ Ερευνούν και καταγράφουν ανάγκες.
- ✓ Αναπτύσσουν, συντονίζουν και εφαρμόζουν προγράμματα.
- ✓ Διαγνώνουν και εισηγούνται την πρόσβαση χρηστών σε ανάλογες υπηρεσίες.

### *Τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα*

Παρέχεται από μονάδες που έχουν εξειδικευμένο αντικείμενο στην παροχή άμεσης και επείγουσας κοινωνικής βοήθειας σε άτομα και οικογένειες ή ομάδες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις κρίσης. Η πολιτεία οφείλει να εξετάσει πιο ουσιαστικά ακάλυπτες ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων της και να λάβει τις κατάλληλες

αποφάσεις και μέτρα για πληρέστερη παροχή φροντίδας σε αυτά και για τη στήριξη των οικογενειών τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 10.1 Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων (που διαμένουν στη πόλη του Ηρακλείου) για την παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα από τα επίσημα-ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας.

#### 10.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα ανάγονται στα εξής:

- 1 Ποια τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων;
- 2 Ποια είναι η κατάσταση υγείας και η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης τους;
- 3 Ποια η παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα από επίσημα και ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας;
- 4 Ποιος ο βαθμός ικανοποίησης τους από την παρεχόμενη φροντίδα από επίσημα και ανεπίσημα δίκτυα;
- 5 Ποια η σχέση φύλου, εκπαίδευσης και ηλικίας με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη οικογενειακή φροντίδα, το βαθμό κάλυψης της ανάγκης για φροντίδα και τη συχνότητα αισθήματος έλλειψης φροντίδας;
- 6 Σε ποιους τομείς θεωρούν σημαντική την παροχή βοήθειας;
- 7 Ποιες οι απόψεις τους α) για την ευθύνη πολιτείας και οικογένειας στη φροντίδα των ηλικιωμένων, β) για τις ικανοποιητικές μορφές φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα, γ) για τα προβλήματα που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα;

#### 10.3 Δείγμα

Ο ερευνώμενος πληθυσμός αποτελείται από 165 άτομα. Βασικά κριτήρια για την επιλογή του δείγματος ήταν ο ερευνώμενος πληθυσμός να είναι άνω των 65 ετών να λαμβάνουν βοήθεια από επίσημα ή ανεπίσημα υποστηρικτικά δίκτυα φροντίδας και να διαμένουν στην πόλη του Ηρακλείου. Από τα 165 άτομα τα οποία αποτελούν το δείγμα της παρούσας έρευνας τα 73 άτομα λαμβάνουν υπηρεσίες από

ΚΑΠΗ (από τα οποία έγινε και η συλλογή αυτών των δεδομένων), 35 άτομα δέχονται υπηρεσίες από το «Βοήθεια στο Σπίτι», ενώ 15 άτομα διαθέτουν Οικιακή Βοηθό.

Τα άτομα τα οποία επιλέχθηκαν να συμμετάσχουν στην παρούσα έρευνα που λαμβάνουν υπηρεσίες από ΚΑΠΗ επιλέχθηκαν με βάση λίστες των ενεργών μελών που διαθέτουν τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Τα ΚΑΠΗ τα οποία επισκεφτήκαμε ήταν τα εξής:

- ✓ Α' ΚΑΠΗ, Ρόλεν και Μηνά Γωργιάδη
- ✓ Β' ΚΑΠΗ, Μίνωος και Μιχαήλ Αρχαγγέλου 32
- ✓ Γ' ΚΑΠΗ, Τσιμισκή και Λυκούργου
- ✓ Δ' ΚΑΠΗ, Κοσμά Ζώτου 2, Πλατεία Αγίου Δημητρίου

Αναφορικά με την επιλογή των ατόμων τα οποία λαμβάνουν φροντίδα από το «Βοήθεια στο Σπίτι» έγινε τυχαία επιλογή βάσει μητρώων που διαθέτουν τα ΚΑΠΗ σε συνεργασία με το Δήμο Ηρακλείου. Τέλος πραγματοποιήθηκε τυχαία δειγματοληψία ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών που διαμένουν στη πόλη του Ηρακλείου.

#### **10.4 Ερευνητικό εργαλείο**

Ο ερευνώμενος πληθυσμός απάντησε σε ερωτηματολόγιο που περιείχε κλειστές και μία ανοιχτή ερώτηση. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν:

- α) δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων,
- β) την κατάσταση υγείας και τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης τους εντός και εκτός σπιτιού
- γ) την παρεχόμενη φροντίδα από επίσημα και ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας
- δ) τον βαθμός ικανοποίησης τους από την παρεχόμενη φροντίδα των επίσημων και ανεπίσημων δικτύων
- ε) τις απόψεις τους για το ενδιαφέρον της οικογένειας και της πολιτείας στα προβλήματα που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα

#### **10.5 Διαδικασία συλλογής στοιχείων**

Αφού επισκεφτήκαμε τα ΚΑΠΗ που προαναφέρθηκαν, σε συνεργασία πάντοτε με τους κοινωνικούς λειτουργούς, ήρθαμε σε επαφή με τους ερωτώμενους. Αρχικά ήταν διστακτικοί απέναντι μας και δεν ήθελαν να συμμετάσχουν. Αφού τους

εξηγήσαμε το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου και διασφαλίσαμε το απόρρητο των πληροφοριών (ότι δηλαδή δεν χρειαζόταν να αναφέρουν προσωπικά στοιχεία) έγιναν πιο πρόθυμοι και προχωρήσαμε στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Για τη διευκόλυνση τους και επειδή οι περισσότεροι αντιμετώπιζαν προβλήματα όρασης ή άλλων αισθητηρίων οργάνων το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με τη δική μας βοήθεια, δηλαδή διαβάσαμε εμείς τις ερωτήσεις και συμπληρώναμε ότι μας απαντούσαν οι ερωτώμενοι.

Σε τηλεφωνική επαφή που προηγήθηκε με τους ερωτώμενους του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» πριν από την επίσκεψη στο σπίτι τους αρκετοί ήταν εκείνοι που ήταν διστακτικοί στο να συμμετάσχουν. Επίσης δυσκολευτήκαμε να εντοπίσουμε τα σπίτια τους. Τέλος ,επισκεφτήκαμε τα σπίτια των ερωτώμενων και προχωρήσαμε στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ακολουθώντας την προαναφερόμενη διαδικασία.

## **10.6 Στατιστική Ανάλυση**

Το σύνολο των πληροφοριών που προέκυψαν από όλα τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 13.00. Οι κύριες στατιστικές μέθοδοι που εφαρμόστηκαν ήταν αυτές της περιγραφικής στατιστικής.

Πιο συγκεκριμένα, σε πρώτη φάση πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση συχνοτήτων. Σε δεύτερη φάση, στο συνολικό πληθυσμό του δείγματος πραγματοποιήθηκε ανάλυση  $\chi^2$  για να διερευνηθεί η σχέση φύλου, εκπαίδευσης και ηλικίας με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη οικογενειακή φροντίδα, το βαθμό κάλυψης της ανάγκης για φροντίδα και τη συχνότητα αισθήματος έλλειψης φροντίδας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **11.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

##### **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

###### **Φύλο**

Αναφορικά με το δημογραφικό παράγοντα του φύλου το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων ανήκει στον ανδρικό πληθυσμό σε ποσοστό 54,5% (90 άτομα) έναντι του 45,5% (75 άτομα) τα οποία ανήκουν στον γυναικείο πληθυσμό.

###### **Ηλικιακές Κατανομές**

Εξετάζοντας τις ηλικιακές κατανομές διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού ανήκει στην πρώτη, δεύτερη και τρίτη ηλικιακή ομάδα, δηλαδή τα άτομα ηλικίας 65 έως 70 ετών ανέρχονται σε ποσοστό 29,1%, 71 έως 75 ετών σε ποσοστό 26,1% και 76 έως 80 ετών σε ποσοστό 28,4%, ενώ πολύ μικρό είναι το ποσοστό των συνταξιούχων που ανήκουν σε μεγαλύτερες ηλικιακές κατανομές, με άτομα άνω των 80 ετών να εμφανίζουν ποσοστό μόλις 16,4 %.

###### **Τόπος Διαμονής**

Σχετικά με τον τόπο διαμονής, και οι 165 ερωτώμενοι (100%), δηλώνουν ότι κατοικούν στο Ηράκλειο.

###### **Τόπος Καταγωγής**

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, 60,6% (100 άτομα) κατάγεται από χωριό, το 34,5% (57 άτομα) από πόλη και μόλις το 4,3% (7 άτομα) από κωμόπολη, ενώ ένα άτομο δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση (0,6%).

###### **Χρόνια Διαμονής**

Μελετώντας τα χρόνια διαμονής στο Ηράκλειο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων μένει στο Ηράκλειο από 21 έως 50 χρόνια (ποσοστό 30,9%), ενώ πολύ μικρή διαφορά έχουν τα ποσοστά εκείνων που μένουν στο Ηράκλειο 1 έως 20 χρόνια και εκείνων που μένουν 51 έως 70 χρόνια, 24,2% και



26,1% αντίστοιχα. Ποσοστό 18,2 διαμένουν στο Ηράκλειο άνω των 71 ετών, ενώ 1 άτομο δεν απάντησε.

### **Μετακόμιση στο Ηράκλειο για λόγους φροντίδας**

Στην ερώτηση για το εάν μετακόμισαν στο Ηράκλειο για λόγους φροντίδας, ένα αξιόλογο ποσοστό 28,5% (47 άτομα) απάντησε θετικά, ενώ το ποσοστό των ατόμων που έδωσε αρνητική απάντηση ήταν 71,5% (118 άτομα).

### **Εκπαιδευτική Κατάσταση**

Εστιάζοντας στο μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων διαπιστώνεται η ύπαρξη υψηλού ποσοστού ατόμων οι οποίοι είναι απόφοιτοι δημοτικού 35,8%, ωστόσο υψηλό εμφανίζεται και το ποσοστό των ατόμων που δεν έχουν ολοκληρώσει τη βασική για σήμερα εκπαίδευση. Ποσοστό 29,6% αναφέρει ότι έχει καλύψει μόνο μερικές τάξεις του δημοτικού. Απολυτήριο Γυμνασίου διαθέτει το 21,2% του πληθυσμού-στόχου και με πολύ μικρή διαφορά ακολουθούν τα ποσοστά εκείνων που είναι απόφοιτοι Λυκείου και Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (7,3% και 6,1% αντίστοιχα).

### **Επαγγελματική Κατάσταση προ Συνταξιοδότησης**

Μελετώντας την επαγγελματική κατάσταση πριν τη συνταξιοδότηση τα περισσότερα άτομα δήλωσαν ότι ήταν αγρότες, σε ποσοστό 30,3% (50 άτομα), ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι σε ποσοστό 21,2% (35 άτομα) οι τεχνίτες, 17,6% (29 άτομα) και τα άτομα που ασχολούνταν με τα οικιακά 15,8% (26 άτομα).

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ- ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ**

### **Οικογενειακή Κατάσταση- Απόκτηση Παιδιών**

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του πληθυσμού-στόχου, οι ερωτώμενοι σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι παντρεμένοι 56,4% (93 άτομα) και ακολουθούν τα άτομα που βρίσκονται σε χηρεία σε ποσοστό 40% (66 άτομα). Μικρά είναι τα ποσοστά εκείνων που αναφέρουν ότι είναι ανύπαντροι, διαζευγμένοι ή ζουν με σύντροφο, 0,6%, 2,4% και 0,6% αντίστοιχα.

### **Άτομα στο ίδιο σπίτι**

Σχετικά με τη συγκατοίκηση, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι μένει μαζί με το/τη σύζυγο του 43,0%. Αρκετά υψηλό είναι και το ποσοστό αυτών που μένουν μόνοι τους και ανέρχεται στο 28,6%. Εκείνοι, οι οποίοι μένουν με τα

παιδιά τους ή με το/τη σύζυγο και τα παιδιά τους μαζί, «αγγίζουν» τα ποσοστά 13,9% και 12,1% σε κάθε περίπτωση. Ενώ μόλις το 2,4% μένει με άλλους συγγενείς.

### **Παιδιά Στην Οικογένεια**

Από τους 165 ερωτώμενους οι 157 (95,2%), απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το αν έχουν παιδιά ενώ αρνητική απάντηση έδωσαν 8 άτομα(4,8%).

### **Αριθμός Παιδιών**

Εξετάζοντας των αριθμό των παιδιών που έχουν οι ερωτώμενοι διαπιστώνουμε ότι το υψηλότερο ποσοστό δηλώνει ότι έχει 2 έως 3 παιδιά (63,6%). Το 19,4% έχει 1 παιδί και ακολουθούν εκείνοι που έχουν 3 έως 4 παιδιά και πάνω από 5 παιδιά (ποσοστά 6,7% και 5,5% αντίστοιχα). Ποσοστό 4,8% δεν έχει παιδιά.

### **Παιδιά που διαμένουν στο Ηράκλειο**

Εστιάζοντας στο εάν υπάρχουν παιδιά που να διαμένουν στο Ηράκλειο, ένα πολύ υψηλό ποσοστό, 89,2% απάντησαν «ναι» και μόνο 10,8% απάντησε πως τα παιδιά τους δεν διαμένουν στο Ηράκλειο.

## **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ**

### **Χρόνια από τη Συνταξιοδότηση**

Τα μεγαλύτερα ποσοστά σημειώνονται στις 3 πρώτες ομάδες, δηλαδή στα άτομα που έχουν συνταξιοδοτηθεί από 1 έως 5 χρόνια, 6 έως 10 χρόνια και 11 έως 20 χρόνια, με ποσοστά που κυμαίνονται στο 22,4%, 26,7% και 35,2% αντίστοιχα. Ένα ποσοστό 9,6% δηλώνει ότι έχει πάρει σύνταξη πριν από 21 χρόνια, ενώ και σ' αυτή την ερώτηση δεν απάντησε το 6,1% (10 άτομα).

### **Ασφαλιστικό Ταμείο**

Σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των συνταξιούχων-ερωτώμενων, δύο ασφαλιστικά ταμεία συγκεντρώνουν υψηλά ποσοστά, το ΙΚΑ με ποσοστό 47,9% και ο ΟΓΑ με ποσοστό 32,1%. Ακολουθούν τα ταμεία, του Δημοσίου με 9,7% και του ΤΕΒΕ με 7,9% ενώ ποσοστό 2,4 δεν διαθέτουν ασφάλιση.

### **Άποψη των ερωτώμενων για την οικονομική τους κατάσταση**

Από τα 165 άτομα, τα 72 (43,6%) χαρακτηρίζουν την οικονομική τους κατάσταση ως «μέτρια». Αρκετά υψηλό είναι και το ποσοστό εκείνων που τη

χαρακτηρίζουν ως «καλή» 39,4% και ακολουθούν δύο μικρά αλλά όχι ασήμαντα ποσοστά που αντιπροσωπεύουν εκείνους που θεωρούν ότι καλύπτουν σε μικρό βαθμό τις ανάγκες τους, και εκείνους που θεωρούν ότι δεν καλύπτουν καθόλου τις ανάγκες τους, με ποσοστό 5,5% και 6,1% αντίστοιχα. Ελάχιστοι είναι εκείνοι που θεωρούν ότι έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν όλες τους τις ανάγκες (ποσοστό 4,8%).

### **Δείκτης Ιδιοκατοίκησης**

Όσον αφορά την ιδιοκατοίκηση, το 81,2% του πληθυσμού αναφέρουν ότι το σπίτι που διαμένουν είναι ιδιόκτητο. Το 15,2% φιλοξενείται στο σπίτι που διαμένουν, ενώ μικρό ποσοστό (2,4% και 1,2%) πληρώνουν ενοίκιο ή το σπίτι τους έχει παραχωρηθεί.

### **ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ/ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ**

#### **Ύπαρξη χρόνιου νοσήματος**

Ποσοστό 91,5% (151 άτομα) δηλώνει ότι πάσχει από χρόνια νόσημα, σε αντίθεση με το 7,9% (13 άτομα) που δεν δηλώνει κάποια ασθένεια.

#### **Κατηγορίες Χρόνιου Νοσήματος**

Σε σύνολο 267 απαντήσεων ποσοστό 28,5% αφορούν ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, και ποσοστό 24,7% νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Ένα αρκετά υψηλό ποσοστό απαντήσεων αφορούν νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού (14,6%), καθώς και νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (11,2%). Ακολουθούν απαντήσεις που αφορούν νοσήματα του πεπτικού συστήματος (ποσοστό 6%), του ουροποιογεννητικού συστήματος (ποσοστό 5,6%), νεοπλάσματα (4,9%), νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων (3,4%), νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων (0,7%) και τέλος ψυχικές διαταραχές (0,4%).

#### **Δυνατότητα Αυτοεξυπηρέτησης Στο Σπίτι**

Αναφορικά με τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης μέσα στο σπίτι, ποσοστό 40% αυτοεξυπηρετείται χωρίς δυσκολία. Ποσοστό 23,7% αυτοεξυπηρετείται με δυσκολία, αλλά χωρίς βοήθεια. 22,4% αυτοεξυπηρετείται,

αλλά μόνο με κάποια βοήθεια και το 13,9% δεν έχει καμία δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης.

### **Δυνατότητα Αυτοεξυπηρέτησης Εκτός Σπιτιού**

Εκτός σπιτιού, διαπιστώνεται η ανάγκη περισσότερης βοήθειας, αφού το 27,9% αυτοεξυπηρετείται εκτός σπιτιού αλλά μόνο με κάποια βοήθεια, και ποσοστό 17% δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί σε καμία περίπτωση. Ποσοστό 34,5% αυτοεξυπηρετείται χωρίς δυσκολία, και 20,6% με κάποια δυσκολία, αλλά χωρίς βοήθεια.

### **ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ/ ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

#### **Επικοινωνία με παιδιά**

Η επικοινωνία με τα παιδιά είναι σχεδόν καθημερινή για το 50,3% και 1-2 φορές την εβδομάδα για σημαντικό ποσοστό του δείγματος (35,2%). Μία φορά το μήνα και σπάνια επικοινωνούν με τα παιδιά τους το 0,6% και 0,6% αντίστοιχα. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε αυτή την ερώτηση δεν έδωσαν απάντηση 22 άτομα (13,3%).

#### **Παροχή φροντίδας**

Φροντίδα παρέχεται κυρίως από το /τη σύζυγο, από παιδιά που διαμένουν στην ίδια πόλη, ή από συστεγαζόμενα παιδιά μαζί με τον /την σύζυγο, με ποσοστά 30,9%, 27,8%, 14,5% και 9,8% αντίστοιχα. Το ποσοστό που αφορά τη φροντίδα που παρέχεται από οικογενειακή βοηθό με αμοιβή είναι (8,6%).

Επίσης σε ποσοστό 5,4% παρέχεται φροντίδα από παιδιά που διαμένουν σε άλλη πόλη και το υπόλοιπο ποσοστό από συγγενείς /φίλους /γείτονες. Δεν παρέχεται καμία φροντίδα σε ποσοστό 1,2%.

<b><u>Παροχή φροντίδας</u></b>	Συχνότητα	Συχνότητα %
Σύζυγος	51	30,9
Συστεγαζόμενα παιδιά	23	14,5
Σύζυγος και συστεγαζόμενα παιδιά	16	9,8
Παιδιά που διαμένουν στο ίδιο κτίριο	-	-
Παιδιά που διαμένουν στην ίδια γειτονιά	-	-
Παιδιά που διαμένουν στην ίδια πόλη	46	27,8

Παιδιά που διαμένουν σε άλλη πόλη	9	5,4
Συστεγαζόμενοι συγγενείς	1	,6
Μη συστεγαζόμενοι συγγενείς	1	,6
Οικογενειακή βοήθης με αμοιβή	15	8,6
Φίλοι/Γείτονες	1	,6
Δε μου παρέχεται καμία φροντίδα από συγκεκριμένα άτομα	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

### **Συχνότητα παροχής φροντίδας**

Η φροντίδα παρέχεται στις περισσότερες περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας (46,0%) ενώ σε πολλούς ερωτώμενους παρέχεται μόνο σε έκτακτες περιπτώσεις (39,4%). Ακολουθούν τρία πολύ μικρότερα ποσοστά που αφορούν τα άτομα που τους παρέχεται φροντίδα μόνο όταν ασχολούνται με δουλειές εκτός σπιτιού, (6,8%) τα άτομα που τους παρέχεται φροντίδα μόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας (4,2%) και μόνο μερικές ώρες την ημέρα (2,4%).

<b><u>Συχνότητα παροχής φροντίδας</u></b>	Συχνότητα	Συχνότητα %
Κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας	76	46,0
Μόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας	7	4,2
Μερικές ώρες την ημέρα	4	2,4
Μόνο όταν τη χρειάζομαι (σε έκτακτες περιπτώσεις)	65	39,4
Μόνο όταν θα πρέπει να ασχοληθώ με δουλειές εκτός σπιτιού	11	6,8
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100,0</b>

### **Χρησιμοποιούμενες υπηρεσίες**

Οι ερωτώμενοι χρησιμοποιούν υπηρεσίες των ΚΑΠΗ (44,2%) ενώ 21,2% εξυπηρετείται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Οικιακή βοήθη έχει ένα σχετικά μικρό ποσοστό (8,6%), ενώ το 26% δεν χρησιμοποιεί ανάλογες υπηρεσίες.

### **Βαθμός κάλυψης ανάγκης για φροντίδα**

Οι ανάγκες για φροντίδα, στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού-στόχου καλύπτονται σε μεγάλο βαθμό, (65,5%). Σε μέτριο βαθμό καλύπτονται οι ανάγκες φροντίδας για το 20% των ερωτώμενων. Σε ποσοστό 11,5% καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες φροντίδας .

<b><u>Βαθμός κάλυψης ανάγκης για φροντίδα</u></b>	Συχνότητα	Συχνότητα %
Πλήρως	19	11,5
Σε μεγάλο βαθμό	108	65,5
Σε μέτριο βαθμό	33	20,0
Λίγο	2	1,2
Καθόλου	2	1,2
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100,0</b>

### **Συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας**

Οι ερωτώμενοι αισθάνονται έλλειψη βοήθειας μερικές φορές σε ποσοστό 60,6%. Συχνά αισθάνεται αυτή την έλλειψη το 23,7% του υπό μελέτη πληθυσμού. Ποσοστό 13,9% δεν αισθάνεται ποτέ αυτή την έλλειψη.

<b><u>Συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας</u></b>	Συχνότητα	Συχνότητα %
Ποτέ	23	13,9
Μερικές φορές	100	60,6
Συχνά	39	23,7
Πολλές φορές	1	,6
Σχεδόν πάντα	-	-
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

## **ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

### **Βαθμός Ικανοποίησης από φροντίδα οικογένειας**

Αναφορικά με το βαθμό ικανοποίησης από τη φροντίδα που παρέχεται από την οικογένεια, «πολύ ικανοποιημένο» εμφανίζεται ποσοστό 66,1% (109 άτομα). Ποσοστό 28,4% είναι «μέτρια ικανοποιημένο». Το 2,4% (4 άτομα) δηλώνει λίγο ικανοποιημένο, ενώ το 6,7% (11 άτομα) δεν απάντησαν στην ερώτηση.

### **Απόψεις ερωτώμενων για την εμφάνιση Μειωμένου Ενδιαφέροντος της οικογένειας για τους ηλικιωμένους**

Εξετάζοντας τις απόψεις των ηλικιωμένων για το αν υπάρχει μειωμένο ενδιαφέρον από την οικογένεια για τα ηλικιωμένα άτομα, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι μάλλον διαφωνούν με αυτή την άποψη (64,8%), ενώ ποσοστό 13,9% διαφωνεί απόλυτα. Αρκετά είναι και τα άτομα που μάλλον συμφωνούν (19,5%), ενώ ποσοστό 1,2% συμφωνεί απόλυτα.

**Απόψεις ερωτώμενων για την μειωμένη Δυνατότητα Φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων από την οικογένεια σήμερα**

Μάλλον συμφωνεί για τη μειωμένη δυνατότητα φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων από την οικογένεια το 56,3%, ενώ το 16,4% συμφωνεί απόλυτα με αυτή την άποψη. Ποσοστό 20,6% μάλλον διαφωνεί και 6,1% διαφωνεί απόλυτα.

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΚΑΠΗ (Οι απαντήσεις αφορούν 73 ερωτώμενους)**

Ψυχαγωγικές εκδηλώσεις	M.O. = 4,1
Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	M.O. = 4
Νοσηλευτική φροντίδα	M.O. = 3,83
Συμβουλευτική φροντίδα	M.O. = 3,83
Φυσικοθεραπεία	M.O. = 3,67
Εργοθεραπεία	M.O. = 3,35
Οικογενειακή βοήθός	M.O. 1,7

**ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (Οι απαντήσεις αφορούν 35 ερωτώμενους)**

**Συχνότητα Παρεχόμενης Φροντίδας από το «Βοήθεια στο Σπίτι»**

Αναφορικά με τη συχνότητα παρεχόμενης φροντίδας από το Βοήθεια στο Σπίτι το μεγαλύτερο ποσοστό 77,1% εμφανίζει εβδομαδιαία συχνότητα. Η συχνότητα φροντίδας σε ποσοστό 11,5% είναι δύο φορές την εβδομάδα, ενώ κάθε 10 μέρες παρέχεται φροντίδα σε 5,7%.

**Επιθυμητή Συχνότητα Φροντίδας από το «Βοήθεια στο Σπίτι»**

Εξετάζοντας την επιθυμητή συχνότητα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (71,4%) δηλώνει ότι θα επιθυμούσε να τους παρέχεται φροντίδα αρκετές φορές την εβδομάδα από το Βοήθεια στο Σπίτι ενώ σε καθημερινή βάση δηλώνει το 22,9%. Ποσοστό 5,7% δεν απάντησε.

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»**

Ιατροφαρμακευτική φροντίδα	Μ.Ο. = 4
Συναισθηματική στήριξη	Μ.Ο. = 3,4



### **Σημαντικότητα παροχής βοήθειας για φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας στο σπίτι**

Η φροντίδα στο σπίτι σε περίπτωση ασθένειας είναι πάρα πολύ σημαντική για το 69,1% και πολύ σημαντική για το 25,5%. Στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν απάντησε το 4,8% του δείγματος.

### **Σημαντικότητα παροχής βοήθειας για φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας στο νοσοκομείο**

Σχετικά με τη φροντίδα στο νοσοκομείο, το 82,4% τη θεωρούν πάρα πολύ σημαντική και το 15,2% πολύ σημαντική.

### **ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ (ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ)**

<i>Τομείς παροχής φροντίδας</i>	<b>Σημαντικότητα (Μ.Ο)</b>
Παροχή βοήθειας για φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας στο νοσοκομείο	4,87
Παροχή βοήθειας για φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας στο σπίτι	4,73
Παροχή βοήθειας σε εξωτερικές εξυπηρετήσεις	4,17
Βοήθεια για βασικές δουλειές σπιτιού	3,71
Βοήθεια για προσωπική Φροντίδα	2,58
Βοήθεια για προετοιμασία γεύματος	2,25

### **ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ**

Σύμφωνα με τη γνώμη των ερωτώμενων, η παροχή φροντίδας είναι ευθύνη κυρίως της πολιτείας και συμπληρωματικά θα πρέπει να βοηθά και η οικογένεια σε ποσοστό 76,4%. Το 20% αναφέρει ότι είναι ευθύνη και των δύο (οικογένειας και πολιτείας) ενώ μόλις το 2,4% αναφέρει ότι είναι αποκλειστικά ευθύνη της οικογένειας.

**ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

**Μορφή Φροντίδας: Διαμονή Ηλικιωμένων Ατόμων κοντά σε παιδιά**

37,6% και 54,5% θεωρούν αντίστοιχα πολύ ικανοποιητική και πάρα πολύ ικανοποιητική μορφή φροντίδας τη διαμονή κοντά στα παιδιά τους.

**Μορφή Φροντίδας: Πληρωμή ιδιωτικού οίκου ευγηρίας**

47,9% θεωρούν ικανοποιητική μορφή φροντίδας σε μέτριο βαθμό την πληρωμή ιδιωτικού οίκου ευγηρίας, ενώ ποσοστό 23% και 13,3% τη θεωρούν αντίστοιχα πολύ και πάρα πολύ ικανοποιητική μορφή φροντίδας.

**Μορφή Φροντίδας: Πληρωμή οικογενειακής βοηθού**

Το 49,7% των ερωτώμενων θεωρεί ικανοποιητική μορφή φροντίδας σε μέτριο βαθμό την πληρωμή οικογενειακής βοηθού. Αρκετά υψηλά είναι και τα ποσοστά εκείνων που τη θεωρούν πολύ ικανοποιητική (23%) και πάρα πολύ ικανοποιητική (16,4%) μορφή φροντίδας.

**Μορφή Φροντίδας: Εισαγωγή σε γηροκομείο (κρατικό ή φιλανθρωπικό)**

Ποσοστό 46,1% θεωρούν λίγο ικανοποιητική μορφή φροντίδας την εισαγωγή σε γηροκομείο και ποσοστό 21,8% καθόλου ικανοποιητική μορφή φροντίδας.

**Μορφή Φροντίδας: Ανάπτυξη συστήματος επαρκών υπηρεσιών φροντίδας από την κοινότητα (ΚΑΠΗ, Βοήθεια στο Σπίτι)**

Η συντριπτική πλειοψηφία 88,5% (146 άτομα) θεωρεί πάρα πολύ ικανοποιητική μορφή φροντίδας την ανάπτυξη συστήματος υπηρεσιών στη κοινότητα και 9% την θεωρεί πολύ ικανοποιητική μορφή φροντίδας.

**Μορφή Φροντίδας: Εισαγωγή σε Κέντρο Χρονίων Παθήσεων**

Ποσοστό 68,5% και 21,2% θεωρεί αντίστοιχα καθόλου και λίγο ικανοποιητική μορφή φροντίδας την εισαγωγή σε Κέντρο Χρονίων Παθήσεων.

### **Μορφή Φροντίδας: Συστηματική κρατική υποστήριξη**

Ποσοστό 95,8% θεωρεί πάρα πολύ ικανοποιητική μορφή φροντίδας τη συστηματική κρατική υποστήριξη.

#### **ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ (Μ. 0)**

<i>Μορφές Φροντίδας</i>	<i>Ικανοποίηση (Μ.Ο)</i>
Συστηματική κρατική υποστήριξη των φροντιστών	4,97
Ανάπτυξη συστημάτων υπηρεσιών φροντίδας στην κοινότητα	4,9
Διαμονή κοντά σε παιδιά	4,76
Πληρωμή οικογενειακής βοηθού	3,4
Πληρωμή ιδιωτικού οίκου ευγηρίας	3
Εισαγωγή σε γηροκομείο (κρατικό ή φιλανθρωπικό)	2,1
Εισαγωγή σε κέντρο Χρονίων Παθήσεων	0,83

#### **Σημαντικότερο Πρόβλημα Ηλικιωμένων**

Τέλος, παρουσιάζονται οι αναφορές των ατόμων, σε σχέση με το ποιο είναι το σημαντικότερο πρόβλημα των ηλικιωμένων. Την πρώτη θέση καταλαμβάνει η μοναξιά (ποσοστό 28,4) και ακολουθεί η δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης (ποσοστό 27,3). Στη συνέχεια αναφέρονται τα προβλήματα υγείας (ποσοστό 20,1%), οι οικονομικές δυσκολίες (15,1%) και η στέρηση αγάπης-έλλειψη συντροφικότητας (9,1%).

### **11.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΦΥΛΟΥ & ΗΛΙΚΙΑΚΩΝ ΚΑΤΑΝΟΜΩΝ**

#### **Συσχέτιση φύλου και Οικογενειακής Κατάστασης**

Από τους ερωτώμενους που δηλώνουν «παντρεμένοι», το μεγαλύτερο ποσοστό είναι άνδρες (65,6%) και το υπόλοιπο 34,4% είναι γυναίκες. Μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών (59,1%) είναι χήρες συγκριτικά με τους άντρες που έχουν χάσει τις γυναίκες τους (40,9%).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο και την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,003$ ,  $p<0,05$ ).

<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>Άνδρας</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>P<sup>VALUE</sup></b>
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>			
Παντρεμένος/η	61 (65,6%)	32 (34,4%)	,003*
Ανύπαντρος/η	1 (100,0%)	0 (,0%)	
Διαζευγμένος/η	0 (,0%)	4 (100,0%)	
Χήρος/α	27 (40,9%)	39 (59,1%)	
Ζω με σύντροφο	1 (100,0%)	0 (,0%)	
<b>Σύνολο</b>	<b>90 (54,5%)</b>	<b>75 (45,5%)</b>	

### **Συσχέτιση Φύλου και Συχνότητας Αισθήματος Έλλειψης Βοήθειας**

Όσον αφορά τη συσχέτιση φύλου-συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας, ο αντρικός πληθυσμός είναι εκείνος που σε ποσοστό 87% δεν αισθάνεται ποτέ αυτή την έλλειψη, έναντι του 13% του γυναικείου πληθυσμού. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο και στη συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας αφού  $p=0,005$ .

<b>Συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας</b>	<b>Άνδρας</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>P<sup>VALUE</sup></b>
			,005*
Ποτέ	20 (87,0%)	3 (13,0%)	
Μερικές φορές	51 (51,0%)	49 (49,0%)	
Συχνά	17 (43,6%)	22 (56,4%)	
Πολλές φορές	1 (100,0%)	0 (,0%)	
Σχεδόν πάντα			
<b>Σύνολο</b>	<b>89 (54,6%)</b>	<b>74 (45,4%)</b>	

### **Συσχέτιση Φύλου και Βαθμού κάλυψης ανάγκης για φροντίδα**

Όσον αφορά στη συσχέτιση φύλου και βαθμού κάλυψης αναγκών φροντίδας δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση, εφόσον το  $p=0,252>0,5$ .

### **Συσχέτιση Ηλικιακών Κατανομών και Βαθμού κάλυψης ανάγκης για φροντίδα**

Τα άτομα της πρώτης ηλικιακής κατανομής 65-70 ετών εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό πλήρους κάλυψης αναγκών φροντίδας (47,4%), συγκριτικά με

τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και στο βαθμό κάλυψης αναγκών για φροντίδα. Το  $p=0,027 < 0,05$

### **Συσχέτιση Ηλικιακών Κατανομών και Βαθμού Ικανοποίησης από παρεχόμενη οικογενειακή φροντίδα**

Αναφορικά με τη συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης και των ηλικιακών κατανομών διαπιστώνεται ότι υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης εμφανίζουν τα άτομα ηλικίας 65-70, 70-75 και 75-80 (ποσοστό 29,4%,21,1% και 33,9% αντίστοιχα). Το  $p=0,014 < 0,05$ .

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Ηλικιακές Κατανομές</i>						
	65-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	95<
<b><u>Βαθμός Ικανοποίησης από παρεχόμενη οικογενειακή φροντίδα</u></b>							
Πολύ ικανοποιημένος/η	29,4%	21,1%	33,9%	8,3%	4,6%	1,8%	,9%
Μέτρια ικανοποιημένος/η	34,2%	43,9%	14,6%	2,4%	4,9%	,0%	,0%
Λίγο ικανοποιημένος/η	25,0%	25,0%	,0%	25,0%	,0%	25,0%	,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>30,5%</b>	<b>27,3%</b>	<b>27,9%</b>	<b>7,1%</b>	<b>4,5%</b>	<b>1,9%</b>	<b>,6%</b>

### **Συσχέτιση Ηλικιακών Κατανομών και Συχνότητας αισθήματος έλλειψης βοήθειας**

Αναφορικά με τη συσχέτιση της ηλικίας και της συχνότητας αισθήματος έλλειψης βοήθειας διαπιστώνεται ότι τα άτομα μικρότερων ηλικιών (65-80) δηλώνουν σε υψηλότερα ποσοστά ότι ποτέ δεν έχουν βιώσει αίσθημα έλλειψης βοήθειας (56,5%, 17,4%, 21,7%) εν αντιθέσει με τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων (81 και άνω). Το  $p=0,001 < 0,05$ .

<i>Μεταβλητές</i>	<i>Ηλικιακές Κατανομές</i>						
	65-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	95<
<b><u>Συχνότητα αισθήματος</u></b>							
<b><u>έλλειψης βοήθειας</u></b>							
Ποτέ	56,5%	17,4%	21,7%	,0%	,0%	,0%	4,3%
Μερικές φορές	28,0%	30,0%	30,0%	9,0%	3,0%	,0%	,0%
Συχνά	15,4%	23,1%	28,2%	5,1%	20,5%	7,7%	,0%
Πολλές φορές	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>28,8%</b>	<b>26,4%</b>	<b>28,8%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>1,8%</b>	<b>,6%</b>

### **Συσχέτιση Μορφωτικού Επιπέδου και Βαθμού Κάλυψης Αναγκών**

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στο βαθμό κάλυψης των αναγκών  $p=0,064>0,05$ .

### **Συσχέτιση Μορφωτικού Επιπέδου και Ικανοποίησης από Φροντίδα που παρέχει η Οικογένεια**

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στην ικανοποίηση από φροντίδα που παρέχει η οικογένεια  $p=0,487>0,05$ .

### **Συσχέτιση Μορφωτικού Επιπέδου με «Πόσο Συχνά Αισθάνεστε Αβοήθητος»**

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στη συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας  $p=0,314>0,05$ .

### **Συσχέτιση Βαθμού Κάλυψης Αναγκών και Βαθμού Ικανοποίησης**

Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο βαθμό κάλυψης αναγκών και στο βαθμό ικανοποίησης ( $p=0,000$ ).

Η πλειοψηφία αυτών που οι ανάγκες τους καλύπτονται πλήρως (94,4%) και σε μεγάλο βαθμό (84,5%) δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη οικογενειακή φροντίδα. Η πλειοψηφία (79,3%) αυτών που οι ανάγκες τους καλύπτονται σε μέτριο βαθμό δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

### 12. Αποτελέσματα Έρευνας- Συμπεράσματα-Προτάσεις

#### 12.1. Αποτελέσματα Έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων (που διαμένουν στη πόλη του Ηρακλείου) για την παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα από τα επίσημα-ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας.

Η στατιστική ανάλυση των υπό μελέτη μεταβλητών οδήγησε στην εξαγωγή ορισμένων βασικών συμπερασμάτων. Ο πληθυσμός – στόχος που μελετήθηκε παρουσιάζει σχετική αναλογία κατά φύλο (50,5% άνδρες έναντι 45,5% γυναίκες). Υψηλότερα εμφανίζονται τα ποσοστά των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65-80 (ποσοστό 83,7%) από εκείνων που η ηλικία τους είναι άνω των 80. Η πλειοψηφία (65,5%) είναι απόφοιτοι δημοτικού ή μερικών τάξεων του δημοτικού. Απολυτήριο γυμνασίου διαθέτει (21,2%). Ποσοστό 7,3% και 6,1% είναι αντίστοιχα Απόφοιτοι Λυκείου και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Ένα σημαντικό ποσοστό (28,5%) μετακόμισε στο Ηράκλειο για λόγους φροντίδας. Αν και η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι συνταξιούχοι του Ι.Κ.Α (47,9%) και του Ο.Γ.Α (32,1%) ποσοστό 39,4% χαρακτηρίζει την οικονομική του κατάσταση ως καλή και 43,6% ως μέτρια. Μόνο 5,5% θεωρεί ότι καλύπτει σε μικρό βαθμό τις ανάγκες του και το 6,1% καθόλου. Ενθαρρυντικό είναι ότι ποσοστό 81,2% διαμένουν σε ιδιόκτητο σπίτι.

Όσο αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων- η πλειοψηφία (56,4) απαντά ότι είναι παντρεμένοι και 40% ότι βρίσκεται σε κατάσταση χηρείας. Ποσοστό 95,2% έχουν παιδιά ενώ 89,2% των ερωτώμενων απάντησαν ότι έχουν παιδί /παιδιά που διαμένουν στο Ηράκλειο.

#### Υγεία – Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης

Όσο αφορά στην κατάσταση υγείας των ερωτώμενων: ποσοστό 91,5% έχει προβλήματα υγείας. Σε μεγαλύτερη συχνότητα αντιμετωπίζουν ενδοκρινολογικά και μεταβολικά προβλήματα (28,5%), κυκλοφοριακά προβλήματα (24,7%) και ακολουθούν νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού (14,6%) και αναπνευστικά προβλήματα (11,2%).

Όσο αφορά στη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης εντός σπιτιού: μόνο ποσοστό 40% αυτοεξυπηρετείται χωρίς δυσκολία έναντι του 23,7% που αυτοεξυπηρετείται με δυσκολία, αλλά χωρίς βοήθεια. Σημαντικός αριθμός εξυπηρετούμενων αυτοεξυπηρετούνται μόνο με βοήθεια (22,4%) ή δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (13,9%). Όσο αφορά στη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης εκτός σπιτιού διαπιστώνεται η ανάγκη περισσότερης βοήθειας καθώς το 27,9% αυτοεξυπηρετείται μόνο με βοήθεια και ποσοστό 17% δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί μόνο του. Ποσοστό 20,6% αυτοεξυπηρετείται με δυσκολία, αλλά χωρίς βοήθεια, ενώ μόνο ποσοστό 34,5% αυτοεξυπηρετείται μόνο του.

### **Παρεχόμενη φροντίδα**

Η φροντίδα από τα ανεπίσημα δίκτυα παρέχεται κυρίως από το σύζυγο, από παιδιά που διαμένουν στην ίδια πόλη ή από σύζυγο και συστεγαζόμενα παιδιά, με ποσοστά 30,9%, 27,8%, και 14,5% αντίστοιχα. Σε ποσοστό 8,6% παρέχεται φροντίδα από οικογενειακή βοήθ. Η επικοινωνία με τα παιδιά είναι καθημερινή για το 50,3% των ερωτώμενων κα 1-2 φορές την εβδομάδα για ποσοστό 35,2% .

### **Ικανοποίηση από επίσημα δίκτυα φροντίδας**

Όσο αφορά τα επίσημα δίκτυα, για τη βοήθειά τους οι συνταξιούχοι-ερωτώμενοι χρησιμοποιούν υπηρεσίες όπως το ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Το 44,2% χρησιμοποιεί το ΚΑΠΗ και το 21,2% το «Βοήθεια στο σπίτι», ενώ το 26% δεν χρησιμοποιεί καθόλου ανάλογες υπηρεσίες .

Αναφορικά με την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ΚΑΠΗ προέκυψε ότι οι ερωτώμενοι δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένοι» από τις ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τείνουν να είναι «πολύ ικανοποιημένοι» από την συμβουλευτική φροντίδα, την νοσηλευτική φροντίδα και την παροχή φυσιοθεραπείας. Επίσης είναι «μέτρια» προς «πολύ ικανοποιημένοι» από την εργοθεραπεία, ενώ «λίγο» ικανοποιημένοι δηλώνουν από την παρεχόμενη οικογενειακή βοήθεια των ΚΑΠΗ.

Από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του «Βοήθεια στο Σπίτι» προέκυψε ότι οι ερωτώμενοι δηλώνουν «πολύ» ικανοποιημένοι με την ιατρική φροντίδα τείνουν να είναι «πολύ ικανοποιημένοι» από την συναισθηματική στήριξη και νοσηλευτική φροντίδα ενώ είναι «μέτρια ικανοποιημένοι» από τις υπηρεσίες προσωπικής



φροντίδας, τη φροντίδα για τις δουλειές στο σπίτι και την παροχή γεύματος. Όσο αφορά τη συχνότητα της παρεχόμενης φροντίδας οι ερωτώμενοι με ποσοστό (71,4%) την επιθυμούν αρκετές φορές την εβδομάδα.

### **Ικανοποίηση από ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας**

Στην ερώτηση για την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα από την οικογένεια ποσοστό 66,1% δηλώνει «πολύ ικανοποιημένο», 24,8% «μέτρια ικανοποιημένο», 2,4% «λίγο ικανοποιημένο», ενώ 6,7% δεν απάντησε. Όμως θα πρέπει να παρατηρήσουμε ότι παρά το υψηλό ποσοστό των ηλικιωμένων που δήλωσαν «πολύ ικανοποιημένοι» ποσοστό μόνο 13,9% διαφωνεί απόλυτα με την άποψη ότι η οικογένεια έχει μειωμένο ενδιαφέρον για τα ηλικιωμένα άτομα. Επομένως το επίπεδο ικανοποίησης από την οικογενειακή φροντίδα δεν θα πρέπει να είναι τόσο υψηλό.

### **Σημαντικότητα τομέων παροχής βοήθειας- Απόψεις ερωτώμενων για μορφές φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα**

Αναφορικά με τους τομείς που οι ερωτώμενοι θεωρούν σημαντική την παροχή βοήθειας οι ερωτώμενοι τείνουν να θεωρούν «πάρα πολύ σημαντική» την παροχή βοήθειας σε περίπτωση ασθένειας στο νοσοκομείο (Μ.Ο.=4,81) και την παροχή βοήθειας σε περίπτωση ασθένειας στο σπίτι (Μ.Ο.=4,73). Θεωρούν επίσης «πολύ σημαντική» την βοήθεια σε εξωτερικές εξυπηρετήσεις (Μ.Ο.=4,17) και τη βοήθεια για βασικές δουλειές σπιτιού (Μ.Ο.=3,71).

Επιπλέον, σύμφωνα με τη γνώμη των ερωτώμενων η παροχή φροντίδας είναι ευθύνη κυρίως της πολιτείας και συμπληρωματικά θα πρέπει να βοηθά και η οικογένεια (76,4%). Το 20% αναφέρει ότι είναι ευθύνη και των δύο (οικογένειας και πολιτείας) ενώ μόλις το 2,4% αναφέρει ότι είναι αποκλειστικά ευθύνη της οικογένειας. Όσο αφορά τις απόψεις των ερωτώμενων για τις μορφές φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα θεωρούν «πάρα πολύ ικανοποιητική» μορφή φροντίδας τη διαμονή κοντά στα παιδιά τους (Μ.Ο.=4,76). «Πάρα πολύ ικανοποιητικές» μορφές φροντίδας θεωρούνται η ανάπτυξη συστήματος υπηρεσιών στην κοινότητα (Κ.Α.Π.Η, Βοήθεια στο Σπίτι) (Μ.Ο.=4,9) και η συστηματική κρατική υποστήριξη των φροντιστών (Μ.Ο.=4,97). «Μέτρια ικανοποιητική» μορφή φροντίδας χαρακτηρίζεται η πληρωμή ιδιωτικού οίκου ευγηρίας (Μ.Ο.=3) και μέτρια

προς «πολύ ικανοποιητική» μορφή φροντίδας η πληρωμή οικογενειακής βοήθου (M.O.=3,4).

### **Βαθμός κάλυψης αναγκών φροντίδας-Συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας**

Οι ανάγκες για φροντίδα, στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού-στόχου, καλύπτονται σε «μεγάλο» βαθμό (65,5%). Σε «μέτριο» βαθμό καλύπτονται οι ανάγκες φροντίδας για το 20% των ερωτώμενων. Σε ποσοστό 11,5% καλύπτονται «πλήρως» οι ανάγκες φροντίδας.

Τέλος, ποσοστό 60,6% των ερωτώμενων αισθάνεται έλλειψη βοήθειας «μερικές φορές». «Συχνά» αισθάνεται αυτή την έλλειψη το 23,7%, εν αντιθέσει του 13,9% που δεν αισθάνεται «ποτέ αυτή την έλλειψη».

### **Σημαντικότερα προβλήματα ηλικιωμένων ατόμων**

Επιπλέον, παρουσιάζονται οι απόψεις των ατόμων, σε σχέση με το ποιο θεωρούν το πιο σημαντικότερο πρόβλημα των ηλικιωμένων. Την πρώτη θέση καταλαμβάνει η μοναξιά (ποσοστό 28,4%) και ακολουθεί η δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης (ποσοστό 27,3%). Στη συνέχεια αναφέρονται τα προβλήματα υγείας (ποσοστό 20,1%), οι οικονομικές δυσκολίες (15,1%) και η στέρηση αγάπης-έλλειψη συντροφικότητας (9,1%).

### **Συσχετίσεις μεταβλητών**

Όσον αφορά στη συσχέτιση φύλου-συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας, ο αντρικός πληθυσμός είναι εκείνος που σε ποσοστό 87,0% δεν αισθάνεται ποτέ αυτή την έλλειψη, έναντι του 13% του γυναικείου πληθυσμού ( $p=0,005$ ). Υπάρχει επίσης στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και τη συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας ( $p=0,001$ ). Αναμενόμενο είναι ότι τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων βιώνουν συχνότερα αίσθημα έλλειψης βοήθειας.

Όσον αφορά στη συσχέτιση του βαθμού κάλυψης αναγκών φροντίδας δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση, εφόσον το  $p=0,252 > 0,005$ .

Αναφορικά με τη συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα από την οικογένεια και των ηλικιακών κατανομών διαπιστώνεται ότι υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης εμφανίζουν τα άτομα ηλικίας 65-70, 70-75 και 75-80 ( $p=0,027 < 0,05$ ).

Από τους ερωτώμενους που δηλώνουν «παντρεμένοι», το μεγαλύτερο ποσοστό είναι άνδρες (65,6%) και το υπόλοιπο 34,4% είναι γυναίκες. Μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών (59,1%) είναι χήρες συγκριτικά με τους άντρες που έχουν χάσει τις γυναίκες τους (40,9%). Από την ανάλυση προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο και την οικογενειακή κατάσταση αφού  $p=0,003$ ,  $p<0,05$ .

Αναμενόμενο είναι ότι η πλειοψηφία αυτών που οι ανάγκες τους καλύπτονται πλήρως (94,4%) και σε μεγάλο βαθμό (84,5%) δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένοι» από την παρεχόμενη φροντίδα από την οικογένεια. Δηλαδή υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο βαθμό κάλυψης αναγκών και στο βαθμό ικανοποίησης, από οικογενειακή φροντίδα ( $p=0,000$ ).

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και α) το βαθμό κάλυψης των αναγκών  $p=0,064>0,05$  β) την ικανοποίηση από φροντίδα που παρέχει η οικογένεια ( $p=0,487$ ) και γ) τη συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας ( $p=0,314$ ).

## 12.2. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων από τη διαθεσιμότητα και την φύση της παρεχόμενης φροντίδας που λαμβάνουν από τα επίσημα (ΚΑΠΗ, πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι), και ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας (οικογένεια, οικογενειακοί φροντιστές). Επίσης, να διαπιστωθούν οι απόψεις των ηλικιωμένων για την ευθύνη της οικογένειας και της πολιτείας στη φροντίδα των ηλικιωμένων, αλλά και οι απόψεις τους για τις ικανοποιητικές μορφές φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Αναλυτικότερα, όσο αφορά στην οικονομική κατάσταση ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων (43,6%) αναφέρουν ότι είναι «μέτρια ικανοποιημένοι», ενώ 11,6% θεωρούν ότι καλύπτουν σε μικρό βαθμό ή καθόλου τις ανάγκες τους. Το εισόδημα των ηλικιωμένων κυρίως προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση, από επικουρικές συντάξεις, από αποταμιεύσεις και περιουσία. Η σύνταξη είναι συνάρτηση της απασχόλησης που είχε το άτομο στην οικονομικά ενεργό ζωή του και το ύψος της σηματοδοτεί το βιοτικό επίπεδο των περισσότερων συνταξιούχων. Προφανώς η σύνταξη τους δεν είναι επαρκής (η πλειοψηφία είναι συνταξιούχοι ΙΚΑ

και ΟΓΑ) ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες τους. Άλλωστε και από τις απαντήσεις τους σε ερώτηση σχετική με το ποιο είναι το σημαντικότερο πρόβλημα των ηλικιωμένων σήμερα, οι οικονομικές δυσκολίες καταλαμβάνουν την τέταρτη θέση στις απαντήσεις τους με ποσοστό (15,1%). Δεδομένου ότι η πλειοψηφία αναφέρει ότι το σπίτι που διαμένει είναι ιδιόκτητο κατανοούμε πόσο δύσκολο θα ήταν για αυτούς εάν αναγκάζονταν να πληρώνουν και ενοίκιο. Επομένως, καθίσταται αναγκαίο η πολιτεία να φροντίσει για την αύξηση σύνταξης γήρατος ή διάφορες άλλες οικονομικές ελαφρύνσεις. Η οικονομική διάσταση όμως δεν είναι και η μοναδική. Η στήριξη θα έπρεπε να θεωρείται αυτονόητη από τη μεριά της πολιτείας σε ηλικιωμένα άτομα με δυσχερή οικονομική θέση. Άλλωστε τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας θα πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες όλου του πληθυσμού, χωρίς να παραβλέπεται το γεγονός ότι υπάρχουν ευπαθείς ομάδες με ανάγκη υλικής βοήθειας και ψυχοκοινωνικής συμπαράστασης.

Οι περισσότεροι ερωτώμενοι προτιμούν να ζουν σε δικό τους νοικοκυριό αλλά κοντά στο σπίτι των παιδιών τους και η πλειοψηφία (ποσοστό 50,3%) επικοινωνούν καθημερινά με τα παιδιά τους. Οι ερωτώμενοι διαμένουν κυρίως με το/τη σύζυγο ή τα παιδιά τους. Όμως αρκετοί είναι και οι ηλικιωμένοι (ποσοστό 28,6%) που ζουν μόνοι τους. Το ηλικιωμένο άτομο που ζει στο σπίτι του και έχει τον ή τη σύζυγό του είναι σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση από αυτόν που έχει χηρέψει. Όσο λειτουργεί η δυάδα του ζευγαριού, ακόμα και αν το ένα από τα δύο ή και τα δύο άτομα έχουν προβλήματα υγείας από ψυχολογικής πλευράς παραμένει η ισορροπία που προσφέρει η συντροφικότητα και η παρουσία ενός ανθρώπου που μπορεί να μοιραστεί σκέψεις αλλά και την απλή καθημερινότητα. Όμως η μοναχική διαβίωση αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας ενώ η συμβίωση μειώνεται. 40% των ερωτώμενων βρίσκονται σε χηρεία εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό (59,1% ) είναι γυναίκες. Επομένως, αναγκαία είναι η στήριξη των μοναχικών ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας.

Το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα των ερωτώμενων είναι η μοναξιά που αντιμετωπίζουν και ακολουθούν η δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης και τα προβλήματα υγείας. Καθώς διαθέτουν πολύ χρόνο και δεν έχουν αρκετές ασχολίες είναι πιθανόν να επιδίδονται σε αρνητικές σκέψεις, συγκρίνουν την τωρινή ποιότητα ζωής με την προηγούμενη και έχουν συναισθήματα λύπης και απώλειας. Ακόμα και αν δεν ζουν μόνοι τους είναι πιθανόν να νιώθουν μοναξιά με την έννοια ότι νιώθουν

παραγκωνισμένοι ή δεν έχουν ουσιαστική επικοινωνία με τα άτομα που τους περιβάλλουν για να μοιραστούν τις σκέψεις και αγωνίες τους.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων αντιμετωπίζουν περισσότερα από ένα προβλήματα υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να περιορίζεται η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης τους εντός αλλά και εκτός σπιτιού. Στις μεγάλες ηλικίες τα άτομα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερους κινδύνους να προσβληθούν από κάποια ασθένεια και αρκετοί ηλικιωμένοι χρειάζονται περίθαλψη και βοήθεια. Στη μεγάλη ηλικία σημειώνονται μεταβολές και ασθένειες των διαφόρων συστημάτων του ανθρώπου: του καρδιαγγειακού, του μυοσκελετικού, του αναπνευστικού κ.α.. Η σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής έχει ως επακόλουθο όχι μόνο την αύξηση του γεροντικού πληθυσμού αλλά και την εμφάνιση νοσημάτων που απαιτούν ιδιαίτερη φροντίδα και θεραπεία. Είναι γεγονός ότι η δυσκολία αυτοεξυπηρέτησης αποτελεί το δεύτερο από τα σημαντικότερα προβλήματα για τα ηλικιωμένα άτομα, σύμφωνα με την άποψη των ερωτώμενων (ποσοστό 27,3%), καθώς έχει ως συνέπεια το άτομο να χάνει την αυτονομία του και η ποιότητα ζωής του να εξαρτάται από την παρεχόμενη φροντίδα. Το θέμα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν το κύριο βάρος της ευθύνης για φροντίδα φέρει ο/η σύζυγος του εξαρτημένου ατόμου και τα παιδιά. Αναφορικά με τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης μέσα στο σπίτι το 22,4% αυτοεξυπηρετείται αλλά μόνο με κάποια βοήθεια και το 13,9% δεν έχει καμία δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης. Εκτός σπιτιού, διαπιστώνεται η ανάγκη ακόμα περισσότερης βοήθειας, αφού το 27,9% αυτοεξυπηρετείται εκτός σπιτιού αλλά μόνο με κάποια βοήθεια και ποσοστό 17% δεν έχει δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης εκτός σπιτιού. Η παροχή φροντίδας για βοήθεια σε εξωτερικές εξυπηρετήσεις και σε βασικές δουλειές σπιτιού θεωρείται πολύ σημαντική από τους ερωτώμενους. Η πολιτεία οφείλει να ενισχύσει το ήδη υπάρχον σύστημα υπηρεσιών φροντίδας στην κοινότητα ώστε το ηλικιωμένο άτομο να παραμένει στην κοινότητα και να αισθάνεται χρήσιμο μέλος της. Αυτό θα έχει και ως αποτέλεσμα την μείωση του αισθήματος μοναξιάς-περιθωριοποίησης και έλλειψης βοήθειας που εκφράζουν αρκετοί από τους ερωτώμενους.

Αρκετοί ερωτώμενοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας (επίσημα δίκτυα φροντίδας), ωστόσο και η οικογένεια τους συμπαρίσταται στην κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών αλλά και σε έκτακτες περιστάσεις ασθένειας και άλλων παροδικών δυσκολιών όσον αφορά στη φροντίδα τους. Έτσι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων (65,5%) δηλώνει ότι καλύπτονται σε «μεγάλο

βαθμό» οι ανάγκες τους για φροντίδα και ποσοστό 20% των ερωτώμενων θεωρούν ότι καλύπτονται σε «μέτριο βαθμό».

Όσο αφορά στο αίσθημα έλλειψης βοήθειας οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 60,6% δηλώνουν ότι «μερικές φορές» αισθάνονται έλλειψη βοήθειας και σε ποσοστό 23,7% αισθάνονται έλλειψη βοήθειας «συχνά». Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως εξής: Από τη μία η οικογένεια δεν μπορεί να ανταποκριθεί πάντοτε στις ανάγκες των ηλικιωμένων ενώ το επιθυμεί λόγω διαφόρων δυσκολιών (οικονομικοί λόγοι, φόρτος εργασίας κ.α.). Παράλληλα, δεν υπάρχει συμπαράσταση στη προσπάθεια της οικογένειας από κρατικές υπηρεσίες, ενώ κάτι τέτοιο κρίνεται αναγκαίο.

Μέσα για την μείωση του αισθήματος έλλειψης βοήθειας μπορούν να είναι:

α) Η ανάπτυξη ιατροκοινωνικών προγραμμάτων σε κοινοτική βάση που προάγει την αλληλεγγύη των γενεών μέσα στην κοινότητα αλλά και την αυτοβοήθεια.

β) Εξάπλωση των πληροφοριών πέρα από επαγγελματίες, σε ένα όσο το δυνατό πιο ευρύ κοινό που περιλαμβάνει τους ίδιους τους ηλικιωμένους, τις οικογένειες τους, τον καθένα, με προοπτική την ποιότητα ζωής στην Τρίτη Ηλικία.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι παντρεμένοι και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (40%) βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας, κυρίως γυναίκες. Κατανοούμε έτσι γιατί και στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεστε αβοήθητος» οι γυναίκες είναι εκείνες που νοιώθουν πιο συχνά.

Συνεχίζοντας, η πλειοψηφία των ερωτώμενων (ποσοστό 95,2%) έχουν παιδιά και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (89,2%) διαμένει στην ίδια πόλη. Σημαντικό είναι ότι κυρίως ο/η σύζυγος και τα παιδιά εξακολουθούν (όπως προκύπτει και από την έρευνα) ν' αναλαμβάνουν τη φροντίδα. Η «άτυπη φροντίδα» παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης σε ευάλωτους ηλικιωμένους. Ιδιαίτερα οι υπερήλικες είναι πιο ευάλωτοι και έχουν συχνότερα από τους νεότερους ανάγκη για περίθαλψη και φροντίδα. Φροντιστές είναι τα μέλη της οικογένειας και κυρίως οι σύζυγοι, οι κόρες και οι νύφες. Η φροντίδα των ηλικιωμένων απαιτεί μεγάλη σωματική και ψυχική προσπάθεια και θα 'πρεπε να δοθεί μία απάντηση στο ερώτημα αν οι οικογένειες μπορούν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους χωρίς στήριξη από την πολιτεία. Ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτώμενων από την παρεχόμενη οικογενειακή φροντίδα εμφανίζεται υψηλός (66,1% δηλώνει «πολύ ικανοποιημένο», 24,8% «μέτρια ικανοποιημένο» και 9,1% «λίγο ικανοποιημένο/ ή δεν απαντά»). Όμως εάν δούμε τις απόψεις τους για την εμφάνιση μειωμένου ενδιαφέροντος της οικογένειας για τους ηλικιωμένους μόνο

ποσοστό 13,9% διαφωνεί απόλυτα με αυτή την άποψη και 64,8% μάλλον διαφωνούν. Αυτό προξενεί ιδιαίτερη εντύπωση. Επομένως το επίπεδο ικανοποίησης από τη φροντίδα της οικογένειας δεν θα έπρεπε να είναι τόσο υψηλό, ούτε το επίπεδο δυσαρέσκειας τόσο χαμηλό. Ποσοστό 20,7% «συμφωνούν απόλυτα» ή «μάλλον συμφωνούν» για το μειωμένο ενδιαφέρον της οικογένειας, ενώ στον πίνακα για την ικανοποίηση 9,1% δηλώνει λίγο ικανοποιημένο ή δεν απαντά. Παρόμοιο συμπέρασμα προκύπτει και από τις απαντήσεις για τη μειωμένη δυνατότητα φροντίδας της οικογένειας. Μόνο 16,4% «συμφωνεί απόλυτα», ενώ 56,3% «μάλλον συμφωνούν» ενώ λογικά θα έπρεπε το ποσοστό αυτών που συμφωνούν απόλυτα να είναι υψηλότερο. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (72,7%) μάλλον συμφωνούν/συμφωνούν για τη μειωμένη δυσκολία φροντίδας της οικογένειας. Ιδιαίτερα προκύπτει η ανάγκη στήριξης της οικογένειας, παιδιών αλλά και συζύγων (που είναι ηλικιωμένα άτομα) για να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Αναφορικά με τις απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για παροχή φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα το μεγαλύτερο ποσοστό (76,4%) δηλώνει πως είναι ευθύνη της πολιτείας μέσω των υποστηρικτικών προγραμμάτων να παρέχει βοήθεια συμβάλλοντας συμπληρωματικά και η οικογένεια. Η πολιτεία οφείλει να παρέχει συστηματική υποστήριξη στην οικογένεια ώστε να μπορεί να φροντίζει τον ηλικιωμένο διατηρώντας τον ενεργό μέλος της κοινότητας. Τέτοιου είδους παροχές θα μπορούσαν να είναι η οικονομική ενίσχυση της οικογένειας, ανάπτυξη συστημάτων επαρκών υπηρεσιών φροντίδας στην κοινότητα, με επαρκή χρηματοδότηση, όπως για παράδειγμα η κατ' οίκον νοσηλεία και η βοήθεια στο σπίτι.

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας οι ερωτώμενοι που χρησιμοποιούν τα επίσημα υποστηρικτικά δίκτυα φροντίδας (ΚΑΠΗ, Βοήθεια στο Σπίτι) δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένοι» από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Θα πρέπει να συνεχίσουν να στηρίζονται ανάλογες υπηρεσίες φροντίδας-δομές και να στελεχώνονται με επαρκές και εξειδικευμένο προσωπικό εφόσον οι ίδιοι ηλικιωμένοι δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένοι» από παρεχόμενες υπηρεσίες όπως ψυχαγωγία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα, συμβουλευτική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα. Αυτό θα επιτρέψει την καλύτερη χρήση των πόρων της κοινότητας δίνοντας έτσι τη δυνατότητα να αναπτυχθούν ακόμα περισσότερο τα επίσημα και ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας ενισχύοντας την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, καθώς και την αυτοβοήθεια και αλληλοβοήθεια αυτών που φροντίζουν τα ηλικιωμένα άτομα.

«Λίγο ικανοποιημένοι» εμφανίζονται οι ηλικιωμένοι από τις υπηρεσίες οικογενειακής βοήθειας των ΚΑΠΗ «μέτρια ικανοποιημένοι» είναι από τις υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας, τη φροντίδα για δουλειές στο σπίτι και την παροχή γεύματος του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Επομένως, η αναβάθμιση των συγκεκριμένων υπηρεσιών των ΚΑΠΗ και του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι αναγκαία. Επίσης η καλύτερη στελέχωση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» θα συμβάλλει στη μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων που ζητά η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων. Ημερήσιοι Σταθμοί Παραμονής Ηλικιωμένων θα ανακουφίσουν σημαντικά τόσο τα ίδια τα ηλικιωμένα άτομα, όσο και τις οικογένειες τους, (που συχνά πληρώνουν γυναίκες για τη φροντίδα τους όταν εκείνοι δεν μπορούν). Παράλληλα, η ύπαρξη μεταφορικού μέσου, διαθέσιμου για τις μετακινήσεις των μοναχικών ηλικιωμένων, καθώς και η ύπαρξη ασθενοφόρου διαθέσιμου για την μεταφορά τους στο νοσοκομείο, είναι μερικές ακόμα προτάσεις, για την ενίσχυση και την αποτελεσματικότερη λειτουργία του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι. Τέλος, η ανάγκη ύπαρξης αποτελεσματικότερης εποπτείας από το κράτος θεωρείται απαραίτητη για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αναφέρεται ότι ΥΓΕΙΑ δεν είναι η απαλλαγή από τη νόσο αλλά η σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου υπογραμμίζοντας την ιδιότητα του σαν κοινωνικό ον. Κάθε άτομο, χωρίς διάκριση ηλικίας ή κατάσταση υγείας και μειονεξίας, μπορεί να έχει τη θέση του μέσα στη κοινωνία ζώντας δημιουργικά και ενεργά μέσα σε αυτή. Όπως προκύπτει και από την έρευνα, υπάρχει έντονη επιθυμία από μέρους των ερωτώμενων να παραμείνουν στο χώρο που τους είναι οικείος, στο σπίτι τους και στη γειτονιά τους. Θεωρούν «πάρα πολύ ικανοποιητικές» μορφές φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα την ανάπτυξη υπηρεσιών στην κοινότητα, την κρατική υποστήριξη των φροντιστών και τη διαμονή κοντά στα παιδιά τους. Οι ερωτώμενοι είναι αρνητικοί σε μορφές ιδρυματικής περίθαλψης (κρατικά-φιλανθρωπικά γηροκομεία, Κέντρα Χρονίων Παθήσεων) προτιμώντας να παραμείνουν στο οικείο περιβάλλον τους, έχοντας και συστηματική υποστήριξη από το κράτος όσο είναι δυνατό, σε συνεργασία με την οικογένεια. Θεωρούν δε την πληρωμή ιδιωτικού οίκου ευγηρίας «μέτρια μορφή» φροντίδας και τείνουν να θεωρούν την πληρωμή οικογενειακής βοηθού «μέτρια προς πολύ ικανοποιητική» μορφή φροντίδας.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμηνά Α., Γεωργιάδη Ε. & Τεπέρογλου Α. (1986): Ο Θεσμός της Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Αθήνα: ΕΚΚΕ
2. Γεωργούση Ε. & Σκουτέλης Γ. (επιμ.), (1993): Επιδημιολογία της τρίτης ηλικίας και κοινωνική προστασία στην Τρίτη ηλικία, Αθήνα: ΚΕΚΕΥ.
3. Έμκε-Πουλοπούλου Η. (1999): Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, παρελθόν, παρόν και μέλλον, Αθήνα: Έλλην.
4. Έμκε-Πουλοπούλου Η. (1993): Δημογραφική Γήρανση του πληθυσμού και Εισόδημα των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Υγεία και Κοινωνική Προστασία της Τρίτης Ηλικίας, Αθήνα: ΚΕΚΕΥ.
5. Εταιρία Νόσου Alzheimer (επιμ.), (2005): Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονέων, Αθήνα: Έλλην.
6. Ζαϊμάκης Γ. & Κανδυλάκη Α. (2005): Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και πολυπολιτισμικές κοινότητες, Αθήνα: Κριτική.
7. Ζαϊμάκης Γ. (2002): Κοινοτική Εργασία και τοπικές κοινωνίες, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα .
8. Καλλινικάκη Θ. (1998): Εισαγωγή στην θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
9. Κανδυλάκη Α. (2001): Η Συμβουλευτική στην Κοινωνική Εργασία-Δεξιότητες επικοινωνίας και τεχνικές παρέμβασης, Αθήνα: Σύγχρονες ακαδημαϊκές και επιστημονικές εκδόσεις.
10. Κανστενμπάουμ Ρ. (1998): Η Τρίτη Ηλικία και ο κύκλος της ζωής, Αθήνα: Ψυχογιός.

11. Καραντινός Δ.& Καβουνίδης Ι. (1996): Οι Κοινωνικές υπηρεσίες και η κοινωνική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού, Αθήνα: ΕΚΚΕ.
12. Κοτσαμάνης Β. (1996): Δημογραφική και Κοινωνική Γήρανση: Μύθοι και Πραγματικότητα, πρακτικά Συνεδρίου «Γήρανση και Κοινωνία», Αθήνα: ΕΚΚΕ.
13. Μαρκοπούλου Χ. (1995): Ο Κοινωνικός Λειτουργός σε ειδικά πλαίσια Κοινωνικής Προστασίας, Αθήνα: Έλλην.
14. Μπαλούρδος Δ., Τεπέρογλου Α. & Φακιάλας Ν. (επιμ.),(1996): Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης, στο Καραντινός Δ., Μαράτου-Αλιπράντη Λ. & Φρονίμου Ε. (επιμ.): Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, Αθήνα: ΕΚΚΕ.
15. Ο.Η.Ε. (1948): Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.
16. Payne Μ. (2000): Σύγχρονη θεωρία της Κοινωνικής Εργασίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
17. Παγοροπούλου Α. (1993): Ψυχολογία της τρίτης Ηλικίας, Αθήνα: Έλλην.
18. Παπαδοπούλου Χ. (1993): Γενικές θεωρίες ομάδων, Αθήνα: Έλλην,
19. Σταθόπουλος Π. (1999): Κοινωνική Πρόνοια-μία γενική θεώρηση, Αθήνα: Παπαζήση.
20. Σταθόπουλος Π. (2000): Κοινοτική Εργασία-Διαδικασίες, μέθοδοι, τεχνικές παρέμβασης, Αθήνα: Παπαζήση.
21. Σταθόπουλος Π. (2001): Κοινοτική Εργασία-Θεωρία και Πράξη, Αθήνα: Έλλην.
22. Στασινοπούλου Ο. (1992): Κράτος Πρόνοιας, Αθήνα: Gutenberg.

23. Σιμόν Ντε Μποβουάρ (1980): Τα Γηρατειά. «Είναι οι γέροι ανθρώπινα πλάσματα», Έμκε Ε. (μετ.), Αθήνα: Γλάρος.

## ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμηρά Α. (1994): Γηρατειά και μετανάστευση, Εκλογή, τ. 100, σελ. 59-65.
2. Βάγια Χ. & Κρεμάλης Κ. (1991): Ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα των ηλικιωμένων: Κίνδυνοι παραβίασης και προστασία, Κοινωνική Εργασία, τ. 24, σελ. 283-288.
3. Βυθούλκα Π. (1994): Δικαιώματα ηλικιωμένων, Κοινωνική Εργασία, τ. 34, σελ. 45-50.
4. Κοτσαμάνης Β. (1993): Δημογραφική γήρανση στη μεταπολεμική Ελλάδα, Εκλογή, τ. 32, σελ. 225-249.
5. Κυριόπουλος Γ., Ανδριώτη Δ. & Boerma W. (1995): Υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι, Κοινωνική Εργασία, τ. 38, σελ. 79-89.
6. Λύκκου, Α. (1994): Κοινωνική Εργασία με ηλικιωμένους στο νοσοκομείο, Εκλογή, τ.100, σελ. 72-78.
7. Λιάκου Μ. (1998): Βοήθεια στο Σπίτι. Κοινωνική Εργασία, τ. 13, σελ. 203-209.
8. Πουλοπούλου Η. (1991): Δημογραφική γήρανση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Κοινωνική Εργασία, τ. 24, σελ. 221-244.
9. Πουλοπούλου Η. (1994): Δημογραφική κατάσταση και οικογένεια, Εκλογή, τ. 103, σελ. 27.

10. Στασινοπούλου Ο. (1992): Άτυπα Δίκτυα Φροντίδας και σύγχρονος προνοιακός πλουραλισμός, Εκλογή, τ. 93, σελ. 109-122.
11. Χριστοδούλου Κ. (1993): Ανθρώπινα Κοινωνικά Δικαιώματα των Ηλικιωμένων, Κοινωνική Εργασία, σελ. 251-258.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

«Ικανοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων από την φροντίδα που τους παρέχεται από επίσημα- ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας».

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας. Υπεύθυνη καθηγήτρια είναι η Παπαδάκη Ελένη. Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς.

Οι σπουδάστριες: Σωμαράκη Καλλιόπη  
Χατζηγεωργίου Μαρία

Ο σπουδαστής: Τσόκας Νεκτάριος

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο Άνδρας  Γυναίκα
2. Ηλικία .....
3. Τόπος διαμονής.....
4. Τόπος Καταγωγής: χωριό  κωμόπολη  πόλη
5. Χρόνια διαμονής στην πόλη του Ηρακλείου.....
6. Εάν στο παρελθόν διαμένατε άλλού ήλθατε στο Ηράκλειο για λόγους φροντίδας: Ναι  Όχι
7. Εκπαίδευση:
  - ο Λίγες τάξεις Δημοτικού
  - ο Απόφοιτος-η γυμνασίου
  - ο Απόφοιτος-η Δημοτικού
  - ο Απόφοιτος-η λυκείου
  - ο Απόφοιτος-η τριτοβάθμιας εκπαίδευσης
8. Τελευταίο επάγγελμα που ασκούσατε πριν πάρετε σύνταξη.....
9. Χρόνια που έχουν περάσει από τη συνταξιοδότηση σας.....
10. Ασφάλιση:
  - ο ΙΚΑ
  - ο ΤΕΒΕ
  - ο ΟΓΑ
  - ο Δημόσιο
  - ο Υπόλοιπα Ταμεία
  - ο Χωρίς ασφάλιση
11. Ποια είναι η άποψη σας για την οικονομική σας κατάσταση;
  - ο Είναι πολύ καλή, καλύπτω όλες τις ανάγκες μου
  - ο Είναι καλή, καλύπτω σχεδόν όλες τις ανάγκες μου
  - ο Είναι μέτρια, καλύπτω κάποιες ανάγκες μου
  - ο Καλύπτω σε μικρό βαθμό τις ανάγκες μου
  - ο Βρίσκομαι σε άγχος γιατί η οικονομική μου κατάσταση δεν καλύπτει καθόλου τις ανάγκες μου
12. Το σπίτι που διαμένετε:
  - ο Είναι ιδιόκτητο
  - ο Πληρώνω ενοίκιο
  - ο Μου έχει παραχωρηθεί
  - ο Φιλοξενούμαι

13. Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας για το οποίο πρέπει να παίρνετε φάρμακα ή να επισκέπτεστε τακτικά το γιατρό: Ναι  Όχι

14. Εάν ναι, ασθένεια που πάσχετε: .....

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

- Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος
- Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού
- Νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων
- Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα (θυρεοειδής, σακχαρώδης διαβήτης)
- Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος
- Νοσήματα πεπτικού συστήματος
- Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος
- Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων
- Νεοπλάσματα
- Ψυχικές διαταραχές
- Νοσήματα δέρματος
- Κακώσεις

15. Έχετε δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης στο σπίτι;

- Ναι χωρίς δυσκολία
- Ναι με δυσκολία, αλλά χωρίς βοήθεια
- Ναι αλλά μόνο με κάποια βοήθεια
- Όχι δεν μπορώ καθόλου μόνος/η μου

16. Έχετε δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης εκτός σπιτιού;

- Ναι, χωρίς δυσκολία
- Ναι με δυσκολία, αλλά χωρίς βοήθεια
- Ναι αλλά μόνο με κάποια βοήθεια
- Όχι δεν μπορώ καθόλου μόνος/η μου

17. Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;

- Παντρεμένος/η
- Ανύπαντρος/η
- Διαζευγμένος/η
- Σε διάσταση
- Χήρος/α
- Ζω με σύντροφο

18. Άτομα που διαμένουν μαζί σας στο ίδιο σπίτι:

- Παιδιά
- Σύζυγος
- Άλλοι συγγενείς
- Μένω μόνος/η

19. Έχετε παιδιά;

Ναι  Όχι

20. Εάν ναι, πόσα παιδιά.....



21. (Εάν έχετε παιδί) ένα τουλάχιστον από τα παιδιά σας μένει στην πόλη του Ηρακλείου;  
 Ναι  Όχι
22. Πόσο συχνά επικοινωνείτε με τα παιδιά σας που μένουν στο Ηράκλειο;  
 Σχεδόν καθημερινά  
 1-2 φορές την εβδομάδα  
 Μία φορά κάθε 15 ημέρες  
 Μία φορά το μήνα  
 Μία φορά το εξάμηνο  
 Μία φορά το χρόνο  
 Σπάνια  
 Ποτέ
23. Ποιος σας παρέχει φροντίδα όταν τη χρειάζεστε (δυνατότητα για παραπάνω από μία απαντήσεις);  
 Σύζυγος  
 Συστεγαζόμενα παιδιά  
 Παιδιά που διαμένουν στο ίδιο κτίριο  
 Παιδιά που διαμένουν στην ίδια γειτονιά/προάστιο  
 Παιδιά που διαμένουν στην ίδια πόλη  
 Παιδιά που διαμένουν σε άλλη πόλη και έρχονται για βοήθεια σε έκτακτες περιπτώσεις  
 Συστεγαζόμενοι συγγενείς  
 Μη συστεγαζόμενοι συγγενείς  
 Οικογενειακή βοήθος με αμοιβή  Ελληνίδα  Αλλοδαπή   
 Φίλοι/ γείτονες  
 Δεν μου παρέχεται καμία φροντίδα από συγκεκριμένα άτομα
24. Εάν σας παρέχεται φροντίδα ποια είναι η συχνότητα της;  
 Κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας  
 Μόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας  
 Μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας  
 Μερικές ώρες την ημέρα  
 Μόνο όταν την χρειάζομαι (σε έκτακτες περιπτώσεις)  
 Μόνο όταν θα πρέπει να ασχοληθώ με δουλειές εκτός σπιτιού
25. Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες χρησιμοποιείτε;  
 Μου παρέχονται υπηρεσίες από το ΚΑΠΗ  
 Μου παρέχονται υπηρεσίες από «Βοήθεια στο σπίτι»  
 Μου παρέχετε βοήθεια από φιλανθρωπικές οργανώσεις- Εκκλησία  
 Άλλο.....
26. Σε ποιο βαθμό καλύπτονται οι ανάγκες σας για φροντίδα;  
 Πλήρως  
 Σε μεγάλο βαθμό  
 Σε μέτριο βαθμό  
 Λίγο  
 Καθόλου

27. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την φροντίδα που σας παρέχει η οικογένεια σας (εάν διαθέτετε);

- ο Πολύ ικανοποιημένος/η
- ο Μέτρια ικανοποιημένος/η
- ο Λίγο ικανοποιημένος/η
- ο Καθόλου ικανοποιημένος/η

28. Συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω απόψεις;

	Συμφωνώ απόλυτα	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Η οικογένεια ενδιαφέρεται σήμερα λιγότερο για τα ηλικιωμένα μέλη της				
Η οικογένεια σήμερα δεν μπορεί πάντα να φροντίζει τα μέλη της				

29. Εάν χρησιμοποιείτε υπηρεσίες των ΚΑΠΗ πόσο ικανοποιημένος/η είστε (Από 1= καθόλου ικανοποιημένος έως 5= πάρα πολύ ικανοποιημένος);

	1	2	3	4	5
Ιατροφαρμακευτική φροντίδα					
Νοσηλευτική φροντίδα					
Συμβουλευτική φροντίδα και στήριξη					
Ψυχαγωγικές εκδηλώσεις-εκδρομές					
Φυσικοθεραπεία					
Εργοθεραπεία					
Βοήθεια στο σπίτι από την οικογενειακή βοηθό					
Άλλο.....					

30. Δεν χρησιμοποιώ υπηρεσίες του ΚΑΠΗ επειδή:

- ο Δεν υπάρχει ΚΑΠΗ κοντά στην περιοχή μου
- ο Δεν μπορώ να μετακινούμαι εκτός σπιτιού
- ο Δεν με ενδιαφέρει να επικοινωνώ μόνο με ηλικιωμένους
- ο Άλλο.....

31. Εάν είστε εξυπηρετούμενος από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» πόσο ικανοποιημένος είστε από τις υπηρεσίες που σας παρέχει (Από 1= καθόλου ικανοποιημένος έως 5= πάρα πολύ ικανοποιημένος);

	1	2	3	4	5
Βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού					
Βοήθεια στην προσωπική φροντίδα					
Ιατροφαρμακευτική φροντίδα					
Νοσηλευτική φροντίδα					
Συναισθηματική στήριξη-επικοινωνία					
Παροχή γεύματος					
Άλλο.....					

32. Πόσο συχνά σας παρέχεται φροντίδα από το «Βοήθεια στο Σπίτι»;

.....

33. Πόσο συχνά θα επιθυμούσατε να σας παρέχεται φροντίδα από το «Βοήθεια στο Σπίτι» για να καλύπτονται οι ανάγκες σας;

.....

34. Πόσο σημαντικό είναι για σας να σας παρέχεται βοήθεια για τις παρακάτω δραστηριότητες (Από 1= καθόλου σημαντικό έως 5= πάρα πολύ σημαντικό);

	1	2	3	4	5
Βασικές δουλειές σπιτιού (σιγύρισμα, πλύσιμο σιδέρωμα, ψώνια)					
Προετοιμασία γεύματος					
Προσωπική φροντίδα (μπάνιο, ντύσιμο, κ.λ.π.)					
Βοήθεια σε εξωτερικές εξυπηρετήσεις (επίσκεψη σε γιατρό κ.λ.π.)					
Φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας στο σπίτι					
Φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας στο νοσοκομείο					

35. Νομίζετε ότι η παροχή φροντίδας στις παραπάνω δραστηριότητες:

- Είναι ευθύνη της οικογένειας (εάν υπάρχει) να διαθέσει χρόνο και χρήματα για την κάλυψη αυτών των αναγκών.
- Είναι ευθύνη κυρίως της πολιτείας να παρέχει φροντίδα μέσω των προγραμμάτων της και συμπληρωματικά θα πρέπει να βοηθά η οικογένεια.
- Είναι ευθύνη και των δύο.

36. Πόσο συχνά αισθάνεστε αβοήθητος/η;

- Ποτέ
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολλές φορές
- Σχεδόν πάντα

37. Αξιολογείστε πόσο ικανοποιητικές είναι οι παρακάτω μορφές φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα (1= καθόλου ικανοποιητική έως 5= πάρα πολύ ικανοποιητική)

	1	2	3	4	5
Εάν διαθέτουν παιδί να ζουν σε χωριστά αλλά κοντινά νοικοκυριά					
Να έχουν την δυνατότητα να πληρώνουν οι ίδιοι ή τα παιδιά τους ιδιωτικό οίκο ευγηρίας					
Να πληρώνουν οι ίδιοι ή τα παιδιά τους οικογενειακή βοήθό για φροντίδα στο σπίτι					
Εισαγωγή σε γηροκομείο (κρατικό ή φιλανθρωπικό)					
Ανάπτυξη συστήματος επαρκών υπηρεσιών φροντίδας στη κοινότητα (Βοήθεια στο Σπίτι, τηλεσυναγεργμός, ΚΑΠΗ) από την πολιτεία, ώστε το ηλικιωμένο άτομο να παραμένει στην κοινότητα					
Εισαγωγή στο Κέντρο Χρόνιων παθήσεων					
Συστηματική υποστήριξη των ατόμων που φροντίζουν το ηλικιωμένο άτομο στο σπίτι από το κράτος (οικονομική κ. λ. π.)					

38. Ποιο νομίζετε ότι είναι το σημαντικότερο πρόβλημα των ηλικιωμένων σήμερα;

.....  
 .....

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ**

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

**Πίνακας 1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**

<i>Δημογραφικοί Παράγοντες</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Συχνότητα %</i>
<b><u>Φύλο</u></b>		
Άνδρες	90	54,5
Γυναίκες	75	45,5
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>
<b><u>Ηλικιακές Κατανομές</u></b>		
65 έως 70 ετών	48	29,1
71 έως 75 ετών	43	26,1
76 έως 80 ετών	47	28,4
81 έως 85 ετών	11	6,7
86 έως 90 ετών	12	7,3
91 έως 95 ετών	3	1,8
96 ετών & άνω	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>
<b><u>Τόπος Διαμονής</u></b>		
Ηράκλειο	165	100%
<b><u>Τόπος Καταγωγής</u></b>		
Χωριό	100	60,6
Κωμόπολη	7	4,3
Πόλη	57	34,5
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>
<b><u>Χρόνια Διαμονής</u></b>		
Διαμονή 1 έως 20 χρόνια	40	24,2
Διαμονή 21 έως 50 χρόνια	51	30,9
Διαμονή 51 έως 70 χρόνια	43	26,1
Διαμονή 71 χρόνια & άνω	30	18,2
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>
<b><u>Μετακόμιση στο Ηράκλειο για λόγους φροντίδας</u></b>		
Ναι	47	28,5
Όχι	118	71,5

<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>
---------------	------------	------------

**Εκπαιδευτική Κατάσταση**

Λίγες τάξεις του Δημοτικού	49	29,6
Απόφοιτος Δημοτικού	59	35,8
Απόφοιτος Γυμνασίου	35	21,2
Απόφοιτος Λυκείου	12	7,3
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης	10	6,1
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Επαγγελματική Κατάσταση προ Συνταξιοδότησης**

Εκπαιδευτικός	4	2,4
Δημόσιος Υπάλληλος	14	8,5
Ιδιωτικός Υπάλληλος	35	21,2
Επιχειρηματίας/Εμπορας	3	1,8
Αγρότης	50	30,3
Τεχνίτης	29	17,6
Στρατιωτικός	2	1,2
Οικιακά	26	15,8
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

<i>Δημογραφικοί Παράγοντες</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Συχνότητα %</i>
--------------------------------	------------------	--------------------

**Οικογενειακή Κατάσταση**

Παντρεμένος/η	93	56,4
Ανύπαντρος/η	1	,6
Διαζευγμένος/η	4	2,4
Χήρος/α	66	40
Ζω με σύντροφο	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Άτομα στο ίδιο σπίτι**

Παιδιά	23	13,9
Σύζυγος	71	43,0
Παιδιά και Σύζυγος	20	12,1
Άλλοι συγγενείς	4	2,4
Μένω μόνος/η	47	28,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Παιδιά Στην Οικογένεια**

Ναι	157	95,2
Όχι	8	4,8
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Αριθμός Παιδιών**

1 παιδί	32	19,4
2 έως 3 παιδιά	105	63,6
3 έως 4 παιδιά	11	6,7
5 παιδιά & άνω	9	5,5
Δεν έχω παιδιά	8	4,8
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Παιδιά που διαμένουν στο Ηράκλειο**

Ναι	140	89,2
Όχι	17	10,8
<b>Σύνολο</b>	<b>157</b>	<b>100</b>

**Πίνακας 2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ**

<i>Κοινωνικοί Παράγοντες</i>	<i>Συχνότητα</i>	<i>Συχνότητα %</i>
<b><u>Χρόνια από τη Συνταξιοδότηση</u></b>		
1 έως 5 έτη	37	22,4
6 έως 10 έτη	44	26,7
11 έως 20 έτη	58	35,2
21 έτη και άνω	16	9,6
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	10	6,1
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>
<b><u>Ασφαλιστικό Ταμείο</u></b>		
ΙΚΑ	79	47,9
ΤΕΒΕ	13	7,9
ΟΓΑ	53	32,1
Δημόσιο	16	9,7
Υπόλοιπα Ταμεία	4	2,4
Χωρίς Ασφάλιση		
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Άποψη για την υπαρκτή οικονομική κατάσταση**

Είναι πολύ καλή, καλύπτω όλες τις ανάγκες μου	8	4,8
Είναι καλή, καλύπτω σχεδόν όλες τις ανάγκες μου	65	39,4
Είναι μέτρια, καλύπτω κάποιες ανάγκες μου	72	43,6
Καλύπτω σε μικρό βαθμό τις ανάγκες μου	9	5,5
Βρίσκομαι σε άγχος, γιατί η οικονομική μου κατάσταση δεν καλύπτει καθόλου τις ανάγκες μου	10	6,1
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Ιδιοκατοίκηση**

Είναι ιδιόκτητο	134	81,2
Πληρώνω ενοίκιο	4	2,4
Μου έχει παραχωρηθεί	2	1,2
Φιλοξενούμαι	25	15,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Υπαρξη γρόνιου νοσήματος**

Ναι	151	91,5
Όχι	13	7,9
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

***Κοινωνικοί Παράγοντες*****Συχνότητα      Συχνότητα %****Κατηγορίες Χρόνιου Νοσήματος (Δυνατότητα για παραπάνω από 1****απαντήσεις)**

Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος	66	24,7
Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού	39	14,6
Νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων	9	3,4
Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα	76	28,5
Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος	30	11,2
Νοσήματα πεπτικού συστήματος	16	6,0
Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος	15	5,6
Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων	2	0,7
Νεοπλάσματα	13	4,9
Ψυχικές διαταραχές	1	,4



**Δυνατότητα Αυτοεξυπηρέτησης Στο Σπίτι**

Ναι, χωρίς δυσκολία	66	40,0
Ναι, με δυσκολία, αλλά χωρίς βοήθεια	39	23,7
Ναι, αλλά μόνο με κάποια βοήθεια	37	22,4
Όχι, δεν μπορώ καθόλου μόνος/η μου	23	13,9
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Κοινωνικοί Παράγοντες**

Συχνότητα Συχνότητα %

**Δυνατότητα Αυτοεξυπηρέτησης Εκτός Σπιτιού**

Ναι, χωρίς δυσκολία	57	34,5
Ναι, με δυσκολία, αλλά χωρίς βοήθεια	34	20,6
Ναι, αλλά μόνο με κάποια βοήθεια	46	27,9
Όχι, δεν μπορώ καθόλου μόνος/η μου	28	17,0
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Επικοινωνία με παιδιά**

Σχεδόν καθημερινά	83	50,3
1-2 φορές την εβδομάδα	58	35,2
Μία φορά το μήνα	1	,6
Σπάνια	1	,6
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	22	13,3
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Παροχή φροντίδας (Δυνατότητα για παραπάνω από 1 απαντήσεις)**

Σύζυγος	51	30,9
Συστεγαζόμενα παιδιά	23	14,5
Σύζυγος και Συστεγαζόμενα Παιδιά	16	9,8
Παιδιά που διαμένουν στο ίδιο κτίριο	-	-
Παιδιά που διαμένουν στην ίδια γειτονιά	-	-
Παιδιά που διαμένουν στην ίδια πόλη	46	27,8
Παιδιά που διαμένουν σε άλλη πόλη	9	5,4
Συστεγαζόμενοι συγγενείς	1	0,6
Μη συστεγαζόμενοι συγγενείς	1	0,6
Οικογενειακή βοήθος με αμοιβή	15	8,6
Φίλοι/ Γείτονες	1	0,6
Δε μου παρέχεται καμία φροντίδα από συγκεκριμένα άτομα	2	1,2

**Συχνότητα παροχής φροντίδας**

Κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας	76	46,0
Μόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας	7	4,2
Μερικές ώρες την ημέρα	4	2,4
Μόνο όταν τη χρειάζομαι (σε έκτακτες περιπτώσεις)	65	39,4
Μόνο όταν θα πρέπει να ασχοληθώ με δουλειές εκτός σπιτιού	11	6,8
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Χρησιμοποιούμενες υπηρεσίες**

ΚΑΠΗ	73	44,2
«Βοήθεια στο σπίτι»	35	21,2
Φιλανθρωπικές οργανώσεις-Εκκλησία	-	-
Οικιακή Βοηθό	15	8,6
Δεν χρησιμοποιώ	42	26,0
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Βαθμός κάλυψης ανάγκης για φροντίδα**

Πλήρως	19	11,5
Σε μεγάλο βαθμό	108	65,5
Σε μέτριο βαθμό	33	20,0
Λίγο	2	1,2
Καθόλου	2	1,2
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Βαθμός Ικανοποίησης από παρεγόμενη οικογενειακή φροντίδα**

Πολύ ικανοποιημένος/η	109	66,1
Μέτρια ικανοποιημένος/η	41	24,8
Λίγο ικανοποιημένος/η	4	2,4
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-	-
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	11	6,7
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Κοινωνικοί Παράγοντες**

**Συχνότητα**

**Συχνότητα %**

**ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΡΟΛΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ**

**I) Εμφάνιση Μειωμένου Ενδιαφέροντος της οικογένειας για τους ηλικιωμένους**

Συμφωνώ απόλυτα	2	1,2
Μάλλον συμφωνώ	32	19,5
Μάλλον διαφωνώ	107	64,8
Διαφωνώ απόλυτα	23	13,9
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**II) Μειωμένη Δυνατότητα Φροντίδας των Ηλικιωμένων από την Οικογένεια Σήμερα**

Συμφωνώ απόλυτα	27	16,4
Μάλλον συμφωνώ	93	56,3
Μάλλον διαφωνώ	34	20,6
Διαφωνώ απόλυτα	10	6,1
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	1	,6
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΠΗ**

**Βαθμός Ικανοποίησης λήψης Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης των**

**ΚΑΠΗ**

Καθόλου Ικανοποιημένος	-	-
Λίγο Ικανοποιημένος	-	-
Μέτρια Ικανοποιημένος	8	11,0
Πολύ Ικανοποιημένος	45	61,6
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	20	27,4
<b>Σύνολο</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 4**

**Βαθμός Ικανοποίησης λήψης Νοσηλευτικής Φροντίδας από ΚΑΠΗ**

Καθόλου Ικανοποιημένος		
Λίγο Ικανοποιημένος	2	2,7
Μέτρια Ικανοποιημένος	30	41,1
Πολύ Ικανοποιημένος	21	28,8
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	20	27,4
<b>Σύνολο</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 3,83**

**Βαθμός Ικανοποίησης λήψης Συμβουλευτικής Φροντίδας από ΚΑΠΗ**

Καθόλου Ικανοποιημένος		
Λίγο Ικανοποιημένος	2	2,7

Μέτρια Ικανοποιημένος	26	35,6
Πολύ Ικανοποιημένος	27	37,0
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	18	24,7
<b>Σύνολο</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 3,83**

*Κοινωνικοί Παράγοντες* Συχνότητα Συχνότητα %

**Βαθμός Ικανοποίησης από ψυχαγωγικές εκδηλώσεις-εκδρομές από**

**ΚΑΠΗ**

Καθόλου Ικανοποιημένος		
Λίγο Ικανοποιημένος	3	4,2
Μέτρια Ικανοποιημένος	6	8,2
Πολύ Ικανοποιημένος	43	58,9
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	21	28,7
<b>Σύνολο</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 4,1**

**Βαθμός Ικανοποίησης από παροχή Φυσικοθεραπείας σε ΚΑΠΗ**

Καθόλου Ικανοποιημένος		
Λίγο Ικανοποιημένος	5	6,8
Μέτρια Ικανοποιημένος	28	38,4
Πολύ Ικανοποιημένος	26	35,6
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	14	19,2
<b>Σύνολο</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 3,67**

**Βαθμός Ικανοποίησης από Εργοθεραπεία σε ΚΑΠΗ**

Καθόλου Ικανοποιημένος		
Λίγο Ικανοποιημένος	14	19,2
Μέτρια Ικανοποιημένος	32	43,8
Πολύ Ικανοποιημένος	14	19,2
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	13	17,8
<b>Σύνολο</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 3,35**

**Βαθμός Ικανοποίησης από τη βοήθεια στο σπίτι από οικογενειακή βοήθ**

**του ΚΑΠΗ**

Καθόλου Ικανοποιημένος	50	68,6
------------------------	----	------

Λίγο Ικανοποιημένος	8	10,9
Μέτρια Ικανοποιημένος	-	-
Πολύ Ικανοποιημένος	7	9,6
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	8	10,9
<b>Σύνολο</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 1,7**

**Λόγοι μη χρήσης υπηρεσιών του ΚΑΠΗ**

Δεν υπάρχει ΚΑΠΗ κοντά στην περιοχή μου	29	31,5
Δεν μπορώ να μετακινούμαι εκτός σπιτιού	48	52,2
Δεν με ενδιαφέρει να επικοινωνώ μόνο με ηλικιωμένους	15	16,3
<b>Σύνολο</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»**

**Βαθμός Ικανοποίησης από το «Βοήθεια στο Σπίτι» για βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού**

Καθόλου Ικανοποιημένος		
Λίγο Ικανοποιημένος	1	2,9
Μέτρια Ικανοποιημένος	23	65,7
Πολύ Ικανοποιημένος	8	22,8
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	3	8,6
<b>Σύνολο</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 3,1**

**Βαθμός Ικανοποίησης από το «Βοήθεια στο Σπίτι» για βοήθεια στην προσωπική φροντίδα**

Καθόλου Ικανοποιημένος		
Λίγο Ικανοποιημένος	4	11,4
Μέτρια Ικανοποιημένος	25	71,4
Πολύ Ικανοποιημένος	3	8,6
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	3	8,6
<b>Σύνολο</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 3,1**

*Κοινωνικοί Παράγοντες*

Συχνότητα

Συχνότητα %

**Βαθμός Ικανοποίησης από το «Βοήθεια στο Σπίτι» για**

**Ιατροφαρμακευτική Φροντίδα**

Καθόλου Ικανοποιημένος	-	-
Λίγο Ικανοποιημένος	-	-
Μέτρια Ικανοποιημένος	2	5,7
Πολύ Ικανοποιημένος	29	82,8
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	4	11,5
<b>Σύνολο</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
<b>Μ.Ο: 4</b>		

**Βαθμός Ικανοποίησης από το «Βοήθεια στο Σπίτι» για Νοσηλευτική**

**Φροντίδα**

Καθόλου Ικανοποιημένος	-	-
Λίγο Ικανοποιημένος	3	8,6
Μέτρια Ικανοποιημένος	20	57,1
Πολύ Ικανοποιημένος	8	22,8
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	4	11,5
<b>Σύνολο</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
<b>Μ.Ο: 3,3</b>		

**Βαθμός Ικανοποίησης από το «Βοήθεια στο Σπίτι» για συναισθηματική**

**στήριξη-επικοινωνία**

Καθόλου Ικανοποιημένος	-	-
Λίγο Ικανοποιημένος	-	-
Μέτρια Ικανοποιημένος	22	62,8
Πολύ Ικανοποιημένος	9	25,7
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	4	11,5
<b>Σύνολο</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
<b>Μ.Ο: 3,4</b>		

**Βαθμός Ικανοποίησης από το «Βοήθεια στο Σπίτι» για παροχή γεύματος**

Καθόλου Ικανοποιημένος	1	2,9
Λίγο Ικανοποιημένος	8	22,8
Μέτρια Ικανοποιημένος	18	51,3
Πολύ Ικανοποιημένος	4	11,5
Πάρα πολύ Ικανοποιημένος	4	11,5
<b>Σύνολο</b>	<b>35</b>	<b>100</b>
<b>Μ.Ο :3</b>		

**Συχνότητα Παρεχόμενης Φροντίδας από το «Βοήθεια στο Σπίτι»**

1 φορά την εβδομάδα	27	77,1
2 φορές την εβδομάδα	4	11,5

Κάθε 10 μέρες	2	5,7
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	5,7
<b>Σύνολο</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Επιθυμητή Συχνότητα Φροντίδας από το «Βοήθεια στο Σπίτι»**

Καθημερινά	8	22,9
Αρκετές Φορές την Εβδομάδα	25	71,4
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	5,7
<b>Σύνολο</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ**

**ΤΟΜΕΙΣ**

**Σημαντικότητα παροχής βοήθειας για βασικές δουλειές σπιτιού**

Καθόλου Σημαντικό	6	3,6
Λίγο Σημαντικό	14	8,5
Μέτρια Σημαντικό	41	24,8
Πολύ Σημαντικό	54	32,8
Πάρα πολύ Σημαντικό	48	29,1
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 3,7**

***Κοινωνικοί Παράγοντες***

**Συχνότητα      Συχνότητα %**

**Σημαντικότητα παροχής βοήθειας για προετοιμασία γεύματος**

Καθόλου Σημαντικό	5	3,0
Λίγο Σημαντικό	39	23,6
Μέτρια Σημαντικό	54	32,7
Πολύ Σημαντικό	28	17,0
Πάρα πολύ Σημαντικό	37	22,5
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 2,25**

**Σημαντικότητα παροχής βοήθειας για προσωπική φροντίδα**

Καθόλου Σημαντικό	33	20,0
-------------------	----	------

Λίγο Σημαντικό	49	29,7
Μέτρια Σημαντικό	29	17,6
Πολύ Σημαντικό	21	12,7
Πάρα πολύ Σημαντικό	31	18,8
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**M.O: 2,58**

**Σημαντικότητα παροχής βοήθειας για βοήθεια σε εξωτερικές  
εξυπηρετήσεις**

Καθόλου Σημαντικό	3	1,8
Λίγο Σημαντικό	10	6,1
Μέτρια Σημαντικό	26	15,9
Πολύ Σημαντικό	44	26,7
Πάρα πολύ Σημαντικό	80	48,5
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**M.O: 4,17**

**Σημαντικότητα παροχής βοήθειας για φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας  
στο σπίτι**

Καθόλου Σημαντικό	-	-
Λίγο Σημαντικό	-	-
Μέτρια Σημαντικό	1	,6
Πολύ Σημαντικό	42	25,5
Πάρα πολύ Σημαντικό	114	69,1
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	8	4,8
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**M.O: 4,73**

**Σημαντικότητα παροχής βοήθειας για φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας  
στο νοσοκομείο**

Καθόλου Σημαντικό	1	,6
Λίγο Σημαντικό	-	-
Μέτρια Σημαντικό	1	,6
Πολύ Σημαντικό	25	15,2
Πάρα πολύ Σημαντικό	136	82,4
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2



**Σύνολο** **165** **100**  
**Μ.Ο: 4,87**

**Η παροχή φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα είναι:**

Είναι ευθύνη της οικογένειας (εάν υπάρχει) να διαθέσει χρόνο και χρήματα για την κάλυψη αυτών των αναγκών	4	2,4
Είναι ευθύνη κυρίως της πολιτείας να παρέχει φροντίδα μέσω των προγραμμάτων της και συμπληρωματικά θα πρέπει να βοηθά η	126	76,4
Είναι ευθύνη και των δύο	33	20,0
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας**

Ποτέ	23	13,9
Μερικές φορές	100	60,6
Συχνά	39	23,7
Πολλές φορές	1	,6
Σχεδόν πάντα	-	-
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ**

**ΑΤΟΜΑ**

	Συχνότητα	Συχνότητα %
<b><i>Κοινωνικοί Παράγοντες</i></b>		
<b><u>Μορφή Φροντίδας: Διαμονή Ηλικιωμένων Ατόμων κοντά σε παιδιά</u></b>		
Καθόλου Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	-	-
Λίγο Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	2	1,2
Μέτρια Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	9	5,5
Πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	62	37,6
Πάρα πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	90	54,5
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>
<b>Μ.Ο: 4,76</b>		

**Μορφή Φροντίδας: Πληρωμή ιδιωτικού οίκου ευγηρίας**

Καθόλου Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	6	3,7
Λίγο Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	18	10,9
Μέτρια Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	79	47,9
Πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	38	23,0
Πάρα πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	22	13,3

Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 3**

**Μορφή Φροντίδας: Πληρωμή οικογενειακής βοηθού**

Καθόλου Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	3	1,8
Λίγο Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	13	7,9
Μέτρια Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	82	49,7
Πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	38	23,0
Πάρα πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	27	16,4
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 3,4**

**Μορφή Φροντίδας:Εισαγωγή σε γηροκομείο (κρατικό ή φιλανθρωπικό)**

Καθόλου Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	36	21,8
Λίγο Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	76	46,1
Μέτρια Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	30	18,2
Πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	10	6,1
Πάρα πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	11	6,7
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,1
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 2,1**

**Μορφή Φροντίδας: Ανάπτυξη συστήματος επαρκών υπηρεσιών φροντίδας από την κοινότητα (ΚΑΠΗ, Βοήθεια στο Σπίτι)**

Καθόλου Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	1	,6
Λίγο Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	-	-
Μέτρια Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	1	,6
Πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	15	9,0
Πάρα πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	146	88,5
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,3
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 4,9**

**Μορφή Φροντίδας: Εισαγωγή σε Κέντρο Χρονίων Παθήσεων**

Καθόλου Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	113	68,5
Λίγο Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	35	21,2
Μέτρια Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	6	3,6
Πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	3	1,8

Πάρα πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	6	3,7
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	2	1,2
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 0,83**

**Μορφή Φροντίδας: Συστηματική κρατική υποστήριξη**

Καθόλου Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	-	-
Λίγο Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	-	-
Μέτρια Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	-	-
Πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	4	2,4
Πάρα πολύ Ικανοποιητική μορφή φροντίδας	158	95,8
Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ	3	1,8
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**Μ.Ο: 5**

**Σημαντικότερο Πρόβλημα Ηλικιωμένων**

Προβλήματα Υγείας	33	20,1
Μοναξιά	47	28,4
Οικονομικές Δυσκολίες	25	15,1
Δυσκολία Αυτοεξυπηρέτησης	45	27,3
Στέρξη Αγάπης-Έλλειψη Συντροφικότητας	15	9,1
<b>Σύνολο</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΜΕΤΑΒΑΗΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΦΥΛΟΥ & ΗΛΙΚΙΑΚΩΝ ΚΑΤΑΝΟΜΩΝ**

**Συσχέτιση Φύλου και Οικογενειακής Κατάστασης**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,993(a)	4	,003
Likelihood Ratio	18,342	4	,001
Linear-by-Linear Association	9,019	1	,003

N of Valid Cases	165		
------------------	-----	--	--

a 6 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>Άνδρας</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>P<sup>VALUE</sup></b>
Παντρεμένος/η	61 (65,6%)	32 (34,4%)	,003*
Ανύπαντρος/η	1 (100,0%)	0 (,0%)	
Διαζευγμένος/η	0 (,0%)	4 (100,0%)	
Χήρος/α	27 (40,9%)	39 (59,1%)	
Ζω με σύντροφο	1 (100,0%)	0 (,0%)	
<b>Σύνολο</b>	<b>90 (54,5%)</b>	<b>75 (45,5%)</b>	

### Συσχέτιση Φύλου και Συχνότητας Αισθήματος Έλλειψης Βοήθειας

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,976(a)	3	,005
Likelihood Ratio	14,760	3	,002
Linear-by-Linear Association	7,344	1	,007
N of Valid Cases	163		

a 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

<b>Συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας</b>	<b>Άνδρας</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>P<sup>VALUE</sup></b>
<u>Συχνότητα αισθήματος έλλειψης βοήθειας</u>			,005*
Ποτέ	20 (87,0%)	3 (13,0%)	
Μερικές φορές	51 (51,0%)	49 (49,0%)	
Συχνά	17 (43,6%)	22 (56,4%)	
Πολλές φορές	1 (100,0%)	0 (,0%)	

Σχεδόν πάντα

Σύνολο

89 (54,6%) 74 (45,4%)

\* Στατιστικά Σημαντικό

**Κατανομή ανεξάρτητων μεταβλητών κατά ηλικιακή κατανομή  
(σε ποσοστό %)**

<b>Μεταβλητές</b>	<b>Ηλικιακές Κατανομές</b>						
	65-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	95<
<b><u>Βαθμός κάλυψης</u></b>							
<b><u>ανάγκης για φροντίδα</u></b>							
Πλήρως	47,4%	21,1%	15,8%	10,5%	,0%	,0%	5,3%
Σε μεγάλο βαθμό	25,9%	21,3%	38,0%	5,6%	7,4%	1,9%	,0%
Σε μέτριο βαθμό	21,3%	45,5%	9,1%	9,1%	12,1%	3,0%	,0%
Λίγο	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Καθόλου	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>28,7%</b>	<b>26,2%</b>	<b>28,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>7,3%</b>	<b>1,8%</b>	<b>,6%</b>
<b><u>Βαθμός Ικανοποίησης</u></b>							
<b><u>από παρεχόμενη</u></b>							
<b><u>οικογενειακή φροντίδα</u></b>							
Πολύ ικανοποιημένος/η	29,4%	21,1%	33,9%	8,3%	4,6%	1,8%	,9%
Μέτρια	34,2%	43,9%	14,6%	2,4%	4,9%	,0%	,0%
ικανοποιημένος/η							
Λίγο ικανοποιημένος/η	25,0%	25,0%	,0%	25,0%	,0%	25,0%	,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>30,5%</b>	<b>27,3%</b>	<b>27,9%</b>	<b>7,1%</b>	<b>4,5%</b>	<b>1,9%</b>	<b>,6%</b>
<b><u>Συχνότητα αισθήματος</u></b>							
<b><u>έλλειψης βοήθειας</u></b>							
Ποτέ	56,5%	17,4%	21,7%	,0%	,0%	,0%	4,3%
Μερικές φορές	28,0%	30,0%	30,0%	9,0%	3,0%	,0%	,0%
Συχνά	15,4%	23,1%	28,2%	5,1%	20,5%	7,7%	,0%
Πολλές φορές	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>28,8%</b>	<b>26,4%</b>	<b>28,8%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>1,8%</b>	<b>,6%</b>

### Συσχέτιση Ηλικιακών Κατανομών Βαθμού κάλυψης ανάγκης για φροντίδα

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,141(a)	28	,027
Likelihood Ratio	39,601	28	,072
Linear-by-Linear Association	,149	1	,700
N of Valid Cases	164		

a 30 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

### Συσχέτιση Ηλικιακών Κατανομών και Βαθμού Ικανοποίησης από παρεχόμενη οικογενειακή φροντίδα

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,984(a)	14	,014
Likelihood Ratio	22,439	14	,070
Linear-by-Linear Association	1,048	1	,306
N of Valid Cases	154		

a 16 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

**Συσγέτιση Ηλικιακών Κατανομών και Συχνότητας αισθήματος έλλειψης βοήθειας**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,284(a)	21	,001
Likelihood Ratio	43,309	21	,003
Linear-by-Linear Association	14,997	1	,000
N of Valid Cases	163		

a 20 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

**Συσγέτιση Βαθμού Κάλυψης Αναγκών και Βαθμού Ικανοποίησης**

		Βαθμός Ικανοποίησης			Σύνολο
		Πολύ ικανοποιημένος/η	Μέτρια ικανοποιημένος/η	Λίγο ικανοποιημένος/η	
<b>Κάλυψη Αναγκών</b>	Πλήρως	17	0	1	18
		94,4%	,0%	5,6%	100,0%
	Σε μεγάλο βαθμό	87	15	1	103
		84,5%	14,6%	1,0%	100,0%
	Σε μέτριο βαθμό	5	23	1	29
		17,2%	79,3%	3,4%	100,0%
	Λίγο	0	2	0	2
		,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Καθόλου	0	1	1	2
		,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Σύνολο		109	41	4	154
		70,8%	26,6%	2,6%	100,0%

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΚΑΠΗ  
(Μ.Ο)**

Ψυχαγωγικές εκδηλώσεις	Μ.Ο. = 4,1
Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	Μ.Ο. = 4
Νοσηλευτική φροντίδα	Μ.Ο.= 3,83
Συμβουλευτική φροντίδα	Μ.Ο. = 3,83
Φυσικοθεραπεία	Μ.Ο. = 3,67
Εργοθεραπεία	Μ.Ο. = 3,35
Οικογενειακή βοήθος	Μ.Ο. 1,7

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ (Μ.Ο)**

Ιατροφαρμακευτική φροντίδα	Μ.Ο. = 4
Συναισθηματική στήριξη	Μ.Ο. = 3,4
Νοσηλευτική φροντίδα	Μ.Ο. = 3,3
Δουλειές στο σπίτι	Μ.Ο. = 3,1
Προσωπική φροντίδα	Μ.Ο. =3,1
Παροχή γεύματος	Μ.Ο. =3

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ  
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ (Μ.Ο)**

<i>Μορφές Φροντίδας</i>	<i>Ίκανοποίηση (Μ.Ο)</i>
Συστηματική κρατική υποστήριξη των φροντιστών	4,97
Ανάπτυξη συστημάτων υπηρεσιών φροντίδας στην κοινότητα	4,9
Διαμονή κοντά σε παιδιά	4,76
Πληρωμή οικογενειακής βοηθού	3,4
Πληρωμή ιδιωτικού οίκου ευγηρίας	3
Εισαγωγή σε γηροκομείο (κρατικό ή φιλανθρωπικό)	2,1
Εισαγωγή σε κέντρο Χρονίων Παθήσεων	0,83



**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ  
(ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ)**

<i>Τομείς παροχής φροντίδας</i>	<b>Σημαντικότητα (Μ.Ο)</b>
Παροχή βοήθειας για φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας στο νοσοκομείο	4,87
Παροχή βοήθειας για φροντίδα σε περίπτωση ασθένειας στο σπίτι	4,73
Παροχή βοήθειας σε εξωτερικές εξυπηρετήσεις	4,17
Βοήθεια για βασικές δουλειές σπιτιού	3,71
Βοήθεια για προσωπική Φροντίδα	2,58
Βοήθεια για προετοιμασία γεύματος	2,25