

**Α.Τ.Ε.Ι.
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ
ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

**ΚΗΠΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΟΥ ΙΩΑΝΝΑ
ΜΑΡΑΒΕΛΑΚΗ ΝΑΥΣΙΚΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΡΑΤΣΙΚΑ ΝΙΚΟΛΕΤΑ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

A . ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

A.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

A.1.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

A.2 ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

A.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

B. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

B.1 ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΤΗΣ

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

A. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

A. 1 «ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»

A. 2 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

A. 3 ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

A.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΧΩΡΩΝ Ε.Ε (Ελλάδα-Ιταλία , Μ.Βρετανία , Γερμανία, Δανία)

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

A. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

B. ΦΟΡΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

B.1 ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η)

B.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

B.3 ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η)

B.4 ΜΟΝΑΔΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

A. ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ Γ' ΗΛΙΚΙΑ

A.1 ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ

A.2 ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ

A.3 ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

A.4 ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ «ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ»

A.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.

A.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

I.I. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΔΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

A.1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟΥ

B.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Γ.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού που διαρκώς αυξάνει.

Μια σοφή κινέζικη παροιμία λέει ότι εάν ένα σπίτι δεν έχει κάποιο ηλικιωμένο, τότε θα πρέπει οπωσδήποτε να αποκτήσει. Η λαϊκή σοφία παραπέμπει στην χρησιμότητα και την ευεργετική παρουσία της τρίτης ηλικίας η οποία είχε, έχει και θα έχει ιδιαίτερη χρησιμότητα και σημασία. Η τρίτη ηλικία, οι γιαγιάδες και οι παππούδες μας, οι γονείς των γονιών μας είναι αναμφισβήτητα ένα από τα μεγαλύτερα κεφάλαια της ζωής, μια διαχρονική αξία που διαρκώς μεγαλώνει χωρίς όρια, σαν το παλιό καλό κρασί.

Τα γηρατειά όμως στην δική μας κοινωνία είναι συνώνυμα με το περιττό. Δε διαθέτουμε κατάλληλους ρόλους για τους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα να τους αποστερούμε συστηματικά. Αποφεύγουμε να σκεπτόμαστε το γήρας, αισθανόμαστε ότι η πορεία αυτή είναι μη ανατρέψιμη και αναφερόμαστε σ' αυτό σαν κάτι παθολογικό. Κάποιος μεγάλος φιλόσοφος είχε αναφερθεί στο θέμα λέγοντας ότι σ' αυτή τη ζωή από την στιγμή που θα γεννηθούμε για ένα πράγμα είμαστε σίγουροι, ότι θα πεθάνουμε. Δεν γνωρίζουμε ούτε πόσο θα ζήσουμε, ούτε πως θα ζήσουμε. Αυτό το άγχος του θανάτου δεν αντιτίθεται στην Φρουδική αντίληψη του ενστίκτου της ζωής, της αυτοσυντήρησης, αλλά έχει να κάνει μάλλον με τον μηχανισμό άμυνας της άρνησης, και εθελουφλούμε μπροστά σε μια φυσική κατάληξη κάθε έμβιου όντος, το θάνατο.

Ο Adler αναφέρει ότι η πραγματική θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία μας απειλείται σοβαρά γιατί η αξία της εργασίας είναι αποφασιστικός παράγοντας για την εκτίμηση της προσωπικότητας. Τα γηρατειά με τις απώλειες που επιφέρουν στο άτομο μοιάζουν με όλες τις άλλες πράξεις που συντελούν στο να αυτοϋποτιμάται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Σιγά – σιγά και στη χώρα μας ο κοινωνικός ιστός χαλαρώνει. Η οικογενειακή φροντίδα και η άτυπη κοινωνική φροντίδα, μέσω της κοινωνικής αλληλεγγύης συνεχώς μειώνεται, ευτυχώς στη χώρα μας με αργότερους ρυθμούς. Από την μια

μεριά οι ανθρώπινες σχέσεις γίνονται πλατύτερες και συχνότερες και από την άλλη, λιγότερο άμεσες και αυθεντικές σε σημείο που την προσωπική επικοινωνία την έχει υποκαταστήσει η ανώνυμη πληροφόρηση. Η έλλειψη πλατιών και ελεύθερων επαφών όπως και της άμεσης πληροφόρησης σημαδεύουν βαθιά την ζωή των μελών των ευπαθών ομάδων. Τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι ηλικιωμένων που έχουν ξεκινήσει να εφαρμόζονται με σκοπό την κάλυψη τέτοιου είδους αναγκών, δεν εξαλείφουν τελείως την ιδρυματική περίθαλψη .

Γι' αυτό το λόγο, μέσα από τη συγκεκριμένη εργασία προσπαθούμε να ερευνήσουμε τα αίτια και τους λόγους που οδηγούν ένα άτομο τρίτης ηλικίας σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης . Ο εντοπισμός και η μελέτη των λόγων αυτών, ενδεχομενως να οδηγήσει διαπιστώσεις και προτάσεις για μέτρα που θα ήταν χρήσιμα προκειμένου να αποφευχθεί, όσο το δυνατόν γίνεται, η ιδρυματική φροντίδα.

Το πρώτο κεφάλαιο έχει να κάνει με την ανάλυση της κατάστασης στην οποία επέρχεται το άτομο από τη στιγμή που περνάει το 65^ο έτος της ηλικίας τους και κατ' επέκταση θεωρείται πως μπαίνει στην τρίτη ηλικία. Επίσης γίνεται αναφορά στις ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όπως και στις σχέσεις και τον ρόλο που παίζει ο θεσμός της οικογένειας, αφού αδιαμφισβήτητα είναι ο πρωταρχικός παράγοντας που αρκετές φορές αναλαμβάνει την υποστήριξη και τη φροντίδα κάποιου μέλους της τρίτης ηλικίας που χρήζει βοήθειας .

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνεται έμφαση στον ρόλο που έχει το κράτος πρόνοιας και στις πηγές χρηματοδότησης του όσον αφορά προγράμματα και εφαρμογές με βάση τα προβλήματα και τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας. Επίσης μια σύντομη αναφορά σε πολιτικές πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, ξένων ευρωπαϊκών χωρών προκαλούν έμμεσα τη σύγκριση και δίδουν προοπτικές βελτίωσης των ήδη υπαρχόντων κρατικών πολιτικών.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται τα προγράμματα ανοιχτής προστασίας που εφαρμόζονται αυτή τη στιγμή για την προστασία και κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων. Οι δομές ανοικτού τύπου προσπαθούν να καλύψουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας προκειμένου να μην παραπέμπονται σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Γίνεται λοιπόν περιγραφή των Κ.Α.Π.Η , των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» , των Κ.Η.Φ.Η και μια σύντομη αναφορά για τη μονάδα κοινωνικής μέριμνας .

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στα προγράμματα κλειστής προστασίας στην Ελλάδα. Γίνεται αναφορά τις δομές που αποτελούν τον τομέα κλειστής περίθαλψης, όπως τα γηροκομεία, τα ιδρύματα μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα και οι ιδιωτικοί «οίκοι ευγηρίας», και στις επιπτώσεις της ιδρυματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας μας, είναι η εμπειρική έρευνα. Η κοινωνική έρευνα αποτελεί ισχυρό εργαλείο για την τεκμηρίωση των όσων έχουν προαναφερθεί στο θεωρητικό κομμάτι της εργασίας αλλά επιπλέον μέσω αυτής μπορούμε να εντοπίσουμε τις υπάρχουσες ανάγκες και να πραγματοποιήσουμε απολογισμούς, αξιολογήσεις, συγκρίσεις και να παρακολουθήσουμε ωφέλιμες ή μη πρακτικές και μεθόδους . Η έρευνα πεδίου πραγματοποιήθηκε στο Πτωχοκομείο Ηρακλείου στην περιοχή Αϊ Γιάννη για το οποίο γίνεται μια σύντομη περιγραφή και ακολουθεί η ανάλυση των δεδομένων και τα συμπεράσματα .

I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

A. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ο όρος τρίτη ηλικία αναφέρεται στους απόμαχους της ζωής, που η χρονολογική τους ηλικία βρίσκεται γύρω στα 65 χρόνια , χωρίς να είναι απαραίτητο να εναρμονίζεται με τη λειτουργική και την βιολογική .

Η κλασική γραμματεία είναι γεμάτη από σεμνές αναφορές στους ηλικιωμένους , των οποίων εξαίρει τη γνώση και την πείρα . Ο Σωκρατικός λόγος «γηράσκω αεί διδασκόμενος», διαπερνά την ιστορία και φτάνει αυτούσιος μάλιστα , ως τις μέρες μας .

Οι ηλικιωμένοι θεωρούνται ανήμποροι , βάρος για τις οικογένειες τους και την κοινωνία, χωρίς ικανότητα να προσφέρουν σε κανέναν, σε τελευταία ανάλυση, άχρηστοι . Αυτό αποτελεί μια λανθασμένη αντίληψη αν λάβουμε υπόψη ότι αρκετοί ηλικιωμένοι ζουν έντονα και απολύτως υγιείς τη κάθε τους στιγμή και έτοιμοι να προσφέρουν καθημερινά στις οικογένειες τους και ευρύτερα στην κοινωνία .

Η τρίτη ηλικία αποτελεί ένα τμήμα πληθυσμού που δεν πρέπει να βρίσκεται στο περιθώριο ή να αντιμετωπίζεται ως κομμάτι με ειδικές ανάγκες . Η τρίτη ηλικία δε σημαίνει σύνταξη , περιθώριο χωρίς δράση . Ο συνδυασμός της εμπειρίας και της γνώσης με τον ενθουσιασμό των νέων ανθρώπων δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα .

Α.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού. Αυτή η γενική παρατήρηση στη δομή της ηλικίας του πληθυσμού είναι παγκόσμιο φαινόμενο και σχετίζεται κυρίως με την παράταση του ορίου ζωής. Από ένα μέσο όρο ζωής 40 - 50 χρονών, στις παραδοσιακές κοινωνίες, από τα άτομα που γεννιούνται σήμερα οι πιο πολλοί θα πλησιάσουν και θα ξεπεράσουν τα 80 χρόνια. Οι περισσότεροι θα περάσουν το ένα τρίτο της ζωής τους στην ομάδα των ηλικιωμένων πάνω από τα 60 . Συχνά ονομάζουν αυτούς τους ανθρώπους «οι νέοι πρωτοπόροι», γιατί οι μισοί από τους ανθρώπους πάνω από τα 65 θα έχουν οικογένειες που περιλαμβάνουν τέσσερις γενιές με πολλές καινούριες προκλήσεις σε μια σχεδόν ανεξερεύνητη κοινωνική περιοχή.

Όταν λέμε δημογραφική γήρανση ενός πληθυσμού ή ενός τμήματος υποσυνόλου εννοούμε την αύξηση του ποσοστού που βρίσκεται στα μεγαλύτερα κλιμάκια των ηλικιών με αντίστοιχη σμίκρυνση του ποσοστού του πληθυσμού των μικρότερων κλιμακίων ηλικιών , ή πιο γενικά με την αύξηση της μέσης ηλικίας του πληθυσμού . Ως δημογραφική γήρανση ορίζουμε τη συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (60 , 65 και άνω) στο συνολικό πληθυσμό . Επίσης το θέμα της υπογεννητικότητας που αντιμετωπίζει η χώρα μας εντείνει αυτή την κατάσταση και γενικότερα αποτελεί σημαντικό και καθοριστικό παράγοντα για την εξέλιξη της κατάστασης στις περισσότερες ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές χώρες .

Έτσι λοιπόν η δημογραφική (πληθυσμιακή) γήρανση δεν θα πρέπει να ταυτίζεται αποκλειστικά με την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων (που μπορεί ενδεχομένως να οφείλεται στην παράταση του μέσου όρου ζωής αλλά και σε άλλους παράγοντες) .

Στη διάρκεια της τελευταίας 25ετίας το φαινόμενο αυτό βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων και των προβληματισμών . Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας , δηλαδή πάνω από 65 χρονών , αποτελεί το 18% του πληθυσμού της χώρας μας με προοπτική το 2030 να αυξηθεί κατά 10% ενώ ο δημογραφικός στατιστικός απολογισμός δίνει 80 εκατ. Άτομα για την Ευρώπη το 2010 που θα είναι άνω των 65

ετών . Στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων συμβάλλει και η παρατηρούμενη μείωση των γεννήσεων που αλλοιώνει τα δημογραφικά στοιχεία . (www.avlida.gr)

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι το ποσοστό των μεγαλύτερων σε ηλικία πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο σύνολο του πληθυσμού αυξάνεται διαρκώς. Έτσι μέχρι το έτος 2020 οι πολίτες με ηλικία άνω των 60 ετών θα αποτελούν το ένα πέμπτο του συνολικού πληθυσμού με 20 εκατομμύρια ανθρώπους ηλικίας άνω των 80 ετών, τριπλάσιους δηλαδή από ότι το 1960. Αυτή η δημογραφική σιωπηλή επανάσταση, λαμβάνει χώρα σε μεγάλο βαθμό χωρίς την απαραίτητη προσοχή, ούτε από την κοινή γνώμη, αλλά ούτε και από τα θεσμικά όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή των κρατών μελών. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο με προεξάρχουσα την Ευρώπη, νέες πολιτικές εκπονούνται για να αντιμετωπιστεί η νέα πραγματικότητα. (www.starpoint.gr)

Αν παρατηρήσουμε τον παγκόσμιο πληθυσμό θα συνειδητοποιήσουμε ότι οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης της αναλογίας σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικίες . Η Ελλάδα γίνεται χώρα γερόντων . Στην ουσία, δεν πρόκειται περί γερόντων . Άλλοτε η Τρίτη ηλικία ήταν η τελευταία , σήμερα υπάρχει και η τέταρτη , σε λίγο δε (με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης) αναμένεται να προστεθεί και Πέμπτη ηλικία . Αν ληφθεί υπόψη ο πληθυσμός των 60 ετών και άνω , η Ελλάδα θεωρείται η πιο γερασμένη χώρα του κόσμου . Η γήρανση του πληθυσμού πολιτικά , κοινωνικά και επιστημονικά έχει δυο παραμέτρους . Από τη μια τη μείωση της γεννητικότητας , επομένως της βιολογικής και κατ' επέκταση κοινωνικής ανανέωσης του πληθυσμού και από την άλλη την ανάγκη αυξημένης προστασίας των ηλικιωμένων .

Είναι απαραίτητη λοιπόν, η δημιουργία μιας πολιτικής υγειονομικής και κοινωνικής πρόληψης και συνάμα η συνειδητοποίηση της σπουδαιότητας και η υλοποίηση της βοηθώντας έτσι τα άτομα να προχωρήσουν στο βαθύ γήρας υγιή και κοινωνικά δραστήρια .

A. 1.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

1. **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ** . Εξαιτίας της αυξανόμενης δυσαναλογίας που υπάρχει ανάμεσα σε συνταξιούχους και εργαζόμενους προκαλούνται δυσχέρειες στη χρηματοδότηση των συντάξεων αλλά και συγκεκριμένα στη βελτίωση των ιδιαίτερα χαμηλών συντάξεων ορισμένων ταμείων . Προκαλείται μεγάλη αύξηση δαπανών για την υγεία υπό την διττή επίδραση της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων και της αύξησης της ροπής για κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών στις μεγάλες ηλικίες .
2. **ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ** . Έχει παρατηρηθεί πως οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται όλο και περισσότερο από το εκλογικό σώμα και θεωρείται ότι είναι περισσότερο συντηρητικοί και ότι με αυτόν τον τρόπο δυσχεραίνονται οι κοινωνικές αλλαγές και γενικότερα έλλειψη επιθυμίας και τόλμης για αλλαγή.
3. **ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ** . Οι συγκρούσεις γενεών εξαιτίας της διεύρυνσης του χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα φαινόμενα που αντιμετωπίζονται και από τις δυο πλευρές . Επίσης ο αγώνας των νέων για κατάληψη και διατήρηση των θέσεων εργασίας , η διεύρυνση της φτώχειας και η συμβολή της κοινωνίας και της οικογένειας στην προσφορά υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους είναι ιδιαίτερα σημαντικές επιπτώσεις .

Τέλος το πρόβλημα δεν εστιάζεται αποκλειστικά στις παραπάνω επιπτώσεις που αναφέρθηκαν αλλά κυρίως στο ανεπαρκές Κράτος Πρόνοιας και την παρεχόμενη φροντίδα στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Επίσης, σκοπός της σύγχρονης Ελληνικής κοινωνίας που γεννάει επικίνδυνα θα πρέπει να είναι η μέριμνα των ηλικιωμένων, στοχεύοντας στην καλή ποιότητα ζωής τους και στην διατήρηση και ενεργό συμμετοχή τους στο καθημερινό γίνεσθαι .

A.2 ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από: α) αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς "φιλάνθρωπία", β) Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αυτοσεβασμό και αυτονομία. 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. Όχι στην απομόνωση και στην απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα, γ) Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους. δ) Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες, ε) Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνηση τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο. στ) Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν, ζ) Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία. Είναι απαραίτητο να ενημερωθούν για τα Προγράμματα που ισχύουν και

να κατανοήσουν το σκεπτικό και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών όλοι οι πολίτες που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από αυτά . Για το σκοπό αυτό , θα μπορούσε να προβληθεί περισσότερο , στα έντυπα και τα ηλεκτρονικά μέσα , και ιδίως στα δεύτερα που αποτελούν τη, συνήθως αναγκαστική, συντροφιά των περισσότερων ηλικιωμένων. Οι ίδιοι άλλωστε εκφράζουν την επιθυμία να έχουν καλύτερη πληροφόρηση γενικότερα για τις παροχές και τις υπηρεσίες της πολιτείας .

η) 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. Μερικά παραδείγματα: οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάνιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για αυτοκατανάλωσή τους. Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή: για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν συχνά μόνοι. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα άτομο και για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν πιο ακριβά γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες.

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

A.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ηλικιωμένοι εκτός από τα προβλήματα που συνδέονται με την ηλικία τους που συνήθως συγκαταλέγονται σε πρακτικά ζητήματα που αφορούν θέματα σωματικής υγείας και σωστής διαβίωσης , αντιμετωπίζουν και διαφορετικού είδους προβλήματα που αφορούν την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας .

Είναι ευαίσθητη η ηλικία αυτή , για το λόγο ότι βγαίνει από την παραγωγική εργασία . Και μαζί με την έκπτωση των σωματικών ικανοτήτων , αρχίζουν και προβλήματα ψυχικής υγείας που συχνά λόγω της ανεπαρκούς ενημέρωσης από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον δημιουργούνται σοβαρές δυσκολίες στην αντιμετώπιση τους και πολλές φορές η παραπομπή αυτών των ανθρώπων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης . Πέρα από τις ενημερώσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου που είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση του θέματος , θα πρέπει να δίνεται η ευκαιρία στον ηλικιωμένο να αναπτύξει κάποια απασχόληση . Το διάβασμα , η ενασχόληση με τα παιδιά (εγγόνια) , η κίνηση και η συζήτηση είναι απαραίτητα για τον ίδιο . Ένας πολύτιμος θεσμός πάνω σε αυτό το θέμα είναι τα Κ.Α.Π.Η . Εκεί βρίσκουν ομήλικους , συζητούν , παίζουν χαρτιά , τάβλι και άλλα παιχνίδια που βάζουν το μυαλό να δουλέψει. Βρίσκουν θαλαπωρή και ζεστασιά .

Η αποσιώπηση και ο παραμερισμός των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας, όπως και η αδιαφορία για την ενεργοποίηση μηχανισμών αντιμετώπισης τους μπορεί

να έχει σαφώς δυσάρεστες επιπτώσεις για τους ίδιους τους ηλικιωμένους αλλά και για την κοινωνία συνολικά .

Η θέση της πολιτείας απέναντι στη Τρίτη ηλικία δεν είναι αυτή που πρέπει . Δεν εκδηλώνει τη φροντίδα που επιβάλλεται . Οι συντάξεις είναι από τις χαμηλότερες της ευρωπαϊκής ένωσης . Και η οικονομική ανέχεια τους οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση .

Σε χώρες με χειρότερα οικονομικά δεδομένα όμως, όπου η ζωή δεν είναι εύκολη ούτε για τους νέους, είναι απογοητευτική η εικόνα ανθρώπων που κλείνουν το πέρασμά τους από τον κόσμο μας με έναν τρόπο μίζερο και ταπεινωτικό. Η εξασφάλιση της τρίτης ηλικίας ίσως είναι στοίχημα που θα έπρεπε να βάζει κάθε «κράτος πρόνοιας» που σέβεται τον εαυτό του.

Είναι η εποχή που ο άνθρωπος , έχοντας τη σοφία της ζωής , μπορεί να δει τον κόσμο με άλλα μάτια να χαρεί και να δώσει σημασία σε απλά πράγματα που οι νέοι παραβλέπουν και δεν έχουν την ωριμότητα που χρειάζεται για να τα εκτιμήσουν.

Πολλοί , μέχρι τότε , έχουν αποκτήσει και εγγόνια, πράγμα που για τους περισσότερους , είναι η μεγαλύτερη χαρά και νιώθουν ότι τους δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία αφού , συνήθως , όσο είναι νέοι , οι άνθρωποι παραπονιούνται ότι δε βρίσκουν το χρόνο που θα ήθελαν να αφιερώσουν στα παιδιά τους είτε γιατί τους απασχολούν τα προβλήματα επιβίωσης είτε γιατί κυνηγούν προσωπικές τους φιλοδοξίες . Τώρα μπορούν να χαρούν την παιδική παρουσία και τη θετική αύρα που τα νεαρά άτομα εκπέμπουν , δίνοντας αποδεδειγμένα ζωή στους μεγαλύτερους ανθρώπους .

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι , έχουν επίσης τη δυνατότητα , λόγω του ελεύθερου χρόνου που πλέον διαθέτουν , να ασχοληθούν με πράγματα καινούρια και να δημιουργήσουν σε όποιον τομέα επιλέξουν , ανενόχλητοι . Τότε σπεύδουν να τα προλάβουν όλα! Συνήθως , μάλιστα παρόλο που το σώμα δε βοηθάει και παρόλη την κούραση τους , έχουν την τάση να μη μπορούν να σταθούν για ένα λεπτό χωρίς να ασχολούνται με κάτι , ακριβώς όπως κάνουν και τα παιδιά .

Αντίθετα όσοι φτάνουν σε μεγάλη ηλικία και δεν έχουν βρει ακόμη την ψυχική ισορροπία και τα προηγούμενα χρόνια στηρίζονταν στη ματαιοδοξία τους και στη σιγουριά που τους έδιναν τα νιάτα και η φυσική δύναμη , όταν τα χάσουν αυτά , αδυνατούν να ψάξουν και να βρουν μέσα τους την ομορφιά και τη διαφορετική γοητεία που δίνει η σοφία και η πείρα στον άνθρωπο . Έτσι αυτό που βγάζουν προς τα έξω είναι ή αντιαισθητικό ή μια εικόνα που προκαλεί λύπηση . Τότε σπαταλούν το

χρόνο τους γκρινιάζοντας ή δηλώνοντας παραίτηση από τη ζωή . Πολλοί βυθίζονται στην ανία και αφήνουν τον εαυτό τους να χαθεί αφού δε μπορούν να συμβιβαστούν με την τωρινή τους εικόνα .Αυτό περισσότερο παρατηρείται στους άνδρες .Δεν είναι τυχαίο πως στα σαράντα περίπου , μόλις ξεκινήσουν να συνειδητοποιούν πως περνούν τα χρόνια και γερνούν , περνούν οι περισσότεροι κρίση ηλικίας , έχουν τάσεις φυγής και συμπεριφέρονται σαν έφηβοι .

Ένα ακόμη ενδιαφέρον για παρατήρηση και πολλές φορές κωμικό γεγονός είναι πως οι ηλικιωμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν συχνά τάσεις παλιμπαιδισμού και η συμπεριφορά τους μοιάζει αυτή που είχαν όταν ήταν παιδιά . Παραπονιούνται και επιζητούν έντονα και κάποιες φορές επιτακτικά την προσοχή των άλλων . Αυτό πιθανότατα συμβαίνει επειδή γίνονται ανασφαλής ή επειδή αισθάνονται ότι παραγκωνίζονται . Πρέπει να έχει κανείς υπομονή μαζί τους όπως ακριβώς όταν έχει να κάνει με ένα μικρό παιδί .

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μεγάλοι άνθρωποι και που ίσως είναι το πιο σοβαρό , είναι η μελαγχολία και το αίσθημα εγκατάλειψης από το περιβάλλον τους . Είναι γεγονός πως οι συνθήκες ζωής έχουν αλλάξει . Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία είναι κάτι που αντιμετωπίζεται συχνά .

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Δοκιμάζει τους ηλικιωμένους που πολλές φορές παραμένουν αδιάγνωστοι, και επιβαρύνει τις οικογένειες τους και το κοινωνικό σύνολο. Αυτό που κάνει την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, τόσο "ύπουλη" είναι το ότι συχνά τα ηλικιωμένα άτομα πάσχουν και από άλλες παθολογικές καταστάσεις, με αποτέλεσμα να μη αναγνωρίζονται εύκολα τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Επίσης η θλίψη που αποτελεί το πιο τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης μπορεί να απουσιάζει ή να είναι λιγότερο έντονη. Ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη στα οποία απουσιάζει το αίσθημα της θλίψης, παραπονούνται για σωματικές ενοχλήσεις, που δεν μπορούν εύκολα να εξηγηθούν, έχουν άγχος και μπορεί να δηλώνουν ένα αίσθημα έλλειψης ευχαρίστησης στην καθημερινή τους ζωή, που σε έντονο βαθμό μπορεί να πάρει διαστάσεις απελπισίας. Επίσης μπορεί να παρουσιάζουν επιβράδυνση στις κινήσεις τους καθώς και στις γνωσιακές τους λειτουργίες. Τα ηλικιωμένα άτομα επειδή μπορεί να έχουν οικογενειακά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, θεωρείται από πολλούς ότι η κατάθλιψη είναι "φυσιολογικό αποτέλεσμα" όλων αυτών των προβλημάτων και έτσι υποβαθμίζεται ακόμα περισσότερο η αναγνώριση και η καταπολέμηση της.

Συμπτώματα της κατάθλιψης

Τα ηλικιωμένα άτομα πολλές φορές δεν παρουσιάζουν τα τυπικά σημεία και συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι μπορεί να έχουν λιγότερα συμπτώματα και το κυριότερο να μην παραπονούνται για θλίψη ή καταθλιπτική διάθεση αλλά να προβάλλουν κυρίως έντονες σωματικές ενοχλήσεις που δεν μπορούν να εξηγηθούν από τη συνύπαρξη άλλων παθολογικών καταστάσεων. Συνήθως οι ασθενείς αυτοί είναι πολύ λιγότερο διατεθειμένοι να αναφέρουν ψυχολογικά συμπτώματα στους ιατρούς που επισκέπτονται και τείνουν να εμμένουν στις σωματικές ενοχλήσεις. Η συνύπαρξη πολλαπλών παθολογικών καταστάσεων συνήθως αυξάνει τον κίνδυνο της μη αναγνώρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Δηλώσεις όπως "καλύτερα να μη ζούσα" ή "τίποτα δεν ωφελεί πια" πρέπει να οδηγούν σε μια ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενή παρά να μένει κανείς σε μια απλή διαβεβαίωση "μην ανησυχείς όλα θα πάνε καλά". Οι ασθενείς πρέπει να ρωτούνται πως αντιμετωπίζουν τα καθημερινά τους προβλήματα, τις υπόλοιπες παθολογικές του καταστάσεις, αν είναι αισιόδοξοι ή όχι για το μέλλον. Το άγχος μπορεί επίσης να αποτελεί ένα σύμπτωμα κατάθλιψης.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι συμπτώματα κατάθλιψης παρουσιάζονται σε ποσοστό 10%-15% σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Η συχνότητα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην ίδια ηλικιακή ομάδα είναι 3%-5%. Τα ποσοστά αυτά είναι κατά πολύ αυξημένα, 15%-25%, σε πληθυσμούς γηροκομείων. Οι κυριότεροι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι: γυναικείο φύλο, έλλειψη οικογένειας, χηρεία, άγαμοι, τα άτομα που βιώνουν καθημερινά ιδιαίτερα στρεσογόνα γεγονότα, τα άτομα με έλλειψη κοινωνικού δικτύου, καθώς και η συνύπαρξη πολλαπλών παθολογικών καταστάσεων (π.χ. υπέρταση, διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος, άνοια)

B. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Παλαιότερα ο άνθρωπος γερνούσε σπίτι που μεγάλωσε τα παιδιά του , τριγυρισμένος από εγγόνια . Ήταν η μορφή της οικογένειας που όλα τα παιδιά με τις οικογένειες τους ζούσαν μαζί με τους γονείς . Σήμερα κάθε οικογένεια ζει στο δικό της σπίτι που , τις περισσότερες φορές , βρίσκεται σε απομακρυσμένη γειτονιά από το πατρικό σπίτι ή ακόμα και σε άλλη πόλη . Το γεγονός αυτό παρουσιάζεται λιγότερο στην προ μερικών δεκαετιών πατριαρχική Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης όπου η αποξένωση γονέων και παιδιών , όταν αυτά ενηλικιωθούν , είναι πιο έντονη .

Δυστυχώς σήμερα , όταν ένας ηλικιωμένος δε μπορεί πια να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του , όταν ο ένας από το ηλικιωμένο ζευγάρι πεθαίνει ή όταν οι ηλικιωμένοι γονείς έχουν προβλήματα υγείας , τα παιδιά τους , συχνά , ή επειδή αναγκάζονται για διάφορους λόγους ή επειδή δεν είναι πρόθυμα να φιλοξενήσουν τους γονείς τους στο σπίτι τους , τους απομακρύνουν και στην καλύτερη περίπτωση ή πληρώνουν κάποια οικιακή βοηθό να τους προσέχει ή τους στέλνουν σε διάφορα ιδρύματα και τους επισκέπτονται ανάλογα με το χρόνο που διαθέτουν . Οι νεότεροι όμως συχνά ξεχνούν ή βρίσκουν βαρετή μια επίσκεψη στους γέρους γονείς και , απορροφημένοι από τους γρήγορους ρυθμούς ζωής , το καθημερινό άγχος και τις πολλές ευθύνες , τους εγκαταλείπουν και αφιερώνουν ελάχιστο χρόνο γι' αυτούς , όποτε το θυμούνται . Από τους παππούδες αυτούς κάποιοι προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και κάποιοι παθαίνουν κατάθλιψη και αισθάνονται εγκατάλειψη τόση που συχνά δεν αντέχουν . Ας μην ξεχνάμε ότι η μοναξιά είναι ο μεγαλύτερος φόβος των περισσότερων από εμάς , μικρών και μεγάλων .

Οι μεγάλοι άνθρωποι σίγουρα αξίζουν μια καλύτερη τύχη από αυτό και είναι και είναι πραγματικά κρίμα να νιώθουν αυτή την αδικία στο τέλος της ζωής τους και να αισθάνονται ότι οι δικοί τους άνθρωποι τους θεωρούν βάρος και πως δεν έχουν καμιά χρησιμότητα γι' αυτούς . Ίσως σε πολλές τέτοιες περιπτώσεις που παρόλο δεν επιθυμούν την εγκατάσταση τους σε ένα ίδρυμα το προτιμούν προκειμένου να μη δημιουργείται αυτή η εντύπωση από τα παιδιά ενός ενδεχόμενου φόρτου στη ζωή τους . Παρόλο που η παραπομπή του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα είναι ένα κομμάτι που δεν προτείνεται ως «λύση» εντούτοις εξακολουθεί να ισχύει και να προτιμάται ακόμη.

Αυτό που πρέπει να προσέχουμε όλοι είναι να τους δείχνουμε ότι δεν τους ξεχνάμε , ότι τους αγαπάμε και τους χρειαζόμαστε . Μπορεί να μας περιμένουν ακόμη και

αυτή τη στιγμή να πάμε κοντά τους και να τους χαρίσουμε 1 ώρα από τον πολύτιμο χρόνο μας , που γι' αυτούς είναι πηγή ελπίδας , παρηγοριάς και απεριόριστης χαράς .

Ας μην ξεχνάμε ότι αυτοί οι άνθρωποι μας μεγάλωσαν και στάθηκαν δίπλα μας για ένα μεγάλο μέρος της ζωής μας , συχνά θυσιάζοντας κομμάτι από τη δική τους . Είναι πραγματικά σκληρό να νιώθουν ότι τα παιδιά τους ,τους έχουν εγκαταλείψει αφού στις περισσότερες των περιπτώσεων κάτι τέτοιο δεν τους αξίζει . Ίσως να μην αξίζει σε κανέναν άνθρωπο. Αν μη τι άλλο ας συλλογιζόμαστε συχνά αν εμείς οι ίδιοι θα θέλαμε κάποια στιγμή να εγκαταλειφθούμε με τον ίδιο τρόπο κάπου ξεχασμένοι . Άλλωστε αν τέτοιο είναι το παράδειγμα που δίνεται στους νεότερους , με τον ίδιο τρόπο θα φερθούν και εκείνοι στο μέλλον.

B.1 ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΗΣ

Στην Ελλάδα το σχήμα της αγροτικής οικογένειας φαίνεται να εκλείπει σταδιακά , διότι μειώνεται η παραδοσιακή μορφή της οικογενειακής γεωργικής απασχόλησης . Δεν έχει εκλείψει ,ωστόσο , το σχήμα της εκτεταμένης ελληνικής οικογένειας . Αν λάβουμε υπόψη ένα εξαιρετικής σημασίας ψυχολογικό στοιχείο της σημερινής ελληνικής οικογένειας , όπως είναι οι αξίες , καθώς επίσης και η γεωγραφική εγγύτητα και οι προσωπικές επαφές , είναι σαφέστατο ότι , λειτουργικά , η ελληνική οικογένεια διατηρεί ακόμα τη φυσιογνωμία της εκτεταμένης οικογένειας (Γεώργας Δ. 1999, 40-41)

Είναι γεγονός ότι ακόμα και στην οικογενειοκεντρική Ελλάδα, που η φροντίδα των ηλικιωμένων θεωρείται παραδοσιακά οικογενειακή υπόθεση , με την αλλαγή της δομής της οικογένειας αντιμετωπίζονται δυσκολίες . Η οικογένεια εξακολουθεί να παίζει , σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με το παρελθόν , το ρόλο ενός άτυπου δικτύου φροντίδας . Στην περίπτωση αυτή οι δεσμοί που ενώνουν το άτομο/-α που προσφέρουν τη φροντίδα με αυτόν που τη δέχεται δεν είναι υλικοί αλλά η αγάπη η ηθική υποχρέωση και αμοιβαιότητα των συναισθημάτων . (Finch , 1989)

Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στην περιφέρεια, παρατηρείται έντονα η κυριαρχία των άτυπων δικτύων κοινωνικής φροντίδας (οικογένεια, γειτονιά). Το γεγονός αυτό συνδέεται με ζητήματα που αφορούν στην διατήρηση των δεσμών των ελλήνων με την εκτεταμένη οικογένεια και την αντίληψη ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων για παράδειγμα είναι οικογενειακή ευθύνη - ιδιαίτερα των γυναικών - (Means & Smith, 1994), αλλά και με το έλλειμμα ανάπτυξης αντίστοιχων επίσημων δομών (Σταθόπουλος, 1996). Αντίστοιχη φαίνεται να είναι η κατάσταση στον τομέα της φροντίδας αλλά και της γενικότερης δομής του κράτους πρόνοιας και σε άλλες χώρες - κυρίως του Νότου - όπως για παράδειγμα στην Ισπανία, Πορτογαλία την Νότια Ιταλία αλλά και στην Ιρλανδία όπου η εκτεταμένη οικογένεια αλλά και η Καθολική εκκλησία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση και την παροχή υπηρεσιών (McLaghin, 1993, Lorenz, 1994)

Οι οικογενειακές αξίες και η οικογενειακή αλληλεγγύη εξακολουθούν να είναι ισχυρές. Αυτό προδιαγράφει ότι οι οικογένειες στην Ελλάδα αναλαμβάνουν αυξημένες ευθύνες έναντι των μελών τους, ειδικά των πιο αδύναμων (παιδιά και ηλικιωμένοι) με σκοπό να διασφαλίζουν ένα δίκτυο ασφαλείας. Μ' αυτό τον τρόπο η οικογένεια, πολλές φορές, αντικαθιστά το κράτος πρόνοιας. Οι οικογενειακές αξίες, η παράδοση και η θρησκευτική συνείδηση επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά και το ρόλο του κάθε μέλους μέσα στην οικογένεια.

Ακολουθώντας τις αρχές και τις αξίες της ελληνικής παράδοσης οι γυναίκες είναι αυτές που αποτελούν την πλειονότητα των φροντιστών. Οι μεσήλικες γυναίκες και οι γυναίκες τρίτης ηλικίας είναι αυτές που φροντίζουν τους ηλικιωμένους συζύγους ή γονείς τους. Πιστεύουν ότι είναι «υποχρέωσή τους – καθήκον τους» να τους φροντίζουν, όμως στη σημερινή κοινωνία με τις αυξημένες επαγγελματικές και κοινωνικές ανάγκες επιζητούν την ελευθερία και το χρόνο αναψυχής τους.

Η γήρανση του πληθυσμού, το υψηλό ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας και η διάλυση του μοντέλου της παραδοσιακής οικογένειας μετατρέπουν την ηθική μέχρι τώρα υποχρέωση της οικογένειας να παρέχει φροντίδα σε μια έννοια πιο ρευστή και διαπραγματεύσιμη απ' ότι στο παρελθόν. Η λειτουργία των συγγενικών δικτύων άλλαξε τα τελευταία χρόνια: η αύξηση της απασχόλησης των γυναικών (ή των προσδοκιών τους για απασχόληση) επέδρασε στη διαθεσιμότητα τους ως φορέων φροντίδας και γενικώς ο ρόλος των άτυπων δικτύων φροντίδας αμβλύνθηκε. Η πυρηνική οικογένεια δεν είναι σε θέση πια να φροντίζει τους ηλικιωμένους σε διαρκή βάση, ούτε και να τους παρέχει στέγη. Η χωριστή

διαμονή του ηλικιωμένου είναι πια ο κανόνας και στη Νότια Ευρώπη , ενώ μέχρι πριν από μερικά χρόνια συναντιόταν κατ'εξαιρεση . Εξάλλου , ακόμη και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η οικογένεια αποτελεί το βασικό φορέα πρόνοιας των ηλικιωμένων , αναγνωρίζεται πλέον ότι είναι απαραίτητο να υποστηριχθεί . Στην χώρα μας τα τελευταία τριάντα χρόνια , υπερδιπλασιάστηκαν οι Έλληνες άνω των 65 ετών . Μεγάλο ποσοστό από αυτούς έχει χαμηλό εισόδημα και αρκετοί βρίσκονται στο όριο της φτώχειας . Παρατηρείται ότι με το πέρασμα των χρόνων , τα άτομα δίκτυα στήριξης της ελληνικής οικογένειας αμβλύνονται , η δομή και η σύνθεση αυτής αλλάζει και έτσι είναι όλο και λιγότερο σε θέση να φροντίσει τα ηλικιωμένα μέλη της .

Οι οικογένειες που είναι κατά κύριο λόγο οι ανεπίσημοι φροντιστές των ηλικιωμένων , έχουν επιβαρυνθεί έντονα από την φροντίδα που τους παρέχουν και χρειάζονται την υποστήριξη και ενίσχυση από τις υπηρεσίες υγείας και φροντίδας στην Ελλάδα..

Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες η εκτεταμένη οικογένεια χωρίς καμία κρατική βοήθεια φροντίζει τους ηλικιωμένους της. Η μετακίνηση του πληθυσμού από τις αγροτικές περιοχές προς τα αστικά κέντρα και η επακόλουθη διάσπαση των μεγάλων οικογενειακών μονάδων σε συνδυασμό με την αυξημένη προσδοκώμενη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων δυσχεραίνουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων από την οικογένεια, ενώ οι νεότεροι ανησυχούν για τα δικά τους γεράματα. Σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το κράτος βελτίωσε σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο τις παροχές προς τους ηλικιωμένους για να τους επιτρέψει να παραμείνουν στο φυσικό τους περιβάλλον, να ζουν ανεξάρτητα και να καθορίζουν τη ζωή τους, να έχουν δικό τους νοικοκυριό, να μπορούν να επιλέξουν τη συγκατοίκηση τους με τα παιδιά τους ή άλλους συγγενείς, να έχουν τη δυνατότητα να αποφασίσουν ή να απορρίψουν τον εγκλεισμό τους σε ίδρυμα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται συρρίκνωση και εξασθένιση της ομάδας που παραδοσιακά στήριζε τους ηλικιωμένους: εκτεταμένη οικογένεια, συγγένεια, κοινότητα. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν είχαν ποτέ ή δεν έχουν πια παιδιά, ενώ γήρανση του πληθυσμού σημαίνει ότι τα παιδιά των ηλικιωμένων είναι και αυτά ηλικιωμένα. Η οικογένεια είναι σε θέση να καταλάβει και να αντιμετωπίσει τις προσωπικές ανάγκες του ηλικιωμένου και η βοήθεια της είναι αναντικατάστατη. Παρ'όλα αυτά όμως πρέπει να σημειωθεί ότι δεν μπορούν όλες οι οικογένειες να προσφέρουν φροντίδα στα ηλικιωμένα μέλη τους για διάφορους λόγους . Η παραπάνω διαπίστωση

σχετίζεται με διάφορες κοινωνικές αλλαγές οι οποίες έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια και θέτουν την δυνατότητα της οικογένειας να προσφέρει την απαιτούμενη φροντίδα υπό αμφισβήτηση. Οι αλλαγές αυτές αφορούν στην μεγαλύτερη γυναικεία συμμετοχή στην αγορά εργασίας, στην τεράστια αύξηση των διαζυγίων σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες (Καραγκούνης, 1996), την ποικιλία οικογενειακών σχημάτων, αλλά και στο γεγονός ότι η ανάπτυξη ενός συστήματος πολύπλευρης ενίσχυσης για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες και τις οικογένειες τους καθώς και η ποσοτική και ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών στήριξης από την πολιτεία παραμένει σε εκκρεμότητα (Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου, 1993).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

A. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

A.1 «ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»

Με την ευρεία έννοια η κοινωνική πολιτική περιλαμβάνει όλες σχεδόν τις δραστηριότητες του κράτους που αποβλέπουν στην εξυπηρέτηση του συνόλου. Η κοινωνική πολιτική ασχολείται με την πολιτική αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων εξετάζοντας τις οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και πολιτιστικές τους διαστάσεις. Επι μέρους τομείς της κοινωνικής πολιτικής είναι: η υγεία, η κατοικία, η εργασιακή απασχόληση, η κοινωνική ασφάλιση, η κοινωνική πρόνοια. Κάθε κράτος, σε καθορισμένες χρονικές περιόδους, προσπαθεί να εφαρμόσει ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας, υιοθετεί δηλαδή μία εγκεκριμένη κοινωνική πολιτική.

Ο ορισμός «κράτος πρόνοιας» ή «κοινωνικό κράτος» ή «κράτος ευημερίας» (μετάφραση του αγγλικού όρου welfare state) έχει επικρατήσει μετά τον Β'

Παγκόσμιο Πόλεμο αν και όπως είναι γνωστό υπήρχε σαν έννοια από το τέλος του 19^{ου} αιώνα . Αναφέρεται στον ευρύτερο κοινωνικό ρόλο του κράτους στις χώρες του Δυτικού κόσμου , έτσι ώστε να εξασφαλίζεται στους πολίτες ένα ελάχιστο επίπεδο οικονομικής και κοινωνικής ευημερίας . Το κράτος πρόνοιας αναλαμβάνει να καλύψει ανάγκες απασχόλησης, εκπαίδευσης, κατοικίας, υγείας, κοινωνικής φροντίδας προστασίας του περιβάλλοντος και του ελεύθερου χρόνου για τον ενεργό και τον μη ενεργό πληθυσμό. Παρέχει είτε το ίδιο άμεσα αυτές τις υπηρεσίες ή ρυθμίζει την παροχή ους από τον ιδιωτικό - κερδοσκοπικό και μη - τομέα . Οι δε παροχές μπορεί να είναι: σε χρήματα όπως συντάξεις ή εκπαιδευτικές επιδοτήσεις, ή παροχές σε είδος, όπως υπηρεσίες υγείας.

Η Κοινωνική Πρόνοια είναι το σύνολο των μέτρων που λαμβάνονται από το κράτος ή από τους ελεγχόμενους από αυτό οργανισμούς με στόχο την κοινωνική προστασία των ατόμων που έχουν ανάγκη (ηθική, υλική κλπ) και τα οποία δεν μπορούν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες με δικά τους μέσα, ενώ δεν καλύπτονται συνήθως από κάποιον ασφαλιστικό οργανισμό. Οι παροχές της πρόνοιας είναι σε χρήμα (πχ. Επιδόματα, βοηθήματα) ή σε είδος (πχ. ρούχα, φάρμακα, τρόφιμα) και στόχος τους είναι είτε μεμονωμένα άτομα (απροστάτευτα παιδιά, ηλικιωμένοι, ανάπηροι) είτε ομάδες ατόμων (πρόσφυγες).

Σήμερα, είναι γεγονός ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες αλλά και στην χώρα μας, διαπιστώνεται μια τάση μετατόπισης του κέντρου βάρους άσκησης της κοινωνικής πολιτικής από τον κρατικό τομέα σε συνεργατικά σχήματα παρέμβασης που στοχεύουν στην ενεργή συμμετοχή πολλαπλών συντελεστών παροχής κοινωνικών υπηρεσιών στο τοπικό επίπεδο. Μια τέτοια πολιτική υπαγορεύει την ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Μη Κερδοσκοπικών Οργανισμών καθώς και την ανάπτυξη άτυπων δικτύων φροντίδας και ομάδων αυτοβοήθειας. Εξάλλου, την τελευταία δεκαετία γίνεται περισσότερο λόγος για την κοινωνία πρόνοιας (welfare society) παρά για το κράτος πρόνοιας (welfare state) Σε αυτό το πλαίσιο δίνεται έμφαση στην συμμετοχή των κατοίκων, στην αυτενέργεια και στην αυτοβοήθεια και την ενδυνάμωση της κοινωνίας των πολιτών για την κάλυψη του κενού που αφήνει η αποδόμηση του κράτους πρόνοιας.

Παρόλο όμως που διαπιστώνονται κενά στον τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας είναι λοιπόν και αυτός ένας τομέας της κοινωνικής πολιτικής ο οποίος πολλές φορές

συμπληρώνει τα κενά άλλων τομέων. Έτσι για παράδειγμα, όταν μειώνονται οι παροχές σε επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης αυξάνονται οι δικαιούχοι αρωγής από την Κοινωνική Πρόνοια. Δεν πρέπει όμως να συγχέεται με την κοινωνική ασφάλιση. Οι βασικές τους διαφορές είναι ως προς δύο σημεία : πρώτον, το δικαίωμα του λήπτη της παροχής από την Κοινωνική Πρόνοια δεν είναι ανώγιμο, δεν μπορεί δηλαδή /α απαιτηθεί δικαστικά. Δεύτερον, οι παροχές της κοινωνικής πρόνοιας δεν είναι ανταποδοτικές, δηλαδή ο λήπτης της παροχής δεν συμμετέχει, όπως ο ασφαλισμένος, στο σχηματισμό του ασφαλιστικού κεφαλαίου.

Η έννοια της «Κοινωνικής Πρόνοιας» είναι ακόμα ρευστή και μπορούμε να την καταλάβουμε καλύτερα από τους στόχους της. Στόχος της Κοινωνικής Πρόνοιας είναι: «Παροχή βοήθειας σε ολόκληρο τον πληθυσμό και ειδικά σε ομάδες που αντιμετωπίζουν προσωρινά ή μόνιμα κοινωνικά ή προβλήματα υγείας για τη δημιουργία αξιοπρεπών συνθηκών ζωής, για την αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων και των ταλέντων τους και για ενεργό συμμετοχή στην κοινωνικοοικονομική ζωή και ανάπτυξη της χώρας, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση και τον τόπο διαμονής τους».

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν χρησιμοποιούσε με μεγάλη συχνότητα τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, επειδή η οικογένειά τους βρισκόταν σαν συμπαραστάτης στις καθημερινές τους ανάγκες αλλά και σε έκτακτες περιστάσεις ασθένειας, ατυχημάτων και άλλων παροδικών δυσκολιών. Υπολογίζεται ότι η επικοινωνία μεταξύ των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους είναι σε καθημερινή βάση, για μια σε κάθε τρεις οικογένειες. Παρά τις συχνές επαφές των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους οι δυνατότητες της οικογένειας να προσφέρει διαρκή βοήθεια αμφισβητείται από τα ίδια τα ηλικιωμένα άτομα. Οι οικογένειες αρχίζουν να είναι λιγότερο πρόθυμες ή σε θέση να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους. (Σταθόπουλος , κοινωνική πρόνοια , 1999)

Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένειά τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας πράγμα το οποίο επιτυγχάνεται μέσω των διάφορων προγραμμάτων και υπηρεσιών που έχουν διαμορφωθεί σύμφωνα με τις προβαλλόμενες ανάγκες της τρίτης ηλικίας .

Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειάς τους περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

A.2 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό το κράτος πρόνοιας προσπαθεί με διάφορες παρεμβάσεις του να συντηρήσει τον ενεργό πληθυσμό ή να βοηθήσει στην αναπαραγωγή του και να συντηρήσει τον μη ενεργό πληθυσμό.

Στις παρεμβάσεις που αφορούν στην κοινωνική αναπαραγωγή και τη συντήρηση του ενεργού πληθυσμού μπορούν να αναφερθούν:

- Η άμεση παροχή υπηρεσιών από το ίδιο το κράτος δωρεάν ή με μειωμένο κόστος (πχ. ιατρικές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εκπαίδευση, κοινωνική εργασία).
- Οι επιδοτήσεις συγκεκριμένων αγαθών και υπηρεσιών (π.χ. κατοικίας προσιτής στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα).
- Η αναδιανομή του εισοδήματος μέσω του φορολογικού συστήματος και της κοινωνικής ασφάλισης.
- Ο έλεγχος με διάφορες ρυθμίσεις της συμπεριφοράς του κεφαλαίου (νόμοι για τις συνθήκες εργασίας στο εργοστάσιο, νόμοι για την προστασία του καταναλωτή, για τη δόμηση, την υποχρεωτική εκπαίδευση κλπ.).

Παρεμβάσεις του δεύτερου τύπου που έχουν σχέση με τον μη ενεργό πληθυσμό είναι:

- Παροχές προς τους ανέργους, τους ηλικιωμένους, τους ασθενείς, τα άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Παρεμβάσεις στην οικογένεια, στο δίκτυο των συγγενικών προσώπων του ατόμου και στην τοπική κοινότητα για ενίσχυση και ρύθμιση του ρόλου τους στην παροχή φροντίδας.

- Καθοριστικός είναι ο ρόλος των κοινωνικών υπηρεσιών και των προγραμμάτων που έχουν τεθεί σε εφαρμογή τα τελευταία χρόνια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και κάλυψη των αναγκών .

A.3 ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Οι πηγές χρηματοδότησης είναι οι εισφορές εργαζομένων (που για τους μισθωτούς προέρχονται από τους ίδιους και τους εργοδότες και για τους αυτοτελώς εργαζόμενους από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και την φορολογία), οι εισφορές εργοδοτών, οι κοινωνικοί πόροι (γενικές δημόσιες δαπάνες) και άλλα τρέχοντα έσοδα όπως οι πρόσοδοι από την αξιοποίηση περιουσιακών στοιχείων των ασφαλιστικών φορέων.

Οι πηγές χρηματοδότησης είναι κυρίως : η άμεση ή έμμεση κρατική επιχορήγηση και οι ασφαλιστικές εισφορές.

Κρατική επιχορήγηση (άμεσες κρατικές δαπάνες) : είτε από τα γενικά ορολογικά έσοδα του προϋπολογισμού, είτε από φόρους ειδικής διάθεσης, δηλαδή φόρους που επιβάλλονται ειδικά για τον συγκεκριμένο σκοπό.

Φορολογικές ελαφρύνσεις (έμμεσες κρατικές δαπάνες): φορολογικές εκπτώσεις, φορολογικές απαλλαγές, μειωμένοι φορολογικοί συντελεστές στα άτομα μεγάλης ηλικίας, στους πολύτεκνους, στις άγαμες μητέρες, στα άτομα : ειδικές ανάγκες κ.ο.κ., προκειμένου δηλαδή να ενισχυθούν οικονομικά άτομα που αντιμετωπίζουν ειδικές συνθήκες

Φορέας χρηματοδότησης των προγραμμάτων που κάνουν χρήση τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι η Τοπική Αυτοδιοίκηση . Ο για μεγάλο χρονικό διάστημα πολυκερματισμός της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, «ο ανορθόδοξος τρόπος χρηματοδότησης, η υπολειμματική στελέχωση, το ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο οργάνωσης αρμοδιοτήτων και λειτουργίας» (Αλτάνης, 1993), δημιούργησε ένα κεντρικό γραφειοκρατικό κράτος με δαπανηρές και αναποτελεσματικές λειτουργίες ενώ αποτέλεσε τροχοπέδη για την χάραξη στρατηγικού σχεδιασμού για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής από την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την περισσότερο άναρχη, ελλειμματική και κάθε άλλο παρά συγκροτημένη και θεσμικά κατοχυρωμένη παρέμβαση της τοπικής κοινωνίας στα προβλήματα και ανάγκες που βιώνει καθημερινά. Σε ότι αφορά τις υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο, παρατηρείται

πληθυσμιακή και γεωγραφική άνισο - κατανομή τους, επικάλυψη, ανεπάρκεια, πενιχρή υποδομή, έλλειψη προσωπικού και συγκεντρωτισμός στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς και στον σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων (Βάγια, 1993).

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια πραγματοποιείται μια προσπάθεια μεταφοράς αρμοδιοτήτων από το κεντρικό επίπεδο στο τοπικό που δημιουργεί προσδοκίες για μια διαφορετικού τύπου αντιμετώπιση των τοπικών προβλημάτων και αναγκών. Συγκεκριμένα, ο Νόμος Καποδίστρια για την συγκρότηση της Τοπική Αυτοδιοίκησης δημιούργησε ένα διαφορετικό πλαίσιο προϋποθέσεων που παρά το σημαντικό έλλειμμα πόρων και πηγών, ευνοεί τον σχεδιασμό και εφαρμογή τοπικών αναπτυξιακών προγραμμάτων και πρωτοβουλιών, που στοχεύουν στην ανάπτυξη υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων και αναγκών, με την δημιουργία δημοτικών κοινωνικών υπηρεσιών, την αξιοποίηση ευρωπαϊκών κονδυλίων, διακοινοτικών συνεργασιών και την οργάνωση της τοπικής κοινωνίας (Ζαϊμάκης, 2002).

A.4 MONTELA ΧΩΡΩΝ Ε.Ε (Ελλάδα – Ιταλία , Μ.Βρετανία , Γερμανία, Δανία)

Για την κοινοτική φροντίδα εξαρτώμενων ηλικιωμένων , στο σύνολο τους τα κράτη επιλέγουν τη μικτή πρόνοια ως μια προσπάθεια περικοπής των δαπανών σε σχέση και με τις δημογραφικές αλλαγές . Διακρίνονται όμως ομάδες χωρών με διαφορετική δομή συστημάτων πρόνοιας και κοινοτικής φροντίδας , ενώ φαινομενικά συγκλίνουν στους στόχους .

Μια ομάδα είναι για παράδειγμα είναι αυτή των χωρών , όπως η Ελλάδα και η Ιταλία , τις οποίες χαρακτηρίζει η υπερεξάρτηση των ηλικιωμένων από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας με κεντρικό άξονα την οικογένεια , οι οποίες αντιμετώπιζαν ήδη σοβαρές ελλείψεις στις κρατικές υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας , είτε κεντρικές , είτε τοπικές , ενώ είναι σαφές ότι οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας θα τους στερήσουν τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των άτυπων δικτύων .

Στις χώρες αυτής της ομάδας δεν υπάρχουν ακόμα οι προϋποθέσεις για να λειτουργήσει ολοκληρωμένα μια μικτή πρόνοια . Απουσία αυτοδύναμης τοπικής

αυτοδιοίκησης και συνεργασίας με τον εθελοντικό τομέα είναι κάποια από τα βασικά κριτήρια που εμποδίζουν κάτι τέτοιο .

Σε μια δεύτερη ομάδα χωρών όπως η Μ.Βρετανία , σε γενικές γραμμές διαπιστώνονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά με τις προηγούμενες χώρες όπως για παράδειγμα το ότι και στη συγκεκριμένη περίπτωση , κεντρικός μοχλός της φροντίδας των ηλικιωμένων ήταν τα άτυπα δίκτυα φροντίδας , όμως έχουν δημιουργηθεί καλύτερες προϋποθέσεις για τη λειτουργικότητα ενός συστήματος μικτής πρόνοιας . Αποτελεί μια χώρα που παραδοσιακά στο χώρο της πρόνοιας υπάρχει ένας ισχυρός ιδιωτικός τομέας . Από το 1990 και μετά τέθηκαν βάσεις έτσι ώστε η προσοχή της χώρας δίνεται στη λειτουργία ενός μοντέλου κρατικής ρύθμισης αλλά ιδιωτικών παροχών . Αυτό όμως δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν προβλήματα όπως το κόστος για τους ηλικιωμένους που έχουν καλύτερα εισοδήματα ή το θέμα του συντονισμού των υπηρεσιών . Βέβαια σε θέματα που αφορούν την ενεργοποίηση και την ενδυνάμωση του ηλικιωμένου έχουν προχωρήσει αρκετά . Η αξιοποίηση του εθελοντικού, μη κερδοσκοπικού καθώς και του ιδιωτικού τομέα από τις κρατικές ή τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες αποτελεί μια στρατηγική επιλογή της πολιτείας στην διαδικασία αναζήτησης περισσότερο οικονομικών λύσεων, της αποκέντρωσης και της ιδιωτικοποίησης της πρόνοιας. Σε αυτό το πλαίσιο η Βρετανία έχει προχωρήσει αρκετά προς την κατεύθυνση σύναψης συμβολαίων (contracting) με εθελοντικούς φορείς και οργανισμούς. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η Γαλλία όπως και η Ιταλία. Με το σύστημα αυτό κρατικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο συνάπτουν συμβόλαια - τα οποία περιλαμβάνουν κανονισμούς και όρους για το τι θα προσφέρεται και πως - με εθελοντικές οργανώσεις ή κερδοσκοπικές επιχειρήσεις για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε συγκεκριμένες κατηγορίες «πελατών» (Alcock & Christensen, 1995).

Στα κορπορατιστικά μοντέλα (Γερμανία) επικρατεί η δραστηριοποίηση τόσο του εθελοντικού τομέα , όσο και του ιδιωτικού με κεντρικό άξονα την οικογένεια στη μακρόχρονη φροντίδα , όπως και σε άλλες προνοιακές υπηρεσίες . Όμως παρουσιάζεται εξαιρετικά υψηλό το κόστος φροντίδας τόσο για τις οικογένειες ,όσο και για τον ηλικιωμένο τον ίδιο . Οι λύσεις που αναζητήθηκαν ήταν κυρίως στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης , δίνοντας τη δυνατότητα στον ίδιο τον ασφαλισμένο να επιλέξει και να αγοράσει στη συνέχεια το είδος της φροντίδας που επιθυμεί από τον ιδιωτικό τομέα ή και από την οικογένεια . Σε αυτό το μοντέλο ενώ υπάρχει πολλαπλότητα τομέων παροχής φροντίδας και κάλυψη των δαπανών από την

κοινωνική ασφάλιση , διαπιστώνεται συγχρόνως η έλλειψη καθοδήγησης του πολίτη στις υπηρεσίες και του συντονισμού των φορέων .

Τέλος , ιδιαίτερη ομάδα αποτελούν οι Σκανδιναβικές χώρες που ήδη διαθέτουν ένα ισχυρά αποκεντρωτικό σύστημα με αυτόνομη χρηματοδότηση , με πολύ καλό επίπεδο υπηρεσιών , όπου οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας είναι υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης . Οι χώρες αυτές δεν στηριζόντουσαν ποτέ ιδιαίτερα στα άτυπα δίκτυα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων , αλλά θέλουν να βελτιώσουν ακόμη περισσότερο την ποιότητα των υπηρεσιών και να ενισχύσουν την ανεξάρτητη διαβίωση των ατόμων τρίτης ηλικίας .

Βγαίνει το συμπέρασμα ότι η πορεία από το κράτος σε μικτά σχήματα πρόνοιας στην κοινοτική φροντίδα θα είναι σταθερή στο μέλλον διότι υπάρχουν πλέον εξωτερικές πιέσεις που ωθούν τα συστήματα πρόνοιας προς διαφορετικές επιλογές . Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι παρά τις σημαντικές αλλαγές , η οικογένεια παραμένει το κύριο στήριγμα αυτών που χρειάζονται φροντίδα σε όλες τις χώρες της Ευρώπης είτε με την άμεση παροχή υπηρεσιών στα εξαρτώμενα μέλη , είτε με το διαμεσολαβητικό της ρόλο στην περίπτωση των Σκανδιναβικών χωρών .

Στην Ελλάδα έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στον τομέα κοινοτικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους . Γενικότερα γίνεται περισσότερο λόγος για φροντίδα από την κοινότητα παρά στην κοινότητα (Στασινοπούλου, 1992). Αν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες χρειάστηκαν αρκετά χρόνια νέο – φιλελεύθερων πολιτικών και προσπάθειες ιδιωτικοποίησης της πρόνοιας για να «πείσουν» τους «ενεργούς πολίτες» (Barnes, 1997), να αναλάβουν την φροντίδα των ίδιων και μελών της οικογένειάς τους, αποσυνδέοντας την έννοια της ευημερίας και της πρόνοιας από την κρατική της διάσταση και τονίζοντας παράλληλα την ατομική ευθύνη και το δικαίωμα επιλογής, στην χώρα μας ακολουθήθηκε μια διαφορετική - και ίσως σε αρκετά σημεία αντίθετη - πρακτική. Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στην περιφέρεια, παρατηρούμε την κυριαρχία των άτυπων δικτύων κοινωνικής φροντίδας (οικογένεια, γειτονιά). Το γεγονός αυτό συνδέεται με ζητήματα που αφορούν στην διατήρηση των δεσμών των ελλήνων με την εκτεταμένη οικογένεια και την αντίληψη ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων για παράδειγμα είναι οικογενειακή ευθύνη - ιδιαίτερα των γυναικών - (Means & Smith, 1994), αλλά και με το έλλειμμα ανάπτυξης αντίστοιχων επίσημων δομών (Σταθόπουλος, 1996). Αντίστοιχη φαίνεται να είναι η κατάσταση στον τομέα της φροντίδας αλλά και της γενικότερης δομής του κράτους πρόνοιας και σε άλλες χώρες - κυρίως του Νότου - όπως για παράδειγμα στην Ισπανία, Πορτογαλία την

Νότια Ιταλία αλλά και στην Ιρλανδία όπου η εκτεταμένη οικογένεια αλλά και η καθολική εκκλησία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση και την παροχή υπηρεσιών (McLaghin, 1993, Lorenz, 1994).

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

A. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Αναφέρεται πως "...οι κοινωνίες κρίνονται από το πώς φροντίζουν τα μωρά τους και τους ηλικιωμένους τους ..." ('Κ.Α.Π.Η' : Μπροστά στην πρόκληση του 21^{ου} αιώνα , εκδότης Β' Κ.Α.Π.Η Νίκαιας, Νίκαια 20 Οκτωβρίου 2000) Με βάση τα μέτρα προστασίας που προβλέπονται για τον τομέα της τρίτης ηλικίας με τον οποίο ασχολούμαστε μπορεί να διαμορφωθεί κατά κάποιον μια μορφή αξιολόγησης .

Μέχρι πρόσφατα η κρατική μέριμνα για την Τρίτη ηλικία περιοριζόταν στην οικονομική της ενίσχυση . Ωστόσο το σύνολο του πληθυσμού των ηλικιωμένων , δεν είναι μόνο το σύνολο απόμαχων , αλλά και ενεργών πολιτών που έχουν ακόμα πολλά να προσφέρουν στην κοινωνία . Η ταχύτερη συνταξιοδότηση και η επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής , οδηγούν στη συνεχή αύξηση ενός ειδικού κοινωνικού βάρους , που δημιουργεί το σύνολο των ηλικιωμένων στον ευρύτερο πληθυσμό .

Είναι λοιπόν αναγκαία η άμεση διερεύνηση των ειδικών προβλημάτων της κοινωνικής αυτής ομάδας όχι μόνο για την καλυτέρευση των συνθηκών ζωής τους αλλά και για την υπεράσπιση των συμφερόντων του κοινωνικού συνόλου γενικότερα , που χρειάζεται την Τρίτη ηλικία .

Στα πλαίσια αυτής της άποψης , έγινε κοινή συνείδηση , η ευθύνη της Πολιτείας απέναντι στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας και τις ανάγκες τους , με αποτέλεσμα την δημιουργία νέων θεσμών , προσαρμοσμένων στις οικονομικές , κοινωνικές , ιατρικές και εργασιακές εξελίξεις . Η προστασία των ηλικιωμένων έγινε τον τελευταίο καιρό επιτακτικότερη , γιατί ακριβώς οι ανάγκες έχουν διογκωθεί .

Μέχρι σήμερα μιλούσαμε για υπερήλικες , εννοώντας τα άτομα εκείνα που συμπληρώνουν το 65^ο έτος της ηλικίας τους , δηλαδή το όριο συνταξιοδότησης και κατά συνέπεια την υποχρεωτική παύση της εργασίας τους λόγω ηλικίας .

Το όριο αυτό επιλέχθηκε εξαιτίας της παλιάς αντίληψης για την βιολογική φθορά του ανθρώπου , την πτώση της σωματικής και πνευματικής του δύναμης και διαφόρων κριτηρίων , αναλόγων της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης κάθε χώρας καθώς επίσης και το πολιτιστικό της επίπεδο .

Παλαιότερα το πρόβλημα των ηλικιωμένων , δεν είχε πάρει τις σημερινές διαστάσεις και η αντιμετώπιση του ήταν απλή . Τα χρήματα της σύνταξης ή ο εγκλεισμός σε κάποιο γηροκομείο έδιναν τη λύση , άλλωστε η γεννητικότητα βρισκόταν σε υψηλά επίπεδα , ο μέσος όρος ζωής ήταν χαμηλός , οι δεσμοί της οικογένειας πιο στενοί .

Με το πέρασμα των χρόνων , οι συνθήκες εργασίας , ο τρόπος ζωής , η πρόοδος της ιατρικής και των άλλων επιστημών , επιμήκυναν τη ζωή του ανθρώπου και βοήθησαν στη διατήρηση των πνευματικών και σωματικών δυνάμεων , πέραν του 60^{ου} έτους της ηλικίας . Ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνεται και θα συνεχίσει να αυξάνεται . Σήμερα η αντίληψη που κυριαρχεί όσον αφορά τον ηλικιωμένο και την κοινωνική φροντίδα γι' αυτόν είναι η παραμονή του στο ανοιχτό περιβάλλον ή καλύτερα ο ηλικιωμένος στο σπίτι , μέσα στη γειτονιά , στην κοινότητα , μόνος ή με την οικογένεια του , τα παιδιά του , τους συγγενείς του .

Το γηροκομείο , το ίδρυμα έχουν πλέον παραμεριστεί αρκετά παρόλο που δεν αμφισβητείται το γεγονός πως εξακολουθούν να αποτελούν λύση σε πολλές περιπτώσεις ηλικιωμένων . Οι σύγχρονες όμως ιδέες κυριαρχούν όπως για ελευθερία , αξιοπρέπεια , ιδέες που καθιστούν όλα τα άτομα νέα και ηλικιωμένα μέλη της κοινότητας , ενεργά αυτόνομα , ισότιμα .

Αυτές οι ιδέες οδηγούν στη δημιουργία ενός πλέγματος υπηρεσιών , που καλύπτουν τις ανάγκες και δίνουν λύσεις στα προβλήματα του ηλικιωμένου , που προέρχονται κυρίως από την απομόνωση , το φόβο και την ανησυχία για την υγεία του , την αδράνεια στην οποία μπορεί να βρεθεί εξαιτίας του απεριόριστου ελεύθερου χρόνου του .

Έτσι λοιπόν το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το οποίο είναι αυτό που έχει την αρμοδιότητα για τη χάραξη πολιτικής , το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για την Τρίτη ηλικία εφάρμοσε μέτρα προστασίας που περιλαμβάνουν παροχές σε χρήμα , παροχές σε είδος , προσωπικές κοινωνικές

υπηρεσίες . Η πολιτική για τους ηλικιωμένους περικλείει τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα , σε ανάδοχες οικογένειες , σε κέντρα προστασίας γήρατος , σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων για ηλικιωμένους . Επιπλέον το Υπουργείο έχει την ευθύνη για την έκδοση αδειών λειτουργίας (Ν.Π.Δ.Δ , Ν.Π.Ι.Δ) που ασχολούνται με την προστασία των ηλικιωμένων .

- ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ

1. Συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι , μετά το 65^ο έτος της ηλικίας τους λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α
2. Ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών , τα οποία έχουν αναπηρία (σωματικά ή διανοητικά ανάπηροι) πάνω από 67% , έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση .
3. Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης , ηλικιωμένα άτομα όπως και άτομα και οικογένειες όλων των ηλικιών δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση .
4. Επιδότηση ενοικίου . Μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών , τα οποία αποδεδειγμένα δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία , δικαιούνται επιδότηση ενοικίου .

- ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1. Φροντίδα στο σπίτι . Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παραμονή του ηλικιωμένου , όσο το επιτρέπουν οι συνθήκες στο οικογενειακό του περιβάλλον , κοντά στους συγγενείς και τους φίλους του .
2. Προγράμματα αναδοχής . Αν και στη χώρα μας δεν είναι διαδεδομένη , αυτή η μορφή φροντίδας αρχίζει να ενθαρρύνεται ως εναλλακτική λύση φροντίδας και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μοναχικών κυρίως υπερηλίκων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια .

3. Προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα . Αρχικά ο όμιλος εθελοντών ξεκίνησε το πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων με το όνομα «Γωνιά του παππού και της γιαγιάς» .Το 1979 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ίδρυσε τα Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) τα οποία από το 1983 έχουν περιέλθει στην αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης . (Σταθόπουλος ,κοινωνική πρόνοια , 1999)

Β. ΦΟΡΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Β.1 ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η)

Μια από τις βασικότερες προσφορές υπηρεσιών στους ηλικιωμένους είναι αυτές των Κ.Α.Π.Η που αποτελούν κρατικά προγράμματα καταρτισμένα για την εξυπηρέτηση της επικρατούσας τάσης «παραμονή στο σπίτι» .

Τα ΚΑΠΗ αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο, που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ αποτελεί ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους ή σαν μέλη της οικογένειας. Γίνονται δεκτοί άνδρες και γυναίκες ηλικίας 60ετών και άνω που είναι κάτοικοι του Δήμου στον οποίο λειτουργεί ΚΑΠΗ. Η ίδρυση και η λειτουργία των κέντρων αυτών αποτελεί το πρώτο θετικό βήμα στον τομέα της κοινωνικής αντιμετώπισης των ηλικιωμένων από την κοινωνία και το κράτος.

Η ίδρυση και λειτουργία των 270 Κ.Α.Π.Η. στους περισσότερους Δήμους της Χώρας αποτελεί την πλέον σαφή απόδειξη του ενδιαφέροντος του κράτους για την εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Σε τοπικό επίπεδο στην Κρήτη έχουν συσταθεί 41 Κ.Α.Π.Η εκ των οποίων λειτουργούν ουσιαστικά με προσωπικό τα 33 ενώ τα άλλα 8 βρίσκονται σε διαδικασία συγκρότησης . Πιο συγκεκριμένα , στο νομό Ηρακλείου έχουμε 23 εκ των οποίων 7 ΚΑΠΗ στο δήμο Ηρακλείου , 1 στο

δήμο Αρχανών , 2 στο δήμο Αστερουσίων , 1 στο δήμο Βιάννου , 1 στο δήμο Γαζίου , 1 στο δήμο Καστελλίου , 1 στο δήμο Κόφινα , 1 στο δήμο Κρουσώνα , 1 στο δήμο Μοιρών , 1 στο δήμο Ν.Αλικαρνασσοῦ , 1 στο δήμο Ρούβα , 2 στο δήμο Τεμένους , 1 στο δήμο Τυμπακίου , 1 στο δήμο Χερσονήσου και 1 στο δήμο Αρκαλοχωρίου .

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η

Α) Η πρόληψη βιολογικών , ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων , που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα , ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου .

Β) Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων , σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας .

Γ) Έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους

Οι βασικοί στόχοι που καλούνται να εκπληρώσουν τα κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων είναι η κοινωνική συμμετοχή , η προληπτική υγιεινή , η ενεργοποίηση , η ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και οι διασυνδέσεις και συνεργασίες.

Η πλήρης ανάπτυξη των προγραμμάτων ενός ΚΑΠΗ επιτυγχάνει τη διαφοροποίηση από τα άλλα γνωστά ως σήμερα προγράμματα , που οργανώνονται από διάφορους φορείς και φιλανθρωπικές οργανώσεις , με παροχή πολύ περιορισμένων υπηρεσιών . Ο παραδοσιακός τρόπος παροχής βοήθειας παραχωρεί τη θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου , που οδηγεί στην ένταξη του ηλικιωμένου στην κοινότητα . Οι υπηρεσίες ποιότητας δημιουργούν ισχυρά πρότυπα που πετυχαίνουν την κοινωνική συμμετοχή τους .

Προσφερόμενες Υπηρεσίες των ΚΑΠΗ

Α) Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές) και επιμόρφωση (διαλέξεις , μελέτη διάφορων θεμάτων)

Β) Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και νοσηλεία .

Γ) Κοινωνική εργασία που προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους .

Δ) Φυσικοθεραπεία

Ε) Εργασιοθεραπεία

Ζ) Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις

Στ) Συνεργασία με άλλα προγράμματα για παροχή υπηρεσιών στο σπίτι ή γενικότερης φροντίδας («Βοήθεια στο Σπίτι» , ΚΗΦΗ)

Ο κύκλος επιτυχίας των ΚΑΠΗ συνίσταται κατά πολύ στην ευαισθητοποίηση της γειτονιάς , όπου τα νεότερα μέλη της αποδέχονται τα παλιότερα και εκδηλώνουν την επιθυμία τους για προσφορά υπηρεσιών στο ΚΑΠΗ , στο σπίτι τους ή στις ποικίλες δραστηριότητες που διοργανώνονται . Η κινητοποίηση της γειτονιάς μπορεί να γίνει από κάθε ηλικία , περιλαμβανομένων ακόμη και των παιδιών ενός Δημοτικού σχολείου σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς . Σε ορισμένα ΚΑΠΗ (π.χ. ΚΑΠΗ Φορτετσας) λειτουργούν ομάδες ανάγνωσης παραμυθιών σε παιδιά νηπιαγωγείου αποδεικνύοντας τη σημασία των παιδιών στη περίπτωση των ηλικιωμένων αλλά και τη σημασία και το ρόλο που παίζουν οι ηλικιωμένοι απέναντι στα παιδιά .Μπορούν να χαρούν την παιδική παρουσία και τη θετική αύρα που τα νεαρά άτομα εκπέμπουν , δίνοντας αποδεδειγμένα ζωή στους μεγαλύτερους ανθρώπους .

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ ξεκίνησε με δυναμισμό και στερεές βάσεις και αποτελεί την αρχή μιας νέας πολιτικής . Ο δυναμισμός του δεν επιτρέπει στατικότητα , αλλά τον οδηγεί σε διασυνδέσεις και συνεργασίες με άλλους φορείς , που ο καθένας στον κύκλο της αρμοδιότητας του συμπληρώνει με παροχές και υπηρεσίες . Διασυνδέσεις γίνονται με σχολεία και πολιτιστικούς συλλόγους για τη σμίκρυνση του χάσματος των γενεών , με τις Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης του Υπουργείου Παιδείας (ΝΕΛΕ) , με τον Ελληνικό Οργανισμό Τουρισμού (ΕΟΤ) και με άλλους φορείς της κοινότητας .

B.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Το 1997 το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., τους Δήμους και τα Κ.Α.Π.Η. αξιολογώντας τις απαιτήσεις της σύγχρονης ελληνικής Κοινωνίας για μία πιο ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων ξεκίνησε την εφαρμογή του Εθνικού πιλοτικού προγράμματος με την ονομασία «Βοήθεια Στο Σπίτι». Η πορεία του κρίθηκε επιτυχημένη και έτσι το 2000 δημιουργήθηκαν οι πρώτες Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας συγχρηματοδοτούμενες από το Β' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης και το Υπουργείο Εργασίας. Το 2002 ξεκινάει η υλοποίηση των προγραμμάτων Βοήθεια Στο Σπίτι που συγχρηματοδοτούνται από

το Γ' Κ.Π.Σ. και Εθνικούς Πόρους. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε 751 Ο.Τ.Α. και στόχος είναι να λειτουργήσει και στους 900 Δήμους της χώρας μας. Άρα συμπεραίνουμε ότι είναι ένας άκρως επιτυχημένος θεσμός ο οποίος θα έχει συνέχεια στον χρόνο.

Σκοπός του προγράμματος είναι η προστασία με στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες.

Εξασφαλίζει

- την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση,
- την παραμονή στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον
- την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Οι ομάδες στελεχώνονται από Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές Οικογενειακούς Βοηθούς και συνεργάζονται με ψυχολόγους, ιατρούς παθολόγους, διαιτολόγους.

Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι : Κοινωνική και ψυχολογική στήριξη του ωφελούμενου, πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα, καθαριότητα του χώρου όπου διαμένει ο ηλικιωμένος, αγορές, πληρωμές λογαριασμών, συντροφιά, πρόγραμμα σίτισης, συνοδεία στο νοσοκομείο, ατομική υγιεινή και άλλες υπηρεσίες που κρίνονται απαραίτητες για την πραγματοποίηση των στόχων του προγράμματος.

Ενώ το προσωπικό παραμένει το ίδιο ο αριθμός των περιστατικών συνεχώς αυξάνεται, με αποτέλεσμα να μειώνεται η συχνότητα επισκεψιμότητας, ο χρόνος παροχής υπηρεσιών ενώ παρουσιάζεται αδυναμία ένταξης καινούργιων περιστατικών. Παρατηρείται ένα συναισθηματικό δέσιμο των μελών της ομάδας με τους εξυπηρετούμενους με αποτέλεσμα να αδυνατούν να διαγράψουν από το πρόγραμμα όσα περιστατικά δεν χρήζουν πλέον υποστήριξης από αυτό. Η σταδιακή διακοπή παροχής υπηρεσιών είναι πολλές φορές η λύση του προβλήματος. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τους επαγγελματίες πόσο μάλλον για τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους η διακοπή της συνεργασίας όμως η ομάδα πρέπει να αντεπεξέλθει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες όλων εκείνων των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν αποδεδειγμένη αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης. .

Είναι συχνό το φαινόμενο να παραπέμπονται περιστατικά τα οποία δεν είναι στο πλαίσιο αρμοδιοτήτων του προγράμματος. Και αυτό γιατί οι αρμόδιες υπηρεσίες θεωρούν ότι το Βοήθεια Στο Σπίτι είναι η λύση για όλα τα βαριά περιστατικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρύνεται το προσωπικό με αρμοδιότητες για τις οποίες

πολλές φορές δεν είναι νομικά κατοχυρωμένο. Έτσι κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για αρτιότερη συνεργασία μεταξύ των δημόσιων φορέων κοινωνικής πρόνοιας και του προγράμματος ώστε να αντιμετωπίζονται οι πολυπροβληματικές περιπτώσεις άμεσα και αποτελεσματικά. Παρεμβαίνοντας ο κάθε φορέας στον τομέα δράσης που του αντιστοιχεί τότε είναι βέβαιο ότι το σύστημα κοινωνικής φροντίδας θα λειτουργήσει αρτιότερα και με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τον εξυπηρετούμενο και την τοπική κοινωνία.

Το πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι είναι ένας θεσμός ο οποίος θα έπρεπε να ενθαρρύνει και ενισχύει τον εθελοντισμό. Οι ανάγκες είναι πολλές αλλά η ανταπόκριση της κοινωνίας παρά τις αρχικές προσδοκίες είναι περιορισμένη. Παρόλο που γίνονται προσπάθειες προσέλκυσης εθελοντών λίγοι είναι αυτοί που μπορούν να αντιληφθούν την σημασία της προσφοράς στους ηλικιωμένους. Δεν είναι χάσιμο χρόνου αλλά ανάσα ζωής για όλους αυτούς που περιμένουν από τα στελέχη του προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι να χτυπήσουν την πόρτα τους και να νοιαστούν για τις ανάγκες τους.

Όπως, όλα τα προγράμματα που εδράζονται στη λογική της τοπικής ανάπτυξης, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», εμφανίζει σημαντικά πλεονεκτήματα τόσο για τους άμεσα επωφελούμενους από αυτά, όσο και για το σύνολο των συντελεστών της τοπικής κοινωνίας. Η εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και βιωσιμότητας του προγράμματος θα πρέπει να αποτελέσει το πρώτο μέλημα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, όπως συμβαίνει σε όλη την Ευρώπη και όχι μόνο. Ταυτόχρονα, η Δημόσια Διοίκηση, σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο, θα πρέπει να σταθεί αρωγός και αξιολογητής της προσπάθειας. Η συνεργασία και ο συντονισμός, καθίσταται όρος απαραίτητος για την επιτυχή συνέχιση του προγράμματος, προς όφελος των συμπολιτών μας, των τοπικών κοινωνιών, αλλά και της συνολικής κοινωνικής μας συγκρότησης.

B.3 ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η)

Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) είναι μονάδα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων μη δυνάμενων να αυτοεξυπηρετηθούν

απόλυτα ,των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει .

Σκοπός :

Το ΚΗΦΗ αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων με την παραμονή τους σε οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον , στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας , στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο .

Υπηρεσίες που παρέχονται:

- Νοσηλευτική Φροντίδα
- Φροντίδα για την κάλυψη βασικών καθημερινών αναγκών
- Ατομική υγιεινή
- Συναισθηματική υποστήριξη
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων .

Στελέχωση :

- Νοσηλεύτρια
- Κοινωνικοί φροντιστές
- Βοηθητικό προσωπικό
- Γιατρός
- Φυσιοθεραπευτής

Η λειτουργία των ΚΗΦΗ είναι από το πρωί ως το μεσημέρι εκτός τις ημέρες Σαββάτου και Κυριακής και η μεταφορά των ατόμων γίνεται από ειδικό όχημα που προσφέρεται στα κέντρα αν και σε πολλά κέντρα στερούνται κάτι τέτοιο με αποτέλεσμα να φροντίζουν για τη μεταφορά των μελών το στενό τους περιβάλλον.

Εγγραφή ηλικιωμένων :

- Αίτηση του ιδίου του ηλικιωμένου ή παραπομπή του ατόμου από το συγγενικό περιβάλλον ή κάποιον άλλο φορέα .
- Γνωμάτευση γιατρού δημοσίου , Ν.Π.Δ.Δ ή ασφαλιστικού οργανισμού σχετική με την κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου .
- Αντίγραφο δήλωσης φορολογίας εισοδήματος
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας

Διακοπή φιλοξενίας :

- Μετά από αίτηση των ιδίων των ατόμων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα
- Όταν εμφανίσουν σοβαρά προβλήματα στη συμπεριφορά ή την υγεία του ηλικιωμένου που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου ή των υπολοίπων μελών ή του προσωπικού .

B.4 ΜΟΝΑΔΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Στόχος των προγραμμάτων κοινωνικής μέριμνας είναι , με το εξειδικευμένο προσωπικό που απασχολείται σε αυτά , να υποστηρίξει την οικογένεια ώστε να κρατά κοντά της τα ηλικιωμένα ή ανήμπορα μέλη της , να στηρίζει τα άτομα αυτά ώστε να μην αποκόπτονται από τον κοινωνικό περίγυρο , να προσπαθεί γενικότερα να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους και να δημιουργεί τις προϋποθέσεις για αξιοπρεπή διαβίωση .

Το εξειδικευμένο προσωπικό που καλύπτει τις ανάγκες του προγράμματος αποτελείται από κοινωνικούς λειτουργούς , νοσηλεύτριες και οικογενειακούς βοηθούς .

Ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει το συντονισμό του προγράμματος και εισηγείται τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη σωστή λειτουργία και εξέλιξη του . Ερευνά την υγεία , τις συνθήκες διαμονής και διατροφής , την οικογενειακή και οικονομική , ασφαλιστική και κοινωνική κατάσταση του χρήζοντα βοήθειας ατόμου , προσδιορίζει τις ανάγκες και επιλαμβάνεται τις επίλυσης τους . Η νοσηλεύτρια

αναλαμβάνει τα νοσηλευτικά περιστατικά κρατώντας ιστορικό για τη καθεμιά περίπτωση . Οι οικογενειακοί βοηθοί αναλαμβάνουν πρακτικές εξυπηρετήσεις και βοήθεια για τη διατήρηση υγιεινής .

Δράσεις Προγράμματος

Η ανίχνευση , διερεύνηση , καταγραφή , ταξινόμηση και συστηματική επεξεργασία των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ατόμων που χρήζουν βοήθειας . Πηγές πληροφοριών αποτελούν οι ανάγκες που εντοπίζονται από διάφορους άλλους φορείς που συνεργάζονται όπως και από επιτόπιες προσεγγίσεις .

Επίσης γίνεται μια ιεράρχηση των κοινωνικών αναγκών αυτών των ατόμων που αφορούν ανάγκες εξασφάλισης ή βελτίωσης της αυτοεξυπηρέτησης , ανάγκες κάλυψης βασικών αναγκών καθημερινής λειτουργίας , αντιμετώπιση αναγκών πρόληψης , παρακολούθησης ή αποκατάστασης ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων .

Μέσω των διάφορων δραστηριοτήτων γίνεται μια διερεύνηση των κοινωνικών δυνάμεων και τάσεων που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην προβολή και ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων εθελοντισμού .

Γενικότερα , το πρόγραμμα «**Κοινωνικής Μέριμνας**» απευθύνεται σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως , λόγω προσωρινών ή μόνιμων προβλημάτων υγείας ή ακόμη και σε άτομα με ειδικές ανάγκες και στις οικογένειες αυτών που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα .

B.5 ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Η **Εκκλησία** λειτουργεί πάνω από 60 λεγόμενους «**Οίκους γαλήνης**» που παρέχουν βοήθεια σε φτωχούς ηλικιωμένους.

Το **πρόγραμμα θετής οικογένειας για τους ηλικιωμένους** είναι μια εναλλακτική μορφή ανοικτής φροντίδας για τους ηλικιωμένους, το οποίο καθιερώθηκε νομικά το 1992, αλλά ακόμη δεν έχει ενεργοποιηθεί πλήρως.

Καλοκαιρινή κατασκήνωση και κοινωνικός τουρισμός: Το Κοινωνικό Κέντρο για την Οικογένεια και τους Νέους πραγματοποιεί ένα πρόγραμμα καλοκαιρινής κατασκήνωσης σε στενή συνεργασία με τα Ανοικτά Κέντρα για τους ηλικιωμένους.

Αυτό παρέχει δωρεάν καλοκαιρινές διακοπές σε όσους ηλικιωμένους είναι άνω των 60 χρόνων, και σε μερικές περιπτώσεις θεραπεία με ιαματικά λουτρά – όταν υπάρχουν χρόνιες παθήσεις – στις οποίες συμμετέχουν κάπου 15.000 άτομα κάθε χρόνο. Ένα παρόμοιο πρόγραμμα πραγματοποιείται από τον Εθνικό Οργανισμό Τουρισμού που χρηματοδοτεί, κάθε χρόνο, διακοπές 7 ημερών για τους ηλικιωμένους με χαμηλό εισόδημα μέσω του προγράμματος «Κοινωνικός Τουρισμός».

Άλλες παροχές για τους ηλικιωμένους: προγράμματα στοιχειώδους παιδείας και μαθήματα διασκέδασης και ψυχαγωγίας που προσφέρουν κατάρτιση στους ηλικιωμένους, δωρεάν εισιτήρια για το θέατρο που επιχορηγούνται μέσα από το πρόγραμμα κοινωνικής αρωγής, ειδικές τιμές στα εισιτήρια των σιδηροδρόμων και στα αεροπορικά εισιτήρια με την εθνική αεροπορική εταιρία.

Εκτός από την περαιτέρω ανάπτυξη των προαναφερόμενων προγραμμάτων και παροχών, η εθνική πολιτική για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει την ανάπτυξη στο εγγύς μέλλον των εξής:

Κέντρα Αποκατάστασης, όπως απαιτεί ο πρόσφατος νόμος μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

A. ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ Γ' ΗΛΙΚΙΑ

A.1 ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ

Κοινωνικο-οικονομικές είναι οι αιτίες εισόδου σε ίδρυμα. Σημαντικό ρόλο παίζει η οικογενειακή κατάσταση, η απώλεια της αυτονομίας που απαιτεί φροντίδα και οικονομικοί λόγοι. Συγκεκριμένα: α) αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων που δεν έχουν συγγενείς ή συγγενείς που είναι σε θέση να τον φροντίσουν, β) Οικογενειακές δυσχέρειες π.χ. ο πλησιέστερος συγγενής και μόνος συγκάτοικος είναι άρρωστος ή δεν μπορεί να λείψει από την υπηρεσία του σε συνδυασμό με σωματικές αναπηρίες που διαταράσσουν την ομαλή οικογενειακή ζωή. Υπάρχουν οικογένειες που δεν είναι διαθέσιμες ή δεν επιθυμούν να παρέχουν περι-

θαλπη σε ασθενείς ηλικιωμένους . Είναι γεγονός πως στην χώρα μας δεν προβλέπεται η οικονομική ενίσχυση της οικογένειας που φροντίζει το/ τα ηλικιωμένο/ α μέλος/ οι της. Τα τελευταία χρόνια η επικρατούσα πρακτική υπαγορεύει την πρόσληψη στον ρόλο του φροντιστή μεταναστριών από τις χώρες της πρώην Σ. Ένωσης και της Ανατολικής Ευρώπης κάτι το οποίο συνεπάγεται μια ιδιαίτερη οικονομική επιβάρυνση για την οικογένεια, προβλήματα που δημιουργεί η πιθανή συγκατοίκηση, ζητήματα επικοινωνίας αλλά και ελλιπή προγραμματισμό των πραγματικών αναγκών του ηλικιωμένου (Τεπέρογλου, 2004). Έτσι, σκιαγραφείτε ένα πλαίσιο ιδιαίτερα αρνητικό για την συνέχιση της «αυτονόητης και θεμελιωμένης αρχής του καθήκοντος παιδιών, εγγονών, συγγενών να φροντίζουν τους ηλικιωμένους» γ) Η μοναξιά εξαιτίας μιας πρόσφατης χηρείας μπορεί να αποτελέσει σημαντική αιτία για την αναζήτηση συντροφιάς μέσα σε ένα γηροκομείο. Ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι συνήθως αυτοεγκαταλείπονται και μερικοί ζουν σε κατάσταση απίστευτης ακαθαρσίας, δ) Κατάσταση υγείας: οι άρρωστοι, ανάπηροι ή ευάλωτοι ηλικιωμένοι που δεν παρουσιάζουν δυνατότητες οργανικής ή διανοητικής βελτίωσης και έχουν ανάγκη προσωρινής ή οριστικής περίθαλψης 24 ώρες το 24ωρο, δηλαδή όσοι πάσχουν από νευροφυτικές διαταραχές, διανοητικές διαταραχές, ακράτεια ούρων και κοπράνων, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος που εμποδίζουν την κινητικότητα ή καθηλώνουν στο κρεβάτι: συγχυτικοί ή εκκεντρικοί ηλικιωμένοι, άτομα με αδιαφορία για την αξιοπρέπεια της εμφάνισης τους ή με συναισθηματικές κρίσεις (θυμού, κλάματος κλπ.) διαταράσσουν κάθε ομαλή οικογενειακή ζωή. Πολλοί ενοχλούν τη νύχτα και δεν αφήνουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να κοιμηθούν ή εξαφανίζονται όταν βγαίνουν έξω από το σπίτι. Μερικοί συγγενείς δεν δέχονται τον ασθενή στο σπίτι μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο. Τελικά η κινητικότητα η άνοια καθορίζουν αν ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να παραμείνει σπίτι του. Χωρίς αμφιβολία υπάρχουν ασθένειες που δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν σωστά στο σπίτι, ε) Οικονομικές δυσχέρειες, φτώχεια, που δεν επιτρέπουν την αυτόνομη διαβίωση σε ιδιωτικές κατοικίες, ιδιαίτερα όταν τα άτομα είναι ενοικιαστές της κατοικίας τους. Όλα τα σπίτια δεν είναι κατάλληλα για τη διατήρηση ενός ευάλωτου ηλικιωμένου. Οι οικονομικές δυσχέρειες γίνονται ιδιαίτερα αισθητές σε άτομα που στηρίζονται μόνο σε σύνταξη και λιγότερο σε άτομα που ήταν προηγουμένως ελεύθεροι επαγγελματίες. Το κόστος διατήρησης στο σπίτι είναι υψηλό και περιλαμβάνει εκτός από τις αμειβόμενες υπηρεσίες, εκείνες που προσφέρονται από την οικογένεια και τους φίλους και τις εξωτερικές κοινοτικές υπηρεσίες, στ) Η έλλειψη

υπηρεσιών κατ' οίκον. ζ) Ο εγωκεντρισμός του σύγχρονου ανθρώπου. Ορισμένα άτομα της οικογένειας προβάλλουν σαν δικαιολογία ότι δεν αντέχουν να βλέπουν την κατάρρευση του ηλικιωμένου συγγενή μέσα στο σπίτι τους ή να τον επισκέπτονται καθημερινά στο σπίτι του.

Οι χρόνιες συγχυτικές καταστάσεις καταστρέφουν την ικανότητα του αρρώστου να ζήσει ανεξάρτητη ζωή μέσα στην οικογένεια όταν η συμπεριφορά γίνεται ανυπόφορη -διεγέρσεις, αϋπνίες, πρόκληση ατυχημάτων- οι συγγενείς αναγκάζονται να τους περιορίσουν σε ειδικά ιδρύματα, σε ψυχιατρεία ή σε ιδρύματα για χρονίως πάσχοντες.

A.2 ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ

Αν η προσδοκώμενη ζωή είναι μικρή, η πίεση στην κοινωνία για την παροχή ιδρυματικής περίθαλψης για τους ασθενείς ή ανάπηρους ηλικιωμένους είναι περιορισμένη. Ο αριθμός εκείνων που επιζούν στη μεγάλη ηλικία και εκείνων που ζητούν υπηρεσίες που να τους στηρίζουν είναι ελάχιστος και η φροντίδα τους μπορεί να γίνεται από τα μέλη της οικογενείας. Με την αύξηση της προσδοκώμενης ζωής ο αριθμός των ατόμων που απαιτούν βοήθεια και φροντίδα διευρύνεται. Ιδιαίτερα προβλήματα παρουσιάζουν οι καταστάσεις βαριάς σωματικής ή ψυχοδιανοητικής αναπηρίας που η αντιμετώπιση τους στο σπίτι καθίσταται προβληματική ή αδύνατη και δημιουργεί πολλά προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον. Συγχρόνως η αστικοποίηση, η μετανάστευση, η είσοδος των ενδεχόμενων φροντιστών της οικογενείας στην αγορά εργασίας και αλλαγές στην κατοικία αυξάνουν τη ζήτηση για κοινωνικές υπηρεσίες ανοικτής και κλειστής περίθαλψης. Το γηροκομείο είναι η έσχατη και αναπόφευκτη λύση όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του ηλικιωμένου, ή όταν αποκλειστεί εντελώς η περίθαλψη του στο σπίτι και για τους μοναχικούς οικονομικά αδύνατους υπερήλικες.

Μελέτες και έρευνες σε χώρες της ΕΕ έδειξαν ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζουν στην κοινότητα, στο σπίτι τους σε κανονικές κατοικίες ή σε κατοικίες προσαρμοσμένες για τους ηλικιωμένους ενώ λίγοι ζουν σε οίκους ευγηρίας. Μελέτη του ΟΟΣΑ έδειξε ότι η αναλογία ηλικιωμένων που ζει σε ιδρύματα κυμαίνεται από 1,5%

στην Ιαπωνία μέχρι και 13% στη Ολλανδία ενώ στις περισσότερες χώρες το ποσοστό είναι 4-6%. Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες τα ποσοστά ιδρυματοποίησης είναι πολύ χαμηλά ή ασήμαντα. Οι περισσότεροι τρώφιμοι γηροκομείων είναι υπερήλικες και οι γυναίκες υπεραντιπροσωπεύονται. Το ποσοστό ιδρυματοποίησης αυξάνεται με την ηλικία και διαχρονικά.

Στην Ελλάδα στην πλειονότητα τους τα ηλικιωμένα άτομα ζουν μόνα τους στα σπίτια τους ή με τα παιδιά τους. Ακόμα και ηλικιωμένοι με ειδικές ανάγκες εξακολουθούν να δέχονται φροντίδα και υπηρεσίες από την οικογένεια, τους φίλους ή/και τους γείτονες. Ένα πολύ μικρό ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων είτε αναγκαστικά είτε οικειοθελώς, ζει σε ιδρύματα, ποσοστό που αυξάνει με την πάροδο του χρόνου. Αιτία του χαμηλού ποσοστού στην Ελλάδα είναι ότι η οικογένεια είναι πρόθυμη να περιποιείται τους ηλικιωμένους της και ότι η περίθαλψη που παρέχεται σε ιδρύματα είναι χαμηλής ποιότητας γεγονός που αποθαρρύνει τους ηλικιωμένους και τις οικογένειες τους να ζητούν ιδρυματική περίθαλψη.

A.3 ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Σημαντική είναι η δράση και η προσφορά των ιδρυμάτων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η λειτουργία τους στηρίζεται σε δωρεές, κληροδοτήματα και την εκμετάλλευση της περιουσίας τους. Το καλύτερο ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι το Γηροκομείο Αθηνών, δυναμικότητας 800 κλινών που διαθέτει και νοσοκομείο με 144 κλίνες. Έχει αποδοτική οργάνωση και ευαισθητοποιημένο, αφοσιωμένο προσωπικό και παρέχει αξιοπρεπή διαβίωση σε ηλικιωμένους διαφόρων οικονομικών τάξεων. Ο χώρος είναι μεγάλος, περιποιημένος, με λουλούδια και δέντρα μέσα σε ένα υγιεινό περιβάλλον. Το Γηροκομείο Πειραιώς με ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη διεύθυνση και προσωπικό προσφέρει επίσης πολύ ικανοποιητικές υπηρεσίες.

Το Κράτος επιχορηγεί τον προϋπολογισμό αρκετών ιδρυμάτων, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συμμετέχει στη διοίκηση και οργάνωση τους, εγκρίνει τους προϋπολογισμούς, καθορίζει το ύψος των τροφείων, συνάπτει συμβάσεις με ΝΠΙΔ και καταβάλλει αποζημίωση για τη δωρεάν περίθαλψη των οικονομικώς αδυνάτων και των χρονίως πασχόντων. Το ΙΚΑ έχει συνάψει συμβάσεις με ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και με ιδιωτικές γενικές κλινικές. Το νοσήλιο που

καταβάλλεται -στο οποίο προστίθενται οι δαπάνες για φάρμακα και φυσικοθεραπεία- είναι πολύ χαμηλό ενώ το κόστος νοσηλείας για το Ίδρυμα είναι πολύ μεγαλύτερο. Μέχρι το 1996 υπήρχε απαλλαγή από το φόρο στο εισόδημα από ακίνητα και οικοδομές και οι δωρεές αφαιρούνταν από το φορολογητέο εισόδημα των δωρητών. Οι ρυθμίσεις που προβλέπονται σε Νόμο του 1997 που θεωρήθηκε από νομικούς ως αντισυνταγματικός δημιουργούν αντικίνητρα και φαλκιδεύουν τους σκοπούς των κοινωφελών ιδρυμάτων που εξαρτώνται από χορηγίες και δωρεές.

Ωστόσο εκκρεμούν πολλές αιτήσεις. Όπως και σε πολλά δημόσια ιδρύματα ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οι όροι εισόδου αποκλείουν ηλικιωμένα άτομα που έχουν πραγματική ανάγκη π.χ. απαιτείται ηλικία τουλάχιστον 72 ετών και το άτομο να είναι αυτοεξυπηρετούμενο. Το μεγαλύτερο μέρος του αριθμού των εισαγομένων προέρχεται από τις αγροτικές περιοχές της χώρας.

Οι κτιριακές εγκαταστάσεις πρέπει να εκσυγχρονιστούν, η στελέχωση είναι ελλιπής και υπάρχει έλλειψη προγραμμάτων απασχόλησης των τροφίμων. Ο φιλοξενούμενος πληθυσμός είναι οικονομικά αδύνατος και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

A.5 ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ «ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ»

Οι κρατικοί οίκοι ευγηρίας απαιτούν να είναι οι ηλικιωμένοι αυτοεξυπηρετούμενοι όταν εισέρχονται και αυτό αποκλείει ένα μεγάλο μέρος εξαρτημένων ηλικιωμένων. Τα λίγα ιδρύματα χρονίως πασχόντων έχουν μακρές λίστες αναμονής, προβλήματα προσωπικού και διοίκησης. Η ανεπάρκεια των θέσεων σε δημόσια και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα για ηλικιωμένους και τα μεγάλα κέρδη των ιδιωτικών λεγόμενων "οίκων ευγηρίας" είχαν ως συνέπεια την έντονη και αυξανόμενη παρουσία του ιδιωτικού τομέα ιδρυματικής περίθαλψης και των ιδιωτικών κλινικών που πολλές φορές χρησιμοποιούνται για τη μετανοσοκομειακή περίθαλψη ηλικιωμένων. Για να λειτουργήσει ένας ιδιωτικός οίκος ευγηρίας έχουν επιβληθεί ορισμένες προϋποθέσεις και όροι. Πρέπει να σημειωθεί ότι μερικά ιδρύματα δεν έχουν άδεια λειτουργίας επειδή δεν πληρούν τους όρους που θέτει το κράτος. Ο αριθμός των τροφίμων των ιδρυμάτων χωρίς άδεια είναι άγνωστος. Μερικές επιχειρήσεις έχουν άδεια ως ιδιωτικές κλινικές: δεν απευθύνονται αποκλειστικά σε ηλικιωμένους αν και η πλειονότητα των κρεβατιών τους κατέχεται

από ηλικιωμένους. Μερικοί ασφαλιστικοί φορείς καταβάλλουν τα έξοδα περίθαλψης σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία για περιορισμένο χρονικό διάστημα, ενώ τα έξοδα δεν καλύπτονται σε ιδιωτικές επιχειρήσεις-γηροκομεία. Οι περισσότεροι "οίκοι ευγηρίας" του ιδιωτικού τομέα είναι ακριβοί και πολλοί από αυτούς ,χαμηλής ποιότητας . Προκειμένου τη μετατόπιση του ενδιαφέροντος από το οικονομικό ζήτημα που συνδέει τις περισσότερες ιδιωτικές επιχειρήσεις τέτοιου τύπου, εκπρόσωποι αυτών καταφέρνται «εναντίον των παιδιών που παρκάρουν τους γονείς τους στα γηροκομεία». Ούτε λίγο ούτε πολύ, λοιπόν, ευθύνη φέρει το άμεσο περιβάλλον του ηλικιωμένου και όχι -στο ακέραιο- ο επιχειρηματίας που πλουτίζει ανενόχλητος, προσφέροντας ουσιαστικά ένα κατάλυμα, ευάλωτο, όπως αποδεικνύεται, στα ακραία καιρικά φαινόμενα. Έτσι, διά της αποτελεσματικής μεθόδου της «μεταβίβασης», ενοχοποιείται η οικογένεια για σκληρότητα, αφροντισιά και αναληγσία, ο δε επαρκώς (αν όχι αδρά) αμειβόμενος ιδιοκτήτης του ιδρύματος φέρει το «άλλοθι» της δικαιολογημένης κερδοσκοπίας .

A.6 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Τα ιδρύματα για ηλικιωμένους παρουσιάζουν ορισμένα πλεονεκτήματα όπως π.χ. ασφάλεια και παροχή ορισμένων υπηρεσιών, αλλά και πολλά μειονεκτήματα όπως «γκετοποίηση», περιορισμούς στην ανεξαρτησία, κανονισμοί που περιορίζουν τις ατομικές ελευθερίες, αλλαγή στις συνήθειες και τον τρόπο ζωής, περιορισμένος χώρος για τα έπιπλα και τα προσωπικά αντικείμενα, απαγόρευση συγκατοίκησης με τα αγαπημένα ζώα. Ο ιδρυματισμός επιφέρει κάθετη πτώση στη σωματική και πνευματική υγεία των ηλικιωμένων. Γι' αυτό ένας σημαντικός αριθμός κλινών γηροκομείου καλύπτονται από κατάκοιτους ή ημικατάκοιτους ή άτομα με γεροντική άνοια, που ήταν αυτοεξυπηρετούμενοι κατά την είσοδο τους στο ίδρυμα. Η συγκατοίκηση ασθενών με άνοια που συχνά διατηρούν ικανοποιητική κινητικότητα, με ασθενείς που έχουν πνευματική διαύγεια αλλά δεν μπορούν να μετακινηθούν, χειροτερεύει την κατάσταση των δεύτερων Το προσωπικό τις περισσότερες φορές είναι ανεπαρκές και κουρασμένο και έχει να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις. Οι στεγαστικές και διαιτητικές συνθήκες των ηλικιωμένων δεν χαρακτηρίζονται ικανοποιητικές. Κακή διαρρύθμιση των χώρων, χώροι υγιεινής περιορισμένοι με

αποτέλεσμα να διαπληκτίζονται οι τρόφιμοι, μερικά γηροκομεία δεν διαθέτουν κεντρική θέρμανση ούτε ντουλάπια για κάθε τρόφιμο, άλλα φιλοξενούν 20 άτομα σε μία αίθουσα. Το διαιτολόγιο σε μερικά ιδρύματα ήταν ικανοποιητικό, σε άλλα φτωχό και σε μερικά ακατάλληλο. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εξασφαλίζεται για τους ασφαλισμένους μέσω των ασφαλιστικών Οργανισμών και για τους μη ασφαλισμένους από τον ιατρό του Ιδρύματος. Τα έκτακτα περιστατικά παραπέμπονται σε νοσοκομεία. Η νοσηλεία εξασφαλίζεται από αυτοδίδακτες που είχαν προσληφθεί ως υπηρέτριες ή θαλαμηπόλοι και απέκτησαν πείρα. Το βράδυ το προσωπικό είναι ανεπαρκέστατο. Οικονομικοί λόγοι υποχρεώνουν τα ιδρύματα να περιορίσουν το προσωπικό τους και να μη διαθέτουν ειδικευμένο, έμπειρο προσωπικό. Η έλλειψη απασχόλησης και κινησιοθεραπείας έχει αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Η ψυχαγωγία περιορίζεται στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο αλλά μερικοί τρόφιμοι δεν μπορούν να εκμεταλλευθούν αυτά τα μέσα ψυχαγωγίας, λόγω ελαττωμένης όρασης και ακοής.

Παρά τα μειονεκτήματα της η ιδρυματική περίθαλψη είναι ακόμα απαραίτητη για άτομα που δεν έχουν παιδιά ή συγγενείς, για εκείνους που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να έχουν τη φροντίδα της οικογένειας ή για ανήμπορους ηλικιωμένους.

Στην Ελλάδα υπάρχουν κρατικά, ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί "οίκοι ευγηρίας". Ωστόσο η κρατική υποδομή για τη φροντίδα των ηλικιωμένων είναι απαράδεκτα ανεπαρκής. Τα κρατικά και τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά γηροκομεία απευθύνονται κυρίως σε άτομα των οποίων τα οικονομικά είναι ανεπαρκή. Όσοι δεν διαθέτουν τα μέσα γίνονται δεκτοί δωρεάν και οι υπόλοιποι πληρώνουν ανάλογα με τα εισοδήματά τους.

Στην Ελλάδα τα περισσότερα κρατικά και μη κερδοσκοπικά γηροκομεία δεν δέχονται άρρωστους ή μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους. Ωστόσο, εάν χάσουν την αυτονομία τους μέσα στο ίδρυμα δεν τους διώχνουν. Το 1993 υπήρχαν τα εξής είδη ιδρυμάτων: α) Γηροκομεία. 1 κρατικό και 55 ιδιωτικά με 3075 τροφίμους. Η εισαγωγή στο γηροκομείο εξαρτάται από τον κανονισμό του ιδρύματος: να αυτοεξυπηρετούνται, να είναι άνω ορισμένης ηλικίας, να μη πάσχουν από μεταδοτικό νόσημα, να έχουν εισόδημα που ορίζει κάθε ίδρυμα και να υπάρχουν κενές θέσεις. Για όσους δεν μπορούν να πληρώσουν απαιτείται πιστοποιητικό οικονομικής αδυναμίας. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν "ενδιάμεσα ιδρύματα" δηλαδή νοσοκομεία ημέρας και αναρρωτήρια, για τη συμπλήρωση της θεραπείας μετά από νοσοκομείο ώστε να υπάρξει πλήρης ανάρρωση. Μία ιδιαιτερότητα της Ελλάδας είναι η εισαγωγή

σε ιδιωτικές κλινικές ηλικιωμένων με διάφορες ασθένειες όπου οι ασφαλιστικοί φορείς αναλαμβάνουν τα έξοδα διαμονής και νοσηλείας για αρκετά μεγάλα χρονικά διαστήματα. Οι κλινικές αυτές χρησιμοποιούνται και για την ανάρρωση μετά από οξεία ασθένεια, όταν ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθεί.

Στην Ελλάδα η κατανομή των ιδρυματικών υπηρεσιών είναι άνιση. Η κάλυψη των αναγκών δεν είναι ικανοποιητική στα μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Εξ άλλου είναι ανεπαρκείς σε αριθμό οι κλίνες σε δημόσια και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και μέτρια ή κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα περισσότερα ιδρύματα στεγάζονται σε παλαιά κτίρια. Οι τρόφιμοι διαμένουν σε μεγάλους κοιτώνες με πολλά κρεβάτια, υποτυπώδη επίπλωση. Τα δωμάτια ενός ή δύο ατόμων διατίθενται σε άτομα που καταβάλλουν σημαντικά ποσά, κατά πολύ ανώτερα από τη μέση σύνταξη του ΙΚΑ. Το προσωπικό είναι ανεπαρκές και ανειδίκευτο με αποτέλεσμα να μη δίδεται κατάλληλη φροντίδα ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους που είναι κινητικά ανάπηροι. Συμβιώνουν οι υγιείς με τους πάσχοντες, το διαιτολόγιο μπορεί να είναι ακατάλληλο ή ανεπαρκές, η ιατρική περίθαλψη ελλιπής. Παρατηρείται έλλειψη υπηρεσιών φυσιοθεραπευτών, εργασιοθεραπευτών, ψυχολόγων. Σπάνια υπάρχουν βιβλιοθήκες, αίθουσες παιχνιδιών. Οι χώροι υποδοχής είναι περιορισμένοι.

Τα ιδιωτικά γηροκομεία μη κερδοσκοπικής πρωτοβουλίας ανήκουν στην Εκκλησία, σε μη κυβερνητικές οργανώσεις και στην τοπική αυτοδιοίκηση.

Η Εκκλησία δείχνει ιδιαίτερη ευαισθησία στους ηλικιωμένους. Ιδρύει κέντρα υπερηλικών κατά περιφέρειες ώστε να μην ξεριζώνει τους ηλικιωμένους από το φυσικό τους χώρο και αποκλείει τα μεγάλα μεγέθους ιδρύματα διότι στις μικρές ομάδες υπάρχει προσωπική σχέση μεταξύ περιθαλπομένων και προσωπικού και αποφεύγονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις από την αλλαγή του τρόπου ζωής και τον ιδρυματισμό. Επιδιώκει την εθελοντική προσφορά με σκοπό να δώσει στους ανθρώπους τη δυνατότητα να ασκούν έργο αγάπης και φιλαλληλίας. Το 1996 λειτουργούσαν 64 γηροκομεία άνω των 1700 τροφίμων στις 79 Μητροπόλεις της χώρας. Σε όλα τα ιδρύματα της Εκκλησίας υπάρχει καθαριότητα, καλή συμπεριφορά προς τους υπερήλικες, ανθρώπινο περιβάλλον. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τη Στέγη Κατάκοιτων Γερόντων στην Αθήνα όπου παρέχεται διαμονή, σίτιση και περίθαλψη κατάκοιτων ηλικιωμένων και γίνονται δεκτοί άνδρες και γυναίκες άνω των 60 ετών χωρίς πόρους και οικογενειακό περιβάλλον. Δυστυχώς οι θέσεις είναι περιορισμένες και δεν καλύπτουν τις τεράστιες ανάγκες που υπάρχουν.

Η Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδος όπως άλλωστε και άλλες Χριστιανικές Εκκλησίες αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό φορέα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και προστασίας. Η συμβολή της, συνίσταται σε θεωρητικό επίπεδο κυρίως στην ιδεολογική διαμόρφωση της έννοιας της καθολικής προσφοράς και στην ενεργοποίηση εθελοντών μέσω και της παροχής ισχυρών ηθικών κινήτρων, που αποτελούν βάση για τη σε βάθος χρόνου συνέχεια της δράσης, ενώ σε πρακτικό επίπεδο, στην οργάνωση ενός αποκεντρωμένου και ιδιαίτερα αποτελεσματικού δικτύου κοινωνικής προσφοράς, χρηματοδοτούμενου κατά κύριο λόγο με πόρους των ιδίων των προσφερόντων (Εκκλησίας και ιδιωτών εθελοντών δωρητών).

A.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

— **Για τον ηλικιωμένο τρόφιμο.** Η παραπομπή σε κάποιο ίδρυμα κλειστής περίθαλψης είναι μια διαδικασία επώδυνη για το άτομο αλλά εφόσον δεν υπάρχει συμπαράσταση συγγενών, δεν υπάρχει άλλη λύση. Τα γηροκομεία προκαλούν έντονη περιθωριοποίηση. Το κόστος του ιδρυματισμού για τον υγιή ηλικιωμένο είναι τριπλό: α) *οικονομικό* γιατί απαιτούν προσωπικό εξειδικευμένο και κατάλληλο και ειδικά προσαρμοσμένους χώρους που αυξάνουν τη μηνιαία δαπάνη που καταβάλλει ο τρόφιμος, β) *ψυχολογικό* και γ) *κοινωνικό*. Όταν οι ηλικιωμένοι υπό την πίεση των περιστάσεων αναγκάζονται να εγκατασταθούν σε ίδρυμα συναντούν δυσκολίες προσαρμογής στο νέο περιβάλλον. Είναι υποχρεωμένοι να εγκαταλείψουν τις συνήθειες που είχαν και τις δραστηριότητες που ασκούσαν στο παρελθόν και να απομονωθούν, να αποξενωθούν από τους δεσμούς που διατηρούσαν στην προηγούμενη κοινωνική τους ζωή. Συχνά, με την επιβάρυνση της κατάστασης κάθε μακροχρόνια πάσχοντος ηλικιωμένου ατόμου οι επισκέψεις των συγγενών ελαττώνονται. Επισκέψεις επιτρέπονται κάθε ημέρα αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις οι συγγενείς τους επισκέπτονται σπάνια ή και καθόλου όταν τα ιδρύματα βρίσκονται έξω από τις πόλεις. Η προοδευτική εγκατάλειψη Ανθρώπων που έχουν ακόμα καλή επικοινωνία με το περιβάλλον ωθεί τον ηλικιωμένο σε εσωστρεφισμό και κατάθλιψη. Οι συνθήκες της ιδρυματικής διαμονής οδηγούν τους ηλικιωμένους

στο μαρασμό και στις γεροντικές ψυχώσεις χωρίς καμία δυνατότητα αυτενέργειας και πρωτοβουλίας.

Ένα εύρημα όλων των ερευνών είναι ότι οι άνθρωποι που ζουν σε ιδρύματα έχουν χειρότερη υγεία και μικρότερη προσδοκώμενη ζωή από εκείνους που ζουν στην κοινότητα. Η πνευματική επιδείνωση είναι κοινό χαρακτηριστικό. Είναι κατανοητό γιατί το άτομο θεωρεί την είσοδο του σε ίδρυμα μεγάλη τραγωδία. Οι γυναίκες νοιώθουν το ψυχολογικό σοκ ιδιαίτερα έντονα, γιατί είναι πιο συνδεδεμένες με τα σπίτια τους σε σύγκριση με τους άνδρες. Εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και πολλές φορές "κλείνονται στον εαυτό τους. Ωστόσο μερικές φορές η είσοδος ηλικιωμένου σε ίδρυμα τον κάνει να αισθάνεται λιγότερο αποκομμένος, δημιουργεί φιλίες και παραμελεί τον εαυτό του λιγότερο από πριν. Από πολλές πηγές προκύπτει ότι από τους ηλικιωμένους που εισάγονται σε ίδρυμα περισσότεροι από τους μισούς πεθαίνουν τον πρώτο χρόνο και τα 2/3 τα δύο πρώτα χρόνια. Και δεν φταίνε μόνο οι συνθήκες του ιδρύματος: για τους γέρους κάθε μορφή ξεριζώματος μπορεί να προκαλέσει θάνατο. Μερικοί τρόφιμοι χαρακτηρίζονται από εγκατάλειψη, κατάπτωση. Ο ηλικιωμένος που ζει σε ίδρυμα χωρίς να κάνει τίποτε, υποβαθμισμένος και σε κατάσταση αντικειμένου παθαίνει γρήγορα γεροντική άνοια που συχνά οδηγεί στο θάνατο. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στους τροφίμους των ιδρυμάτων σχετικά με την ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης. Άλλοι θεωρούν ότι είναι ασφαλείς, δηλώνουν ευχαριστημένοι και εκφράζουν ευγνωμοσύνη ενώ άλλοι θεωρούν ότι είναι φυλακισμένοι, αισθάνονται καταπιεσμένοι από τις συνθήκες ζωής των γηροκομείων. Πολλοί αισθάνονται δυστυχημένοι στη μοναξιά τους και φοβισμένοι για το μέλλον τους. Ενώ προϋπόθεση εισόδου σε δημόσια και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ιδρύματα είναι η αυτοεξυπηρέτηση, με την πάροδο του χρόνου αρκετοί ηλικιωμένοι τρόφιμοι παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα κινητικότητας, άνοιας κλπ. με αποτέλεσμα τα περισσότερα γηροκομεία να έχουν μετατραπεί σε ιδρύματα προθανάτιου αναμονής. (Ο τρόφιμος του ιδρύματος υποφέρει από τους αυστηρούς κανονισμούς: όλοι σηκώνονται νωρίς το πρωί και κοιμούνται νωρίς το βράδυ. Ο τρόφιμος αποκόπτεται από τους συγγενείς και τους φίλους του, σε μερικά ιδρύματα του εξωτερικού του φοράνε στολή και χάνει την προσωπικότητα του μετατρέπόμενος σε ένα αριθμό. Συνήθως δεν επιτρέπεται στους τροφίμους να βγαίνουν από το ίδρυμα όποτε θέλουν.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της μετακίνησης σε ίδρυμα μπορούν να απαλυνθούν με πολλούς τρόπους. Σε ορισμένα μέρη, τα μέλη του προσωπικού του ιδρύματος

επισκέπτονται τον ηλικιωμένο πολλές φορές στο σπίτι του πριν να μπει στο ίδρυμα για να τον γνωρίσουν και ν' απαντήσουν στις ερωτήσεις του. Συχνά τον προσκαλούν να επισκεφθεί τους χώρους. Ο ηλικιωμένος μπορεί να πάρει στο ίδρυμα τα αγαπημένα αντικείμενα που του δίνουν μια αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας. Το προσωπικό του ιδρύματος μπορεί να καταβάλλει ιδιαίτερες προσπάθειες για να καθυστερήσει το νεοφερμένο και οι συγκατοίκοι να δημιουργήσουν φιλικό κλίμα υποδοχής.

— **Για την οικογένεια.** Η ανίατη κατάσταση ενός ηλικιωμένου ατόμου ιδιαίτερα η άνοια γίνεται αφορμή σοβαρής διαταραχής του οικογενειακού περιβάλλοντος και αιτία απασχόλησης μελών της οικογένειας ιδιαίτερα της κόρης ή της νύφης για την περιποίηση του. Το οικονομικό πρόβλημα που αναφέρθηκε για τους ηλικιωμένους αφορά και την οικογένεια. Μερικοί συγγενείς επισκέπτονται συχνά τους ηλικιωμένους στο γηροκομείο. Οι σχέσεις της οικογένειας του ηλικιωμένου και της ομάδας περίθαλψης του ιδρύματος μπορεί να έχει διάφορες μορφές όπως συνεργασία, αδιαφορία, αρνητική-διεκδικητική στάση με αποτέλεσμα μερικές επισκέψεις συγγενών να δημιουργούν μια κατάσταση που δεν είναι ενδεδειγμένη για την ενσωμάτωση του ηλικιωμένου στο ιδρυματικό περιβάλλον. Τα μέλη της οικογένειας έχουν συναίσθημα ανασφάλειας ή ενοχής, μπορεί να κάνουν παρατηρήσεις σχετικά με την έλλειψη φυσιοθεραπείας, την καθαριότητα, την ένδυση, την ποιότητα της τροφής, την έλλειψη θεραπευτικού αποτελέσματος⁴ Υπάρχουν οικογένειες που ειδοποιούνται

-τηλεφωνικώς για τη χειροτέρευση της κατάστασης του συγγενή τους και δεν έρχονται. Στην τελική φάση οι γιατροί δέχονται διάφορα αιτήματα από ευθανασία μέχρι θεραπευτική υπερβολή. Στην Ελληνική κοινωνία όπου θεωρείται ακόμη στίγμα για την οικογένεια ο εγκλεισμός του ηλικιωμένου σε ίδρυμα, πολλά μέλη της οικογένειας αισθάνονται ενοχές και τύψεις, όταν είναι αναγκασμένα να το κάνουν.

Για την κοινωνία. Με τον ιδρυματισμό δεν περνά το μήνυμα της κοινωνικής αλληλεγγύης, φτωχαίνει η κοινωνία γιατί καθιερώνεται μια νέα διάκριση με βάση την ηλικία. Η προοδευτική εξάρτηση των υπερηλίκων από άλλους, η καταρράκωση της αξιοπρέπειας τους, η ουσιαστική απομόνωση όσων ζουν τυπικά μαζί με τις οικογένειες και τέλος η δημιουργία κλειστών κοινοβίων γερόντων δημιουργούν νέα οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα, με αναπόφευκτο αντίκτυπο στο κοινωνικό σύνολο, στην οικογένεια των 3-4 γενεών και στους ίδιους τους υπερήλικες. Το αποτέλεσμα είναι ότι ιδρύονται συνεχώς ιδρύματα από το κράτος, τις μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και την ιδιωτική πρωτοβουλία διότι οι οικογένειες δεν είναι διαθέσιμες, δεν

έχουν τη δυνατότητα ή δεν επιθυμούν να παρέχουν περίθαλψη σε ηλικιωμένους ασθενείς ή/και εξαρτημένους συγγενείς.

Ανακεφαλαίωση

Η ηλικιακή σύνθεση που χαρακτηρίζει τον πληθυσμό των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει αλλάξει άρδην τις τελευταίες δεκαετίες . Έντονο είναι το φαινόμενο της γήρανσης , το οποίο αποτελεί συνέπεια της μείωσης τόσο της γονιμότητας όσο και της θνησιμότητας . Ορισμένα κράτη έχουν προσεγγίσει το όριο της αναπαραγωγής τους (2,1 παιδιά ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας) ενώ άλλα – μεταξύ των οποίων βρίσκεται η Ελλάδα – εμφανίζουν δείκτες κάτω του ορίου αυτού . Ίσως ο μεγαλύτερος φόβος που αντιμετωπίζει ένας άνθρωπος καθώς γερνά είναι η πιθανότητα να έχει ανάγκη από καθημερινή φροντίδα , ως αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας ή προϊούσας συνολικής αδυναμίας . Η παραδοσιακή λύση σε αυτές τις περιπτώσεις ήταν , για τη μεν βόρεια Ευρώπη η εισαγωγή σε γηροκομείο , για τις δε μεσογειακές χώρες η παροχή φροντίδας από το οικογενειακό περιβάλλον . Όμως , η κλειστή περίθαλψη είναι δαπανηρή και οι δημοσιονομικές πιέσεις στις κοινωνικές δαπάνες οδήγησαν σε προσπάθειες για τον περιορισμό της . Βέβαια κάτι τέτοιο μπορεί να θεωρηθεί ως βασική προοπτική προοπτική για το μέλλον χωρίς να περιγράφει επακριβώς την παρούσα κατάσταση . Η αλλαγή στη σύνθεση του πληθυσμού που προαναφέρθηκε , η μη επαρκής φροντίδα των ανοιχτών δομών στη φροντίδα των ηλικιωμένων έχει ως αποτέλεσμα τη μέχρι τώρα χρησιμοποίηση των παροχών φροντίδας κλειστής περίθαλψης . Πέρα όμως από τους δυο παραπάνω λόγους που αναφέρθηκαν υπάρχουν περαιτέρω ουσιαστικοί λόγοι που προκαλούν αυτό το φαινόμενο οι οποίοι αποτέλεσαν έναυσμα για την διεξαγωγή της έρευνας μας.

I.I. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ

Προβληματική

Η δημογραφική γήρανση είναι το φαινόμενο που στις μέρες μας τείνει να πάρει μεγάλες διαστάσεις . Η Ελλάδα είναι μια χώρα που άσχει από το συγκεκριμένο φαινόμενο και υπολογίζεται ότι στα επόμενα χρόνια η αύξηση του θα είναι άμεση. Σύμφωνα με το Ε.Κ.Κ.Ε(2002) το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών αυξήθηκε από το 11,1 που ήταν το 1970 σε 16,8 το 1999 ενώ φτάνει το 19,3 το 2001 .

Όσο λοιπόν οι ηλικιωμένοι αυξάνονται , σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό , τόσο περισσότερες ανάγκες και απαιτήσεις εμφανίζονται στην κάθε κοινωνία . Οι οικογένειες που είναι κατά κύριο λόγο οι ανεπίσημοι φροντιστές των ηλικιωμένων , έχουν επιβαρυνθεί έντονα από τη φροντίδα που τους παρέχουν και χρειάζονται βοήθεια και ενίσχυση από υπηρεσίες φροντίδας είτε ανοικτής είτε κλειστής περίθαλψης .

Με βάση τα στοιχεία της Eurostat(2002) η εξέλιξη του δείκτη εξάρτησης των ηλικιωμένων για την Ελλάδα μας δείχνει ότι στη δεκαετία του '70 εμφανίζει ποσοστό 17,2% , του '80 20,8% ενώ για το 2005 ποσοστό 27,9%.

Στις μέρες μας ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων μπορεί να βασίζεται στην βοήθεια που τους παρέχεται από την οικογένεια αν και υπάρχουν πολλές περιπτώσεις οικογενειών που αδυνατούν να αναταπεξέλθουν ανάλογα σύμφωνα με τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Οι μελλοντικές γενιές των ηλικιωμένων πιθανόν να μην έχουν καθόλου αυτή τη δυνατότητα καθώς τα μέλη που πλαισιώνουν την οικογένεια μειώνονται δραστικά τελευταία .

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω γίνεται όλο και περισσότερο αναγκαία η αναζήτηση των οικογενειών από υπηρεσίες ολοκληρωμένης φροντίδας .

Σκοπός

Σκοπός λοιπόν της ερευνητικής μας εργασίας ήταν η καταγραφή των αναγκών των ηλικιωμένων , κατά πόσο αυτές καλύπτονται από το πλαίσιο κλειστής περίθαλψης και ποιοι λόγοι οδήσαν στην επιλογή αυτή . Είναι απαραίτητο να προσδιοριστούν οι πρωταρχικοί λόγοι παραπομπής τους στο συγκεκριμένο πλαίσιο φροντίδας στο οποίο βασίστηκε η έρευνα μας .

A. ΠΕΔΙΟ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .

A.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το πτωχοκομείο στο οποίο έγινε και η έρευνα μας ανήκει στα Φιλανθρωπικά Ιδρύματα Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού και βρίσκεται στην περιοχή του Αγ.Ιωάννη στο Ηράκλειο . Ο Αντρέας Καλοκαιρινός μόλις εγκαταστάθηκε στο Ηράκλειο απέκτησε μια τεράστια περιουσία την οποία διέθεσε σε αυτό ιδρύοντας φιλανθρωπικά ιδρύματα όπως το πτωχοκομείο , ορφανοτροφεία και συσσίτια .

Η ανέγερση του συγκεκριμένου πτωχοκομείου ξεκίνησε το 1954 και για πρώτη φορά λειτούργησε το 1956 .

Έχει χωρητικότητα 122 ατόμων . Χωρίζεται σε δύο πτέρυγες , την αντρική και την γυναικεία . Η κάθε πτέρυγα φιλοξενεί 61 άτομα .

Σκοπός του είναι η περίθαλψη άπορων ή ηλικιωμένων ατόμων που δε έχουν τη δυνατότητα να ανταπεξέλθουν , κυρίως οικονομικά , στην εξασφάλιση των πρώτων τους αναγκών .

Οι τρόφιμοι κατατάσσονται σε δυο κατηγορίες .Τους άπορους , δηλαδή αυτούς που δε φέρουν κανένα περιουσιακό στοιχείο αλλά και κανένα εισόδημα και σ' αυτούς που θεωρούνται άποροι χωρίς περιουσιακά στοιχεία αλλά με ένα εισόδημα το οποίο είναι αρκετά χαμηλό και δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών τους .

Για την εισαγωγή ενός ατόμου στο πτωχοκομείο απαιτούνται τα παρακάτω δικαιολογητικά :

1. Πιστοποιητικό γεννήσεως
2. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης του ιδίου αλλά και των παιδιών σε περίπτωση που υπάρχουν .

Τη διοίκηση του πτωχοκομείου έχει αναλάβει μια 5 μελή επιτροπή η οποία αποτελείται από έναν εκπρόσωπο της εκκλησίας , από έναν εκπρόσωπο του Δήμου , από δυο εκπροσώπους της Νομαρχίας εκ τους οποίους ο ένας με

καθήκοντα τμηματάρχη και ο άλλος θεωρούμενος ως ευυπόληπτος πολίτης και τέλος ένα μέλος του διοικητικού συμβουλίου του οργανισμού «Αντρέας Καλοκαιρινός» . Ο εκπρόσωπος του διοικητικού συμβουλίου προεδρεύει στη διοίκηση . Η επιτροπή αυτή διαρκεί μια τριετία .

Το προσωπικό του πτωχοκομείου διακρίνεται σε διοικητικό και υπηρετικό . Το διοικητικό προσωπικό αποτελούν ο διευθυντής , ο διαχειριστής , ο νοσοκόμος και η κοινωνική λειτουργός .

Το υπηρετικό προσωπικό απαρτίζεται από :

- 2 μάγειρες
- 1 βοηθό μαγείρων
- 1 τραπεζοκόμο
- 1 άτομο για το πλύσιμο ενδυμάτων
- 1 φύλακα
- 2 νυχτερινές καθαρίστριες
- 2 ημερήσιες καθαρίστριες
- 1 φυσιοθεραπευτή (εκτός καταστατικού)
- 1 γιατρός (ο οποίος κάνει επισκέψεις ανά 2 μέρες)

ΧΩΡΟΙ ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το πτωχοκομείο έχει δυο πτέρυγες με 13 θalάμους .Οι 10 έχουν χωρητικότητα 8 ατόμων , ένας θalαμος με 2 κρεβάτια και δυο θalαμοι που έχουν ο καθένας από ένα κρεβάτι .

Επιπλέον χώροι θεωρούνται :

- το θυρωρείο
- γραφείο διεύθυνσης
- γραφείο διαχειριστή
- γραφείο κοινωνικής λειτουργού
- ιατρείο
- γραφείο συνεδριάσεως εφορείας
- γραφείο φυσιοθεραπευτή
- 1 βιβλιοθήκη
- 1 κουζίνα

- 2 τραπεζαρίες
- 1 χώρος πλυντηρίου – ραφείο
- 1 κήπος

B. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Υλικό – Μέθοδος

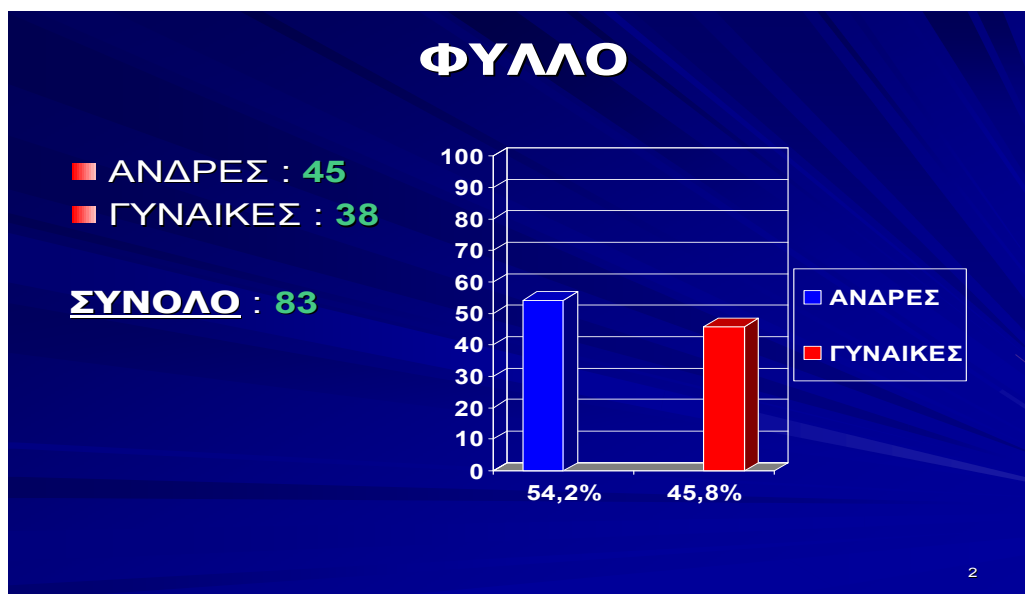
Τα βασικά στοιχεία για τη διεξαγωγή της μελέτης συγκεντρώθηκαν κυρίως από τα 122 μέλη και επιπλέον πληροφορίες από το προσωπικό του πτωχοκομείου .

Το δείγμα αποτέλεσαν γυναίκες και άνδρες ηλικίας από 58-98 ετών , οι οποίοι διαμένουν στο πτωχοκομείο τουλάχιστον ένα μήνα και με μέγιστο χρονικό περιθώριο παραμονής τα 13 έτη .

Η συλλογή δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγια των οποίων η συμπλήρωση τους έγινε με προσωπική συνέντευξη στο χώρο του πτωχοκομείου . . Περιστατικά στα οποία δεν ήταν δυνατή η επικοινωνία ορισμένων είχαν σαν αποτέλεσμα από τα 122 ερωτηματολόγια να απαντηθούν τα 83.

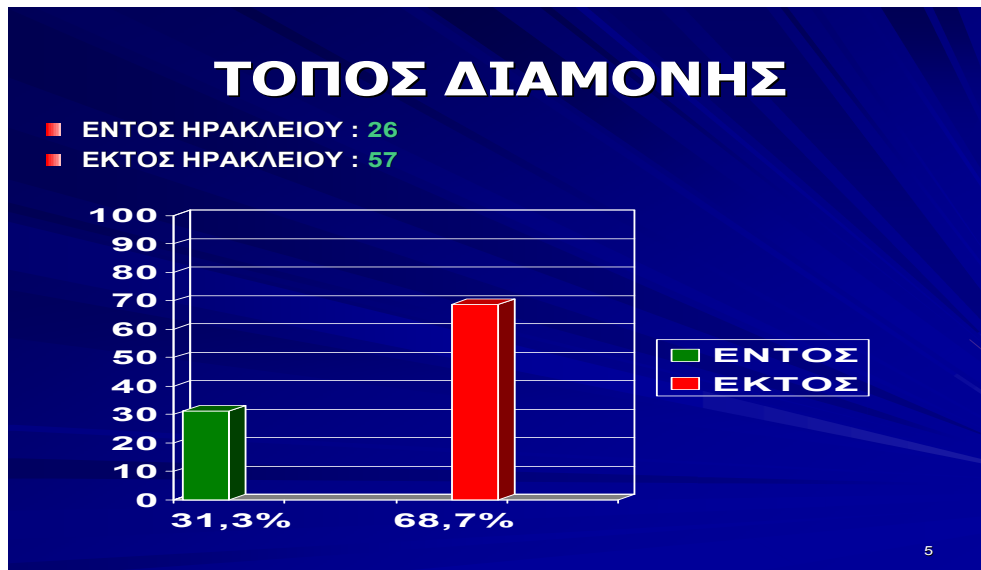
Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο μέχρι και τον Ιούνιο του 2005 . Η στατιστική ανάλυση έγινε μέσω Η/Υ στο Excel .

B.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



Από τους 83 ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στην έρευνα οι 38 ήταν γυναίκες και 45 άντρες .Μέσος όρος ηλικίας είναι τα 78,3 έτη με μέγιστη ηλικία τα 98 έτη ενώ ελάχιστη τα 58 .

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων έχουν καταγραφεί 29 από αυτούς οι οποίοι είναι αναλφάβητοι , οι 9 απόφοιτοι γυμνασίου ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (45 άτομα) κατέχουν οι απόφοιτοι δημοτικού



Σύμφωνα με τις αναλύσεις του παραπάνω πίνακα προκύπτει το συμπέρασμα πως το ποσοστό ηλικιωμένων που καταφεύγουν στη λύση του εγκλεισμού, το οποίο μέχρι τότε ζούσε σε άλλες περιοχές, εκτός Ηρακλείου, είναι μεγαλύτερο (68,7%) από αυτό του εντός Ηρακλείου (31,3%). Με βάση, μάλιστα των ποσοστών, παρατηρείται πως πρόκειται για μια, όχι μικρή, διαφορά.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (54,2%) είναι απόφοιτοι δημοτικού ενώ είναι επίσης πολύ μεγάλο το ποσοστό των αναλφάβητων (34,9%).

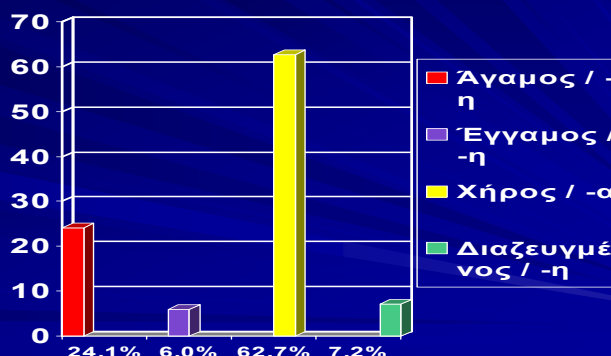


Ένα συντριπτικά μεγάλο ποσοστό του δείγματος (57,8%) ανήκει σε άτομα που πριν τη συνταξιοδότηση τους ασχολούνταν με τη γεωργία και την κτηνοτροφία κάτι που επαληθεύει τους παραπάνω πίνακες που αφορούσαν το επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και τον τόπο διαμονής .



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- ΑΓΑΜΟΣ /-Η : 20
- ΕΓΓΑΜΟΣ /-Η : 5
- ΧΗΡΟΣ /-Α : 52
- ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ /-Η : 6

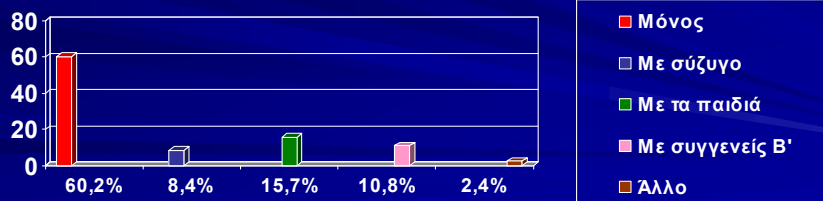


7

Τα ποσοστά του παραπάνω πίνακα αποδεικνύουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν άτομα που έχουν χηρέψει (62,7%) ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό του 24,1% ανήκει στους άγαμους που και σ' αυτούς προκύπτουν περίπου ίδια συμπεράσματα αφού ο «κοινός παρανομαστής» και για τις δυο κατηγορίες είναι η μοναξιά .

ΔΙΑΜΟΝΗ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ΜΟΝΟΣ : 50
- ΜΕ ΣΥΖΗΓΟ : 7
- ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ Β' : 13
- ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ : 9
- ΆΛΛΟ : 2

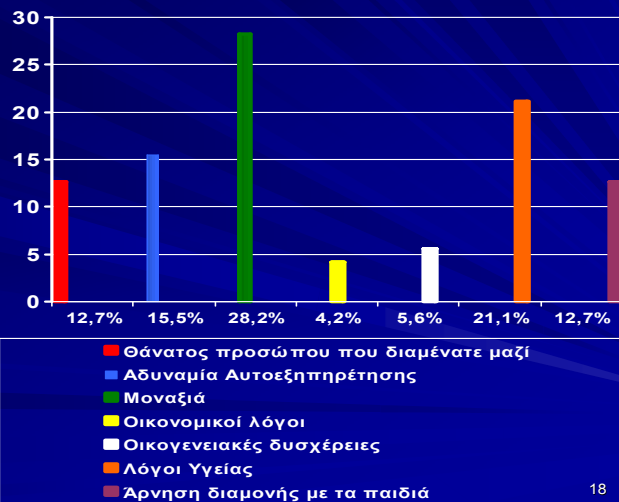


16

Και από το συγκεκριμένο πίνακα αποδεικνύονται τα μεγάλα ποσοστά μοναξιάς των ηλικιωμένων αφού το μεγαλύτερο ποσοστό (60,2%) πριν την εισαγωγή διέμενε μόνο του. Πόσο δύσκολο θα μπορούσε να θεωρηθεί κάτι τέτοιο ειδικά για ηλικιωμένα άτομα που ζούνε μακριά από αστικό κέντρο ,που σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό .

ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

- ΘΑΝΑΤΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΑΤΕ : 9
- ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΥΤΟΕΞΗΠΗΡΕΤΗΣΗΣ : 11
- ΜΟΝΑΞΙΑ : 20
- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ : 3
- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ : 4
- ΛΟΓΟΙ ΥΓΕΙΑΣ : 15
- ΑΡΝΗΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ : 9

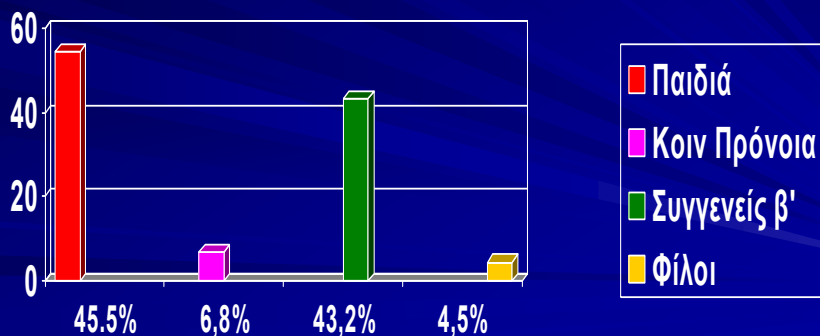


Έτσι λοιπόν με βάση τα συγκεκριμένα δεδομένα , ηλικιωμένα άτομα που τα ίδια επέλεξαν την παραπομπή τους στο πτωχοκομείο , επηρεάστηκαν κυρίως από το φαινόμενο της μοναξιάς (28,2%) .

Σε ερώτηση της έρευνας για το αν αποτελεί δική τους επιλογή ή όχι η εισαγωγή τους στο πτωχοκομείο , διαπιστώνεται πως τα ποσοστά είναι πολύ κοντά μεταξύ τους . Έτσι λοιπόν το 47% απαντάει πως είναι δική του επιλογή ενώ το 53% πως έχει προκύψει η επιλογή από άλλους και όχι τον ίδιο .

ΑΝ 'ΟΧΙ ΠΟΙΟΣ ΕΚΑΝΕ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ

- ΠΑΙΔΙΑ : 20
- ΚΟΙΝ. ΠΡΟΝΟΙΑ : 3
- ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ Β' : 19
- ΦΙΛΟΙ : 2

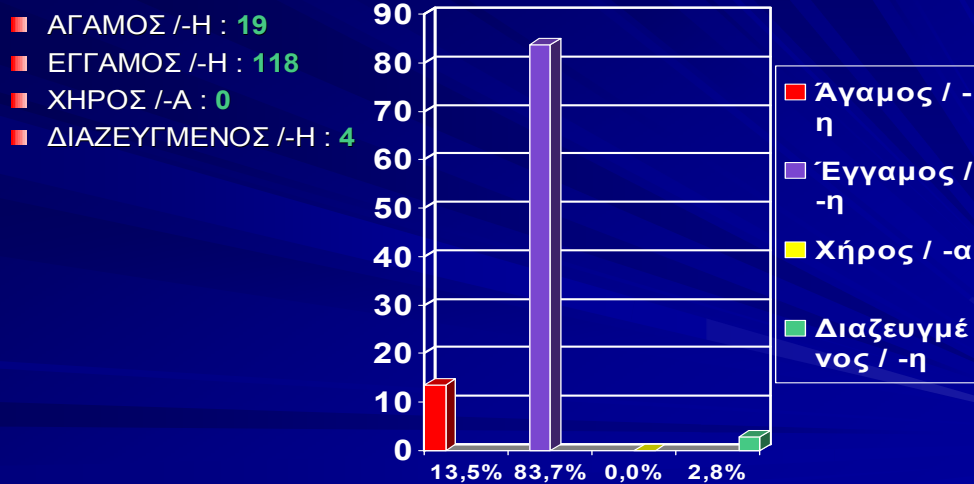


Με βάση λοιπόν τα ποσοστά που προέκυψαν , το μεγαλύτερο ποσοστό που έπαιξε ρόλο στην απόφαση εισαγωγής στο πρωτοκομείο , ηλικιωμένων που δεν συμφωνούσαν με αυτό , ήταν κυρίως τα παιδιά αυτών .



Επίσης σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών ηλικιωμένων του δείγματος εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (48,9%) .

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

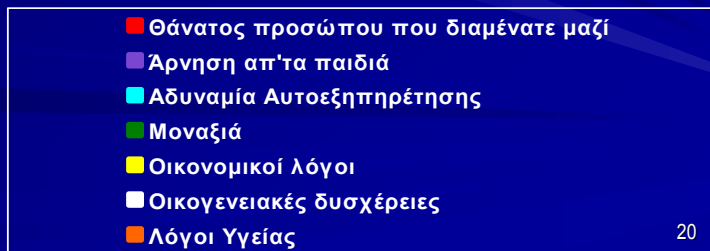
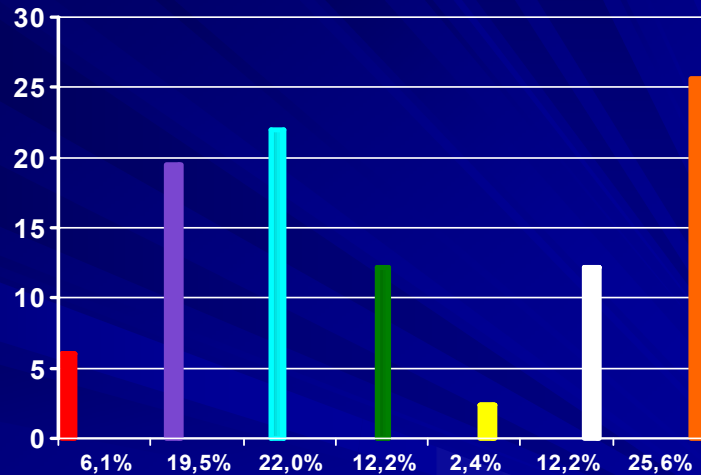


9

Κάτι ακόμα που έρχεται να προστεθεί και με τα παραπάνω είναι πως το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών (83,7%) έχει δημιουργήσει δικές τους οικογένειες, δεδομένο που αποτελεί δυσκολία στην ανάληψη επιπλέον αρμοδιοτήτων όσον αφορά το ηλικιωμένο μέλος. Πρέπει να αναφερθεί πως συχνά αντιμετωπίζονται προβλήματα και συγκρούσεις ανάμεσα στον ηλικιωμένο και τον έναν από τους δυο συζύγους, κυρίως αυτόν που δεν αποτελεί φυσικό τέκνο του ηλικιωμένου.

ΑΝ ΟΧΙ ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

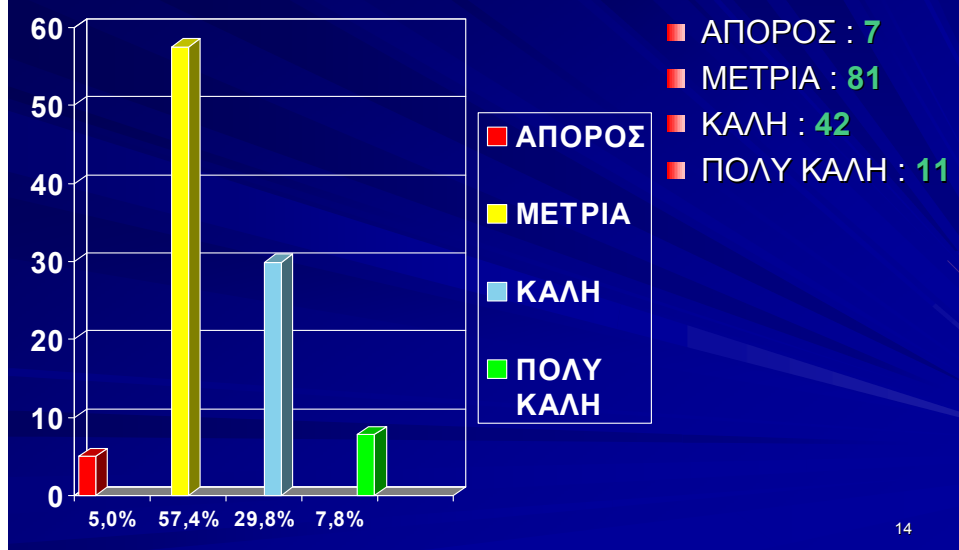
- ΘΑΝΑΤΟΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΑΤΕ : 5
- ΑΡΝΗΣΗ ΑΠ'ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ : 16
- ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ : 18
- ΜΟΝΑΞΙΑ : 10
- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ : 2
- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ : 10
- ΛΟΓΟΙ ΥΓΕΙΑΣ : 21



20

Από τον παραπάνω πίνακα σίγουρα διαπιστώνεται πως η κύρια ανησυχία των ατόμων –φροντιστών των ηλικιωμένων πριν την εισαγωγή τους , αφορούν θέματα υγείας (25,6%) και αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης εξαιτίας αυτών (22%) . Εξαιρετικά σημαντικό όμως είναι και το ποσοστό άρνησης των παιδιών (19,5%) , επαληθεύοντας κατά κάποιον τρόπο αυτού που αναφέρθηκε παραπάνω για τη σημασία της σχέσης γονέα(ηλικιωμένου)-παιδιού .

ΟΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ



Ο κυριότερος λόγος που επηρεάζει τα παιδιά των ηλικιωμένων έτσι ώστε να τους παραπέμπουν σε κάποιο ίδρυμα κλειστής περίθαλψης είναι λόγοι οικονομικής φύσεως ή γενικότερα η οικονομική κατάσταση ή δυνατότητα αυτών .

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας , η οικονομική κατάσταση των παιδιών των περισσότερων ηλικιωμένων του πτωχοκομείου χαρακτηρίζεται όχι καλή , με ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του 57,4% .

Γ.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης στα άτομα τρίτης ηλικίας , η παραμονή στο οικείο περιβάλλον και η ενεργός συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή αποτελούν προτεραιότητες της προνοιακής πολιτικής .

Η ύρξη άτυπων δικτύων στήριξης στο πλαίσιο της ελληνικής οικογένειας όπως και αυτό των δομών κλειστής φροντίδας προβλέπουν μέτρα και τρόπους αντιμετώπισης δυσκολιών που αντιμετωπίζουν άτομα τρίτης ηλικίας .

Παρόλο που έχει αναλυθεί έντονα ο ρόλος της εκτεταμένης Ελληνικής οικογένειας και οι ευθύνες που αναλαμβάνουν οι περισσότερες από αυτές για τα

ηλικιωμένα μέλη , παρόλαυτά η αυξανόμενη , όλο και περισσότερο , συμμετοχή και των δυο φύλων στην αγορά εργασίας , καθιστά πολλές φορές αδύνατη τη προσφορά φροντίδας στα ηλικιωμένα μέλη και πολύ περισσότερο όταν πρόκειται για άτομα τρίτης ηλικίας με αυξημένα προβλήματα εξαιτίας της φυσιολογικής και βαθμιαίας σωματικής κατάπτωσης .

Γνωρίζοντας τις αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις του ιδιωτικού τομέα και τη μειωμένη ευελιξία που μπορεί να έχει ένας εργαζόμενος , μπορούμε να συνδέσουμε την επαγγελματική κατάσταση των παιδιών των ηλικιωμένων με την αδυναμία των πρώτων να προσφέρουν την απαιτούμενη φροντίδα στους δευτέρους .

Οι ανάγκες ενός ηλικιωμένου ατόμου ειδικά με αυξημένα προβλήματα υγείας , αλλά όχι μόνο, αποτελούν αύξηση εξόδων των ίδιων των παιδιών σε περίπτωση που αναλάβουν τη φροντίδα τους . Οι παροχές κοινωνικής ασφάλισης και Πρόνοιας για τους ηλικιωμένους , δυστυχώς δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών τους με αποτέλεσμα να θεωρείται κύρια συνεισφορά για την κάλυψη τους , αυτή των παιδιών . Κάθε παιδί διακατέχεται από το αίσθημα καθήκοντος απέναντι στον γονέα για όσα του έχει προσφέρει . Τι γίνεται όμως σε περιπτώσεις που η οικονομική κατάσταση των παιδιών δεν θεωρείται ικανοποιητική έτσι ώστε να αντεπεξέλθουν πλήρως και στις οικονομικές ανάγκες του ηλικιωμένου γονέα αλλά και στις οικονομικές απαιτήσεις της οικογένειας που έχει διαμορφώσει το ίδιο το παιδί .

Ένας ,βέβαια , από τους λόγους που προτρέπεται ένα ηλικιωμένο μέλος σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης από τα παιδιά του , μπορεί να έχει να κάνει και με τη τυπική και μη ουσιαστική σχέση ανάμεσα τους .

Ο κρατικός τομέας είναι ο κύριος τομέας είναι ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών . Οι περισσότερες συζητήσεις για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών περιστρέφονται γύρω απλο τον κρατικό τομέα , τίθεται το θέμα της ανακατανομής των αρμοδιοτήτων πρόνοιας στους διάφορους τομείς και φορείς . Βασική προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη ενός σύγχρονου αποτελεσματικού και προσβάσιμου δικτύου υπηρεσιών φροντίδας σ επίπεδο τοπικής κοινότητας . Η Τοπική Αυτοδιοίκηση πρόσφατα έχει εισέλθει στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας . Η συμμετοχή της όμως ακόμη είναι ουσιαστικά περιορισμένη , αφού εμποδίζεται από την έλλειψη οικονομικών πόρων , θεσμικών ρυθμίσεων , αρμοδιοτήτων και συντονισμού μεταξύ των διαφόρων επιπέδων διοίκησης οδηγώντας κατά συνέπεια πολλούς ηλικιωμένους στην αναζήτηση λύσεων των προβλημάτων τους μέσω των κλειστών ιδρυμάτων περίθαλψης .

Η παραπομπή σε κέντρα κλειστής περίθαλψης ίσως αποτελεί την έσχατη λύση στα προβλήματα που προκύπτουν σε αυτές τις ηλικίες εντούτις όμως δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η αναγκαιότητα ύπαρξής τους καθώς καλούνται να προσφέρουν μέχρι και σήμερα φροντίδα σε ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (Τ.Ε.Ι) ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**« ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΑΤΟΜΑ
ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ»**

1. Φύλο :

α. Άνδρας

β. Γυναίκα

2. Ηλικία :

3. Επίπεδο μόρφωσης :

α. Αναλφάβητος

β. Απόφοιτος δημοτικού

γ. Απόφοιτος γυμνασίου

δ. Ανώτερες σπουδές

4. Οικογενειακή κατάσταση :

α. Άγαμος / -η

β. Έγγαμος / -η

γ. Χήρος /-α

δ. Διαζευγμένος /-η

5. Αριθμός παιδιών :

6. Τόπος διαμονής πριν την εισαγωγή στο Πτωχοκομείο :

α. Εντός Ηρακλείου

β. Εκτός Ηρακλείου

7. Επάγγελμα πριν την συνταξιοδότηση :

8. Ασφαλιστικό Ταμείο :

- α. Ι.Κ.Α**
- β. Δημοσίου**
- γ. Ο.Γ.Α**
- δ. ΤΕ.Β.Ε**
- ε. Άλλο**
- στ. Κανένα**

9. Οικονομική κατάσταση :

- α. Άπορος**
- β. Μέτρια**
- γ. Καλή**
- δ. Πολύ καλή**

10. Οικονομική κατάσταση παιδιών :

- α. Άποροι**
- β. Μέτρια**
- γ. Καλή**
- δ. Πολύ Καλή**

11. Σημαντικότερο πρόβλημα υγείας :

- α. Ολική ανικανότητα**
- β. Μερική ανικανότητα**
- γ. Προβλήματα ηλικίας**
- δ. Ψυχολογικά Προβλήματα**

12. Πριν την εισαγωγή στο Πτωχοκομείο διαμένετε :

- α. Μόνος**
- β. Με συγγενείς α' βαθμού**
- γ. Με συγγενείς β' βαθμού**
- δ. Άλλο**

13. Χρονικό διάστημα διαμονής στο Πτωχοκομείο :

14. Ήταν προσωπική επιλογή η εισαγωγή στο Πτωχοκομείο :

- α. Ναι**
- β. Όχι**

15. Αν όχι , ποιος έκανε την επιλογή :

- α. Συγγενείς α' βαθμού**
- β. Συγγενείς β' βαθμού**
- γ. Άλλο**

16. Πόσο συχνά δέχεστε επισκέψεις από συγγενείς / φίλους :

- α. Πολύ συχνά**
- β. Συχνά**
- γ. Καμιά φορά**
- δ. Σπάνια**
- ε. Ποτέ**

17. Αξιολογείστε αριθμητικά τα παρακάτω σύμφωνα με την σπουδαιότητα των λόγων εισαγωγής στο Πτωχοκομείο .

- α. Θάνατος προσώπου που διαμένετε μαζί**
- β. Άρνηση από τα παιδιά**
- γ. Αδυναμία Αυτοεξυπηρέτησης**
- δ Μοναξιά**
- ε. Οικονομικοί λόγοι**
- στ. Οικογενειακές δυσχέρειες**
- ζ. Λόγοι υγείας**
- η. Άλλο**

18. Είστε ικανοποιημένος / -η από τη διαμονή σας στο Πτωχοκομείο :

- α. Πάρα πολύ**
- β. Πολύ**
- γ. Αρκετά**
- δ. Λίγο**
- ε. Καθόλου**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Έμκε –Πουλοπούλου, Η . , (1999), «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες , Παρελθόν Παρόν και Μέλλον», ΈΛΛΗΝ , Αθήνα .

Σταθόπουλος ,Π. (1999) , «Κοινωνική Πρόνοια» ΈΛΛΗΝ , Αθήνα

Στασινοπούλου Ο. , (1996) «Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής ποίτικης .Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό .Φροντίδα και Γήρανση . Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση» Gutenberg , Αθήνα

Δεύτερη Πανελλήνια Δημερίδα (Ηράκλειο 19-20 Μαρτίου 2004) , «Σύγχρονες Ανάγκες Κοινωνικής Φροντίδας , Δομές και Προγράμματα στην Τοπική Κοινωνία» , “ΚΟΙΝΩ.ΠΟΛΙΤΙ.Α ΚΡΗΤΗΣ” , Π.Τ.Κ.Σ.Κ.Α.Ε , Ηράκλειο 2005

Καλαϊτζή Β. , «Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών» , Mendor, Αθήνα

Μουσούρου Λ. , (1993) , «Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα» ,Αθήνα

Χατζηβαρνάβα Ε., Χανδάνος Γ. , Οικονόμου Α. , Αξιολόγηση Προνοιακού Έργου «Σχέδιο Πρωτοβάθμιας Αξιολόγησης Προγραμμάτων και Δραστηριοτήτων Συνοικιακών Κοινωνικών Κέντρων του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας» 1992 , ΈΛΛΗΝ

Β' Κ.Α.Π.Η Δήμου Νίκαιας , «Η Τρίτη Ηλικία Σήμερα: Πολιτικές και Κοινωνικές Διαστάσεις.» , Νίκαια , ΣΕΠΤΕΜΒΡΗΣ 1999

«Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι» , ΚΕΔΚΕ 2002

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος , Τεύχος 32^ο
«Σχεδιασμός» , Αθήνα 1993

Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος , Τεύχος 52^ο ,
«Σχεδιασμός Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος» , Αθήνα , 1998

Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος , Τεύχος 56^ο , Αθήνα ,
1999

Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος , Τεύχος 78^ο , Αθήνα
2005

ΠΗΓΕΣ INTERNET

www.europolis.gr

www.psyche.gr

www.iatronet.gr