

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

---

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ  
ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

των

ΜΗΤΚΑ ΖΩΗ

ΤΣΑΠΑΛΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ- ΕΛΕΝΗ

ΦΑΚΙΟΛΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ-ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΔΡ. ΜΑΡΙΑ ΜΟΥΔΑΤΣΟΥ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας

ΙΟΥΛΙΟΣ 2020

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b><u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u></b>	4
<b><u>ABSTRACT</u></b>	5
<b><u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u></b>	7
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ</u></b>	
1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας	10
1.2 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων	14
1.3 Ανθρώπινες ανάγκες(κατά Maslow)	16
1.4 Ανάγκες της τρίτης ηλικίας	17
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ</u></b>	
2.1 Η θέση του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια	23
2.2 Η προσφορά της οικογένειας στα ηλικιωμένα μέλη της	26
2.3 Σχέσεις οικογένειας- Αίτια αλλαγής του υπάρχοντος οικογενειακού δυναμικού	28
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ</u></b>	
3.1 Τύποι φροντίδας ηλικιωμένων	31
3.2 Ιδρύματα κλειστής περίθαλψης	36
3.2.1 Διάρθρωση κοινωνικών υπηρεσιών παροχής φροντίδας ηλικιωμένων	39
3.2.2 Νομικό πλαίσιο	41
3.2.3 Πλεονεκτήματα κλειστής περίθαλψης	44
3.2.4 Μειονεκτήματα κλειστής περίθαλψης	45
3.2.5 Η είσοδος στη κλειστή δομή φροντίδας ηλικιωμένων: ανάγκες, δυσκολίες, συναισθήματα που δημιουργούνται	47

3.3 Η μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων στο εξωτερικό	50
--	----

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>Ο</sup> : ΔΟΜΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

4.1 Προσωπικό κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων- Υπηρεσίες που παρέχονται	54
--	----

4.2 Η θέση του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα στις μονάδες κλειστής φροντίδας	61
---	----

4.3 Κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων από τις υπάρχουσες δομές	68
---	----

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>Ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

5.1 Σκοπός μελέτης	72
--------------------	----

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις	72
--	----

5.3 Μεθοδολογία έρευνας	73
-------------------------	----

5.3.1 Χαρακτηριστικά της έρευνας	73
----------------------------------	----

5.3.2 Συμμετέχοντες	73
---------------------	----

5.3.3 Συνεντεύξεις	73
--------------------	----

5.3.4 Ανάλυση αποτελεσμάτων	74
-----------------------------	----

5.4 Αποτελέσματα έρευνας	74
--------------------------	----

5.5 Συζήτηση	103
--------------	-----

5.6 Δυσκολίες και περιορισμοί της έρευνας	112
---	-----

5.7 Συμπεράσματα - προτάσεις για την εξέλιξη των δομών κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων	114
---	-----

<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u></b>	115
----------------------------	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	122
--------------------	-----

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μια από τις μεγαλύτερες αλλαγές που βιώνει ένας άνθρωπος στη ζωή του είναι η μετάβαση στην τρίτη ηλικία. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής ο άνθρωπος έρχεται αντιμέτωπος με μια νέα πραγματικότητα, η οποία περιλαμβάνει πολλές αλλαγές τόσο βιολογικές όσο και ψυχολογικές. Η λειτουργικότητά του μειώνεται, το σώμα του αλλάζει, οι νοητικές και οι γνωστικές του λειτουργίες εξασθενούν. Υπάρχουν περισσότερα προβλήματα υγείας τα οποία με την σειρά τους επηρεάζουν τη ψυχολογική κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου θέτοντάς τον σε πιο ευάλωτη θέση.

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να διερευνήσει τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας και τον βαθμό στον οποίο καλύπτονται από τις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης. Για τις ανάγκες αυτό του σκοπού διεξάχθηκε έρευνα με επίκεντρο τις απόψεις των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται στις αντίστοιχες δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων.

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης των νομών Ηράκλειου και Χανίων. Το είδος έρευνας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ποιοτική έρευνα με την μέθοδο της content analysis. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν 7 συνεντεύξεις των οποίων τα ερωτήματα εξέτασαν τις ανάγκες, τις δυσκολίες και τα συναισθήματα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους κατά την εισαγωγή των ηλικιωμένων στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης και με ποιο τρόπο αυτά μεταλλάσσονται κατά την προσαρμογή τους.

Σύμφωνα με την έρευνα διαπιστώθηκε πληθώρα αναγκών και συναισθημάτων τόσο από την πλευρά των ηλικιωμένων όσο και από τις οικογένειες τους. Οι Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό, ανάλογα με τα μέσα που έχουν τόσο της ανάγκες, όσο και τα συναισθήματα αυτά. Επίσης προέκυψαν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι κατά την εισαγωγή τους, αλλά και οι δυσκολίες των οικογενειών ως συνέπεια της απόφασης της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας τους και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την διαχείρισή τους.

Τέλος, όσον αφορά την βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται από τις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης προέκυψαν ανάγκες ενίσχυσης της κοινωνικής πολιτικής

ως προς τις μονάδες και τους ίδιους τους ηλικιωμένους, καθώς και ανάγκη ενίσχυσης και αποφόρτισης του προσωπικού, όπως και προσεκτική αξιολόγηση του.

### **ABSTRACT**

One of the great changes a man faces in his life, is the transition from the middle age to the life of a senior. During this process, he has to confront a whole new reality, in which many changes are happening both biologically and psychologically. His functionality decreases, his body is starting to change and his mental and cognitive functions slowly deteriorate. Health issues arise and as a result this affects psychological state of the elderly, as they are getting more vulnerable.

The present study aims to research the needs of the elder people and at what level these needs are satisfied by the services that a retirement home provides. For this purpose, we conducted a survey centered on the perspectives of professional Social Workers, having a job at a nursing home.

The sample that was used in the survey, was a number of Social Workers who work at retirement homes in the city of Heraklion and Chania. We proceeded with qualitative research using the content analysis method. More specifically, we conducted seven (7) interviews, examining through the questions, the needs, difficulties and feelings of the elderly and their families during the admission of the elderly in the retirement home and how all of the above are starting to change, during the process of their adjustment.

Examining the results of our study, a plethora of needs and feelings came across the surface, in both the elderly and their families. As it came out of the results, it seems that retirement homes fulfill to a great extent those needs and feelings, depending always on the sources they have. Moreover, we also observed that most of the elderly came across with some difficulties during their admission to the nursing home and so did their families. These difficulties came as a result of their decision to place their loved ones in a retirement home.

Finally, when it comes to the improvement of the services provided by a retirement home, there were needs that arose, referring to the reinforcing of the social policy in respect of the units and the elderly themselves, as well as the need to strengthen and whittle down the breaking load of the staff, combined safely with a careful evaluation.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμοί όπως: «ηλικιωμένος», «γήρας», «τρίτη ηλικία», παραμένουν ασαφείς, καθώς δεν υπάρχει αυστηρώς συγκεκριμένο βιολογικό όριο γήρανσης. Είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι παραπάνω όροι, έχουν αμφισβητηθεί από πολλούς επιστήμονες μιας και πρόκειται για όρους κοινωνικά κατασκευασμένους. Όπως αποδεικνύεται, το γήρας δεν είναι μόνο βιολογικό θέμα αλλά είναι επίσης θέμα αντίληψης των ίδιων των ανθρώπων (Estes,2001).

Ο Μπαμπινιώτης, παρ' όλα αυτά, στο Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας δίνει πολλούς ορισμούς για τη λέξη ηλικία. Ειδικότερα, ο ηλικιωμένος ή και γέροντας είναι αυτός που βρίσκεται στη γεροντική ηλικία, που είναι προχωρημένης ηλικίας (που εμπνέει ιδιαίτερο σεβασμό και αγάπη). Τρίτη ηλικία ορίζεται αυτή που έπεται της μέσης και της νεανικής( Μπαμπινιώτης Γ. , 2012).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Abraham Maslow οι ανάγκες των ανθρώπων είναι δομημένες ιεραρχικά και εντάσσονται σε πέντε βασικές κατηγορίες.

Οι φυσιολογικές ανάγκες. Είναι οι ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν με σκοπό να επιβιώσει το άτομο, όπως αυτή του φαγητού, το νερό, η ανάπαυση. Οι ανάγκες ασφάλειας. Δημιουργούνται από το αίσθημα της αυτοσυντήρησης και αφορούν την ανάγκη για σιγουριά και ασφάλεια. Κοινωνικές ανάγκες. Αφορούν τις ανάγκες της αγάπης, της αποδοχής και της κατανόησης από τους άλλους. Επίσης σχετίζονται με την έννοια του ανήκειν, δηλαδή την αίσθηση της ομαδικότητας και της σύνδεσης με άλλους ανθρώπους. Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους. Είναι η ανάγκη του ατόμου να πιστεύει το ίδιο στις δυνάμεις του και να δέχεται αναγνώριση και σεβασμό από τους γύρω του. Η ανάγκη για αυτοολοκλήρωση. Αποτελεί την κορυφή της πυραμίδας των αναγκών, λίγοι άνθρωποι φτάνουν σε αυτό το επίπεδο και αφορά την ανάγκη να φτάσει το άτομο στο μέγιστο των δυνατοτήτων του (Maslow, A. (2011).

Αναλύοντας την πυραμίδα των αναγκών του Maslow συμπεραίνεται ότι όλα τα επίπεδα των αναγκών πλήττονται με την είσοδο στην Τρίτη ηλικία και τις φθορές που επιφέρει το γήρας. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων

ανθρώπων. Ωστόσο, η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες (βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και νοητικές), που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους (Η. Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

### **Βιολογικές ανάγκες:**

Χρειάζονται αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα, αξιοπρεπή κατοικία και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

### **Κοινωνικές ανάγκες:**

Επιζητούν να έχουν την ευκαιρία συμμετοχής σε δραστηριότητες, στην εκπαίδευση, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα και προσδοκίες.

### **Ψυχολογικές, νοητικές ανάγκες:**

Έχουν ανάγκη από ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το αίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Επίσης, επιθυμούν τη κάλυψη του αισθήματος ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δε τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων. Σημαντικό για εκείνους είναι ο σεβασμός της ελευθερίας τους και η δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό (Η. Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Όταν οι ηλικιωμένοι υπό την πίεση των περιστάσεων αναγκάζονται να εγκατασταθούν σε μονάδα κλειστή φροντίδας 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 στη προηγούμενη κοινωνική τους ζωή (Η. Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Η είσοδος του ηλικιωμένου ατόμου σε μονάδα κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων συνδέεται συνήθως με ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή του όπως ασθένεια, θάνατος



οικείου προσώπου κ.α. ( Ghazaleh , 2012). Οι Ryan&Scullion (2000 στο Ghazaleh , 2012) αναφέρουν ότι η είσοδος μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο μορφές:

A) η θετική μορφή η οποία είναι προσχεδιασμένη και εκούσια, όπου το ηλικιωμένο άτομο έχει συμμετάσχει στην συζήτηση και στην λήψη της απόφασης και

B) στην αρνητική μορφή η οποία γίνεται συνήθως ακούσια και εμπεριέχει το στοιχείο του καταναγκασμού. (Ζήντρου, Γ., Βασιλοπούλου, Γ., Βακάλη, Χ., Γερογιάννη, Γ., Καμπά, Ε. (2014).

Σύμφωνα με τις Παναγιώτου & Χριστοφόρου κατά το αρχικό διάστημα της εισαγωγής του ηλικιωμένου στην μονάδα κλειστής φροντίδας, σημαντικό είναι να διατηρηθεί μια σταθερότητα και μια επαφή με τον “έξω κόσμο” δηλαδή με τα παιδιά και τους συγγενείς του, ώστε να υπάρξει μια πιο ομαλή μετάβαση ( Παναγιώτου, Σ. & Χριστοφόρου, Ζ. (2004).

Οι σχέσεις της οικογένειας του ηλικιωμένου και της μονάδας περίθαλψης του ιδρύματος μπορεί να έχει διάφορες μορφές, όπως συνεργασία, αδιαφορία, αρνητική- διεκδικητική στάση με αποτέλεσμα μερικές επισκέψεις συγγενών να δημιουργούν μία κατάσταση που δεν είναι ενδεδειγμένη για την ενσωμάτωση του ηλικιωμένου στη μονάδα.

Παρ’ όλο που η ιδρυματοποίηση αντιμετωπίζεται σαν μοναδική λύση, αυτό δεν απαλλάσσει την οικογένεια από τις ενοχές και τον ηλικιωμένο από ένα αίσθημα εγκατάλειψης ( R, Kastenbaum ,1982).

Η είσοδος ενός ηλικιωμένου σε μονάδα κλειστής φροντίδας φέρνει αρκετές αλλαγές, νέες ανάγκες και συναισθήματα τόσο στη δική του ζωή όσο και στις οικογένειάς του. Με την παρούσα μελέτη θα διερευνήσουμε τις απόψεις των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών για τις ανάγκες, δυσκολίες και συναισθήματα στη ζωή των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

### 1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας

Είναι ενδιαφέρον ότι αποδεκτός ορισμός της λειτουργίας του γήρατος δεν υπάρχει. Το γήρας είναι μία έννοια χρονολογική με έναρξη συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές.

Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0- 20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20- 40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40- 60 ετών και τα γηρατειά ή χειμώνας από 60- 80 ετών, ενώ ο Αριστοτέλης εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49 (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999). Ο Laslet (1989 οπ. αναφ. η Έμκε - Πουλοπούλου, 1999) ορίζει τέσσερα στάδια ζωής: η πρώτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης. Η δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας, ευθύνης και κερδών. Η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης. Η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης και θανάτου.

Γίνεται επομένως κατανοητό ότι η προσπάθεια προσδιορισμού της τρίτης ηλικίας είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία, καθώς οι αλλαγές στην τρίτη ηλικία συντελούνται τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο (Τζονιχάκη, 2010). Σύμφωνα με τον Williamson (2016) το άτομο έχει δύο κυρίως ηλικίες, την χρονολογική που αφορά στα χρόνια που ζει μετά τη γέννησή του και τη βιολογική, που αφορά στο επίπεδο λειτουργίας των οργάνων του σώματος. Σχετικά με τη βιολογική ηλικία του ατόμου, οι αλλαγές που συντελούνται στον οργανισμό, μπορούν να προληφθούν ή να αντιστραφούν. Ωστόσο οι αλλαγές δεν αφορούν μόνο στο άτομο αλλά και στο περιβάλλον του.

Στην πραγματικότητα, τα συναισθήματα, οι αξίες, οι στάσεις όπως επίσης και ο τρόπος που σκέφτεται το άτομο, σχετίζονται με την εποχή που ζει αλλά και με τις πολιτιστικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες αυτής της χρονικής περιόδου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα κοινωνικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά μιας συγκεκριμένης εποχής παίζουν ένα τεράστιο ρόλο τόσο στην ικανότητα προσαρμογής του ατόμου, όσο και στον τρόπο με τον οποίο γηράσκει (Τζονιχάκη, 2010). Επομένως η διαδικασία της γήρανσης θεωρείται

μια κατάσταση και όχι χρονική περίοδος. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι αλλαγές που γίνονται εξαιτίας του χρόνου και των γηρατειών, αν δεν υπάρχουν σοβαροί ιατρικοί λόγοι, δεν επηρεάζουν τη λειτουργία του οργανισμού. Όταν όμως υπάρχουν ιατρικοί λόγοι, συμβαίνουν σοβαρές αλλαγές, που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και στον θάνατο, κάτι που σε νεότερες ηλικίες ίσως να μπορούσε να αποφευχθεί (Bottomley, 2010).

Το γήρας ως φυσική- βιολογική ακολουθία συνδύαζε πάντα ένα μείγμα αντιλήψεων, στάσεων και αισθημάτων. Το μυστήριο αλλά και κακό συνάμα της φυσικής και πνευματικής παρακμής συνυπήρχε πάντα με το σεβάσμιο, σοφό και αγαθό, αλλά και την περιφρόνηση και του κακού ριζικού που προκαλούσε η τελευταία ηλικιακή φάση της ζωής (Λοΐζου, 1993 οπ. αναφ. ο Μωυσίδης και συν, 2002). Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική πρόσληψη της έννοιας της γήρανσης υπερβαίνει τη βιολογική διάσταση και συσχετίζεται άμεσα με την κοινωνική θέση αλλά και το φύλο του καθενός. Εξαρτάται, επίσης, και από την ιστορική περίοδο και την ετοιμότητα της κοινωνίας για την αποδοχή των ηλικιωμένων (Μωυσίδης, 1998). Οι παραδόσεις και οι κρατούσες αξίες, οι κανόνες δικαίου και οι εκάστοτε ηλικιακές χρονικές οριοθετήσεις, καθώς και οι κοινωνικές/ ταξικές διαφοροποιήσεις, προσδίδουν κάθε φορά και ένα καινούριο περιεχόμενο στην έννοια του γήρατος, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα και το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας έναντι των γερόντων (Mitteraueretal., 1977 οπ. αναφ. ο Μωυσίδης και συν, 2002).

Σε συνέχεια των παραπάνω, η περίοδος των γηρατειών ήταν για χρόνια συνυφασμένη με την έναρξη της συνταξιοδότησης. Πλέον όμως αυτό αμφισβητείται, καθώς η διαδικασία της γήρανσης αρχίζει πολύ νωρίτερα από την συνταξιοδότηση. Επομένως η τρίτη ηλικία και τα γηρατεία μπορούν τελικά να μελετηθούν κάτω από πολλές διαφορετικές οπτικές, όπως αυτές παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια (Τζονιγάκη, 2010):

Χρονολογική ηλικία: Η χρονολογική ηλικία, ή με άλλα λόγια, τα χρόνια που έχουν περάσει από τη στιγμή της γέννησης, αποτελεί μια αντικειμενική ένδειξη που όμως είναι ατελής για να οριστούν τα γηρατεία. Κάτω από την προοπτική της χρονολογικής ηλικίας, τα όρια των γηρατειών είναι αυθαίρετα και μερικές φορές προκαλούν μια σχετική σύγχυση, καθώς στην πράξη τόσο οι ενδοατομικές διαφορές όσο και οι διαφορές μεταξύ

των ατόμων είναι πολύ σημαντικές. Οι άνθρωποι φαίνονται να ταυτίζονται με τα προκαθορισμένα από την κοινωνία στάδια ηλικίας, δηλαδή την νεότητα, την ενήλικη ζωή και τα γηρατειά. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι αυτή η ταύτιση δεν εξαρτάται μόνο από την ηλικία του ατόμου, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι η υγεία, η φυλή ή ακόμα και το επίπεδο κατανόησης του ατόμου αυτού όσον αφορά στους χρησιμοποιούμενους όρους σχετικά με τα στάδια ζωής. Επομένως παρά το γεγονός ότι η χρονολογική ηλικία αποτελεί μια ατελή ένδειξη της εξέλιξης του ατόμου τόσο σε επίπεδο σωματικό όσο και ψυχολογικό και κοινωνικό, πληροφορεί για την ηλικία του ατόμου (Τζονιχάκη, 2010).

Σωματική και βιολογική ηλικία: Η σωματική και βιολογική ηλικία του ατόμου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ορίσει τα γηρατειά αλλά στην ουσία πρόκειται και πάλι για ένα αυθαίρετο κριτήριο. Πράγματι η σωματική γήρανση είναι βαθμιαία και αν και ακολουθεί τους ίδιους νόμους για όλους, παραμένει εντούτοις μια προσωπική διαδικασία. Δεδομένου όμως ότι οι διαφορές μπορεί να είναι σημαντικές, γίνεται αδύνατος ο προσδιορισμός της ακριβούς στιγμής από την οποία θα μπορούσε ένα άτομο να θεωρηθεί ως ηλικιωμένο. Με αυτό το σκεπτικό, τα διάφορα όργανα και οι λειτουργίες τους δε γηράσκουν όλα με τον ίδιο τρόπο και με την ίδια ταχύτητα. Θα πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι όλα τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων δεν οφείλονται απαραίτητα στην ηλικία, αλλά συχνά και στο περιβάλλον ή σε μη ευνοϊκές κοινωνικές καταστάσεις (Τζονιχάκη, 2010).

Ψυχοσυναισθηματική ηλικία: Σύμφωνα με την ψυχοσυναισθηματική ηλικία, οι ψυχολογικές αλλαγές μπορούν να επηρεάσουν κατά τη διάρκεια της γήρανσης τόσο τα συναισθήματα και την προσωπικότητα, όσο και τις νοητικές ικανότητες ή τη διαδικασία σκέψης. Εντούτοις από τη μία μεριά όλες αυτές οι αλλαγές δεν είναι οι ίδιες για όλους και από την άλλη μεριά είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση με τους άλλους παράγοντες του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, που είναι ιδιαίτερες για κάθε άτομο. Έτσι σε σχέση με το παρελθόν του και τις προηγούμενες εμπειρίες του, αυτές οι αλλαγές παίρνουν μια σημαντικότητα πολύ διαφορετική από άτομο σε άτομο. Επομένως η ψυχοσυναισθηματική ηλικία αποτελεί ένα κριτήριο που κάνει επίσης πρακτικά αδύνατο κάθε ορισμό των γηρατειών (Τζονιχάκη, 2010).

Κοινωνική ηλικία: Κατά την κοινωνική ηλικία είναι η κοινωνία που ορίζει με τρόπο αυθαίρετο τις περισσότερες φορές τα διάφορα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις, όπως επίσης και τους ρόλους που ένα άτομο καλείται να παίζει σε μια δεδομένη στιγμή. Συχνά οι ρόλοι που ορίζονται από την κοινωνική ηλικία δεν εναρμονίζονται με αυτούς των άλλων ηλικιών, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει μερικές φορές σημαντικά προβλήματα. Έτσι το άτομο πρέπει να πάρει τη σύνταξη σε μια ορισμένη ηλικία, που ποικίλει σύμφωνα με οικονομικά και πολιτιστικά κριτήρια. Επίσης η κοινωνία είναι αυτή που καθορίζει τον σεβασμό που αποδίδεται σε κάθε ηλικία και σε κάθε προκαθορισμένο ρόλο. Έτσι σύμφωνα με την εποχή τη νοοτροπία, την κουλτούρα και την κοινωνία το ηλικιωμένο άτομο είναι λίγο ή πολύ σεβαστό. Σχετικά με τη δυτική κοινωνία, που προωθεί την παραγωγικότητα, την ομορφιά, την επιτυχία και τον ανταγωνισμό το ηλικιωμένο άτομο δεν κατέχει μια ιδιαίτερα προνομιούχα θέση (Τζονιγάκη, 2010).

Λειτουργική ηλικία: Η λειτουργική ηλικία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις διάφορες δραστηριότητες που αφορούν τον εαυτό του ή το περιβάλλον του. Για παράδειγμα ένα άτομο χρειάζεται έναν αριθμό ικανοτήτων για να μπορέσει να ζήσει μόνο του σε ένα διαμέρισμα. Θα πρέπει να μπορεί να μετακινηθεί και να έχει κίνητρα για να μπορεί να ψωνίζει, να καθαρίζει, να πλένει καθώς επίσης και να μπορεί να οργανώνει και να θυμάται σημαντικές πληροφορίες (Τζονιγάκη, 2010).

Συμπερασματικά διαπιστώνει κανείς ότι ο ορισμός και τα ακριβή όρια του γήρατος παρουσιάζουν πολλές δυσκολίες και εξαρτώνται από την οπτική γωνία του μοντέλου που τα εξετάζει. Παρόλα αυτά ανάμεσα στις διάφορες θεωρίες, μόνο η χρονολογική ηλικία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αντικειμενικό, πρακτικό, κριτήριο που μπορεί να ποσοτικοποιηθεί για τον ορισμό των ορίων των γηρατειών, παρά τον αυθαίρετο χαρακτήρα του. Με αυτόν τον τρόπο η πλειοψηφία των επιδημιολογικών και δημογραφικών ερευνών σχετικών με τους ηλικιωμένους θεωρεί την ηλικία των 60 χρόνων σαν αρχή του γήρατος όπως πρότεινε η Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, χωρίς να αποκλείεται και η χρήση του ορίου των 65 χρόνων από άλλους ερευνητές ως αρχή του γήρατος μιας και ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης (Τζονιγάκη, 2010).

## 1.2 Τα χαρακτηριστικά και οι ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων

Το γήρας σύμφωνα με τα κριτήρια του Strehler είναι φυσιολογική διαδικασία εξέλιξης, καθολική, εγγενής, προοδευτική και μη αναστρέψιμη. Μειώνεται προοδευτικά η προσαρμοστικότητα, η ευαισθησία, η ακρίβεια και η αντοχή του οργανισμού (Bennett & Ebrahim 1995; Fillit et al. 2010).

Το γήρας ως φυσικό φαινόμενο είναι ευμετάβλητο. Επέρχεται σε διαφορετικούς ρυθμούς και εξαρτάται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Είναι, επίσης, εξαιρετικά δυναμικό, προοδευτικά εξελισσόμενο και σύνθετο, επειδή αποτελεί ένα σύνολο φυσικών αλληλοεπιδρώντων φαινομένων με διαστάσεις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές. Θεωρείται μια αναδυόμενη μεταβολή ολοκλήρου του πολυκύτταρου βιολογικού συστήματος ενός οργανισμού. Η αναπόφευκτη εμφάνισή του, άλλοτε νωρίτερα, άλλοτε αργότερα, με το πέρασμα του χρόνου και τις βιολογικές δυνατότητες του κάθε ατόμου σε συνδυασμό με την προδιαγεγραμμένη κατάληξή του, που είναι η παρακμή και ο θάνατος, το κατατάσσει στα φυσικά φαινόμενα (Bennett & Ebrahim 1995; Fillit et al. 2010).

Το φυσιολογικό γήρας έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά από το παθολογικό γήρας. Υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ γήρατος και νοσηρότητας, καθόσον ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων πάσχει κυρίως από χρόνια νοσήματα και συνηθέστερα από περισσότερα του ενός. Τα μείζονα κλινικά προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων είναι εγκεφαλικά και αγγειακά επεισόδια, έλλειψη κινητικότητας, με αποτέλεσμα πτώσεις και διάφορα ατυχήματα λόγω μειωμένης κινητικότητας, ακράτεια και διανοητικές διαταραχές. Τα νοσήματα των ηλικιωμένων ατόμων έχουν ιδιαιτερότητες και εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο από ό,τι στους ενήλικες. Η διαφοροποίηση αυτή καθιστά πολλές φορές δύσκολη τη διάγνωση και τη διαχείριση του ηλικιωμένου ασθενή. Η αλληλεπίδραση νόσου- γήρατος έχει σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις (Αναστασιάδου, 2015). Γι' αυτό και απαιτείται ανάλογη προσέγγιση στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης με στόχο την αυτοδυναμία και την υγεία του ηλικιωμένου ατόμου και όχι την αύξηση της πιθανότητας μεγαλύτερης περιόδου επιβίωσης (Αναστασιάδου, 2015).

Επειδή οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια, καθώς έχουν καταγραφεί ποικίλες μορφές των γηρατειών, οι ηλικιωμένοι διακρίνονται σε υποομάδες. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται, επειδή η έκπτωση των φυσιολογικών βιολογικών λειτουργιών γίνεται μεγαλύτερη από τη μία ηλικιακή ομάδα στην άλλη, οπότε και η παροχή για περίθαλψη γίνεται μεγαλύτερη και πιο σύνθετη. Η σκιαγράφιση στις παρακάτω υποομάδες επιτρέπει την αξιολόγηση των σημαντικών αλλαγών με μεγαλύτερη ακρίβεια (Ory et al. 2003; Sánchez Palacios et al. 2009):

Πρώτη υποομάδα. Αποτελείται από τους αποκαλούμενους **νέους ηλικιωμένους**, ηλικίας από 60+ ή 65+ μέχρι 74 ετών (young old). Τα άτομα αυτά είναι συνήθως σε φόρμα, ενεργά και φροντίζουν μόνο τους τον εαυτό τους. Παρουσιάζουν ποσοτικά τα λιγότερα ιατρικοκοινωνικά προβλήματα (Ory et al. 2003; Sánchez Palacios et al. 2009).

Δεύτερη υποομάδα. Αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα, **προχωρημένης ηλικίας** από 75+ μέχρι 84 ετών (old- old, mid old, the old). Μετά από την ηλικία των 75 ετών η κατάσταση των ηλικιωμένων γίνεται όλο και πιο εύθραυστη και χαρακτηρίζεται από σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένηση. Οι ανάγκες περίθαλψης και οι κοινωνικές επιπτώσεις αυξάνουν. Τα ηλικιωμένα άτομα της πρώτης και δεύτερης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας (Ory et al. 2003; Sánchez Palacios et al. 2009) .

Τρίτη υποομάδα. Αποτελείται από **υπερήλικα άτομα** άνω των 85 ετών που συνήθως είναι πολύ εύθραυστα και παρουσιάζουν σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένηση, τα οποία είναι σε μεγάλο βαθμό εξαρτημένα από άλλα άτομα και ζουν περιορισμένα κατ' οίκον ή σε γηροκομεία (oldest-old). Τα ηλικιωμένα άτομα της τρίτης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τέταρτης ηλικίας (Ory et al. 2003; Sánchez Palacios et al. 2009)

Παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι περισσότερες από τους ηλικιωμένους άνδρες. Αυτό οφείλεται στις συνθήκες που επικρατούσαν τα προηγούμενα χρόνια (π.χ. πόλεμοι) και στον πιο ριζοκίνδυνο χαρακτήρα των ανδρών (π.χ. οι άνδρες ήταν πιο επιρρεπείς στα ατυχήματα). Η παρουσία συζύγου στους ηλικιωμένους άνδρες αποτελεί συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Το 95% των ηλικιωμένων ζει στην κοινότητα. Το εισόδημα του ¼

των ηλικιωμένων είναι πολύ χαμηλό, γι' αυτό και το επίπεδο διαβίωσης είναι χαμηλό για μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων.

Το κοινωνικό σύστημα είναι έτσι δομημένο στις αναπτυγμένες χώρες, ώστε οι ηλικιωμένοι θεωρούνται αρνητικά στερεότυπα, δηλαδή ότι είναι άρρωστοι και ανάπηροι, εξασθενημένοι και αδύναμοι, απαθείς, ασταθείς και ιδιόρρυθμοι, χαμηλής ευφυΐας, άκαμπτοι, χωρίς χαρά και ικανοποίηση. Έμμεσα τους ενισχύει, ώστε να αποσύρονται από κοινωνική ζωή. Αυτή η αντιμετώπιση δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στα συστήματα περίθαλψης, γιατί μεγαλώνει την αναγκαιότητα συμμετοχής της κοινωνίας σε πόρους. Αντίθετα οι ηλικιωμένοι που παραμένουν ανεξάρτητοι και, επομένως, δυναμικά ενεργοί στο κοινωνικό σύνολο ανάλογα με τις δυνατότητές τους, συμβάλλουν σημαντικά στην καλύτερη διαχείριση των ανθρώπινων και των άλλων πόρων με την εμπειρία και τη σοφία τους (Ory et al. 2003; Sánchez Palacios et al. 2009).

### **1.3 Ανθρώπινες ανάγκες (κατά Maslow)**

Σύμφωνα με τον Maslow (1958 οπ. αναφ. οι Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013) υπάρχουν πέντε βασικές ανάγκες:

Βιολογικές ανάγκες: Βρίσκονται στην βάση της πυραμίδας των αναγκών και είναι οι πιο σημαντικές καθώς κρατούν το άτομο ζωντανό. Τέτοιες είναι το οξυγόνο, η τροφή, το νερό, η κατάλληλη θερμοκρασία, η αναπαραγωγή, η ξεκούραση και η φυσική δραστηριότητα. Στους ηλικιωμένους οι βιολογικές ανάγκες μπορεί να είναι οξείες ή χρόνιες.

Ανάγκη για ασφάλεια και προστασία: Σχετικά με τους ηλικιωμένους η ασφάλεια σημαίνει προστασία από πιθανές ή πραγματικές βλάβες, όπως για παράδειγμα η ασφαλής χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, η εμπιστοσύνη στους άλλους και η απελευθέρωση από το φόβο και το άγχος, όπως είναι ο φόβος του θανάτου. Η ανάγκη για προστασία αφορά την αποφυγή του πόνου και την επιθυμία για σιγουριά.

Ανάγκη για αγάπη και αποδοχή: Χαρακτηρίζεται ως ανάγκη υψηλότερου επιπέδου και περιλαμβάνει την κατανόηση και την αποδοχή των άλλων. Ακόμα και όταν βρίσκονται σε κάποια μονάδα παροχής φροντίδας οι ηλικιωμένοι έχουν την ανάγκη να αισθάνονται



αποδεκτοί και αγαπητοί. Επομένως τόσο οι οικείοι όσο και οι επαγγελματίες που φροντίζουν τους ηλικιωμένους πρέπει να τους ικανοποιούν την ανάγκη αυτή.

Ανάγκη για αυτοεκτίμηση: Πρόκειται για την ανάγκη του ατόμου να πιστεύει στις δυνάμεις του. Η ηλικία είναι πιθανό να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση του ατόμου καθώς βλέπει να αλλάζει η εικόνα του σώματός του και να χάνει την ανεξαρτησία του.

Ανάγκη για αυτοπραγμάτωση: Πρόκειται για ανάγκη που βρίσκεται στην κορυφή της πυραμίδας και αφορά την ανάπτυξη των προσωπικών ικανοτήτων. Η ανάγκη αυτή επίσης επηρεάζεται με το πέρασμα των χρόνων καθώς το άτομο, αισθάνεται ανήμπορο να αναπτύξει τις ικανότητές του.

Με βάση την ιεράρχηση του Maslow η βασική ανάγκη για τους ηλικιωμένους είναι αυτή που όταν απουσιάζει κλονίζεται η υγεία του ηλικιωμένου, όταν υπάρχει του χαρίζει υγεία, όταν νιώθει ικανοποιημένος αισθάνεται και υγιής ενώ όταν δεν ικανοποιείται νιώθει ένα κενό και μια έλλειψη (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013).

#### 1.4 Ανάγκες της τρίτης ηλικίας

Οι ανάγκες της τρίτης ηλικίας είναι πολλές. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα αν ζουν στις αναπτυσσόμενες ή αναπτυγμένες χώρες, στην οικογένεια ή σε κάποιο ίδρυμα, είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών. Σύμφωνα με την πυραμίδα του Maslow η ταξινόμηση των αναγκών των ηλικιωμένων γίνεται με τον εξής τρόπο. Στη βάση της βρίσκονται **οι βασικές πρωτογενείς ανάγκες**, που συνδέονται με την επιβίωση του ατόμου, όπως διατροφή, σεξουαλική ζωή και υγεία. Αυτές είναι οι φυσιολογικές ανάγκες, που ο άνθρωπος χρειάζεται να ικανοποιεί, για να μπορέσει να περάσει σε επόμενα επίπεδα ικανοποίησης (Pervin&John, 2001; Hawkins, etal., 2004).

Ακολουθεί η **ασφάλεια**, όπου ο Maslow (2011) υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος έχει την ανάγκη να αισθάνεται ασφαλής έχοντας ένα σπίτι, μια δουλειά, ασφάλιση και σύνταξη. Οι επόμενες ανάγκες είναι **οι ανάγκες της κοινωνικής αποδοχής**, της αγάπης και του ανήκειν. Ο άνθρωπος έχει την ανάγκη να έχει φίλους, να αισθάνεται αποδεκτός και να

ανήκει σε μια ομάδα. Οι κοινωνικές ανάγκες του ατόμου «ανθίζουν», όταν έχουν καλυφθεί οι προηγούμενες περισσότερο ζωτικές ανάγκες. Στη συνέχεια έρχονται **οι ανάγκες της αυτοεκτίμησης**. Σύμφωνα με αυτές, ο άνθρωπος έχει την ανάγκη να έχει τις δικές του απόψεις και πεποιθήσεις, να στηρίζεται και να πιστεύει στον εαυτό του και, έτσι, να βιώνει ικανοποίηση μέσα από τον σεβασμό του εαυτού, τη γνώση, την επιρροή, την ανεξαρτησία, την ελευθερία. Να είναι δηλαδή ο κύριος του εαυτού του και να τον ορίζει με πίστη, δύναμη και αυτοσεβασμό στον ίδιο και στους άλλους. Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται **οι ανάγκες της αυτοπραγμάτωσης**, δηλαδή η αξιοποίηση των εσωτερικών ικανοτήτων, η δημιουργικότητα και η αίσθηση πληρότητας. Πρόκειται για την ανώτερη κατηγορία αναγκών και ουσιαστικά αναφέρεται στην ανάγκη του ατόμου να γίνει αυτό που ο ίδιος ονειρεύεται (Pervin&John, 2001; Hawkins, etal., 2004).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην ηλικία της ώριμης ενηλικίωσης, από τα 65 και άνω, οι ανάγκες των ατόμων αρχίζουν συχνά να χρειάζονται επαναπροσδιορισμό. Αν πάρουμε για παράδειγμα τη θεωρία του Maslow, το να διασφαλίσουμε **τα θέματα υγείας και επιβίωσης**, τα οποία αποτελούν και τη βάση της πυραμίδας, αποτελεί βασική προϋπόθεση. Οπότε η φροντίδα θεμάτων υγείας αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα. Στη συνέχεια θα πρέπει να φροντίζουμε να υπάρχουν **επαρκή αισθήματα ασφάλειας** σε θέματα διαβίωσης, δηλαδή ένα ασφαλές σπίτι και ένα ασφαλές εισόδημα όπως και ασφαλής πρόσβαση στο σύστημα υγείας και στη φαρμακευτική αγωγή. Συχνά τα θέματα υγείας που ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους αλλά και η ανάγκη για οργανική φροντίδα κλυδωνίζουν την αίσθηση ασφάλειας. Συχνά οι ηλικιωμένοι χάνουν την ασφάλεια και την οικειότητα του σπιτιού, είτε επειδή χρειάζονται τη φροντίδα του νοσοκομείου, είτε επειδή η φροντίδα τους θα πρέπει να καλυφθεί σε κάποια κλινική. Είναι σημαντικής σημασίας σε τέτοιες περιπτώσεις ο ηλικιωμένος, όσο είναι δυνατό, να βιώνει ένα αίσθημα οικειότητας και ζεστασιάς όμοιο με εκείνο του σπιτιού του. Η σταθερότητα είναι απαραίτητη ακόμη και στις περιπτώσεις που χρειάζεται να φιλοξενηθεί σε σπίτι κάποιου συγγενή ή σε κάποια κλινική, αν δεν υπάρχει δυνατότητα φροντίδας στο σπίτι του (Hawkins, etal., 2004).

**Το αίσθημα του ανήκειν** που ακολουθεί, εφόσον είναι καλυμμένες οι προηγούμενες ανάγκες επιβίωσης, αποτελεί κεντρικής σημασίας ανάγκη στην τρίτη ηλικία. Οι ηλικιωμένοι συχνά χάνουν την ανεξαρτησία τους και υπάρχει ο φόβος της απομόνωσης ή, σε άλλες περιπτώσεις, χάνουν σημαντικούς φίλους και συντρόφους, οπότε το αίσθημα του ανήκειν χρειάζεται επαναπροσδιορισμό. Νέες δραστηριότητες και σύλλογοι μπορούν να βοηθήσουν προς αυτήν την κατεύθυνση. Νέες γνωριμίες και ένας κοινωνικός ιστός είναι απαραίτητος, για να μπορέσει ο άνθρωπος να διατηρήσει αυτήν την τόσο ουσιώδη ανάγκη της κοινωνικής αποδοχής και της αγάπης. Ακριβώς επειδή η σημασία της κοινωνικής συμμετοχής είναι μεγάλη για την αίσθηση ικανοποίησης του ατόμου ειδικότερα στην τρίτη ηλικία, αυτή μπορεί να εκφραστεί και μέσα από οργανωμένες εκδρομές είτε θρησκευτικού τουρισμού, είτε αναψυχής, όπου συχνά άτομα όμοιας ηλικίας και ενδιαφερόντων έχουν τη δυνατότητα να δικτυωθούν και να κοινωνικοποιηθούν (Pervin&John, 2001).

Αν συνεχίζει να έχει κάτι ανάγκη ο ηλικιωμένος άνθρωπος, αυτό είναι σίγουρα **η αίσθηση αυτοεκτίμησης**. Καθώς πολλές ικανότητές του μειώνονται ή συχνά χάνονται, η σπουδαιότητα να αισθάνεται ότι μπορεί να τα καταφέρει και ότι αξίζει είναι σπουδαίας σημασίας. Επίσης η αίσθηση ότι ορίζει τον εαυτό του και βασίζεται στα πόδια του αποτελεί χαρακτηριστικό σε αυτήν τη βαθμίδα ιεράρχησης και συχνά αποτελεί ζητούμενο για τα άτομα που διαβαίνουν την τρίτη ηλικία. Οι γνώσεις και η σοφία της ζωής, που χαρακτηρίζει συχνά τα άτομα στην τρίτη ηλικία, μπορούν να αποτελέσουν τους λόγους, για τους οποίους το άτομο θα συνεχίσει να βιώνει το αίσθημα ότι έχει καταφέρει και έχει γνώση και εμπειρία να μεταλαμπαδεύσει στους νεότερους ή και σε άλλους συνομηλίκους του. Επίσης συχνά ακούμε και περιπτώσεις μεγάλων σε ηλικία ατόμων, που κατακτούν βαθμίδες εκπαίδευσης μη αναμενόμενες για την ηλικία τους. Καταφέρνουν να ικανοποιήσουν δηλαδή μια ανάγκη τους, που θα τους οδηγήσει στην αίσθηση εσωτερικής πληρότητας που τόσο έχουμε ανάγκη όλοι μας, νεότεροι και γηραιότεροι (Pervin&John, 2001; Hawkins, etal., 2004).

Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας **η αυτοπραγμάτωση**. Οι ηλικιωμένοι ίσως έχουν ένα επιπλέον προνόμιο για την ικανοποίηση αυτής της ανάγκης, δεδομένου ότι η εμπειρία της ζωής τους έχει προσφέρει τη δυνατότητα να φιλοσοφήσουν και να γνωρίσουν τον

εαυτό τους. Έχουν την εμπειρία να μάθουν τι τους προσφέρει πληρότητα και αίσθημα ολοκλήρωσης. Χωρίς βέβαια να σημαίνει ότι όλοι οι ηλικιωμένοι έχουν καταφέρει να φτάσουν στην κορυφή της πυραμίδας, αλλά συχνά όσοι έχουν φροντίσει όλες τις προηγούμενες ανάγκες είναι σε θέση να απολαύσουν και τη μεγαλύτερη απόλαυση όλων, την ολοκλήρωση του εαυτού. Σημαντικό ρόλο στην αίσθηση πληρότητας στην τρίτη ηλικία παίζει και η δημιουργικότητα. Η αίσθηση πληρότητας, δηλαδή το να αισθάνεσαι «πιο γεμάτος» και «πιο ολοκληρωμένος», συχνά συνδέεται με το πόσο δημιουργικός έχεις τη δυνατότητα να γίνεις και να απολαύσεις τα οφέλη αυτού. Η σύνδεση ανάμεσα στη δημιουργικότητα και στο αίσθημα πληρότητας και ευεξίας αποτελεί αντικείμενο μελέτης σε άτομα τρίτης ηλικίας (Pervin&John, 2001; Hawkins, etal., 2004).

Έρευνες σε Αυστραλία και Αμερική έχουν δείξει ότι η δημιουργική απασχόληση των ηλικιωμένων επηρέασε τη συνολική αίσθηση ικανοποίησης, που είχαν για τη ζωή τους και αύξησε τα επίπεδα αυτοεκτίμησης των συμμετεχόντων. Ενώ αντιστοίχως σε έρευνα στην Κορέα βρέθηκε ότι χαμηλά επίπεδα δημιουργικότητας (μη συμμετοχή σε δράσεις, μειωμένα ενδιαφέροντα, έλλειψη φαντασίας κλπ.) συνδέεται με πολύ χαμηλή αίσθηση ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης. Μάλιστα σε έρευνες που έχουν γίνει με πληθυσμούς ηλικιωμένων, που έχουν χάσει τον ή τη σύντροφό τους, βρέθηκε ότι έπειτα από μια περίοδο βαθύ πένθους και απώλειας οι ηλικιωμένοι που σημείωσαν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα ευεξίας ήταν αυτοί που εμπλέκονταν όσο και περισσότερο με δημιουργικές δραστηριότητες (Pervin&John, 2001; Hawkins, etal., 2004) .

Η ικανοποίηση των αναγκών στην τρίτη ηλικία μπορεί να συνδέεται με την κάλυψη των πρωτογενών και απαραίτητων αναγκών για την επιβίωση. Ωστόσο βλέπουμε ότι δε σταματάει εκεί, αλλά αντιθέτως, για να οδηγηθεί προς την ολοκλήρωση, απαιτεί μια συνεχιζόμενη και συνεχώς αλληλεπιδραστική πορεία. Οι ανάγκες που έχουμε οι άνθρωποι μπορεί να διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και τις απαιτήσεις ή υποχρεώσεις αυτής, όμως στον πυρήνα τους δε διαφέρουν. Οι πυρηνικές μας ανάγκες για αποδοχή/ανήκειν και κοινωνική συμμετοχή, η ανάγκη να στηρίζομαι και να πιστεύω στον εαυτό μου και στην αξία μου και, τέλος, η ανάγκη να νιώθω δημιουργικός, ολοκληρωμένος και σε επαφή με τον εαυτό μου χωρίς στερεότυπα και προκαταλήψεις, αλλά με μια αίσθηση αποδοχής και ενσυναίσθησης, μας συνοδεύουν σε όλο το διάβα της

ζωής μας και καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ψυχική μας υγεία (Pervin&John, 2001; Hawkins, etal., 2004).

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 (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013).

Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύσουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν πιο ακριβά γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013).

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο όμως πολλές άλλες ανάγκες τους δεν καλύπτονται. Όπως είναι οι βασικές οικονομικές ανάγκες, που δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού ουσιώδης και μερικές φορές μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη. Οι ενδιαφερόμενοι συχνά δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται, τις υπηρεσίες Υγείας-Κοινωνική Αλληλεγγύης και τις διάφορες παροχές που προσφέρουν το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και μη κυβερνητικές οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους-άρρωστους και τις οικογένειες τους (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ

### 2.1 Η θέση του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια

Η θρησκεία από την αρχαιότητα ακόμη, επέβαλε την ευθύνη της φροντίδας των ηλικιωμένων στα παιδιά τους και το σεβασμό τους. Για τους αρχαίους Έλληνες ο ηλικιωμένος θεωρείτο πηγή τιμής, σοφίας, κριτικής σκέψης και λογικής. Με το πέρασμα των εποχών οι Έλληνες συνέχισαν να ζουν με αυτή τη νοοτροπία και διατήρησαν τη σημασία της ενότητας της οικογένειας και του σεβασμού στις οικογενειακές σχέσεις. Μέχρι πρόσφατα επικρατούσε στην ελληνική κοινωνία το μοντέλο της εκτεταμένης οικογένειας, στην οποία ο ρόλος του ηλικιωμένου ατόμου ήταν προκαθορισμένος και αδιαφιλονίκητος. Ο ηλικιωμένος άνδρας, ο “πάτερ φαμίλιας”, έκρινε, έλεγχε, αποφάσιζε, διέταζε. Η ηλικιωμένη γυναίκα, παρόλο που ήταν υποταγμένη στις αποφάσεις του συζύγου της, ήταν σεβαστό πρόσωπο στην οικογένεια και είχε τον πρώτο ρόλο σε ό,τι αφορούσε τις δουλειές του σπιτιού (Τεπέρογλου και συν., 1990).

Στην Ελλάδα, παρατηρούνται πολύ δυνατοί οικογενειακοί δεσμοί. Οι παππούδες βοηθούν τα παιδιά τους στην πραγματοποίηση των προσωπικών στόχων τους και στην ανατροφή των εγγονιών. Από την άλλη, τα παιδιά φροντίζουν από καρδιάς τους γονείς τους. Έτσι, τα μέλη μιας οικογένειας αλληλοϋποστηρίζονται, στοιχείο που δένει γερά μια οικογένεια (Efklides et al., 2003).

Στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, η ιδρυματοποίηση ηλικιωμένων είναι η τελευταία λύση διότι θεωρείται αισχύνη (Arvaniti et al., 2005). Στις περισσότερες περιοχές της Ελλάδας η τοπική κοινωνική υποστήριξη και το ενδιαφέρον για την ψυχολογία και ψυχαγωγία των ηλικιωμένων είναι ελάχιστα (Arvaniti et al., 2005). Υπογραμμίζεται ότι σε άλλες δυτικές κοινωνίες οι ηλικιωμένοι προτιμούν να ζήσουν μόνοι στα δικά τους σπίτια και να διατηρούν επαφή μόνον με τις άλλες γενιές, παιδιά, εγγόνια κ.τ.λ. που κατοικούν κοντά (Kendig et al., 1992).

Τις τελευταίες δεκαετίες η δομή της ελληνικής οικογένειας έχει υποστεί αρκετές αλλαγές χαρακτηριστικότερες εκ των οποίων είναι η μετάβαση από την πολυμελή, εκτεταμένη οικογένεια στην πυρηνική, η σύνταξη που παλιότερα ήταν προνόμιο λίγων, η μείωση του μεγέθους των διαμερισμάτων - ιδιαίτερα στις πόλεις και η είσοδος των γυναικών στην

αγορά εργασίας, οι οποίες παλιότερα διατηρούσαν τον παραδοσιακό ρόλο της φροντίδας της οικογένειας και των ηλικιωμένων της. Οι αλλαγές αυτές επέδρασαν στο θεσμό της οικογένειας και στις σχέσεις μεταξύ των μελών της (Kyriakidouetal., 2001). Παρόλα αυτά η ελληνική οικογένεια δε σταμάτησε να φροντίζει τα ηλικιωμένα μέλη της και ο θεσμός αυτός εξακολουθεί να είναι πολύ σημαντικός για την ελληνική κοινωνία. Οι νεότεροι σέβονται τους γηραιότερους και τους αποδέχονται σε κάποιους ρόλους. Από οικονομικής άποψης είναι σε καλύτερη κατάσταση οι ηλικιωμένοι που μένουν στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Οι σχέσεις γονέων με τα παιδιά τους επηρεάζονται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες, όπως είναι η οικονομική, η οικογενειακή και η κοινωνική κατάσταση των μελών της οικογένειας. Η οικογενειακή κατάσταση έχει να κάνει με τη σχέση που έχει το ηλικιωμένο ζευγάρι και την κατάσταση της υγείας τους. Είναι σημαντικό ακόμη αν κάποιος από τους δύο έχει φύγει από τη ζωή, διότι στη συνέχεια σημαντικό ρόλο συνήθως παίζει και η οικογενειακή κατάσταση των παιδιών, αν είναι δηλαδή ελεύθεροι ή παντρεμένοι και η ποιότητα του γάμου τους. Επίσης, ο οικονομικός παράγοντας αφορά και τους γονείς και τα παιδιά, καθώς αν υπάρχουν δυσκολίες, μπορεί να υπάρχουν οικονομικές εξαρτήσεις με επιπτώσεις στις σχέσεις των μελών της οικογένειας. Ακόμη, η γεωγραφική απόσταση είναι ένας σημαντικός αντικειμενικός παράγοντας για τις σχέσεις που αναπτύσσονται. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι για να καταλάβει κανείς τις σχέσεις γονέων παιδιών πρέπει να λάβει υπόψη την προσωπικότητα, την ηλικία τους και τα συναισθήματα του καθενός προς τα υπόλοιπα μέλη. Σε όσα αναφέραμε μπορούν να προστεθούν και άλλοι παράγοντες με περισσότερο υποκειμενικό χαρακτήρα (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1996).

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι η συμβίωση του ηλικιωμένου με την οικογένεια του παιδιού του γίνεται πιο εύκολη όταν μένουν στο χωριό για τους παρακάτω λόγους: α) στα χωριά, οι σχέσεις των ανθρώπων παραμένουν πιο ανθρώπινες λόγω του διαφορετικού τρόπου ζωής, β) η διαρρύθμιση των σπιτιών στην ύπαιθρο εξυπηρετεί περισσότερο τη συγκατοίκηση, καθώς είναι πιο εύκολη η παραχώρηση ενός δωματίου σε αντίθεση με τα διαμερίσματα στις πολυκατοικίες των πόλεων, γ) η ψυχολογία και η διάθεση του ηλικιωμένου είναι διαφορετική στο χωριό καθώς του δίνεται η δυνατότητα



να βγει από το σπίτι πιο εύκολα, να έχει περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες, είτε είναι η βόλτα στην εξοχή, είτε στην Εκκλησία και το καφενείο. Αντίθετα, στην πόλη ο ηλικιωμένος μένει πολλές φορές μόνος του, καθώς η οικογένεια συνήθως απουσιάζει και για τον ίδιο δεν είναι εύκολο να μετακινηθεί μέσα στην πόλη. Επομένως, δεν έχει φίλους και νιώθει μοναξιά, γεγονός που μπορεί να έχει επιπτώσεις στις σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Βάντσος, 1988).

Γίνεται επομένως κατανοητό ότι τα γηρατειά είναι μια περίοδος προσαρμογής τόσο για τους ηλικιωμένους, όσο και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους, κυρίως όταν τίθεται το θέμα της αυτοεξυπηρέτησης. Τα παιδιά που αναλαμβάνουν την ευθύνη της φροντίδας των γονιών τους νιώθουν πως οι ρόλοι αντιστρέφονται μέσα στην οικογένεια και πολλές φορές δεν ξέρουν πώς να χειριστούν την κατάσταση. Όμως, καλό θα ήταν να μην αντιστρέφονται οι ρόλοι και τα παιδιά να αναλαμβάνουν το ρόλο του γονέα τους, γιατί αυτή η κατάσταση μπορεί να τους οδηγήσει σε αδιέξοδο και εκνευρισμό, δημιουργώντας εντάσεις. Για αυτό το λόγο, πρέπει να προσπαθούν να κρατούν τις ισορροπίες, σεβόμενοι την ηλικία και τις εμπειρίες της ζωής του γονιού τους. Στο πρακτικό κομμάτι αυτό επιτυγχάνεται με την ενθάρρυνση των γονιών να συνεχίσουν να κρατούν τον έλεγχο της ζωής τους και παρότρυνση για σωματική και πνευματική εξάσκηση έτσι ώστε να κρατούνται σε εγρήγορση και να μην αφήνονται στην φροντίδα τρίτων (Καλαϊτζή, 2004).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι στις μη αναπτυγμένες χώρες, η βασική βοήθεια που προσφέρεται στους ηλικιωμένους βασίζεται στη μεγάλη οικογένεια. Αυτό διευκολύνει τους ηλικιωμένους και τους ενθαρρύνει να παίξουν σπουδαίο ρόλο στην ανατροφή των εγγονιών επιτρέποντάς τους να συμμετέχουν στη λήψη των σημαντικών οικογενειακών αποφάσεων (Kendig et al., 1992). Ο ρόλος των ηλικιωμένων στις αναπτυγμένες χώρες (Grewal et al., 2004) ίσως είναι διαφορετικός.

Συγκεκριμένα, ο Grewal και συνεργάτες σε μια έρευνα που πραγματοποίησαν στη Βρετανία το 2004, διαπίστωσαν ότι ο ρόλος που παίζει ο ηλικιωμένος μέσα στην οικογένεια επηρεάζεται από τη σχέση με τις γενιές της οικογένειας (δηλαδή, ένας ηλικιωμένος, 68 ετών για παράδειγμα, που και ο ίδιος χρήζει φροντίδας έχει να φροντίζει και τους γονείς του οι οποίοι είναι και οι ίδιοι ηλικιωμένοι). Το παραπάνω συμπέρασμα

επιβεβαιώθηκε από βρετανικές οικογένειες και από άλλες ξένες. Και στα δύο είδη οικογενειών τα άτομα εξήντα ετών και άνω ευθύνονταν για τη φροντίδα του αδύναμου μπαμπά ή της άρρωστης μαμάς ή του άρρωστου αδερφού. Όμως στην κλασική αγγλική οικογένεια η βασική πηγή υποστήριξης προερχόταν από τα αδέρφια, ενώ στις οικογένειες άλλων κουλτουρών ήταν τα παιδιά τους (Grewal et al., 2004).

Στις αναπτυγμένες, βιομηχανικές χώρες τα άτομα τρίτης ηλικίας τείνουν να ανεξαρτητοποιούνται από τις οικογένειές τους. Στις χώρες αυτές επικρατεί συνήθως η πυρηνική οικογένεια και υπάρχει αρκετή κοινωνική και κρατική εγγύηση και καλή ιδρυματική φροντίδα έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν να ανεξαρτητοποιηθούν (Levkoff et al., 1995).

## **2.2 Η προσφορά της οικογένειας στα ηλικιωμένα μέλη της**

Η οικογένεια είναι η κυρία πηγή στήριξης και βοήθειας, που δρα ως προστατευτικός παράγοντας για τα πιο αδύναμα μέλη της, όπως τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι. Αποτελεί την κεντρική μονάδα για την υγειονομική περίθαλψη και παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στη φροντίδα, δεδομένου ότι είναι υπεύθυνος για τα μέλη του. Επιπλέον, είναι ένα κοινωνικό κατασκεύασμα το οποίο επηρεάζεται από τον πολιτισμό, συνώνυμο της αγάπης, της συντροφικότητας και της αλληλεγγύης. Δουλεύει εσωτερικά μέσα από τρεις συνιστώσες: τη δομή, την ανάπτυξη και προσαρμογή (Souza, et al., 2014).

Ειδικά το ηλικιωμένο άτομο εξαρτάται όλο και περισσότερο με την αύξηση της ηλικίας από την οικογένειά του και η εξάρτηση αυτή μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς της ζωής. Εξάρτηση σημαίνει ότι το άτομο ενεργητικά ή παθητικά ζητά ή αποδέχεται βοήθεια απ' όλους σε βαθμό μεγαλύτερο απ' αυτόν που απαιτείται για να αντιμετωπίσει τις σωματικές και ψυχολογικές του ανάγκες. Στους ηλικιωμένους η εξάρτηση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως η σωματική αδυναμία, η ψυχική υγεία, η χρήση φαρμάκων, το περιβάλλον και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Το ίδιο το περιβάλλον του ηλικιωμένου μπορεί να γίνεται πιο προστατευτικό και να φέρει σε κατάσταση εξάρτησης τον ηλικιωμένο αν ανησυχεί για την κατάστασή του. Η εξαρτημένη απ' όλους συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς, όπως ο νοητικός, ο σωματικός ή ο οικονομικός, και σε διάφορα επίπεδα όπως το συμπεριφορικό,

το προσωπικό, περιστασιακό ή διαπροσωπικό. Αιτίες της εξάρτησης μπορεί να είναι κοινωνικό- πολιτισμικές, οικονομικές, περιβαλλοντικές, και προσωπικότητας. Πολλές φορές η εξάρτηση από τους άλλους δημιουργεί προβλήματα και στο άτομο και στους οικείους του, αλλά σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει στη προσαρμογή κυρίως σε νέες καταστάσεις. (Horgas et al., 1996 οπ. αναφ. στο Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999).

Μάλιστα το κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο και τα έθιμα της Ελλάδας επιβάλλουν στα παιδιά τη φροντίδα των γονιών τους, για αυτό ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων δέχεται τη φροντίδα από τα παιδιά του. Έρευνα που έγινε στην Αθήνα (Kyriakidou et al., 2001), επιβεβαιώνει πρώτον ότι οι οικογενειακοί δεσμοί στην ελληνική κοινωνία εξακολουθούν να είναι αρκετά ισχυροί και δεύτερον ότι υπάρχει μέριμνα και ενδιαφέρον για τους ηλικιωμένους από τα παιδιά τους. Το 27,9% των ατόμων του δείγματος ζούσε με τους δικούς του στο ίδιο σπίτι, ή στην ίδια πολυκατοικία.

Σημειώνεται ότι είχε μειωθεί ήδη το ποσοστό αυτό από 55% στο 32% στο χρονικό διάστημα 1979-1994, λόγω της εσωτερικής και εξωτερικής μετανάστευσης, της σύνταξης και της βελτίωσης της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων (Karagiannaki, 2005). Επίσης, το 38% των συμμετεχόντων στην έρευνα ζούσε στην ίδια γειτονιά ενώ το 5% του δείγματος έμενε σε διαφορετική περιοχή μετά το γάμο των παιδιών τους. Οι καθημερινές επαφές μεταξύ ηλικιωμένων και παιδιών ήταν αρκετά συχνές (64,8%), συγκριτικά π.χ. με τη Δανία όπου το ποσοστό έφτανε μόλις το 13,8% (Kyriakidou et al., 2001).

Φροντίδα προς τους ηλικιωμένους προσφέρουν κυρίως οι σύζυγοι (περίπου 30%) και τα ενήλικα παιδιά (30%-40%), εκ των οποίων το 80% είναι γυναίκες. Η συνήθης ηλικία των γυναικών είναι τα 40-50 οπότε και πιέζονται από τη μία από τις απαιτήσεις της δουλειάς και της δικής τους οικογένειας και από την άλλη από την ανάγκη φροντίδας των γονέων. Σε οικογένειες με περισσότερα του ενός παιδιά, τη φροντίδα του ηλικιωμένου αναλαμβάνει αυτός που είναι πιο πρόσφορος είτε γεωγραφικά, είτε συζυγικά, είτε εργασιακά, είτε από άποψη παιδιών. Αν και οι γυναίκες φροντίζουν περισσότερο την οικογένεια, οι άνδρες αισθάνονται εξίσου την υποχρέωση ή τη στοργή. Η προσφορά των ανδρών είναι περισσότερο οικονομική, στην συντήρηση του σπιτιού και στις επισκευές, ενώ των γυναικών στη φροντίδα υγείας (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999).

Η Πουλοπούλου- Έμκε (1999) υποστηρίζει πως η οικογένεια παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας σε ηλικιωμένους και στο τέλος του 20ου αιώνα εξακολουθεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη βοήθεια των ηλικιωμένων ατόμων σε όλες τις χώρες. Οι φροντιστές αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα που συνδέεται με την ηλικία, το φύλο, τη σχέση και την συγκατοίκηση με το εξαρτημένο άτομο.

Τα μέλη της οικογένειας εντός και εκτός νοικοκυριού βοηθούν το εξαρτημένο μέλος. Ακόμα και όταν οι ηλικιωμένοι ζουν σε άλλο σπίτι, η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο όταν δεν αυτοεξυπηρετούνται. Ο κύριος φροντιστής συνήθως μένει στο ίδιο κτίριο. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι η απόσταση που χωρίζει τον φροντιστή από τον εξαρτημένο. Ο φροντιστής που βρίσκεται μακριά δεν μπορεί να παρέχει όλες τις μορφές φροντίδας, μπορεί όμως να συμμετέχει στην φροντίδα. (Έμκε-Πουλοπούλου,1999).

Από την άλλη, υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις που ενήλικες δεν φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονιούς, όχι γιατί αδιαφορούν, αλλά γιατί και οι ίδιοι αντιμετωπίζουν οικονομικά ή συναισθηματικά προβλήματα. (Πανέρα,1999).

### **2.3 Σχέσεις οικογένειας - Αίτια αλλαγής του υπάρχοντος οικογενειακού δυναμικού**

Η σύγχρονη ελληνική οικογένεια παίρνει τη μορφή της πυρηνικής οικογένειας, που αποτελείται από τους γονείς και τα παιδιά και η παραδοσιακή μορφή της εκτεταμένης οικογένειας αρχίζει σταδιακά να εξασθενεί. Έτσι αρχίζουν να μεταβάλλονται και οι σχέσεις με τα ηλικιωμένα άτομα της οικογένειας. Στις παραδοσιακές κοινωνίες οι ηλικιωμένοι πάντα απολάμβαναν έναν προνομιακό ρόλο που στηρίζονταν στο σεβασμό και την αναγνώριση της αυθεντίας τους. Η αυθεντία αυτή και η κοινωνική υπεροχή των ηλικιωμένων άρχισε να ανατρέπεται καθώς απορυθμίζονταν οι μηχανισμοί κοινωνικού ελέγχου και αμβλύνονταν οι παραδοσιακοί κώδικες ηθικής και οι κανόνες στάσεων και συμπεριφορών (Στασινοπούλου, 1996). Ο ηλικιωμένος άνδρας θεωρούνταν ο αρχηγός της οικογένειας και διαχειρίζονταν τα οικονομικά, δεν είχε οικονομικούς πόρους όπως ισχύει σήμερα με τις συντάξεις και έτσι ζούσε με την οικογένεια των παιδιών του.

Ωστόσο με την συνταξιοδότηση των ηλικιωμένων επήλθε μια σημαντική αλλαγή στις εσωτερικές σχέσεις της οικογένειας καθώς το ηλικιωμένο μέλος πλέον με την οικονομική ενίσχυση που λαμβάνει από την σύνταξη ανεξαρτητοποιείται από τα παιδιά του και έχει

τη δυνατότητα να ζει αυτόνομα στο δικό του νοικοκυριό. Αυτό όμως δεν ισχύει για όλους και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, καθώς οι συντάξεις διαφοροποιούνται. Αν η σύνταξη είναι μικρή και δεν αρκεί ώστε να μπορεί να ζει αυτόνομα τότε το ηλικιωμένο άτομο συγκατοικεί με την οικογένεια των παιδιών του. Στην αντίθετη περίπτωση όπου η σύνταξη είναι αρκετά μεγάλη ο γονιός επιλέγει είτε να ζει αυτόνομα είτε μαζί με τα παιδιά του συνεισφέροντας στα οικονομικά του σπιτιού, αν και η επιλογή αυτή δεν γίνεται μόνο με βάση οικονομικούς λόγους αλλά επιδρούν και συναισθηματικοί παράγοντες (Καλαϊτζή, 2004).

Στις προ-καπιταλιστικές κοινωνίες η οικογένεια πάντα περιείχε έντονο το στοιχείο της αλληλεγγύης και της φροντίδας των αδύναμων μελών της (Αλεξίου, 1999). Αυτό ισχύει μέχρι σήμερα καθώς εξακολουθεί να αποτελεί βασικότατη πηγή κοινωνικής προστασίας. Σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές υπάρχει ένα άτυπο σύστημα υποστήριξης από μέλη της οικογένειας και άλλους συγγενείς οι οποίοι παρέχουν σημαντική βοήθεια και κοινωνική επαφή. Το γεγονός ότι η οικογένεια εξακολουθεί να απολαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο φροντίδας για τα εξαρτημένα ηλικιωμένα μέλη της, μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους λόγους που περιλαμβάνουν τη παράδοση και τους στενούς συγγενικούς δεσμούς στοργής αλλά και την έλλειψη κατάλληλων εναλλακτικών λύσεων, όπως βοήθεια στο σπίτι ή οικονομικά προσιτές λύσεις ιδρυματικής περίθαλψης καλής ποιότητας (Τριανταφύλλου, 1993).

Τα στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα δείχνουν ότι οι οικογένειες που έχουν ένα ή περισσότερα υπερήλικα μέλη πολλαπλασιάζονται και επίσης ότι η οικογένεια παρέχει πολύ περισσότερη φροντίδα από ότι οι κρατικές και ιδιωτικές υπηρεσίες μαζί. Με την παρατηρούμενη μακροζωία η οικογένεια των τριών ή και των τεσσάρων γενεών θα είναι όλο και πιο συνηθισμένο φαινόμενο. Αυτό οφείλεται στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα Ηλικιωμένα Άτομα. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται αλλαγές και στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και ιδίως στις σχέσεις των Ηλικιωμένων με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Έτσι ειδικά οι υπερήλικες οι οποίοι λόγω της προχωρημένης ηλικίας κι της μείωσης των πνευματικών και σωματικών δυνάμεων που αυτή συνεπάγεται, χάνουν την επιρροή που είχαν στην

οικογένεια και βιώνουν το αίσθημα της εξάρτησης από τα μέλη της οικογένειας που παλαιότερα ασκούσαν εξουσία (Τήνιου,2000).

Σε ένα κοινό οικογενειακό σύστημα, οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερες αλληλεπιδράσεις με τους ανθρώπους στο σπίτι. Αυτές οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις παρουσιάζονται λιγότερο σε ένα σύστημα πυρηνικής οικογένειας. Η πυρηνική οικογένεια στερείται τη συναισθηματική υποστήριξη που παρέχεται στους ηλικιωμένους σε ένα κοινό οικογενειακό σύστημα. Σε ένα σύστημα πυρηνικής οικογένειας υπάρχουν λιγότεροι φροντιστές για την παροχή υλικής υποστήριξης και αυτό μπορεί να συμβάλει στην κατάθλιψη, επειδή οι παθολογίες που σχετίζονται με χρόνιες ασθένειες μπορεί να επιδεινωθούν, αν δεν υπάρχει επαρκής σωματική υποστήριξη. Συνεπώς οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ένα σύστημα πυρηνικής οικογένειας είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη (Taqui, etal., 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

### 3.1 Τύποι φροντίδας ηλικιωμένων

Οι Redfern&Ross, (2011) διακρίνουν σε ανοικτούς και κλειστούς τύπους φροντίδας των ηλικιωμένων. Οι μονάδες κλειστής περίθαλψης είναι τα νοσοκομεία (σε τμήματα μακροχρόνιας περίθαλψης ή σε γηριατρικά τμήματα), τα νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων, τα νοσηλευτήρια (nursinghomes), τα κέντρα αποκατάστασης, οι μονάδες ψυχικής υγείας και τα γηροκομεία. Οι προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών μπορεί να είναι το κράτος και οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί και μη οργανισμοί. Πιο αναλυτικά (Redfern&Ross, 2011):

**Νοσοκομείο:** Το νοσοκομείο αποτελεί το παραδοσιακό περιβάλλον παροχής φροντίδας των σοβαρά ασθενών ή τραυματισμένων ατόμων της τρίτης ηλικίας. Το νοσοκομείο (ανάλογα με το μέγεθος και την τοποθεσία του) παρέχει υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, νοσηλείας εσωτερικών ασθενών, χειρουργικές επεμβάσεις, διαγνωστικές εξετάσεις και εκπαίδευσης των ασθενών. Μπορεί να περιλαμβάνει μονάδες εντατικής θεραπείας, κοινωνικές υπηρεσίες, εξωτερικά ιατρεία, χειρουργεία και υπηρεσίες χρόνιας φροντίδας από εξειδικευμένους νοσηλευτές. Τα νοσοκομεία μπορεί να παρέχουν φροντίδα είτε για όλους τους τύπους ασθένειας ή τραυματισμών, είτε να είναι εξειδικευμένα. Τα νοσοκομεία εστιάζουν περισσότερο στις οξείες ανάγκες φροντίδας των ασθενών. Στο νοσοκομείο γίνονται δεκτά τα άτομα που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης ή πολύπλοκης θεραπείας. Τα άτομα αυτά εξέρχονται από το νοσοκομείο μετά την πλήρη ανάρρωσή τους ή μετά τη χρήση όλων των διαθέσιμων υπηρεσιών που μπορεί να παρέχει το νοσοκομείο για την συγκεκριμένη ασθένεια. Σκοπός είναι τα άτομα αυτά να μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους στο οικείο τους περιβάλλον (Redfern&Ross, 2011) .

**Κέντρα και Ιατρεία Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας:** Τα κέντρα και τα ιατρεία εξωνοσοκομειακής φροντίδας μπορούν να βρίσκονται σε περιοχές που είναι ευκολότερα προσβάσιμες για το κοινό, όπως είναι ένα εμπορικό κέντρο ή ένας κοινοτικός χώρος. Προσφέρουν υπηρεσίες σε διερχόμενα άτομα χωρίς να είναι απαραίτητος ο προγραμματισμός ραντεβού και λειτουργούν και εκτός του τυπικού ωραρίου εργασίας. Τα κέντρα και τα ιατρεία εξωνοσοκομειακής φροντίδας συνήθως αποτελούν μία αυτόνομη υπηρεσία που λειτουργεί από μια ομάδα συνεργαζόμενων γιατρών και

νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές στα κέντρα αυτά διεκπεραιώνουν τεχνικές δραστηριότητες (όπως η χορήγηση φαρμάκων), καθορίζουν τις προτεραιότητες αναγκών φροντίδας υγείας μεταξύ των ατόμων και παρέχουν εκπαίδευση για όλες τις πλευρές της φροντίδας υγείας. Παραδείγματα κέντρων εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι το κέντρο επείγουσας φροντίδας και το χειρουργικό κέντρο ημέρας (Redfern&Ross, 2011) .

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα υπάρχουν εκτός από τα νοσοκομεία τα κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων, όπως είναι το «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι», τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) και οι Λέσχες Φιλίας. Τα κέντρα ανοικτής προστασίας δημιουργήθηκαν με βασικό σκοπό να συνδράμουν ώστε οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν στο κοινωνικό σύνολο ως ενεργά μέλη, περιορίζοντας την περιθωριοποίησή τους (Redfern&Ross, 2011) .

Τα **ΚΑΠΗ** πρωτοεμφανίστηκαν στο ελλαδικό χώρο περίπου το 1979 με μια συντονισμένη προσπάθεια της διεύθυνσης προστασίας ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και του Ομίλου Εθελοντών που δημιούργησαν το πειραματικό Κέντρο Ανοικτής εξωϊδρυματικής προστασίας ηλικιωμένων. Το πειραματικό κέντρο ήταν στελεχωμένο από μια διεπιστημονική ομάδα και αντικατέστησε το πρόγραμμα του Ομίλου Εθελοντών που λειτουργούσε με τον τίτλο « η γωνιά του παππού και της γιαγιάς». Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν οκτώ ΚΑΠΗ υπό την επίβλεψη εθελοντικών οργανώσεων. Αργότερα τα ΚΑΠΗ περνούν στην δικαιοδοσία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ενώ το 1988 στηρίχθηκαν οικονομικά και λειτουργικά από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μέσω της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων. Σήμερα τα ΚΑΠΗ εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Redfern&Ross, 2011) .

Το πρόγραμμα "**Βοήθεια στο Σπίτι**" είναι ένα από τα προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα που ξεκίνησε πιλοτικά το Μάρτιο του 1998 σε δύο περιοχές του Δήμου (Γκύζη και Σεπόλια) και λόγω της τεράστιας απήχησης στην τοπική κοινωνία έγινε "θεσμός" και συνεχίζει έως και σήμερα την αδιάκοπη παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους δημότες της Αθήνας. Μετά την επιτυχημένη πορεία του Πιλοτικού Προγράμματος, αποφασίστηκε η επέκτασή του και στα 7 Δημοτικά Διαμερίσματα του



Δήμου Αθηναίων και εξαπλώθηκε και σε άλλους δήμους ([www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spiti](http://www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spiti)).

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και σε άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα, με προτεραιότητα αυτούς που ζουν μόνοι τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας ή που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους ([www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spiti](http://www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spiti)).

Σκοπός του προγράμματος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ), η υποβοήθηση της αυτόνομης και αξιοπρεπούς διαβίωσης, η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος των επωφελούμενων και η προώθηση στην απασχόληση ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού. Παρέχει συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά. Η ομαλή λειτουργία του προγράμματος εξασφαλίζεται από μια εξειδικευμένη και καλά οργανωμένη ομάδα δράσης σε κάθε δομή και αποτελείται από κοινωνική λειτουργό, νοσηλεύτρια και οικογενειακή βοηθό ([www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spiti](http://www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spiti)).

Τα **ΚΗΦΗ** είναι σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Βασικοί σκοποί των ΚΗΦΗ είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περιθάλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον. Συνεργάζονται επίσης με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες ή με μονάδες υγείας ([old.50plus.gr/kifi](http://old.50plus.gr/kifi)).

Οι **Λέσχες Φιλίας** δημιουργήθηκαν για να προσφέρουν σε ηλικιωμένα άτομα φροντίδα, υποστήριξη, ψυχαγωγία, δημιουργική απασχόληση, πολιτιστικά προγράμματα, κοινωνικές υπηρεσίες και προληπτική φροντίδα. Για να μπορεί κανείς να γίνει μέλος πρέπει να έχει ηλικία άνω των 60 ετών, να είναι κάτοικος της περιοχής της τοπικής λέσχης και να πληρώνει συνδρομή για το ταμείο. Πλειοψηφικά τα μέλη είναι γυναίκες και κατά μέσο όρο συμμετέχουν στα προγράμματα περίπου 3.000 μέλη ετησίως ([www.cityofathens.gr/triti-ilikia/lesxes-filias](http://www.cityofathens.gr/triti-ilikia/lesxes-filias)).

Κάθε δήμος έχει τη δική του Λέσχη Φιλίας και τα ειδικά προγράμματά του για τους ηλικιωμένους που στεγάζονται σε δικά τους κτίρια. Κατά βάση τα προγράμματα των λεσχών φιλίας περιλαμβάνουν προγράμματα οργανωμένης ψυχαγωγίας, καλλιτεχνικές εκδηλώσεις, ομάδες συζητήσεις και χειροτεχνία. Αρκετά συχνά διοργανώνονται εκδρομές ψυχαγωγικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα. Τα έξοδα των εκδρομών καλύπτονται από τα ίδια τα άτομα, το ταμείο της λέσχης και από την οικονομική συμμετοχή του δήμου. Μάλιστα στο Άγιο Ανδρέα Αττικής βρίσκονται εγκαταστάσεις κατασκηνώσεων που φιλοξενούν τους ηλικιωμένους με ψυχαγωγικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις. Οι λέσχες φιλίας έχουν αναπτυχθεί μόνο στο Νομό Αττικής, κυρίως στην Αθήνα ([www.cityofathens.gr/triti-ilikia/lesxes-filias](http://www.cityofathens.gr/triti-ilikia/lesxes-filias)).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει και η ανοιχτού τύπου φροντίδα. Η ανοιχτή μακροχρόνια φροντίδα προσφέρεται στην κοινότητα ή στο σπίτι του ηλικιωμένου. Οι προμηθευτές των υπηρεσιών μπορεί να είναι το κράτος, ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί και μη οργανισμοί και σε ένα μεγάλο μέρος όσον αφορά τη φροντίδα στο σπίτι οι άτυποι φροντιστές (οικογένεια, φίλοι κ.τ.λ.). Οι ανοικτοί τύποι φροντίδας ηλικιωμένων κατά τους Redfern&Ross, (2011) είναι τα **Κέντρα εξειδικευμένης φροντίδας**. Τέτοια είναι:

**Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας υγείας Ηλικιωμένων:** Τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας υγείας ηλικιωμένων παρέχουν ένα χώρο για κοινωνική αλληλεπίδραση και φροντίδα όσο τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας εργάζονται (Redfern&Ross, 2011).

**Κέντρα Ψυχικής Υγείας:** Τα κέντρα ψυχικής υγείας παρέχουν υπηρεσίες είτε ως ανεξάρτητα ιδρύματα, είτε μπορεί να συνδέονται με κάποιο νοσοκομείο. Οι υπηρεσίες που παρέχουν μπορεί να εστιάζουν σε καταστάσεις κρίσης ή να έχουν τη μορφή μακροχρόνιας συμβουλευτικής. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν ατομική και ομαδική συμβουλευτική, συνταγογράφηση φαρμάκων και παροχή αυτοβοήθειας για την προαγωγή της αυτοφροντίδας. Το προσωπικό πρέπει επίσης να είναι ενήμερο για όλες τις υπηρεσίες της κοινότητας που είναι αναγκαίες για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών που προσέρχονται στα κέντρα (Redfern&Ross, 2011).

**Κέντρα Αποκατάστασης:** Τα κέντρα αποκατάστασης παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες σε ηλικιωμένα άτομα που χρήζουν σωματικής ή ψυχολογικής αποκατάστασης. Μπορεί να συνδέονται με κάποιο νοσοκομείο ή να λειτουργούν ανεξάρτητα. Στοχεύουν στην επανένταξη των ατόμων αυτών στην κοινότητα. Η διεπιστημονική ομάδα φροντίδας υγείας αποτελείται από γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και συμβούλους (Redfern&Ross, 2011) .

**Ιδρύματα χρόνιας φροντίδας υγείας:** Τα ιδρύματα χρόνιας φροντίδας παρέχουν φροντίδα υγείας και βοηθούν στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής σε άτομα που είναι σωματικά ή πνευματικά ανίκανα να φροντίσουν ανεξάρτητα τους εαυτούς τους. Σε αυτή την κατηγορία ιδρυμάτων συγκαταλέγονται οι υπηρεσίες που περιλαμβάνουν μεταβατική φροντίδα, φροντίδα ενδιάμεσης και μακράς διάρκειας και εξειδικευμένη φροντίδα. Ανήκουν επίσης τα γηροκομεία, τα κέντρα φιλοξενίας συνταξιούχων και τα ιδρύματα για άτομα με σωματική, ψυχική ή διανοητική υστέρηση. Οι ασθενείς που εισάγονται σε ιδρύματα χρόνιας φροντίδας έχουν ανάγκη από πολλά επίπεδα φροντίδας (Redfern&Ross, 2011) .

**Ξενώνες:** Οι υπηρεσίες αυτές διασφαλίζουν την διατήρηση της ποιότητας ζωής και της αξιοπρέπειας των ανθρώπων που βρίσκονται σε καταληκτικό στάδιο. Παρέχουν ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει την ανοικτή επικοινωνία και την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους, λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα για τη διατήρηση της άνεσης των ασθενών καθώς και για την υποστήριξη της οικογένειας τους πριν και μετά το θάνατο του ασθενούς (Redfern&Ross, 2011) .

### 3.2 Ιδρύματα κλειστής περίθαλψης

Λέγοντας κλειστές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων είναι τα διάφορα κλειστά ιδρύματα που έχουν ως στόχο τη φροντίδα των ηλικιωμένων που διαμένουν μόνιμα σε αυτά τα ιδρύματα (π.χ. γηροκομεία, άσυλα κ.τ.λ.). Για πολλούς αιώνες τα ιδρύματα αυτά αποτελούσαν μονόδρομο στη φροντίδα των ηλικιωμένων των οποίων τη φροντίδα δεν μπορούσαν ή δεν ήθελαν να αναλάβουν τα συγγενικά τους πρόσωπα. Τα τελευταία χρόνια η κοινωνική πολιτική προσανατολίζεται περισσότερο προς τις ανοιχτές μορφές φροντίδας αφήνοντας τα ιδρύματα αυτά ως έσχατη λύση υποβιβάζοντας ακόμη περισσότερο το ρόλο τους με το σκεπτικό ότι τα ιδρύματα αυτά εντείνουν το πρόβλημα της περιθωριοποίησης των ηλικιωμένων από την ευρύτερη κοινότητα (Παναγιώτου & Χριστοφόρου 2004).

Όταν οι ηλικιωμένοι υπό την πίεση των περιστάσεων αναγκάζονται να εγκατασταθούν σε μονάδα κλειστής φροντίδας 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 στη προηγούμενη κοινωνική τους ζωή (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Η είσοδος του ηλικιωμένου ατόμου σε μονάδα κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων συνδέεται συνήθως με ένα σημαντικό γεγονός στη ζωή του όπως ασθένεια, θάνατος οικείου προσώπου κ.α. Οι Ζήντρου και συν., (2014) αναφέρουν ότι η είσοδος μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο μορφές, με τη θετική μορφή η οποία είναι προσχεδιασμένη και εκούσια, όπου το ηλικιωμένο άτομο έχει συμμετάσχει στην συζήτηση και στην λήψη της απόφασης και με την αρνητική μορφή η οποία γίνεται συνήθως ακούσια και εμπεριέχει το στοιχείο του καταναγκασμού (Ζήντρου και συν. 2014).

Σύμφωνα με τις Παναγιώτου & Χριστοφόρου (2004) κατά το αρχικό διάστημα της εισαγωγής του ηλικιωμένου στην μονάδα κλειστής φροντίδας, σημαντικό είναι να διατηρηθεί μια σταθερότητα και μια επαφή με τον «έξω κόσμο» δηλαδή με τα παιδιά και τους συγγενείς του, ώστε να υπάρξει μια πιο ομαλή μετάβαση.

Η είσοδος ενός ηλικιωμένου σε μία μονάδα κλειστής φροντίδας, δεν επηρεάζει μόνο τον ίδιο αλλά και ολόκληρη την οικογένεια. Μερικοί συγγενείς, επισκέπτονται συχνά τους

ηλικιωμένους. Οι σχέσεις της οικογένειας του ηλικιωμένου και της μονάδας περίθαλψης του ιδρύματος μπορεί να έχει διάφορες μορφές, όπως συνεργασία, αδιαφορία, αρνητική-διεκδικητική στάση με αποτέλεσμα μερικές επισκέψεις συγγενών να δημιουργούν μία κατάσταση που δεν είναι ενδεδειγμένη για την ενσωμάτωση του ηλικιωμένου στη μονάδα.

Στην ελληνική κοινωνία όπου θεωρείται ακόμα στίγμα για την οικογένεια ο εγκλεισμός του ηλικιωμένου σε ίδρυμα, πολλά μέλη της οικογένειας αισθάνονται ενοχές και τύψεις, όταν είναι αναγκασμένα να το κάνουν. Συχνά, με την επιβάρυνση της κατάστασης κάθε μακροχρόνια πάσχοντος ηλικιωμένου ατόμου οι επισκέψεις των συγγενών ελαττώνονται. Η προοδευτική εγκατάλειψη ανθρώπων που έχουν ακόμα καλή επικοινωνία με το περιβάλλον ωθεί τον ηλικιωμένο σε εσωστρεφισμό και κατάθλιψη (Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Οι πρώτες μέρες της ζωής στη μονάδα είναι κρίσιμες. Το άγχος του ηλικιωμένου για την απομάκρυνση από το σπίτι του και ο φόβος για το τί τον περιμένει μπορεί να εντείνουν τα ήδη υπάρχοντα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.

Το ηλικιωμένο άτομο νιώθει άγχος, τρόμο, αισθήματα εγκατάλειψης και αντιμετωπίζει το ίδρυμα ως έναν χώρο, όπου θα τελειώσει τη ζωή του ανάμεσα σε ξένους ανθρώπους. Οι Τόμπιν και Λίμπερμαν πραγματοποιώντας μία έρευνα σε 100 υπερηλίκους, που περίμεναν τη σειρά του για να γίνουν δεκτοί σε οίκο ευγηρίας, διαπίστωσαν συναισθηματική απάθεια, παθητική αποδοχή της κατάστασης, αρνητικά συναισθήματα για τα επιτεύγματα τους, διάθεση αυτοκριτικής και τάσεις κατάθλιψης ή οξυθυμίας (Παναγιώτου & Χριστοφόρου, 2004).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις, που δημιουργεί στους υπερήλικες η μεταφορά τους σε ίδρυμα, απαλύονται με διάφορους τρόπους. Μέλη του ιδρύματος επισκέπτονται τον ηλικιωμένο στο σπίτι του για να τον γνωρίσουν, να τον ενημερώσουν για τη ζωή στο ίδρυμα, για να απαντήσουν σε διάφορες ερωτήσεις του και να τον προσκαλέσουν να επισκεφθεί το ίδρυμα αρκετές φορές πριν από την οριστική εισαγωγή του. Ο ηλικιωμένος κατά την μετακίνηση του στο ίδρυμα μπορεί να πάρει μαζί του αγαπημένα αντικείμενα, που του δίδουν ένα αίσθημα συνέχειας και ταυτότητας, ενώ το προσωπικό του ιδρύματος

πρέπει να αποφεύγει τις υπερβολικές εκδηλώσει οικειότητας, γιατί μπορεί να επιτείνουν την απόγνωση του νεοφερμένου, ο οποίος βιώνει κρίση ταυτότητας (Ζήντρου και συν. 2014).

Σε έρευνα της κοινωνικής γεροντολόγου Μπένετ διαπιστώθηκε ότι οι νέοι τρόφιμοι των γηροκομείων δέχονται ελάχιστη βοήθεια στη προσπάθεια του να συμβιβάσουν τις παλιότερες συνήθειες τους με τη δομή του ιδρύματος. Οι νεοφερμένοι αισθάνονται ότι το ίδρυμα περιμένει ελάχιστα από αυτούς και ότι τους προσφέρει λίγα περιθώρια προσωπικής ικανοποίησης και κοινωνικής αποδοχής. Ορισμένοι υπερήλικες προτιμούν να αφήσουν τις ευθύνες στους άλλους, νιώθοντας με τον τρόπο αυτό ασφάλεια, ψυχική ηρεμία και εύκολη προσαρμογή στην ομαδική ζωή. Τα άτομα αυτά είχαν συνήθως παλιότερες εμπειρίες διαβίωσης σε ιδρυματικό περιβάλλον και γνωρίζουν τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης. Αντίθετα, όσοι είχαν βιώσει μία έντονη ιδιωτική ζωή, λόγω ιδιοσυγκρασίας και έλλειψης εμπειριών, δυσκολεύονται στις νέες συνθήκες διαβίωσης (Ζήντρου και συν. 2014).

Όσοι βρίσκονται για χρόνια εγκατεστημένοι σε οίκους ευγηρίας δημιουργούν φιλίες τόσο με άλλου τρόφιμους, όσο και με μέλη του προσωπικού. Το γεγονός αυτό παρατηρείται, κυρίως, όταν αραιώσουν ή σταματήσουν οι επισκέψεις των συγγενών ή όταν το προσωπικό είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένο στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων. Έχει διαπιστωθεί ότι οίκοι ευγηρίας με δυναμικότητα 100-150 ατόμων παρατείνουν πολύ περισσότερο τη διάρκεια της ψυχολογικής προσαρμογής των τροφίμων, συγκριτικά με ιδρύματα δυναμικότητας 25-50 ατόμων. Αυτό είναι γνωστό στους αρμόδιου φορείς και γίνονται προσπάθειες οργάνωσης μικρών οίκων ευγηρίας, οι οποίοι προσφέρουν στους ηλικιωμένους αίσθημα οικογενειακής θαλπωρής (Παναγιώτου & Χριστοφόρου, 2004).

Στην εποχή μας διερευνώνται και εφαρμόζονται νέες πρακτικές στην οργάνωση και λειτουργία των ιδρυμάτων. Το προσωπικό είναι καλύτερα καταρτισμένο, η υποδομή των χώρων αρτιότερη και δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στον σεβασμό της προσωπικής ζωής του ηλικιωμένου. Σε διάφορες χώρες έχουν ενταχθεί στου οίκους ευγηρίας προστατευμένα εργαστήρια, λέσχες για άτομα με κοινά ενδιαφέροντα, μπυραρίες και βιβλιοθήκες. Σε άλλες, έχουν ιδρυθεί οργανισμοί, που φροντίζουν και βοηθούν τους ηλικιωμένους, χωρίς να ζητούν τη μεταφορά τους σε κάποιο ίδρυμα (Παναγιώτου & Χριστοφόρου, 2004).

### **3.2.1 Διάρθρωση κοινωνικών υπηρεσιών παροχής φροντίδας ηλικιωμένων**

Οι Κοινωνικές Υπηρεσίες παρέχονται μέσω του Δημόσιου Τομέα, του ιδιωτικού Κερδοσκοπικού τομέα, του Εθελοντικού μη κερδοσκοπικού τομέα και τα Δίκτυα Άτυπης Φροντίδας και της Εκκλησίας. Όσον αφορά το Δημόσιο Τομέα, περιλαμβάνει όλους τους φορείς και κρατικές υπηρεσίες που υπάγονται κυρίως στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τόσο σε Κεντρικό όσο και Περιφερειακό ή Νομαρχιακό επίπεδο.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα όλων των δημόσιων υπηρεσιών είναι πως αποτελούν θεσμοθετημένα όργανα και έχουν νομική υπόσταση. Επομένως έχουν νομική υποχρέωση να παρέχουν στους πολίτες δωρεάν προνοιακές υπηρεσίες που καλύπτονται από τη φορολογία. Οι κρατικές υπηρεσίες στην πλειοψηφία τους αντιμετωπίζουν προβλήματα οργάνωσης, στελέχωσης και λειτουργίας. Ο γραφειοκρατικός και κεντρικός τρόπος οργάνωσης μειώνει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν με βραδύτητα και μονολιθικότητα τα χιλιάδες προβλήματα. Μερικές από τις Δημοτικές υπηρεσίες είναι το κέντρο στήριξης πολιτών με ειδικές ανάγκες, η δωρεάν σίτιση στους απόρους, η παροχή σωμάτων θέρμανσης κυρίως σε κατοίκους ορεινών περιοχών και άλλες (Σταθόπουλος, 2003).

Οι Ιδιωτικοί- Κερδοσκοπικοί Φορείς λειτουργούν μετά από την παροχή άδειας από τις κρατικές αρχές ώστε να διασφαλίζονται και να τηρούνται σε κάθε περίπτωση οι προδιαγραφές για την λειτουργία του φορέα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κάτω από την επίβλεψη του κράτους. Η έκδοση άδειας λειτουργίας καθώς και η εποπτεία των οργανισμών αυτών είναι δικαιοδοσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Κάποιοι από τους φορείς πρόνοιας του ιδιωτικού τομέα είναι οι βρεφικοί και παιδικοί σταθμοί, οι οίκοι ευγηρίας, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, οι παιδικές κατασκηνώσεις (Σταθόπουλος, 2003).

Ο τρίτος τομέας περιλαμβάνει φορείς μη κυβερνητικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και πρόκειται κατά κανόνα για Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου. Τέτοιες πρωτοβουλίες λαμβάνονται είτε από την εκκλησία είτε από εθελοντικές οργανώσεις και Φιλανθρωπικά σωματεία. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι πως

αποτελούν δημόσιες υπηρεσίες. Άλλοτε είναι μικρές μονάδες που η δράση τους αναπτύσσεται σε τοπικό επίπεδο και άλλοτε είναι μεγάλες μονάδες με διεθνή εμβέλεια όπως για παράδειγμα ο Ερυθρός Σταυρός. Μια προσπάθεια άξιας αναφοράς είναι η ειδική κοινωνική υπηρεσία που έχει συσταθεί το 1969 από την Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών με σκοπό την παροχή βοήθειας σε αναξιοπαθόντα άτομα όλων των ηλικιών (Σταθόπουλος, 2003).

Τέλος στον τέταρτο τομέα εντάσσονται οι φορείς αυτοβοήθειας και τα δίκτυα άτυπης φροντίδας που ως επί το πλείστον δεν ακολουθούν ένα νομικό πλαίσιο λειτουργίας ή λειτουργούν ως σωματεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από τον ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας (Σταθόπουλος, 2003).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σχετικά με τους ιδιωτικούς οργανισμούς που εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας για τους ηλικιωμένους, οι μη κερδοσκοπικοί κατέχουν σημαντική θέση σε πολλές χώρες. Συνήθως πρόκειται για φιλανθρωπικούς οργανισμούς. Στη Γερμανία αποτελούν τους πιο σημαντικούς προμηθευτές υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας. Σημαντικός είναι ο ρόλος τους και στην Ελλάδα. Στις Σκανδιναβικές χώρες παρέχουν υπηρεσίες που θεωρείται πως πρέπει να παρέχονται από τους δήμους και χρηματοδοτούνται από αυτούς. Ο ρόλος των ιδιωτικών κερδοσκοπικών οργανισμών είναι λιγότερο σημαντικός σε σχέση με αυτόν των μη κερδοσκοπικών. Συνήθως οι υπηρεσίες που προσφέρουν περιορίζονται σε καθαρισμό του σπιτιού ή άλλες μη επαγγελματικές υπηρεσίες. Όμως αντίθετα στην Μ. Βρετανία οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οργανισμοί κατέχουν σημαντική θέση στην παροχή εκτεταμένου φάσματος υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Ο ρόλος των ιδιωτικών ατομικών φροντιστών για τους ηλικιωμένους που απασχολούνται ύστερα από ιδιωτική συμφωνία είναι λιγότερο ξεκάθαρος και ασήμαντος με μοναδική εξαίρεση την περίπτωση των γειτόνων ή των φίλων ευπαθών ηλικιωμένων που κατέχουν σημαντική θέση ως άτυποι φροντιστές μαζί με τα μέλη της οικογένειας (Μπουρσανίδης, 2000).



### 3.2.2 Νομικό Πλαίσιο

Στο συνέδριο το Βρυξελλών το Νοέμβριο του 2000 τα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποφάσισαν και έθεσαν σε ισχύ διάφορες αποφάσεις που αφορούσαν την ισότιμη μεταχείριση των εργαζομένων ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, αλλά για τις ίσες ευκαιρίες που πρέπει να απολαμβάνουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες στην αγορά εργασίας. Έδωσαν έμφαση στον κοινωνικό διάλογο και τον διάλογο με τις μη κυβερνητικές οργανώσεις αλλά και τις κυρώσεις για τα κράτη- μέλη που δεν συμμορφώνονται στις αποφάσεις αυτές (Επίσημη εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, οδηγία 2000/78, 27 Νοεμβρίου).

Σκοπός της οδηγίας είναι η θέσπιση ενός γενικού πλαισίου για την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω θρησκείας ή πεποιθήσεων, ειδικών αναγκών, ηλικίας, προκειμένου να υλοποιηθεί η αρχή της ίσης μεταχείρισης σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Ειδικότερη μνεία έγινε για τα άτομα τρίτης ηλικίας. Σύμφωνα με το άρθρο 7 αποφασίστηκε πως η διαφορετική μεταχείριση λόγω ηλικίας δεν συνιστά διάκριση εφόσον η μεταχείριση αυτή προβλέπεται στο νόμο προς εξυπηρέτηση σκοπών της πολιτικής απασχόλησης της αγοράς εργασίας και της επαγγελματικής κατάρτισης. Η διαφορετική μεταχείριση περιλαμβάνει την καθιέρωση ειδικών συνθηκών για την πρόσβαση στην απασχόληση και επαγγελματική κατάρτιση, συμπεριλαμβανομένων και τον όρο απόλυσης και αμοιβής για τους νέους, τους ηλικιωμένους και τους εργαζομένους που συντηρούν άλλα πρόσωπα προκειμένου να ευνοείται η επαγγελματική τους ένταξη ή και να εξασφαλίζεται η προστασία τους. Επιπλέον, ενθαρρύνεται ο καθορισμός ελάχιστου ορίου ηλικίας, επαγγελματικής εμπειρίας για την πρόσβαση στην απασχόληση και τα ορισμένα πλεονεκτήματα που συνοδεύονται από την εμπειρία αυτή. Αποφασίστηκε ακόμα ο καθορισμός ανώτατου ορίου ηλικίας για την πρόσληψη, με βάση την απαιτούμενη κατάρτιση για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας ή την ανάγκη επιλογής περιόδου απασχόλησης πριν από τη συνταξιοδότηση (Επίσημη εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, οδηγία 2000/78, 27 Νοεμβρίου).

Τέλος τα κράτη μέλη συμφώνησαν ότι δεν συνιστά διάκριση λόγω ηλικίας, σε ότι αφορά τα επαγγελματικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Ο καθορισμός ηλικίας για την ένταξη ή την αποδοχή σε παροχές συνταξιοδότησης ή αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένου

και του καθορισμού για τα καθεστώτα διαφορετικού ορίου ηλικίας και τους εργαζομένους ή για ομάδες και κατηγορίες εργαζομένων και της χρήσης στο πλαίσιο των συστημάτων αυτών των κριτηρίων ηλικίας στους αναλογικούς υπολογισμούς, υπό τον όρο βέβαια ότι αυτό δεν καταλήγει σε διακρίσεις λόγω φύλου.

Στον παγκόσμιο καταστατικό χάρτη το Σεπτέμβριο του 2004 γίνεται λόγος για τα μέτρα που πρέπει να πάρει κάθε πόλη ώστε να αμβλύνει τις διακρίσεις φύλου, ηλικίας, εθνικότητας, πολιτικού και θρησκευτικού προσανατολισμού, καθώς και το δικαίωμα διατήρησης της πολιτιστικής μνήμης και ταυτότητας σε συμφωνία με τις αρχές και τις προδιαγραφές της διακήρυξης. Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού έχουν την ανάγκη ειδικών μέτρων για προστασία, ενσωμάτωση και στην εξασφάλιση των βασικών υπηρεσιών και την καταπολέμηση των διακρίσεων. Ευάλωτα άτομα χαρακτηρίζονται πρόσωπα σε κατάσταση περιβαλλοντικού κινδύνου και κίνδυνο υγείας, θύματα βίας, άτομα με ειδικές ανάγκες, μετανάστες, πρόσφυγες και όλες οι ομάδες που βρίσκονται σε κατάσταση δυσμένειας στα πλαίσια της πόλης σε σχέση με τους υπόλοιπους κατοίκους. Ιδιαίτερη φροντίδα και προτεραιότητα πρέπει να δίνεται στους ηλικιωμένους, τις γυναίκες και στα παιδιά. Υπέρ των ευάλωτων ομάδων ενθαρρύνεται η πολιτική θετικών διακρίσεων για να απομακρυνθούν τα οικονομικά και κοινωνικά εμπόδια που έμπρακτα εμποδίζουν την ελευθερία και ισοτιμία των πολιτών, την πλήρη ανάπτυξη των ανθρώπων και την αποτελεσματική, πολιτική, οικονομική, πολιτισμική συμμετοχή τους στην πόλη (Επίσημη εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, οδηγία 2000/78, 27 Νοεμβρίου).

Σύμφωνα με το άρθρο 13 οι πόλεις εγγυώνται το δικαίωμα μετακίνησης στην πόλη με δημόσια μέσα μεταφοράς κατάλληλα και οικονομικά διαθέσιμα για όλους τους πολίτες. Επιπρόσθετα πρέπει οι αστικοί φορείς να προωθήσουν την εγκαθίδρυση ενός συστήματος δημόσιας κυκλοφορίας προσβάσιμη σε όλους και σύμφωνα με ένα τοπικό αστικό κυκλοφοριακό σχέδιο με την ποικιλία των περιβαλλοντικών και κοινωνικών αναγκών. Επιβάλλεται η αφαίρεση των δομικών εμποδίων και η εγκατάσταση αναγκαίου εξοπλισμού που διευκολύνει την κίνηση και την κυκλοφορία στα δημόσια κτήρια, στους τόπους εργασίας και περιοχών εκκένωσης για ευκολότερη χρήση από άτομα με κινητικές δυσκολίες.

Με το νόμο υπ' αριθμό 3304/2005-ΦΕΚ:16/Α ψηφίστηκε η αρχή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού. Μέσα από τον συγκεκριμένο νόμο θεσπίστηκε ένα γενικό πλαίσιο για την καταπολέμηση των διακρίσεων και του ρατσισμού. Επομένως αυτόματα καταργείται και η κάθε διάταξη που περιελάμβανε σε ατομική ή συλλογική σύμβαση, γενικούς όρους συναλλαγών, εσωτερικούς κανονισμούς επιχειρήσεων, καταστατικά κερδοσκοπικών ή μη οργανώσεων ανεξαρτήτων επαγγελματικών οργανώσεων και συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων και των εργοδοτών. Με προεδρικό διάταγμα, το οποίο εκδίδεται μέσα από πρόταση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών, του Υπουργού Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας ή και του Υπουργού Δικαιοσύνης μπορεί να επεκταθεί η προστασία που παρέχεται κατά του παρόντα νόμο υπέρ της ίσης διαχείρισης και πέραν των τομέων εργασίας και απασχόλησης.

Το θεσμικό πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων κερδοσκοπικού χαρακτήρα καθορίζεται από τις διατάξεις των νόμων και των υπουργικών αποφάσεων που αναφέρονται στα παρακάτω Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης: ΦΕΚ29 (23-2-1972), ΦΕΚ223 (12-12-1972), ΦΕΚ134 (18-5-1977), ΦΕΚ180(1-3-1978), ΦΕΚ55 (20-3-1979), ΦΕΚ204 (3-9-1979), ΦΕΚ922 (12-12-1979), ΦΕΚ455 (14-6-1996), ΦΕΚ833B (11-9-1996), ΦΕΚ1136 (6-7-2007), ΦΕΚ32(2-3- 2011), ΦΕΚ38 (28-2-2012).

Ορίζεται ότι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι οι μονάδες εκείνες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα και μη) και εξασφαλίζουν υποχρεωτικά σε αυτά:

Υγιεινή , ασφαλή και άνετη διαβίωση. Υγιεινή και επαρκή διατροφή. Συνεχή φροντίδα και ατομική καθαριότητα συνδυαστικά με τακτική ιατρική παρακολούθηση. Προσφορά και διευκόλυνση απασχόλησης, ψυχαγωγίας και ψυχολογικής βοήθειας. Παροχή υπηρεσιών φυσικοθεραπείας ή κινησιοθεραπείας. Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων όπως επίσης και τον οφειλόμενο στην ανθρώπινη αξία σεβασμό και ενδιαφέρον, ανεξαρτήτως της σωματικής και πνευματικής κατάστασης του περιθαλπόμενου.

Σύμφωνα με το νόμο που ισχύει σήμερα, η δυναμικότητα κάθε μονάδας μπορεί να είναι από 10 έως 100 κλίνες. Η χορήγηση αδειας λειτουργίας μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχεται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφέρειας του τόπου στον οποίο έχει εγκατασταθεί. Ο νόμος ρυθμίζει ζητήματα που αφορούν την κτιριακή και ξενοδοχειακή υποδομή των μονάδων, των χαρακτηριστικών των δωματίων, των λουτρών, των μαγειρείων, του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών, της ασφάλειας καθώς και του απασχολούμενου προσωπικού.

### **3.2.3 Πλεονεκτήματα κλειστής περίθαλψης**

Η περίθαλψη ενός ηλικιωμένου στον οικείο χώρο του πολλές φορές δεν είναι κατάλληλη και «η έλλειψη ειδικών μονάδων παροχής έξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών και η ανεπαρκής κοινωνική πολιτική έχουν οδηγήσει μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων να αναζητήσουν καταφύγιο στα κέντρα κλειστής περίθαλψης της χώρας» (Κοτσαμάνης,1996:537). Αξίζει να σημειωθεί ακόμη, ότι ο μοντέρνος τρόπος ζωής, που παρουσιάζεται στα πλαίσια της σύγχρονης πυρηνικής οικογένειας, δεν προβλέπει την ύπαρξη ηλικιωμένων ατόμων στα πλαίσια της, καθώς τα ενήλικα μέλη εργάζονται, κάτι που δεν τους επιτρέπει να φροντίζουν τον ηλικιωμένο.

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

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

ανταπόκριση στις ιδιαίτερες ανάγκες τους και αφετέρου παρέχεται εξειδικευμένη φροντίδα, που η οικογένεια αδυνατεί να προσφέρει στο σπίτι.

Σύμφωνα με την Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων,

(Π.Ε.Μ.Φ.Η., 2005), τα πλεονεκτήματα από την κλειστή περίθαλψη των ηλικιωμένων είναι τα παρακάτω:

Η ανάπτυξη και καλλιέργεια μεταξύ των μελών της, πνεύματος αλληλεγγύης και σχέσεων επικοινωνίας, συνεργασίας και συναδέλφωσης, καθώς και η σύσφιγξη των σχέσεων και δεσμών μεταξύ τους. Η μελέτη, προστασία και προαγωγή των ηθικών, οικονομικών και επαγγελματικών συμφερόντων των μελών της. Η μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των Μ.Φ.Η. Η ανάπτυξη νέων μορφών υπηρεσιών και τεχνολογιών για ηλικιωμένους.

Η αναζήτηση και εκτέλεση επαγγελματικών ενδιαφερόντων των επιχειρήσεων των μελών της, η επιλογή, θέσπιση και επιδίωξη προτύπων ποιότητας των Μονάδων των μελών της. Η προαγωγή της έρευνας, η εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας και γενικά κάθε δραστηριότητας και ενέργειας που μπορεί να συμβάλει στην παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η. Η προάσπιση και εξυπηρέτηση των οικονομικών συμφερόντων των μελών της και η επιδίωξη μεμονωμένων ενεργειών για την μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η.. Η επίτευξη βέλτιστης τιμής κοινής για όλα τα μέλη της για προμηθευόμενα προϊόντα, μετά από διερεύνηση της αγοράς και με βάση πρότυπα ποιότητας.

### **3.2.4 Μειονεκτήματα κλειστής φροντίδας**

Στην αντίπερα όχθη τώρα βρίσκονται αρκετά μειονεκτήματα που χαρακτηρίζουν την ιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Πρώτο εξ' αυτών, το κόστος. Συνήθως οι μονάδες κλειστής φροντίδας, τείνουν να κοστολογούνται ακριβά. Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, τα λειτουργικά έξοδα ενός γηροκομείου έχουν αυξηθεί δραματικά, με το Φ.Π.Α να φτάνει ακόμα και το 50% πάνω. Αυτή την αύξηση, καλούνται να καλύψουν οι συγγενείς των ηλικιωμένων, οι οποίοι καταθέτουν μηνιαίως τη σύνταξη των

γονέων τους στα γηροκομεία, η οποία σύνταξη όμως δεν είναι πλέον αρκετή ([lifeinhellas.gr/ηλικιωμένοι-σε-απόγνωση/](http://lifeinhellas.gr/ηλικιωμένοι-σε-απόγνωση/)).

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε, σύμφωνα με έρευνα του Molinuevo και Anderson(2017), μία σημαντική παρατήρηση. Στοιχεία φανερώνουν πως μετά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, πολλοί ηλικιωμένοι άρχισαν να εγκαταλείπουν τα γηροκομεία λόγω του μεγάλου κόστους και την αδυναμία τους να ανταπεξέλθουν, ενώ πριν την περίοδο της κρίσης, οι μονάδες κλειστής φροντίδας ήταν τόσο περιζήτητες, που η λίστα αναμονής τους ήταν αρκετά μεγάλη(Molinuevo&Anderson,2017:24).

Εν συνεχεία, αν και στα περισσότερα γηροκομεία υπάρχουν ευέλικτες ώρες επισκεπτηρίων, πολλές φορές η τοποθεσία στην οποία βρίσκονται αυτά, τείνει να είναι αρκετά μακριά από την οικογένεια και τους οικείους του ηλικιωμένου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι επισκέψεις των συγγενών να μειώνονται και ο ηλικιωμένος να αισθάνεται αποκομμένος από το οικείο του περιβάλλον.( Comfort Home Care, [choosecomforthome.com/long-term-care-facilities-pros-cons/](http://choosecomforthome.com/long-term-care-facilities-pros-cons/)).

Οι φροντιστές που εργάζονται σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας, κάνουν προσπάθειες ώστε να αποτρέψουν το αρνητικό αυτό συναίσθημα που βιώνουν οι ηλικιωμένοι, επιχειρώντας να δημιουργήσουν μία αίσθηση κοινότητας.Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως, οι ηλικιωμένοι δε μπορούν να νιώσουν το ίδιο αίσθημα ικανοποίησης που λαμβάνουν από την επαφή με την οικογένειά τους.( [familymattershc.com/disadvantages-of-nursing-homes/](http://familymattershc.com/disadvantages-of-nursing-homes/)).

Σύμφωνα με τους Parmelee, KatzκαιLawton1989 (οπ. αναφ. ο Soares 2014) στην πλειοψηφία τους, τα ιδρύματα κλειστής φροντίδας, ακολουθούν σχεδόν καθημερινά μία ρουτίνα, η οποία τείνει να είναι ίδια για όλους. Όλες οι δραστηριότητες λαμβάνουν μέρος στους ίδιους χώρους και κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Δεν δίδεται βάση στη μοναδικότητα του κάθε ηλικιωμένου και επακολούθως χάνεται η ιστορία που «κουβαλάει» ο κάθε άνθρωπος μαζί του. Στα πλαίσια αυτά λοιπόν, και κάτω από αυτές τις συνθήκες, το αποτέλεσμα είναι να χαθεί η ταυτότητα του κάθε ηλικιωμένου ατόμου αλλά και η αυτονομία του. Αυτοί είναι και κάποιοι από τους παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση έντονου άγχους και ακόμη χειρότερα στην κατάθλιψη.

Τέλος, μελέτες που έχουν διεξαχθεί, φανερώνουν πως στα κέντρα ιδρυματικής περίθαλψης, υπάρχει έντονα το στοιχείο της εξάρτησης από τους ηλικιωμένους προς τους φροντιστές τους. Αυτό συνήθως συμβαίνει διότι πολλοί άνθρωποι της τρίτης ηλικίας και κυρίως εκείνοι που νοσούν από κάποια ασθένεια, τείνουν να νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια όταν έχουν κάποιον δίπλα τους να τους φροντίζει. Συνέπεια αυτού όμως, είναι η απώλεια της αυτονομίας και της αυτοσυντήρησης. Από την άλλη πλευρά τώρα, πολλές φορές οι ίδιοι οι φροντιστές, απρόθυμα συνήθως, αγνοούν είτε δεν υποστηρίζουν την οποιαδήποτε ανεξάρτητη συμπεριφορά που θα παρατηρήσουν από τα άτομα που φροντίζουν. Με τη σειρά του αυτό, προάγει ακόμη περισσότερο την εξάρτηση των ηλικιωμένων από τους φροντιστές, κάτι το οποίο οδηγεί όπως προ είπαμε στην μειωμένη χρήση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, την παραίτηση και σε πολλές περιπτώσεις την κατάθλιψη ή την επιθυμία για πρόωρο θάνατο( Lohrmann, Dijkstra, Dassen, 2003).

### **3.2.5 Η είσοδος στη κλειστή δομή φροντίδας ηλικιωμένων : Ανάγκες, δυσκολίες, συναισθήματα που δημιουργούνται.**

Ο αποχωρισμός του οικείου περιβάλλοντος ενός ανθρώπου, είναι δύσκολος σε όποια ηλικία και αν βρίσκεται. Έτσι λοιπόν, όταν κάποιος βρεθεί στη θέση αυτή, είτε το έχει επιλέξει είτε αναγκάζεται να το κάνει λόγω των συνθηκών, τότε έρχεται αντιμέτωπος με καινούρια δεδομένα, τα οποία καλείται να διαχειριστεί. Αυτή η αλλαγή είναι ακόμη δυσκολότερη για τα άτομα της τρίτης ηλικίας , τα οποία για χρόνια έχουν συνηθίσει να ζουν σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον, περιτριγυρισμένοι από τους συγγενείς ,τους φίλους, τους γείτονες. Δεν είναι μόνο η άνεση του σπιτιού τους συνεπώς που αφήνουν πίσω αλλά και όλα αυτά τα αισθήματα για τους οικείους τους. Γι' αυτό το λόγο η μεγάλη αυτή αλλαγή αντιμετωπίζεται από τους ηλικιωμένους σαν ένα τραυματικό γεγονός( Runkan, 2011).

Μετακομίζοντας λοιπόν σε ένα γηροκομείο, οι ανάγκες τους αλλάζουν, οι δυσκολίες αυξάνονται και τα συναισθήματα που τους δημιουργούνται έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα. Ο ιδρυματισμός σε πολλές περιπτώσεις , οδηγεί στην απομόνωση και αυτό κατά συνέπεια στη μοναξιά. Γνωρίζοντας και μαθαίνοντας να ζουν σε ένα καινούριο περιβάλλον, οι πιέσεις που δέχονται είναι πολλές, οι απαιτήσεις διαφορετικές και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να κουβαλούν ένα μεγάλο συναισθηματικό φορτίο. Το άγχος

μεγαλώνει και μαζί του επέρχεται μία φυσική αλλά ταυτόχρονα και πνευματική ανισορροπία (Runkan, 2011).

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας τα οποία έρχονται αντιμέτωπα με τον ιδρυματισμό, είναι ιδιαίτερος εκτεθειμένα σε ψυχικές διαταραχές, οι οποίες με τη σειρά τους, σε πάρα πολλές περιπτώσεις οδηγούν στην κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) , η κατάθλιψη αποτελεί σήμερα μία από τις συχνότερες αιτίες αναπηρίας, όντας στην 4<sup>η</sup> θέση και προβλέπεται πως μέχρι το 2020 θα κατακτήσει τη 2<sup>η</sup> θέση (Ζήντρου, Βασιλοπούλου, Βακάλη, Γερογιάννη, Καμπά, 2014).

Η κατάθλιψη , σύμφωνα με έρευνες, είναι πιθανότερο να εμφανιστεί σε άτομα τα οποία διαμένουν σε κάποιο ίδρυμα κλειστής φροντίδας, απ' ότι σε άτομα που συνεχίζουν να ζουν στην κοινότητα, έχοντας κοντά τους τους οικείους τους. Αυτό συμβαίνει διότι ο ηλικιωμένος εισερχόμενος σε ένα γηροκομείο, βιώνει το συναίσθημα πως αυτός είναι ο τελευταίος του δρόμος και πως από εδώ και πέρα το μόνο που μένει είναι ο θάνατος (Runkan 2011).

Τα περισσότερα ιδρύματα δυστυχώς λόγω του μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων που δέχονται, έχουν ξεφύγει κατά πολύ από την έννοια και την εφαρμογή της προσωποκεντρικής φροντίδας. Συνέπεια όμως αυτής της μαζικής αντιμετώπισης, είναι η απώλεια της μοναδικότητας του κάθε ανθρώπου. Αυτό που έχουν ανάγκη οι άνθρωποι όταν εισέρχονται σε κάποιο αντίστοιχο ίδρυμα , είναι να δημιουργήσουν σιγά σιγά το αίσθημα του «ανήκειν» , επιθυμούν να χτίσουν σχέσεις που να είναι σημαντικές για εκείνους και να αισθάνονται ότι ανήκουν σε μία ομάδα- κοινότητα. Σημαντικό είναι ακόμη, να διατηρήσουν την προσωπική τους ιστορία, τη μοναδικότητά τους, έτσι ώστε να μπορούν με τα βιώματα του παρελθόντος να διαχειριστούν το παρόν αλλά να κάνουν σχέδια και για το μέλλον (Petch, 2009:120).

Συνεχίζοντας, εξίσου μεγάλης σημασίας, είναι η ανάγκη της ασφάλειας αλλά και η ανάγκη του αυτοσκοπού. Ο ηλικιωμένος θέλει να νιώσει ασφαλής μέσα σε ένα καινούριο περιβάλλον, έτσι ώστε και αυτός με τη σειρά του, να καταφέρει να ενεργοποιηθεί και να συμμετέχει σε δραστηριότητες. Να δημιουργήσει τους δικούς του στόχους και μέσα από τις δικές του αποφάσεις και ενέργειες να αντλήσει και να κατακτήσει το αίσθημα της



ικανοποίησης. (Petch, 2009:120).Ας αναλύσουμε όμως λίγο περισσότερο τις ανάγκες που μόλις προαναφέρθηκαν:

Ανάγκη για ασφάλεια: Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στη Στοκχόλμη, η άποψη των ηλικιωμένων είναι, πως η αίσθηση της ασφάλειας προέρχεται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την επικοινωνία που έχουν με τα υπόλοιπα μέλη της μονάδας. Οι κοινωνικές σχέσεις είναι πολύ σημαντικές και οι ίδιοι εκφράζουν πως τις έχουν ανάγκη για να νιώσουν άνεση μέσα στο χώρο αλλά δείχνουν και την προθυμία, να βοηθήσουν ο ένας τον άλλον, ακόμη και εάν πολλές φορές η κατάσταση τη υγείας τους(φυσικής-ψυχολογικής) , το κάνει δυσκολότερο. Εν συνεχεία, οι ηλικιωμένοι, ανέφεραν πως είναι πολύ σημαντικό το γεγονός, πως μέσα στο γηροκομείο, υπήρχε σύστημα συναγερμού, το οποίο χρησιμοποιούσαν για να ζητήσουν βοήθεια από το προσωπικό, όποτε το χρειαζόντουσαν, τόσο κατά τη διάρκεια της ημέρας όσο και της νύχτας, πράγμα που τους ενέπνεε σιγουριά και ασφάλεια (Wahlin, Heikkila, Emami 2006).

«Ανήκειν»: Σύμφωνα με τον Cooney (2012), ( οπ. αναφ. ο Rijnaard etal. 2016) , το αίσθημα του « ανήκειν», ορίζεται, ως το να αποτελείς μέρος μίας ομάδας, η οποία σου προσφέρει μία αίσθηση χαλάρωσης, συντροφικότητας, αλληλεγγύης αλλά και διασκέδασης. Ο Carboni (1990), (οπ. Αναφ. ο Rijnaard etal. 2016) , προσθέτει, πως η επικοινωνία και η σύνδεση μεταξύ των ατόμων, είναι αρκετά περιορισμένη μέσα σε ένα γηροκομείο. Τέλος, ο Folketal.(2003) , (οπ. Αναφ. ο Rijnaard etal. 2016) , διαπίστωσε, πως η κοινωνικοποίηση με τα υπόλοιπα μέλη του γηροκομείου, προτρέπει τα άτομα να νοιάζονται περισσότερο για την εξωτερική τους εμφάνιση, να ντύνονται πιο καλά, πράγμα που θεωρείται σημαντικό για τη διατήρηση της προσωπικής ταυτότητας και των προσωπικών αξιών του κάθε ανθρώπου.

Διατήρηση ταυτότητας : Για να καλυφθεί η ανάγκη αυτή, σημαντική βοήθεια, μπορεί να προσφέρει το προσωπικό με πολύ απλούς , καθημερινούς τρόπους, όπως για παράδειγμα, να συζητούν με τους ηλικιωμένους και να ζητούν να μάθουν πράγματα για τη ζωή τους, αναμνήσεις που έχουν από το παρελθόν τους. Σημαντικό ακόμη κομμάτι, είναι η διατήρηση του προσωπικού χώρου του κάθε ηλικιωμένου αλλά και ελευθερία στις αποφάσεις του, όπως για παράδειγμα, η επιλογή του καθημερινού ντυσίματος ή η

επιλογή του σε ποιες δραστηριότητες μπορεί να λαμβάνει μέρος ([myhomelife.org.uk/wp-content/uploads/2014/11/MHL-CYMRU-MAINTAINING-IDENTITY.pdf](http://myhomelife.org.uk/wp-content/uploads/2014/11/MHL-CYMRU-MAINTAINING-IDENTITY.pdf))

Αυτοσκοπός: Η αμοιβαιότητα στις σχέσεις φροντίδας είναι μία αρκετά σημαντική πτυχή. Ο Bland (2005), (οπ. αναφ. ο Rijnaard et al. 2016), διαπίστωσε πως οι ηλικιωμένοι που κατοικούν σε κάποιο γηροκομείο, δεν έχουν κανέναν ενεργό ρόλο πέρα από το να είναι παθητικοί και ευγνώμονες αποδέκτες φροντίδας. Η ύπαρξη συμμετρικών σχέσεων εξουσίας ανάμεσα στο προσωπικό και τους ηλικιωμένους, έχει παρατηρηθεί ότι βελτιώνει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Μία τέτοια κατάσταση, θα ήταν δυνατό να οργανωθεί στα ιδρύματα κλειστής φροντίδας με έναν πολύ απλό τρόπο, παραδείγματος χάριν, το προσωπικό θα μπορούσε να συμπεριλάβει τους ηλικιωμένους στη διεξαγωγή των οικιακών δραστηριοτήτων, όπως το στρώσιμο του τραπέζιου ή την προετοιμασία του φαγητού. Η διαδικασία αυτή με τη σειρά της, δημιουργεί θετικά συναισθήματα στους ηλικιωμένους, καθώς αισθάνονται χρήσιμοι. Τέλος, ο Lewison (2012) (οπ. αναφ. ο Rijnaard et al. 2016), δήλωσε πως οι ηλικιωμένοι θέλουν να συμμετέχουν, μοιραζόμενοι τα μοναδικά τους ταλέντα αλλά και τα χόμπι τους με τα υπόλοιπα μέλη.

Συνεπώς, μία λύση για την ομαλότερη προσαρμογή των ηλικιωμένων σε ένα ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, είναι η συμβουλευτική, πριν την επερχόμενη είσοδό τους. Σκοπός της είναι οι ηλικιωμένοι με τη βοήθεια ειδικών επαγγελματιών, να αναγνωρίσουν τη φύση των πραγματικών αναγκών και προβλημάτων τους, με στόχο να τα κατανοήσουν και να τα αποδεχτούν. Μόνο έτσι θα καταφέρουν να έρθουν πραγματικά αντιμέτωποι με τις αδυναμίες και τους φόβους τους και σιγά σιγά να βρουν τη λύση, ώστε να μπορέσουν να εξελιχθούν και να αγκαλιάσουν την αλλαγή (Stanciu 2013).

### **3.3 Η μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων στο εξωτερικό**

Δύο είναι οι επικρατούσες τάσεις στις ακολουθούμενες πολιτικές των ευρωπαϊκών χωρών για την αντιμετώπιση της αυξανόμενης ανάγκης για φροντίδα υγείας για τους ηλικιωμένους. Η πρώτη τάση αφορά την ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας (ανοιχτή περίθαλψη). Πρόκειται για μια εναλλακτική επιλογή σε σχέση τα ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας (κλειστή περίθαλψη) που θεωρείται καλύτερη με κριτήρια κόστους αποτελεσματικότητας και παράλληλα λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η επιθυμία

που έχουν εκφράσει οι ηλικιωμένοι να παραμένουν για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στα σπίτια τους. Οι υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν ήταν ποικίλες: εναλλακτικές μορφές ιδρυμάτων, επεκτάθηκαν οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας, εξειδικεύτηκαν οι υπηρεσίες κοινοτικής και κατ' οίκον φροντίδας (βοήθεια στο σπίτι, κέντρα ημέρας, νοσοκομεία ημέρας) κλπ.

Η δεύτερη τάση αφορά την ενθάρρυνση του πλουραλισμού στην παροχή των υπηρεσιών φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Η φροντίδα παρέχεται από ποικίλες πηγές όπως ο δημόσιος τομέας, μη κυβερνητικοί οργανισμοί, άτυπη και εθελοντική υποστήριξη και η εκκλησία. Ο κυριότερος κίνδυνος της τάσης αυτής είναι ότι μπορεί να οδηγήσει σε ασυνέχεια στη φροντίδα των ηλικιωμένων λόγω των διαφορετικών προμηθευτών (Cadette 2000).

Οι ηλικιωμένοι με χρόνια προβλήματα φροντίζονταν στο σπίτι από μέλη της οικογένειας κυρίως γυναίκες. Σήμερα όσο ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνει και η ιατρική πρόοδος επεκτείνει τη διάρκεια ζωής όλο και περισσότεροι άνθρωποι θα χρειάζονται κάποιου είδους μακροχρόνιας φροντίδας κλειστής ή ανοιχτής. Η αναμενόμενη αύξηση στη ζήτηση για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας σε συνδυασμό με την ελάττωση της παρεχόμενης μακροχρόνιας φροντίδας από το οικογενειακό περιβάλλον και την πρόοδο στην τεχνολογία μάλλον θα οδηγήσει σε αύξηση του κόστους των υπηρεσιών. Με την πλειοψηφία των γυναικών τώρα να ανήκει στο εργατικό δυναμικό και την αλλαγή στη δομή της οικογένειας η παροχή και η χρηματοδότηση της φροντίδας θέτει ένα αξεπέραστο πρόβλημα (Cadette 2000).

Διάφορες εκτιμήσεις και έρευνες στις Η.Π.Α. έχουν δείξει ότι οι συνολικές δαπάνες για τη μακροχρόνια φροντίδα αναμένεται να αυξηθούν κατά 150-180% μέχρι το 2040. Εκτιμήσεις της Βρετανικής Royal Commission δείχνουν πως το κόστος της μακροχρόνιας φροντίδας στη Μ. Βρετανία αναμένεται να αυξηθεί κατά 300%! μέχρι το 2051 (Stout 2000). Οι περισσότερες χώρες δεν διαθέτουν τα απαραίτητα χρηματοδοτικά προγράμματα για να ανταποκριθούν στην ανάγκη αυτή. Έτσι το πρόβλημα της χρηματοδότησης της μακροχρόνιας φροντίδας προβάλλεται με απειλητικές διαστάσεις (Cadette 2000).

Η χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας έχει αποτελέσει ένα από τα κυριότερα σημεία ενδιαφέροντος σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ. Μέχρι σήμερα στις περισσότερες από τις χώρες η χρηματοδότηση της μακροχρόνιας φροντίδας γίνονταν κυρίως μέσω των τοπικών αυτοδιοικήσεων (δήμων) με κεφάλαια που δίνονταν από το κράτος και αποτελούσε ευθύνη των κοινωνικών υπηρεσιών. Σε κάποιες χώρες έχουν γίνει προσπάθειες ώστε να δημιουργηθούν χρηματοδοτικά προγράμματα ειδικά για τη μακροχρόνια φροντίδα που θα βασίζονται είτε στη γενική φορολογία είτε στην κοινωνική ασφάλιση (Stout 2000).

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορες προσεγγίσεις σε σχέση με τους δυνατούς τρόπους χρηματοδότησης της μακροχρόνιας φροντίδας, οι πιο κοινές από τις οποίες είναι οι εξής: Καθιέρωση ιδιωτικής ασφάλισης που μπορεί να είναι εθελοντική ή υποχρεωτική και για αυτούς που δεν μπορούν να πληρώσουν να καλύπτει το κράτος. Σε σχέση με την καθιέρωση εθελοντικής ιδιωτικής ασφάλισης, το κύριο μειονέκτημα είναι ότι πολλοί δεν θα ασφαλίσουν τους εαυτούς τους. Σε σχέση με την προοπτική της υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης, αυτή φαίνεται κατάλληλη για τους εύπορους που θέλουν μεγαλύτερη προστασία και περισσότερες επιλογές και μπορούν να πληρώσουν για αυτό. Για αυτούς που έχουν λιγότερους πόρους αυτή η επιλογή δεν είναι ευχάριστη. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν μπορούν να πληρώσουν τα υψηλά ασφάλιστρα που θα τους χρεώσουν όταν θα ενδιαφερθούν για τις παροχές (όταν θα είναι κοντά στις ευάλωτες ηλικίες) (Stout 2000).

Καθιέρωση εθνικής ασφάλισης μέσω του συστήματος της φορολογίας με κύρια πλεονεκτήματα πως μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα εισοδήματα και στους συνταξιούχους και πως είναι προοδευτικό σύστημα και αυτοί που έχουν υψηλότερα εισοδήματα πληρώνουν περισσότερα (Cadette 2000).

Καθιέρωση υποχρεωτικής καθολικής κοινωνικής ασφάλισης σε συνδυασμό με ένα δίκτυο ασφαλείας για αυτούς που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη. Χώρες που ακολούθησαν αυτό το μοντέλο είναι η Γερμανία και η Ολλανδία. Η καθολική κάλυψη διαθέτει το πλεονέκτημα να θέτει την ευθύνη της μακροχρόνιας φροντίδας στην κοινωνία ως σύνολο αντί στα σχετικώς λίγα εκείνα άτομα που είναι τόσο άτυχα ώστε να

χρειάζονται την πανάκριβη, πολλές φορές, ιδρυματική φροντίδα στο τέλος της ζωής τους (Cadette W. 2000).

Από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ολλανδία έχει θεσπίσει κοινωνική ασφάλιση για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας από το 1968, η Γερμανία το 1994 ενώ αρκετά πρόσφατα το 1998 θεσπίστηκε ανάλογη ασφάλιση στο Λουξεμβούργο (Cadette W. 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1: Προσωπικό κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων- Υπηρεσίες που παρέχονται

Οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, έχουν εξελιχθεί σε μία ποικιλία ιδρυματικών και μη ιδρυματικών θεσμών .Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών έχουν αναπτυχθεί ταχύτατα πολλές μορφές ιδρυματικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους τόσο για οικονομικούς όσο και για ανθρωπιστικούς λόγους ( NASW 2003).

Σύμφωνα με έρευνα των Malinueno και Anderson (2017), στην Ελλάδα συγκεκριμένα, τα ιδρύματα κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων, καταλαμβάνουν περισσότερο από τα 2/3 των χώρων που είναι αρμόδια για την προστασία των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Ωστόσο, όσο ο αριθμός των ατόμων της τρίτης ηλικίας που χρήζουν φροντίδας αυξάνεται, τόσο μεγαλώνουν και οι οικονομικές πιέσεις που δέχονται οι παροχείς ιδρυματικής περίθαλψης. Το προσωπικό που χρειάζεται πρέπει και αυτό κατ' επέκταση να αυξηθεί, έτσι ώστε η κάθε υπηρεσία, να είναι σε θέση να εξυπηρετεί και να καλύπτει τις ανάγκες των ανθρώπων αυτών( Malinueno&Anderson,2017 :12).

Οι μονάδες κλειστής φροντίδας, προσπαθούν να βρουν τη χρυσή τομή, προσφέροντας υπηρεσίες, που θυμίζουν έναν ανεξάρτητο τρόπο ζωής αλλά ταυτόχρονα συνδυάζουν στοιχεία και της υποβοηθούμενης φροντίδας, δηλαδή, παροχή στέγης και ταυτόχρονα τη βασική φροντίδα που χρειάζονται όλο το εικοσιτετράωρο(NASW 2003).

Οι κύριες συνιστώσες των υπηρεσιών που παρέχονται στις μακροχρόνιες μονάδες κλειστής περίθαλψης, είναι σχεδιασμένες, έτσι ώστε να παρέχουν την κατάλληλη αξιολόγηση, θεραπεία, αποκατάσταση και υποστηρικτική φροντίδα προς τους ηλικιωμένους, με σκοπό να διατηρείται και να ενισχύεται η σωστή λειτουργικότητα του κάθε ατόμου. Οι υπηρεσίες αυτές, απαιτούν έναν μοναδικό συνδυασμό φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παρεμβάσεων , καθώς και υποστήριξη ως προς τις οικογένειες των οικότροφων, με σκοπό την προώθηση ενός βέλτιστου επιπέδου ψυχολογικής, φυσικής και κοινωνικής λειτουργικότητας(NASW 2003).

Το προσωπικό της μονάδας διακρίνεται σε: Διοικητικό, Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Βοηθητικό και Ειδικό και συγκεκριμένα απασχολούνται κατ' ελάχιστον:

#### A. Διοικητικό:

Μέλος του διοικητικού συμβουλίου, ο οποίος ορίζεται ως διοικητικός υπεύθυνος και έχει ως αρμοδιότητα, τη σωστή λειτουργία του ιδρύματος(Άρθρο 9-16,megara.gr).

B. Ιατρικό: Συνήθως έχει την ειδικότητα του Παθολόγου ή Γεροντολόγου. Καθήκον του είναι τα θέματα υγειονομικής φύσεως, όπως για παράδειγμα η παροχή ιατρικής φροντίδας, η συνταγογράφηση φαρμάκων, η παροχή οδηγιών για τη φαρμακευτική αγωγή. Η απασχόλησή τους στη μονάδα κλειστής φροντίδας, υφίσταται τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα, εκτός από επείγοντα περιστατικά, στα οποία καλείται να παρέμβει. Ακόμη, αρμοδιότητα του γιατρού, είναι η παρακολούθηση της πορείας των ασθενών, η μελέτη του διαιτολογίου των τροφίμων, καθώς και η ενδεχόμενη μεταφορά τους σε κάποιο νοσοκομείο, σε περίπτωση που η μονάδα δεν είναι σε θέση να προσφέρει τις εκάστοτε υπηρεσίες (Άρθρο 9-16,megara.gr).

#### Γ. Νοσηλευτικό:

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για τη σωματική, ψυχική, νοητική, συναισθηματική φροντίδα(με συναίνεση ειδικού λειτουργού). Οφείλει να παρέχει ενημέρωση προς τον γιατρό, σύμφωνα με τα συμπτώματα που παρατηρεί στους ασθενείς. Λαμβάνει το ιστορικό από τους ασθενείς, φροντίζει για τη φύλαξη και οργάνωση του φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού. Ακόμη, παρέχει νοσηλευτική βοήθεια, όπως βοήθεια στη λήψη φαρμάκων και επίβλεψη. Προσπαθεί για την ενδυνάμωση της ψυχικής κατάστασης του ηλικιωμένου με σκοπό την αυτοφροντίδα σε όποιο βαθμό καθίσταται αυτό δυνατό. Τέλος, διεξάγει προληπτικές εξετάσεις σε συνεργασία με τα νοσοκομεία/υγειονομικούς φορείς περιφέρειας και καθοδηγεί το βοηθητικό προσωπικό για τον καθαρισμό της μονάδας.

#### *Πρωινή βάρδια:*

Ένας νοσηλευτής ΠΕ ή ΤΕ με καθήκοντα προϊσταμένου/ης και, ελλείψει αυτών, βοηθός νοσηλευτή/τρια με διετή τουλάχιστον νοσηλευτική εμπειρία.

Ένας κοινωνικός φροντιστής/τρια ανά 25 αυτοεξυπηρετούμενους ή ανά 15 μη αυτοεξυπηρετούμενους. Όταν ο αριθμός των περιθαλπόμενων υπερβαίνει τους 25, 50

κοκ, κατά 11 περιθαλπόμενους, απαιτείται ένας επιπλέον κοινωνικός φροντιστής (Άρθρο 9-16,megara.gr).

Καθήκοντα κοινωνικού φροντιστή: Ο κοινωνικός φροντιστής παρέχει ατομική υποστήριξη προς τους εξυπηρετούμενους, ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός. Καθήκον του είναι να υποδέχεται τους ηλικιωμένους στη μονάδα, να φροντίζει για την ατομική τους υγιεινή και καθαριότητα, όπως και στη λήψη φαρμάκων. Ακόμη, προσφέρει βοήθεια, όσον αφορά στη μετακίνηση/συνοδεία των ηλικιωμένων.

*Απογευματινή βάρδια:*

Ένας νοσηλεύτης ΠΕ ή ΤΕ και, ελλείψει αυτών, βοηθός νοσηλεύτη/τρια για τους πρώτους 25 περιθαλπόμενους.

*Βραδινή βάρδια:*

Ένας νοσηλεύτης/τρια ΤΕ ή ένας βοηθός νοσηλεύτη/τρια για τους πρώτους 35 περιθαλπόμενους. Όταν ο αριθμός των περιθαλπόμενων υπερβαίνει τους 35, 70 κοκ, κατά 17 περιθαλπόμενους, απαιτείται ένας επιπλέον κοινωνικός φροντιστής/(Άρθρο 9-16,megara.gr).

Δ. Ειδικό προσωπικό:

Ένας Φυσικοθεραπευτής/τρια ή γυμναστής/τρια με τουλάχιστον δίωρη ημερήσια απασχόληση. Απασχολείται στο ίδρυμα τουλάχιστον δύο ώρες την ημέρα, ανάλογα με τον αριθμό των μελών της μονάδας. Αρμοδιότητά του είναι να βοηθάει στην αποκατάσταση της κινητικότητας των περιθαλπόμενων αλλά και η ώθηση προς την επίτευξη της ανεξαρτησίας τους. Σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό, είτε αυτοδύναμα έπειτα από διάγνωση, ασχολείται με την αποκατάσταση παθολογικών, συγγενών και επίκτητων καταστάσεων, καθώς και με οποιαδήποτε άλλη βλάβη, η οποία προκαλεί δυσλειτουργία στο ερειστικό μυϊκό, νευρικό , αναπνευστικό, καρδιαγγειακό σύστημα. Τέλος, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο και έπειτα από συναίνεση του γιατρού, εφαρμόζει φυσιοθεραπευτική αγωγή.

Ένας Κοινωνικός Λειτουργός ή Ψυχολόγος τρεις φορές την εβδομάδα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός ή ο Ψυχολόγος, απασχολείται στη μονάδα δύο με τρεις φορές την εβδομάδα,



βάση και πάλι των αναγκών των μελών που υπάρχουν. Καθήκον του είναι η συμβουλευτική και η αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο εκάστοτε περιθαλπόμενος, είτε αυτά είναι ψυχολογικής φύσεως είτε ατομικά/οικογενειακά. Ακόμη, επικοινωνεί και συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό και τη διοίκηση, με σκοπό την ομαλή λειτουργία της μονάδας (Άρθρο 9-16, megara.gr).

#### Ε. Βοηθητικό προσωπικό:

Ένας μάγειρας ή ελλείψει αυτού βοηθός μάγειρα. Σε περίπτωση που δεν απασχολείται μάγειρας, η Μ.Φ.Η. προμηθεύεται έτοιμα φαγητά από εξωτερικές μονάδες τροφοδοσίας (CATERING). Καθήκον του μάγειρα, είναι η προετοιμασία και η παρασκευή γευμάτων, ο καθαρισμός του χώρου της κουζίνας και των σκευών που χρησιμοποιεί καθώς και η ενημέρωση για τα υλικά που χρειάζεται και παραλαβή αυτών.

Ακόμη, υπάρχει ένας τραπεζοκόμος, ο οποίος βοηθά στην προετοιμασία του φαγητού(κοπή φρούτων, λαχανικών κ.α.). Είναι υπεύθυνος για τη μεριδοποίηση, την παραλαβή και τη διανομή του φαγητού. Περισυλλέγει τους δίσκους έπειτα από τη σίτιση και φροντίζει για την καθαριότητα των σκευών αλλά και των χώρων εργασίας της κουζίνας.

Απασχολείται μία καθαρίστρια για κάθε πενήντα κλίνες και μία τραπεζοκόμο ανά πενήντα κλίνες μεωριαία απασχόληση. Σε περίπτωση που δεν απασχολείται καθαρίστρια, μπορεί να χρησιμοποιηθούν υπηρεσίες συνεργείου καθαριότητας. Καθήκον της καθαρίστριας είναι η καθημερινή επιμέλεια και καθαριότητα του χώρου της μονάδας.(Άρθρο 9-16, megara.gr).

Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ηλικιωμένους σε μία μονάδα κλειστής φροντίδας είναι οι ακόλουθες:

Επίβλεψη ιατρικής και προσωπικής φροντίδας: Επαγγελματίες νοσοκόμες, καθώς και πιστοποιημένοι βοηθοί νοσηλευτών, παρέχουν πλήρη ιατρική και προσωπική φροντίδα 24 ώρες την ημέρα όλο το χρόνο. Οι μονάδες της νοσηλευτικής και της αποκατάστασης, παρέχουν συνεχή φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας, όπως, το μπάνιο, η τουαλέτα, το ντύσιμο, η σίτιση. Ακόμη, περιλαμβάνεται ιατρική παρακολούθηση και χορήγηση φαρμάκων. Κάθε ηλικιωμένος

πρέπει να είναι υπό την παρακολούθηση ενός φυσιοθεραπευτή, είτε εκείνος προέρχεται μέσα από το προσωπικό της μονάδας, είτε έξω από αυτήν. Τέλος, η μονάδα οφείλει να έχει έναν γιατρό, διαθέσιμο, όλο το 24 ωρο, είτε εκείνος βρίσκεται στη μονάδα, είτε είναι διαθέσιμος έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία.

Διατροφική φροντίδα. Η καλή ποιότητα του φαγητού, είναι ένα πολύ σημαντικό μέρος της καθημερινότητας των ηλικιωμένων. Η κατάλληλη διατροφή και η σωστή ενυδάτωση, αποτελούν δύο συντονιστικά στοιχεία, όσον αφορά στη διαδικασία της θεραπείας και της αποκατάστασης.

Κοινωνικές δραστηριότητες. Πριν την είσοδό τους σε κάποιο γηροκομείο, οι ηλικιωμένοι σε πολλές περιπτώσεις, ήταν ενεργά μέλη κάποιας κοινότητας, με αρκετούς διαφορετικούς τρόπους. Μπορεί να ασχολούνταν με το θέατρο, τις τέχνες, τον εθελοντισμό, με άλλα λόγια, με ενδιαφέροντα τα οποία τους προσέδιδαν ένα αίσθημα συμμετοχής και καλύτερης ποιότητας ζωής. Έτσι λοιπόν, ακόμη και εάν πλέον, μπορεί να αντιμετωπίζουν κάποιες σωματικές δυσκολίες ή κάποια ασθένεια, οι οποίες δε τους επιτρέπουν να είναι τόσο δραστήριοι όσο στο παρελθόν, τα τμήματα δραστηριοτήτων των μονάδων κλειστής φροντίδας, οφείλουν να παρέχουν μία σύνδεση με την κοινότητα με όποιο μέσο διαθέτουν. Οι κανονισμοί αναφέρουν πως μία μονάδα κλειστής φροντίδας, οφείλει να παρέχει ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων, το οποίο θα αποσκοπεί τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική ευημερία του κάθε ηλικιωμένου (HealthCareAssociationofMichigan(hcam),[www.hcam.org/uploads/ckeditor/files/IV\\_%20Services%20Provided%20by%20Nursing%20Facilities.pdf](http://www.hcam.org/uploads/ckeditor/files/IV_%20Services%20Provided%20by%20Nursing%20Facilities.pdf))

Σαφώς για να λειτουργήσουν και να αποδώσουν σωστά οι παρεχόμενες υπηρεσίες, κύριο ρόλο κατέχει η ποιότητα και η συνεχής βελτίωσή τους. Όπως είχε πει και ο Αριστοτέλης « καλή ζωή δεν είναι μόνο να ζεις για κάτι αλλά είναι και κάτι με το οποίο ζεις μαζί» . Αυτή η φράση, συμβαδίζει απόλυτα με τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας, οι οποίοι καθημερινά επιδέχονται αλλαγές τόσο στο σώμα τους όσο και στη ψυχολογία τους και ο καλύτερος τρόπος για να εξασφαλίσουν μία ομαλή αντιμετώπιση σε αυτές τις αλλαγές, είναι ένα ασφαλές περιβάλλον διαβίωσης που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους(Netuveli, Blane 2008).

Αυτό με τη σειρά του, είναι μία πρόκληση για τους φροντιστές, διότι ως βασικό τους στόχο, θα πρέπει να βρουν κάποιον τρόπο να διατηρήσουν την καθημερινή διαβίωση των ανθρώπων αυτών στο καλύτερο επίπεδο που μπορούν, έτσι ώστε και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, να προσαρμοστούν ευκολότερα στο καινούριο αυτό περιβάλλον αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα τις αλλαγές που μπορεί να παρουσιαστούν τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο (Netuveli,Blane2008).

Το να φροντίζεις κάποιον απαιτεί αφοσίωση, προφύλαξη, ευθύνη. Ο Stoyle 1992(οπ. αναφ. ο Soares 2014), ορίζει την φροντίδα σαν ένα συνδυασμό από συναισθήματα τα οποία γίνονται πράξη και γνώσεις και ικανότητες οι οποίες βοηθούν τον άνθρωπο να ζήσει όσο πιο ανεξάρτητα γίνεται. Οι φροντιστές των ατόμων τρίτης ηλικίας οφείλουν να έχουν βασικές γνώσεις όσον αφορά την υγεία, την υγιεινή αλλά και τη ψυχολογία των ηλικιωμένων. Η φροντίδα αυτή βέβαια δε πρέπει να περιορίζεται μόνο στο φυσικό σώμα του ανθρώπου, καθώς ο πόνος του σώματος είναι συνήθως αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας ή κάποιου περιορισμού και ως συνέπεια επηρεάζεται και η ψυχολογία του.

Οι φροντιστές οφείλουν να έχουν σεβασμό προς τον ηλικιωμένο, να αγαπούν αυτό που κάνουν, καθώς διαφορετικά δε θα μπορούν να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν παιδιάστικες συμπεριφορές, έχουν συχνές αλλαγές στη διάθεσή τους, δεν ακούν καλά ή καταλαμβάνονται από πολύ άγχος. Όλα αυτά λοιπόν, προδιαθέτουν τον φροντιστή να είναι εφοδιασμένος με γνώσεις και υπομονή, να αντιμετωπίζει τον κάθε ηλικιωμένο σαν ξεχωριστή προσωπικότητα και να κυνηγάει την εξέλιξη των γνώσεων που ήδη κατέχει, επάνω στη δουλειά του. (Soares 2014)

Υπάρχουν λοιπόν ορισμένες θεμελιώδεις αρχές, τις οποίες ο φροντιστές οφείλουν να εφαρμόζουν, στην εργασία τους με τα ηλικιωμένα άτομα.

Οι πρακτικές δραστηριότητες/θεραπείες που εφαρμόζονται με τα άτομα της τρίτης ηλικίας, οφείλουν να είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να λαμβάνουν υπόψιν, πως το σώμα λειτουργεί συνολικά σε μία δυναμική σχέση αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Η SimonDeBeauvoir, αντιλαμβάνεται το ανθρώπινο ον σαν ένα σύνολο, τονίζοντας πως είναι σημαντικό να δίδεται προσοχή, τόσο στις φυσικές όσο και στις κοινωνικές-ψυχολογικές πτυχές του ατόμου.

Ο σεβασμός προς την ατομικότητα του κάθε ηλικιωμένου, είναι μία πολύ βασική αρχή. Χωρίς αυτόν, είναι αδύνατο να δημιουργηθούν σχέσεις αιτίου και αποτελέσματος και κυρίως είναι αδύνατο να υπερβεί μία μονομερή σχέση, στην οποία ο φροντιστής απλώς θεσπίζει κανόνες: με άλλα λόγια, να δείχνει το μονοπάτι αλλά να μην περπατάει σε αυτό.

Είναι πολύ σημαντικό επίσης, οι φροντιστές να μην αντιμετωπίζουν τους ηλικιωμένους σαν μικρά παιδιά. Όταν ο ηλικιωμένος λαμβάνει τέτοιου είδους αντιμετώπιση, προσβάλλεται η αυτονομία του και κατ' επέκταση η αυτοεκτίμησή του. Ο ηλικιωμένος βρίσκεται σε μία κατάσταση υποδεέστερη από τον φροντιστή υπό την έννοια εξαρτάται από τη φροντίδα του. Αυτό με τη σειρά του, δημιουργεί μία αλληλουχία, κατά την οποία ο ηλικιωμένος προσπαθεί να ανταποκριθεί στις προσδοκίες του φροντιστή, ακόμη και εάν δεν το επιθυμεί.

Ο ηλικιωμένος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με παιδεία και ευγένεια. Ο φροντιστής οφείλει να του συμπεριφέρεται σαν ένα φίλο ή σαν ένα γείτονα, με τον οποίο θα συναναστρέφεται με μία σταθερότητα και με την οποία δεν θα προσπαθεί να δημιουργήσει μία σχέση κυριαρχίας.

Ένας από τους τρόπους βελτίωσης της αυτοεκτίμησης ενός ηλικιωμένου ατόμου, είναι ο φροντιστής να τον κάνει να νιώθει χρήσιμος. Για παράδειγμα, όταν εκτελούν κάποια δραστηριότητα σαν ομάδα, θα μπορούσε να ζητήσει την άποψή του ή να ζητήσει τη βοήθειά του ως προς κάποια διεργασία.

Προσπάθεια για να σπάσει η σιωπή. Τις περισσότερες φορές, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι, βυθίζονται σε έναν δικό τους κόσμο. Όταν όμως ενθαρρύνονται να μιλήσουν, έχουν την τάση να αναφέρονται σε αυτοβιογραφικές μνήμες του παρελθόντος ή σε κάποια παράπονα, όσον αφορά τις σωματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Στη περίπτωση αυτή, οι φροντιστές, οφείλουν να δώσουν χώρο στον ηλικιωμένο να εκφραστεί αλλά ταυτόχρονα να μην ενισχύσουν τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να βιώνει εκείνη τη στιγμή. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε, πως πολλές φορές, όταν ο ηλικιωμένος παρουσιάζει κάποια αισθητηριακή ή γνωστική δυσλειτουργία, του είναι ακόμη πιο δύσκολο να εκφραστεί και εκεί είναι που χρειάζεται περισσότερη παρακίνηση και ενθάρρυνση από τους φροντιστές.

Ακόμη, ειδικά όσοναφορά τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε κάποιο ίδρυμα κλειστής φροντίδας, είναι πολύ συχνό το αίσθημα της προσκόλλησης ως προς τον φροντιστή. Για το λόγο αυτό, είναι καλό οι φροντιστές να εναλλάσσουν τις βάρδιες τους, έτσι ώστε να μην αναπτυχθούν αισθήματα απώλειας ή εγκατάλειψης από τον ηλικιωμένο (Soares 2014).

#### **4.2 Η θέση του Κοινωνικού Λειτουργού μέσα στις μονάδες κλειστής φροντίδας**

Η γεροντολογική κοινωνική εργασία, είναι η εξειδικευμένη κοινωνική εργασία με κέντρο βάρους τη τρίτη ηλικία. Μέλημα της επιστήμης αυτής, είναι η διατήρηση της βέλτιστης ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και της ευημερίας τους. Οι γεροντολογικοί Κοινωνικοί Λειτουργοί, προάγουν την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων, την αυτονομία τους αλλά κυρίως την αξιοπρέπειά τους. Οι εξειδικευμένες δεξιότητες του γεροντολογικού Κοινωνικού Λειτουργού περιλαμβάνουν:

κατανόηση της διαδικασίας της γήρανσης

ζητήματα υγείας στην τρίτη ηλικία και τη βασική τους θεραπεία

ζητήματα που αφορούν στο τέλος της ζωής

κατανόηση των αναγκών της οικογενείας των ηλικιωμένων ατόμων

διαχείριση της απώλειας

διαχείριση αλλαγών και μεταβάσεων (Milne, Sullivanetal 2014).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι για τους ηλικιωμένους, τα τελευταία χρόνια. Πέρα από τις βασικές ανάγκες που έχουν οι ηλικιωμένοι, όπως είναι η τροφή, η στέγαση, η υγειονομική περίθαλψη και οι κοινωνικές υπηρεσίες, ένα ακόμη πολύ βασικό κομμάτι που χρειάζονται στη ζωή τους, είναι ο σεβασμός. Ο βαθμός στον οποίο οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται με σεβασμό, καθίσταται ως σημαντικός ψυχοκοινωνικός παράγοντας που επηρεάζει κατά ένα μεγάλο βαθμό την ποιότητα της μεταγενέστερης ζωής τους( Cassel 1990,Noelker&Harel2000 , Sung&Kim, 2008, οπ. αναφ. οι Sung&Dunkle 2009).

Στην επιστήμη της κοινωνικής εργασίας, ο σεβασμός προς τον πελάτη, στην πραγματικότητα θεωρήθηκε ως η αρχή της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών. (Cambrill, 1983, Reichel,1995, Rogers 1961, οπ. αναφ. οι Sung&Dunkle 2009). Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζονται με σεβασμό, αυξάνουν τη δική τους αίσθηση αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης από τη ζωή, καθώς και την αίσθηση της χρησιμότητας και της συμμετοχής τους στην κοινότητα με σημαντικούς άλλους( Applegate&Morse 1994,Chusnetal 1996,DamonRodriguez 1998, οπ. αναφ. οι Sung&Dunkle 2009).

Ένας Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας, έχει χρέος να βοηθήσει τον ηλικιωμένο που εισέρχεται στη μονάδα, να κάνει τη μετάβαση από το προηγούμενο περιβάλλον διαβίωσης, στο καινούριο περιβάλλον, με στόχο την κοινωνική και συναισθηματική ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου αυτού(Perrin&Polowy2008).Οι ανάγκες αυτές διακρίνονται σε:

Υλική ευημερία. Αυτό περιλαμβάνει ένα λογικό επίπεδο διαμονής, επαρκή αγαθά και χρήματα, έτσι ώστε να διατηρείται ένα επίπεδο άνετης διαβίωσης. Ακόμη, δημόσια πρόνοια, ώστε να εξασφαλίζεται η κατάλληλη στέγαση και ένα ρεαλιστικό σύστημα οικονομικής στήριξης.

Συναισθηματική ευεξία. Η έλλειψη καλής και σωστής λειτουργικότητας, η αποδιοργάνωση, η απομόνωση αλλά και η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες, μπορούν να οδηγήσουν στη κατάθλιψη. Η δημόσια πολιτική, όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες παροχής συμβουλευτικής, η εξυπηρέτηση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, όλα αυτά μπορούν να αντισταθμίσουν τις απειλές αυτές.

Κοινωνική ένταξη. Ο τομέας αυτός περιλαμβάνει την αποδοχή ως μέρος της κοινότητας και τη δυνατότητα του ατόμου να συμβάλλει στην κοινότητα αυτή.

Φυσική ευημερία. Ο τομέας αυτός είναι συχνά προβληματικός για τους ηλικιωμένους. Η πρόσβαση σε επαρκή ιατρική περίθαλψη, σωματική και επαγγελματική θεραπεία, μπορεί να αντισταθμίσει μεγάλο μέρος των αρνητικών επιπτώσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας.

Διαπροσωπικές σχέσεις. Η συχνή και σταθερή επαφή με την οικογένεια κι τους φίλους, είναι απαραίτητη για την καλή ποιότητα ζωής και είναι εξίσου σημαντικό το προσωπικό του κάθε οργανισμού, να συμβάλλει στην προώθηση των επαφών αυτών.

Αυτοπροσδιορισμός. Η εξάρτηση από άλλους ανθρώπους και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των ηλικιωμένων στην περίθαλψη, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό περιορισμό της έκφρασης και της αυτοδιάθεσης. Η ενίσχυση του βασικού αυτού στοιχείου της ποιότητας ζωής, απαιτεί τόσο ικανότητα όσο και συνεχή αντίληψη από το προσωπικό φροντίδας (IASW 2011).

Αν και οι ηλικιωμένοι στο καινούριο πλαίσιο διαβίωσής τους, έχουν το πλεονέκτημα των κοινών συμφερόντων, είναι πολύ ευάλωτοι στην απομόνωση, τον αποπροσανατολισμό και την κατάθλιψη. Η προοπτική της κοινωνικής εργασίας βασίζεται σε όλες τις κρίσιμες εκτιμήσεις και παρεμβάσεις που διευκολύνουν τις μεταβάσεις των ηλικιωμένων και ελαχιστοποιούνται τραύμα (Jakson 2014). Εφόσον ο ηλικιωμένος έχει εγκατασταθεί ομαλά στο καινούριο του σπίτι, ο Κοινωνικός Λειτουργός οφείλει να εξασφαλίσει πως οι ανάγκες του ηλικιωμένου συνεχίζουν να ικανοποιούνται και πως το άτομο έχει την ευκαιρία να είναι και ο ίδιος μέρος της φροντίδας του και να υπολογίζεται η γνώμη του (Perrin&Polowy 2008).

Για να επιτευχθεί η ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να υιοθετήσει μία ολιστική προσέγγιση, αναγνωρίζοντας τη δυναμική αλληλεπίδραση των κοινωνικών, ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του. Ο Κοινωνικός Λειτουργός, οφείλει να γνωρίζει τους παράγοντες που μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ευημερία του ηλικιωμένου και να προσπαθήσει να τους κατευνάσει. Επιπλέον, χρέος του είναι να επικοινωνεί και να αλληλοεπιδρά με όλα τα επίπεδα του προσωπικού της μονάδας καθώς και με την οικογένεια, τους φίλους αλλά και τους υπόλοιπους ηλικιωμένους που κατοικούν στον ίδιο χώρο. Αυτό είναι απαραίτητο, καθώς με τον τρόπο αυτό ενισχύεται η ευκαιρία για μία θετική εμπειρία ζωής του ατόμου σε μία μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας( Perrin&Polowy 2008).

Οι υπηρεσίες της κοινωνικής μέριμνας σε μονάδες μακροχρόνιας κλειστής φροντίδας, επικεντρώνονται σε ορισμένους βασικούς τομείς. Συγκεκριμένα, εστιάζουν στη διατήρηση και την ενίσχυση της φυσικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, στην

προώθηση των απαραίτητων προϋποθέσεων για την εξασφάλιση του μέγιστου οφέλους από τις μονάδες κλειστής φροντίδας καθώς και την προώθηση και διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας ώστε να καθίσταται δυνατή η βέλτιστη ποιότητα ζωής.( NASW2003).

Για να ισχυριστούμε ότι ένας ηλικιωμένος ευημερεί στο περιβάλλον του, αυτό προϋποθέτει, την ύπαρξη μίας κοινότητας φιλικής προς τη γήρανση. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στοχεύει στην ενδυνάμωση του ηθικού των ηλικιωμένων, με σκοπό να καταφέρουν οι ίδιοι να διαχειριστούν τις χρόνιες και μη δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, παλεύουν για την καταπολέμηση της απομόνωσης, της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων και της αυτοκτονίας (NASWpress).

Οι Κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να επιδείξουν την αναγνώριση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος, πως όλοι οι οικότροφοι λαμβάνουν το μέγιστο όσον αφορά τις κοινωνικές υπηρεσίες και την ιατρική περίθαλψη. Δεδομένου του γεγονότος, πως οι αλλαγές είναι συνεχόμενες στις μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί οφείλουν να παραμένουν ενήμεροι ως προς αυτές. Οφείλουν τόσο να αξιολογούν όσο και οι ίδιοι να συνεισφέρουν στη θεωρία της κοινωνικής εργασίας, στη πολιτική της αλλά και στη πρακτική της. Ακόμη, χρέος τους είναι να γνωρίζουν τη νομοθεσία και να συμβαδίζουν με αυτήν, καθώς και με τους κανονισμούς και τις πολιτικές που εφαρμόζονται σε κάθε χώρα ( NASW 2003).

Οι υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας, πρέπει να εφαρμόζονται έτσι, ώστε να είναι σε θέση να καλύπτουν τις βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες των οικότροφων, στη παρούσα περίπτωση, των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους αλλά και όλων εκείνων που συμβάλλουν στη φροντίδα τους. Συγκεκριμένα, ένας Κοινωνικός Λειτουργός οφείλει να συμπεριλαμβάνει στις υπηρεσίες που παρέχει τα ακόλουθα, αλλά δε περιορίζεται και σε αυτά:( NASW 2003). Αρχικά, ο Κοινωνικός Λειτουργός αφού πάρει το κοινωνικό ιστορικό είτε από τον ίδιο τον ηλικιωμένο εφόσον η κατάσταση υγείας του το επιτρέπει είτε από άτομο ορισμένο από το νόμο που είναι υπεύθυνο για εκείνον, οφείλει να αξιολογήσει την αναγκαιότητα της εισαγωγής του ηλικιωμένου στη μονάδα κλειστής φροντίδας και έπειτα να τον προετοιμάσει για την επερχόμενη είσοδό του.



Οφείλει να προσδιορίσει τις ανάγκες του κάθε ηλικιωμένου ξεχωριστά και να εξασφαλίσει πως αυτές οι ανάγκες πληρούνται, μέσα από τις υπηρεσίες που προσφέρονται. Καθήκον του, είναι μέσα από την εξατομικευμένη μελέτη του ηλικιωμένου και της οικογένειάς του, να μπορέσει να προσδιορίσει τις βιοψυχοκοινωνικές του ανάγκες αλλά και να προσδιορίσει την κατάσταση της υγείας του.

Ενδυνάμωση των σχέσεων, ανάμεσα στους οικότροφους, τις οικογένειές τους αλλά και του προσωπικού της μονάδας κλειστής φροντίδας.

Εκπαίδευση των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους αλλά και του προσωπικού των μονάδων, μέσα από τη διαβούλευση, όσον αφορά τα δικαιώματα αλλά και τις υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται σε μία μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας.

Σε συνεργασία με τη μονάδα κλειστής φροντίδας, να καταφέρει να διατηρήσει ένα περιβάλλον, απαραίτητο για την καλύτερη ποιότητα ζωής και ανεξάρτητης λειτουργικότητας του κάθε οικότροφου και να εξασφαλίσει τις κατάλληλες συνθήκες, έτσι ώστε να συμμετέχουν στις δράσεις που σχεδιάζει ο ίδιος, κατά το μέγιστο βαθμό.

Διασφάλιση πως οι υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας είναι διαθέσιμες στους ηλικιωμένους, με σκοπό την επίτευξη ή τη διατήρηση της ψυχοκοινωνικής τους ευεξίας, βοηθώντας παράλληλα τους ηλικιωμένους που εμφανίζουν ψυχικά ή ψυχοκοινωνικά συμπτώματα, να λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία.

Συμμετοχή και σχεδιασμό, μίας εξελικτικής πολιτικής όσον αφορά τη μονάδα κλειστής φροντίδας, η οποία συμπεριλαμβάνει τη συνεργασία των μελών του προσωπικού, έτσι ώστε να προσδιοριστούν κατάλληλα οι παράγοντες, (βιοψυχοκοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί) που είναι απαραίτητοι για τη βέλτιστη ποιότητα φροντίδας στους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους.

Συμβολή στην ανάπτυξη των κοινοτικών πόρων, σε συνεργασία με την κοινότητα για να πάρουν πρωτοβουλίες, να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν προγράμματα, τα οποία έχουν ως κέντρο βάρους, την υγεία, την ψυχική υγεία αλλά και άλλες ανάγκες των ηλικιωμένων.

Σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό της μονάδας, οφείλει να μετέχει σε συζητήσεις με τους αρμόδιους ηλικιωμένους ή με την οικογένεια που είναι υπεύθυνη για εκείνους, ή με αυτόν που έχει οριστεί ως αρμόδιος από το κράτος, για να αποφασίζουν για θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους .( NASW2003). Ακόμη ο Κοινωνικός Λειτουργός, κάνει συνεχείς αξιολογήσεις με θέμα αναφοράς τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Χρησιμοποιεί διάφορα εργαλεία αξιολόγησης, όπως μετρήσεις κατάθλιψης και αξιολογήσεις περί αυτοκτονίας, τόσο για τα άτομα όσο και για τις ομάδες θεραπείας. Λειτουργούν ως κύριοι υποστηρικτές όσον αφορά την πρόληψη της κακομεταχείρισης και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων στη μονάδα, εκπαιδεύοντας ταυτόχρονα το προσωπικό και στηρίζοντας όπως έχει προαναφερθεί, την οικογένεια (BestSocialWorkPrograms,bestsocialworkprograms.com/faq/what-does-a-director-of-social-work-at-e-nursing-home-do/).

Παρ' όλο που ο ηλικιωμένος είναι ο κύριος στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού, πρέπει να σημειωθεί πως ένα κομμάτι του χρόνου και της δουλειάς του, δαπανείται όπως αναφέραμε και παραπάνω, στην οικογένεια του ηλικιωμένου(Perrin&Polowy 2008). Μέλημα του Κοινωνικού Λειτουργού, ως προς την οικογένεια του ηλικιωμένου, είναι να τη βοηθήσει να διαχειριστεί τις δυσκολίες που ήδη αντιμετωπίζει ή εκείνες που ενδέχεται να παρουσιαστούν στη πορεία. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να αφορούν στο ψυχολογικό κομμάτι, όπως για παράδειγμα η διαχείριση της θλίψης, του άγχους ή της απώλειας όσον αφορά στο ηλικιωμένο μέλος, ή ακόμη μπορεί να αναφέρονται σε δυσκολίες οικονομικού περιεχομένου γύρω από τη φροντίδα του αγαπημένου τους προσώπου(OnlineMSWPrograms,InrtoductoryGuidetoGerontologicalSocialWork, [www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-gerontological-social-work.html](http://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-gerontological-social-work.html)). Οι υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, οφείλουν να είναι σχεδιασμένες, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της οικογένειας των ηλικιωμένων και να εκτελούνται με τρόπο που να διασφαλίζεται η εχεμύθεια, σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας της Εθνικής Ομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργών 2008. Ο σχεδιασμός της φροντίδας, πρέπει να περιλαμβάνει τόσο βραχυπρόθεσμους όσο και μακροπρόθεσμους στόχους με κέντρο βάρους την οικογένεια. Βάση της σκοπιάς του κάθε επαγγελματία Κοινωνικού Λειτουργού, ο σχεδιασμός φροντίδας μπορεί να ποικίλλει και ταυτόχρονα να ενσωματώνεται από τις ακόλουθες υπηρεσίες:

Ξεκινώντας με εκπαίδευση και καθοδήγηση, όπως για παράδειγμα, τρόπους διαχείρισης κάποιας ασθένειας, τρόπους διαχείρισης αλλαγών στη συμπεριφορά που συμβαδίζουν με την ηλικία. Ατομική συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο καθώς και συνεδρίες με όλα τα μέλη της οικογένειας. Παρεμβάσεις με στόχο τη διαχείριση ζητημάτων που προκύπτουν στο τέλος του κύκλου της ζωής ενός ανθρώπου, όπως για παράδειγμα, η απώλεια, το πένθος καθώς και διαμεσολάβηση και επίλυση συγκρούσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Ακόμη, απορροφά πληροφορίες από την οικογένεια του ηλικιωμένου για να καλύψει ζητήματα ιατρικού, ψυχοκοινωνικού, νομικού περιεχομένου αλλά και τη διαθεσιμότητα οικονομικών πόρων όσον αφορά στη φροντίδα του ηλικιωμένου προσώπου ( NASW, 2010).

Η Διαλεκτική θεραπεία συμπεριφοράς (DialecticalBehaviorTherapy )είναι μία από τις μορφές ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιεί ο Κοινωνικός Λειτουργός στη παρέμβασή του όσον αφορά την οικογένεια του ηλικιωμένου. Η συγκεκριμένη μέθοδος, αναλύει τον τρόπο με τον οποίο κάποιος επιδρά με τους φίλους, την οικογένεια, την κοινότητα. Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε ατομική είτε ομαδική σε συνεργασία και με άλλους θεραπευτές και περιλαμβάνει και τηλεφωνική καθοδήγηση και συμβουλευτική όπου κρίνεται απαραίτητο (OnlineMSWPrograms, IntroductoryGuidetoClinicalSocialWork, [www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html](http://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html) .)

Ακόμη μία μορφή τεχνική που χρησιμοποιούν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, είναι η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων(problemsolvingtherapy), η οποία είναι μία γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία. Βασικός της στόχος, είναι η ενδυνάμωση του ανθρώπινου και η αναδιάρθρωση της σκέψης του, με σκοπό να κατανοήσει ο ίδιος το πρόβλημα και να προσπαθήσει να βρει μία υγιή λύση σε αυτό. Για να καταστεί βέβαια αυτό εφικτό, ο θεραπευόμενος και στη συγκεκριμένη περίπτωση τα μέλη της οικογένειας, αρχικά μαθαίνει να διαχειρίζεται το άγχος και τις αρνητικές σκέψεις, ώστε να αποκτήσει ανθεκτικότητα στον τρόπο διαχείρισης των δυσκολιών (OnlineMSWPrograms, IntroductoryGuidetoClinicalSocialWork, [www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html](http://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html) .)

Ένα ακόμη σημαντικό εργαλείο του Κοινωνικού Λειτουργού, είναι οι συνεντεύξεις ενθάρρυνσης-κινητοποίησης(motivationalinterviewing). Μέσα από τη θεραπευτική αυτή

προσέγγιση ο θεραπευόμενος με τη βοήθεια του Κοινωνικού Λειτουργού, επικεντρώνεται στο να καλλιεργήσει το κίνητρό του να αλλάξει συμπεριφορές. Οι παράγοντες που εξετάζονται, περιλαμβάνουν το κατά πόσο είναι έτοιμος ο θεραπευόμενος για μία αλλαγή και τί αμφιβολίες έχει ως προς αυτήν. Η συγκεκριμένη μέθοδος θεωρείται ως μία καινοτόμος εξέλιξη, καθώς βασίζεται στο ενδογενές κίνητρο του θεραπευόμενου για αλλαγή και όχι στη ικανότητα του θεραπευτή να πείσει τον θεραπευόμενο να αλλάξει (OnlineMSWPrograms, IntroductoryGuidetoClinicalSocialWork, [www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html](http://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html) .)

### **4.3 Κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων από τις υπάρχουσες δομές.**

Όταν κάποιος έχει φτάσει σε μεγάλη ηλικία, η ζωή του αναμφίβολα περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα εμπειριών και αλλαγών. Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους αυτούς, κρατούν μία θετική άποψη για τη ζωή, πιστεύοντας πως ακόμη και στις δύσκολες στιγμές της ζωής τους, ότι ο ήλιος θα ανατείλει ξανά. ( Granerud, Imingen, Eriksson 2017).

Η έρευνα όσον αφορά την καταλληλότητα και την επάρκεια των μονάδων κλειστής φροντίδας για τους ηλικιωμένους, αναπτύχθηκε κατά κύριο λόγο από τον τομέα της περιβαλλοντικής γεροντικής και άλλων σχετικών κλάδων, κάτω από το θεωρητικό πλαίσιο του ατόμου, που αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον του ( CarpandCarp 1984;Kahama 1982;LawtonandNahemow 1973), (οπ. αναφ. οι FernandezCarro, Modenes, Spijker 2015).

Τα μοντέλα σκέψης που αναπτύχθηκαν υπό τον τομέα αυτό, υποστηρίζουν πως η καταλληλότητα ενός βιοτικού χώρου στη μετέπειτα ζωή, εξαρτάται από την αμοιβαία προσαρμογή μεταξύ των ατομικών αναγκών σε συνδιαλλαγή με τις περιβαλλοντικές πιέσεις(Gitlin 2003;Wahletal. 2004), (οπ. αναφ. οι FernandezCarro, Modenes, Spijker 2015).Ωστόσο, τα αποτελέσματα που βασίζονται στην εφαρμογή των μοντέλων αυτών, φανερώνουν πως το εάν ένας χώρος διαβίωσης κρίνεται κατάλληλος, αυτό δεν εξαρτάται μόνο από τις πρακτικές προσαρμογές, όπως για παράδειγμα η προσβασιμότητα στο χώρο, αλλά εξαρτάται ακόμη, από τη υποκειμενική αίσθηση χρηστικότητας του ατόμου και με τις προσωπικές του αντιλήψεις σχετικά με το βαθμό στον οποίο οι υλικές

συνθήκες καλύπτουν τις προσωπικές τους ανάγκες( Aragoneseetal. 2002;Christensenetal. 1992;FaugeandIwarsson 1999;Oswaldetal. 2005), (οπ. αναφ. οι FernandezCarro, Modenes, Spijker 2015).

Η ικανοποίηση των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας, επηρεάζεται λοιπόν κατά ένα πολύ μεγάλο βαθμό από την κατάσταση της υγείας τους, το κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ τους, το περιβάλλον στο οποίο εντάσσονται συμπεριλαμβανομένων των υποδομών που μπορεί να προσφέρει, και τέλος, όπως προαναφέρθηκε, την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων αυτών(PinquartandBurmedi 2003, Rojo-Pérezetal. 2001, RiouxandWerner 2011,Prieto-Floresetal. 2011, οπ. αναφ. οι FernandezCarro, Modenes, Spijker 2015).

Υπάρχουν βέβαια ορισμένα υποκειμενικά και ορισμένα αντικειμενικά κριτήρια, τα οποία συμβάλλουν στη διαμόρφωση της εικόνας όσον αφορά την οικιστική ικανοποίηση. Κάθε μονάδα κλειστής φροντίδας, παρουσιάζει ορισμένες υλικές συνθήκες, όπως μέγεθος, δομή, υπηρεσίες, εγκαταστάσεις. Σύμφωνα λοιπόν με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου, τα οποία διακρίνονται από το φύλο, την ηλικία, τις προηγούμενες συνθήκες διαβίωσης αυτά τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, λειτουργούν σαν φίλτρο, μετατρέποντας τα φυσικά αυτά στοιχεία σε υποκειμενικά χαρακτηριστικά.

Ο Lawton(1991) (οπ. αναφ. οι Schaie, Wahl, Mollenkopf, Oswald, 2003:65) ακόμη υποστηρίζει, πως έχουμε υποχρέωση να κατανοήσουμε τόσο τις ενδοπροσωπικές πτυχές όσο και τα εσωτερικά πρότυπα, τα οποία οι ηλικιωμένοι εφαρμόζουν στο αντικειμενικό τους περιβάλλον αλλά και στις προσωπικές τους ανάγκες. Θεωρεί πως είναι σημαντικό, διότι μόνο έτσι θα μπορέσουμε να κατανοήσουμε τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι, όσον αφορά τη μετεγκατάστασή τους ή αλλιώς τον περιβαλλοντικό τους επανασχεδιασμό, έτσι ώστε να είμαστε σε θέση να παρέμβουμε ουσιαστικά για να βοηθήσουμε τους ηλικιωμένους στο καινούριο περιβάλλον διαβίωσής τους.

Σύμφωνα με δηλώσεις των ηλικιωμένων σε μία έρευνα που έγινε στη Νότιο Αφρική υπομονή και η επικοινωνία, είναι δύο βασικά στοιχεία όσον αφορά την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν. Αναφέρουν λοιπόν, ότι υπάρχουν αρκετές στιγμές κατά τις οποίες νιώθουν ότι το προσωπικό δεν τους φέρεται με σεβασμό, καθώς τους φωνάζουν ή

δεν μπορούν να βρουν τον κατάλληλο τρόπο για να μιλήσουν στη «γλώσσα τους» (Kloppers, Dyk, Pretorius 2015).

Κάποιοι ηλικιωμένοι, αναφέρουν πως η επικοινωνία είναι η απαρχή της σκέψης και των σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στο πανεπιστήμιο του Cambridge ,( Mills, 2003, Mogotlane, Manaka-Mkwanzani, Makoena, Chauke, Young, 2004, οπ. αναφ. οι Kloppers, Dyk, Pretorius 2015) ,με αντικείμενο έρευνας την επικοινωνία, τα αποτελέσματα έδειξαν πως ποσοστό μεγαλύτερο του 50% που είχαν επιζήσει από κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο, αντιμετώπιζαν δυσκολία στην ομιλία και τη γλώσσα και οι φροντιστές δεν είχαν την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να μπορέσουν να επικοινωνήσουν μαζί τους.

Ακόμη, οι ηλικιωμένοι, ανέφεραν πως πολλές φορές βιώνουν το συναίσθημα της παραμέλησης ως προς τις βασικές τους ανάγκες, όπως για παράδειγμα την προσωπική τους υγιεινή. Η διατήρηση της καλής προσωπικής υγιεινής, κατέχει σημαντικό ρόλο τόσο στη φυσική όσο και στη ψυχολογική κατάσταση ενός ανθρώπου (SmithandGodfrey 2002, οπ.αναφ. οι Kloppers, Dyk, Pretorius 2015).

Ωστόσο βέβαια, όταν ένας άνθρωπος εξαρτάται σε τόσο μεγάλο βαθμό από κάποιον άλλον για να τον φροντίζει εξ' ολοκλήρου, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να χάσει κατά ένα μεγάλο βαθμό την ανεξαρτησία του αλλά και το σεβασμό για τον ίδιο του τον εαυτόHoltzblatt,Wendell,Wood2005, οπ.αναφ. οι Kloppers, Dyk, Pretorius 2015).

Όσον αφορά τώρα τη διατροφή που λαμβάνουν στα γηροκομεία, ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι: Αρκετοί από τους ηλικιωμένους νοσούν από κάποια ασθένεια και για το λόγο αυτό χρειάζονται συγκεκριμένη διατροφή. Σε έρευνα που έγινε στη Νέα Υόρκη από τους (McDougall, Hymel, VaillancourtandMercer 2001οπ. αναφ. οι Kloppers,Dyκκαι Pretorius,2015) κάποιοι από τους ηλικιωμένους, ανέφεραν πως είναι διαβητικοί και πως δεν τους παρέχεται η ειδική δίαιτα που θα έπρεπε να ακολουθούν.

Σε μία άλλη έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η φροντίδα που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι, είναι ανεπαρκής. Η μελέτη έγινε μεταξύ ατόμων που διαμένουν στο δικό τους σπίτι και ατόμων που είχαν μετεγκατασταθεί σε κάποιο γηροκομείο. Οι ηλικιωμένοι λοιπόν που κατοικούσαν στα γηροκομεία,

αποδείχθηκε πως έκαναν ανεπαρκή χρήση φαρμάκων ή σε κάποιες περιπτώσεις κατάχρηση φαρμάκων που είναι ακατάλληλα, ακόμη και αχρειαστα και τέλος σε πολλές περιπτώσεις, φάνηκε πως υπήρχε ελάχιστη παρακολούθηση, όσον αφορά τις χρόνιες παθήσεις των ηλικιωμένων. ( Fahey, Montgomery, Barnes, Protheroe 2003).

Στην Ελλάδα τώρα και συγκεκριμένα στο Ηράκλειο της Κρήτης, πτυχιακή έρευνα που έγινε στο Γ.Ε.Ι Κρήτης, φανερώνει το βαθμό ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την παροχή βοήθειας που λαμβάνουν από ανεπίσημα και επίσημα δίκτυα φροντίδας. Όσον αφορά τα γηροκομεία(κρατικά/φιλανθρωπικά), οι ηλικιωμένοι με ποσοστό 41,6%, δήλωσαν πως η μορφή φροντίδας που λαμβάνουν είναι λίγο ικανοποιητική, ενώ ποσοστό του 21,8% χαρακτήρισαν τη φροντίδα που τους προσφέρεται, καθόλου ικανοποιητική. Ακόμη, άτομα της τρίτης ηλικίας που διαμένουν σε θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων, ποσοστό του 68,5%, χαρακτήρισε τη μορφή φροντίδας που λαμβάνει λίγο ικανοποιητική, ενώ ένα ποσοστό 21,2% τη χαρακτήρισε καθόλου ικανοποιητική.

Τέλος, στη συγκεκριμένη έρευνα, υπήρχε και ένα ποσοστό 47,9%, ατόμων που κατοικούν σε ιδιωτικό οίκο ευγηρίας, οι οποίοι ανέφεραν πως η μορφή φροντίδας που λαμβάνουν είναι μετρίως ικανοποιητική. Στον ιδιωτικό τομέα αντίστοιχα, ποσοστό του 23% τη θεωρούν πολύ ικανοποιητική, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό του 13,3% που τη χαρακτηρίζουν πάρα πολύ ικανοποιητική (Σωμαράκη, Τσόκας, Χατζηγεωργίου, 2007).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **5.1 Σκοπός μελέτης**

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση των απόψεων και των εμπειριών των Κοινωνικών Λειτουργών σχετικά με τις ανάγκες, οι δυσκολίες και τα συναισθήματα των ηλικιωμένων που ζουν σε κλειστές δομές φροντίδας καθώς και των οικογενειών τους. Ειδικότερα διερευνήθηκε, αν οι κλειστές δομές καλύπτουν αυτές τις ανάγκες και αν υπάρχουν προτάσεις για το μέλλον.

### **5.2 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις**

Τα ερευνητικά ερωτήματα και οι υποθέσεις που παραθέτονται παρακάτω, εστιάζουν στις ανάγκες, τα συναισθήματα και τις δυσκολίες του ηλικιωμένου ατόμου κατά την είσοδο του σε μία μονάδα κλειστής φροντίδας. Ακόμη, επικεντρώνονται στον τρόπο με τον οποίο καλύπτονται τα παραπάνω τόσο για το ηλικιωμένο άτομο όσο και για την οικογένειά του.

Οι θεματικές ενότητες της παρούσας μελέτης ήταν οι κάτωθι:

1. Ποιες είναι οι ανάγκες, οι δυσκολίες, τα συναισθήματα που δημιουργεί η είσοδος του ηλικιωμένου στις μονάδες κλειστής περίθαλψης; Συγκεκριμένα, ποιες είναι οι ανάγκες που δημιουργούνται λόγω ηλικίας, οι δυσκολίες ή τα προβλήματα σωματικά και ψυχολογικά, σύμφωνα με την κλίμακα των αναγκών του Maslow (2011) για τους ίδιους τους ηλικιωμένους και για την οικογένεια τους.
2. Πως οι μονάδες κλειστής περίθαλψης καλύπτουν τις ανάγκες, τα συναισθήματα και τις δυσκολίες που δημιουργούνται στους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους;
3. Ποιες είναι οι προτάσεις για το μέλλον όσο αφορά την φροντίδα των ηλικιωμένων στις κλειστές δομές περίθαλψης;



## **5.3 Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας**

### **5.3.1 Χαρακτηριστικά της έρευνας**

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη μας είναι η ποιοτική έρευνα. Η ποιοτική έρευνα ενδιαφέρεται περισσότερο για θέματα που αναδύονται μέσω της ανάλυσης κυρίως προφορικού ή γραπτού υλικού και αντιμετωπίζει τους συμμετέχοντες στην έρευνα ως ερωτώμενους που προσφέρουν τη γνώμη τους και όχι ως υποκείμενα έρευνας ( Ζαφειρόπουλος, 2005).

### **5.3.2 Συμμετέχοντες**

Η ομάδα πληθυσμού στην οποία απευθυνθήκαμε ήταν 7 Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στις μονάδες κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων Δημόσιες και Ιδιωτικές. Πραγματοποιήθηκε μελέτη σε μονάδες στις περιφερειακές ενότητες Ηρακλείου και Χανίων. Η επιλογή των συνεντευζιαζόμενων έγινε με βασικό κριτήριο τα χρόνια επαγγελματικής προϋπηρεσίας σε μονάδες κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων, έτσι ώστε να έχουν την κατάλληλη γνώση και εμπειρία, με σκοπό να απαντήσουν στα ερωτήματά μας. Συμπερασματικά, πραγματοποιήθηκε σκόπιμη δειγματοληψία καθώς το δείγμα επιλέχθηκε με βάση την υποκειμενική κρίση του ερευνητή αναφορικά με τη δυνατότητα του δείγματος να προσφέρει επαρκείς και κατάλληλες πληροφορίες για το υπό έρευνα φαινόμενο ( Σ. , Μαντζούκας, 2007).

Για την συγκατάθεση των Κοινωνικών Λειτουργών να μετέχουν στην προτεινόμενη έρευνα, ζητήσαμε εγγράφως την άδεια από τις αρμόδιες υπηρεσίες κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων. Στο έγγραφο αυτό αναφέρθηκαν τα πλήρη στοιχεία μας καθώς και του φορέα (επωνυμία, διεύθυνση και τηλέφωνο) στο πλαίσιο του οποίου διεξάχθηκε η έρευνα (Θ. Καλλινικάκη, 2010). (Βλ. Παράρτημα 1)

### **5.3.3 Συνεντεύξεις**

Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν της ημιδομημένης συνέντευξης. Η διάρκεια της συνέντευξης διήρκησε από 40 έως 60 λεπτά, σε χώρο και χρόνο που είχε προ συμφωνηθεί. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση μαγνητοφώνου. Ακόμη, τηρήθηκε το απόρρητο και η ανωνυμία των συνεντευζιαζόμενων. (Βλ. Παράρτημα 2)

### **5.3.4 Ανάλυση αποτελεσμάτων**

Αφού πραγματοποιήσαμε τις συνεντεύξεις και συλλέξαμε τα δεδομένα, με τη χρήση μαγνητοφώνου, προχωρήσαμε στην απομαγνητοφώνηση. Πιο συγκεκριμένα, καταγραφήθηκαν όλα τα δεδομένα, λέξη προς λέξη, όπως ακριβώς ειπώθηκαν (Σ. , Μαντζούκας, 2007).

Η ανάλυση στην ποιοτική έρευνα καλείται να «λύσει» τα παραγόμενα δεδομένα, την πολύσημη δομή και το περιεχόμενό τους στις έννοιες, να τους αποδώσει νόημα και να τα ερμηνεύσει σε σχέση με το κοινωνικό φαινόμενο που ερευνάται. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη είναι αυτή της content analysis (Θ. Καλλινικάκη, 2010).

Η ανάλυση περιεχομένου (content analysis), υιοθετείται σε πολλές από τις έρευνες που διεξάγονται με τη χρήση της ημιδομημένης συνέντευξης. Αυτή συνήθως έπεται μιας ιδιαίτερα προσεκτικής και εις βάθος «ερμηνευτικής» ανάγνωσης του υλικού, ύστερα από πολλαπλές «κυριολεκτικές» αναγνώσεις. (Θ. Καλλινικάκη, 2010).

### **5.4 Αποτελέσματα έρευνας**

Η μέθοδος ανάλυσης που χρησιμοποιήσαμε ήταν η content analysis. Για να καταλήξουμε σε αυτά τα αποτελέσματα έγινε η καταγραφή των συνεντεύξεων και έπειτα μετά από πολλές κυριολεκτικές αναγνώσεις προχωρήσαμε στην απόδοση του πρωτογενές υλικού. Όπου χρησιμοποιώντας φράσεις, ιδέες, τμήματα λόγου ή συμφραζόμενα αποδώσαμε έννοιες συνώνυμες ή ταυτόσημες οι οποίες βοήθησαν στην δημιουργία ενότητων. Στη συνέχεια χωρίσαμε τις ενότητες σε επιμέρους μικρότερες κατηγορίες. Ακολούθως συγκρίνοντας και αναλύοντας τις κατηγορίες βρήκαμε ομοιότητες και διαφορές. Με αυτές προχωρήσαμε στην διαδικασία της κωδικοποίησης, όπου μετά από λεπτομερή ανάλυση χρησιμοποιήσαμε τίτλους ή όρους απόδοσης του περιεχομένου. Μετά παρατηρήσαμε την όποια δυνατή συσχέτιση των τίτλων – όρων. Τέλος μέσα από προσεχτική διαλογή των τίτλων – όρων επιλέξαμε εκείνους που αναφέρονται στις θεματικές μας ενότητες και τους αναπτύξαμε, (Θεανώ Καλλινικάκη, 2010). Οι θεματικές ενότητες στις οποίες επικεντρωθήκαμε ήταν: 1)Εισαγωγή των ηλικιωμένων στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης. Ανάγκες, δυσκολίες και

συναισθήματα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους. 2)Κάλυψη των αναγκών, των δυσκολιών και των συναισθημάτων των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους από τις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης. 3) Προτάσεις για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους σύμφωνα με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς. (Βλ. Παράρτημα 3)

**Θεματική ενότητα 1. Εισαγωγή των ηλικιωμένων στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης. Ανάγκες, δυσκολίες και συναισθήματα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους.**

**Ανάγκες ηλικιωμένων**

**A) Βασικές πρωτογενείς ανάγκες**

### Υγεία

Οι ηλικιωμένοι που εισέρχονται στις Μονάδες κλειστής περίθαλψης έχουν κάποιες ανάγκες που σχετίζονται κυρίως με την υγεία τους. Τους ενδιαφέρει να αισθάνονται ασφάλεια ότι λαμβάνουν τη σωστή περίθαλψη.

*<<Πάνω απ' όλα η υγεία τους. Δηλαδή αυτό είναι το βασικό που τους ενδιαφέρει>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

*<<Θέματα Υγείας. Άγχος πολύ με την υγεία τους>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)*

Υπάρχουν πολλοί ηλικιωμένοι που πάσχουν από κάποια προβλήματα υγείας. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι είτε νοητικά είτε σωματικά. Κάποια από αυτά μπορεί να επηρεάζουν τη σωματική κατάσταση των ηλικιωμένων ή τις εγκεφαλικές τους λειτουργίες. Ακόμα υπάρχουν και εκείνοι οι οποίοι πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

*<<Φιλοξενούνται άτομα που βρίσκονται σε φυτική κατάσταση ή είναι κατακεκλιμένοι>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

*<<Υπάρχουν και άτομα που μπορεί να πάσχουν από σχιζοφρένεια ή επιληψία και χρήζουν άλλου είδους ιδρυματικής περίθαλψης. >> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)*

Επιπλέον υπάρχει μια μερίδα ηλικιωμένων η οποία πάσχει από κάποια μορφή άνοιας. Τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη από ειδική φροντίδα και εισέρχονται στις μονάδες όταν η οικογένειά τους δεν έχει τη δυνατότητα να τους τη προσφέρει ολοκληρωτικά.

*<< Υπάρχουν ηλικιωμένοι που είναι πάρα πολύ καλά νοητικά, οι οποίοι βρίσκονται εδώ και κάνουν τις δουλειές του κανονικά, βγαίνουν έξω κλπ. Αλλά υπάρχουν και εκείνοι που είναι σε προχωρημένο στάδιο άνοιας, για αυτό και η οικογένειά τους απευθύνεται εδώ. >> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)*

*<< Θα έρθει εδώ με την θέλησή του, εκτός και αν έχει κάποια μορφή άνοιας που μπορεί να χειριστεί με φαρμακευτική αγωγή, αλλά η οικογένειά του δεν είναι σε θέση να το διαχειριστεί. >> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης συχνά κατηγοριοποιούν τους ηλικιωμένους σύμφωνα με την πάθηση ή την λειτουργικότητά τους.

*<< Υπάρχουν τρεις κατηγορίες ηλικιωμένων: οι αυτοεξυπηρετούμενοι, οι μερικώς αυτοεξυπηρετούμενοι και οι μη αυτοεξυπηρετούμενοι.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

### **Επιβίωση/ Φροντίδα εαυτού**

Πολλοί ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από βοήθεια καθώς δεν είναι οι ίδιοι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους.

*<<Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης στους περισσότερους >> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)*

*<<Μπορεί να είναι άτομα που βρίσκονται σε φυτική κατάσταση ή είναι κατακεκλισμένοι.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

Τα ηλικιωμένα άτομα που εισέρχονται στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης γνωρίζουν ότι θα λάβουν την κατάλληλη φροντίδα από εξειδικευμένο προσωπικό υγείας.

*<< Είναι συνήθως μόνοι τους γι' αυτό αναγκάζονται και έρχονται σε εμάς γιατί έχουν τη βοήθεια από τους νοσηλευτές.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

Πολλοί ηλικιωμένοι δεν έχουν την δυνατότητα να οργανώσουν σωστά την διατροφή τους σύμφωνα με τις ανάγκες και τα προβλήματα υγείας που έχουν.

<< Εμείς γνωρίζουμε τις ανάγκες τους και έχουμε φτιάξει ένα πρόγραμμα έτσι ώστε να γνωρίζουν πότε θα πηγαίνουν στην τραπεζαρία για να γευματίσουν, πότε θα πάρουν τα φάρμακά τους και πότε θα πάνε στα δωμάτιά τους για να ξεκουραστούν.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)

## **B) Ψυχολογικές ανάγκες**

### **Αγάπη-φροντίδα**

Οι ηλικιωμένοι όταν αποχωρίζονται το σπίτι τους έχουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι εκεί που πηγαίνουν θα τους νοιάζονται πραγματικά. Έχουν την ανάγκη να λάβουν αγάπη, όπως θα λάμβαναν από την οικογένειά τους, αλλά έχουν και την ανάγκη να δώσουν αγάπη ώστε να νιώσουν οικεία.

<<Αυτοί οι άνθρωποι θέλουν κάποιον δίπλα τους να μιλάνε και ας λένε το οτιδήποτε, μου δίνουν την εντύπωση ότι είναι άνθρωποι που τους λείπει η αγκαλιά. Κάποιοι από αυτούς επειδή με έχουν μάθει εδώ μέσα με αποκαλούν εγγόνι τους και μόλις με βλέπουν με αγκαλιάζουν, ακόμα και αυτοί που έχουν άνοια.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

<< Χρειάζονται κάποιον να μιλάνε, τους λείπει η αγκαλιά, τους λείπει η οικογένεια >>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)

<<Γενικά οι ηλικιωμένοι χρειάζονται πάρα πολύ αγάπη, θέλουν μάλλον να γνωρίσουν αυτόν που θα αφήσουν τα συναισθήματά τους, να ανοιχτούν, ακόμα και οι άνθρωποι που είναι γνωστικά καλά. Πρέπει οπωσδήποτε να πειστούν για αυτόν που έχουν απέναντί τους, όπως όλοι οι άνθρωποι δηλαδή.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

### **Κοινωνική αποδοχή - ανήκειν**

Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από ανθρώπινες σχέσεις και ενσωμάτωση σε μια ομάδα, χωρίς το αίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Θέλουν να αισθάνονται ότι ανήκουν κάπου, ότι συμμετέχουν και ότι τους σέβονται.

<<Αίσθημα μοναξιάς που προκύπτει από την έλλειψη επικοινωνίας με το στενό οικογενειακό περιβάλλον>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)

<<Είναι πολλές ώρες μόνοι τους, νιώθουν μοναξιά και γι' αυτό θέλουν να έρθουν.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

<< Θέλει καθησυχασμό από όλους μας, θέλει δουλειά από όλο το προσωπικό, δηλαδή, ο άνθρωπος χρειάζεται το καλωσόρισμα, όταν οι άνθρωποι καταλαβαίνουν, απ' την ώρα που μπαίνουν, μέχρι την ώρα που θα κάτσουν στο τραπέζι, που θα δουν κάποια καινούρια πρόσωπα και λοιπά, έχουν ανάγκη να δημιουργηθεί ένα κλίμα θετικό γύρω τους.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

<< Έχουν ανάγκη από παρέα και από ερεθίσματα, να μην είναι σε ένα σπίτι και να κοιτάζουν τον τοίχο, γιατί οι περισσότεροι δε θέλουν να κοιτάνε ούτε την τηλεόραση πια.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)

<<Οι περισσότεροι είναι χήρες- χήροι για αυτό έρχονται εδώ. Θα κάνουν φιλίες, θα έχουν αντιπάθειες, θα τσακωθούν, θα σφαχτούν, θα αγαπιούνται.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

### **Ασφάλεια – σταθερότητα**

Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται να νιώθουν ασφάλεια και σταθερότητα. Δηλαδή ότι μπορεί να αφήνουν πίσω τους το οικογενειακό τους περιβάλλον αλλά με τον καιρό θα προσαρμοστούν στο καινούργιο τους σπίτι και θα νιώσουν και πάλι προστατευμένοι.

<<Υπάρχει μεγάλη ανασφάλεια στους ανθρώπους όταν έρχονται εδώ. Βοηθάει, είδα δηλαδή, από την εμπειρία ότι οι άνθρωποι που είναι προετοιμασμένοι καλύτερα για να έρθουν εδώ και όταν υπάρχει μια σύμπνοια από όλη την οικογένεια, και αρκετή συζήτηση και εμπλοκή του ανθρώπου σε αυτή την απόφαση, τα πράγματα είναι πιο εύκολα. Επίσης, το ότι εγώ θα μπορώ να έχω κάνει μία επίσκεψη στο σπίτι, και να είμαι ένα σημείο αναφοράς, ένα οικείο πρόσωπο που το έχουν δει, έχουν συζητήσει μαζί του, και μετά όταν έρθουν εδώ το υποδέχονται, νομίζω ότι τους ηρεμεί περισσότερο. Αλλά έχουν οι άνθρωποι σίγουρα μία ανασφάλεια για το τί είναι εδώ. Αυτά που ακούγονται για τα ιδρύματα και ιδιαίτερα στους μεγάλους ανθρώπους, είναι σχεδόν πάντα αρνητικά. Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι έχουν καλή πρόθεση, θέλουν, αλλά βιώνουν ένα φόβο και ένα άγχος.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

Οι άνθρωποι αυτοί έχουν ανάγκη να αισθάνονται ότι υπάρχει επαρκής ασφάλεια σε θέματα διαβίωσης, ότι μένουν σε ένα ασφαλές μέρος από το οποίο θα έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας και στην φαρμακευτική τους αγωγή.

*<< Κάποιοι μένουν μόνοι τους και έχουν θέματα υγείας, έχουν πολύ άγχος για την υγεία τους, για αυτό έρχονται εδώ.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)*

Πολλοί αισθάνονται μετέωροι καθώς δεν έχουν ένα επαρκές εισόδημα. Συχνά δεν μπορούν να καλύψουν το ενοίκιό τους ή να διαχειριστούν σωστά τα οικονομικά τους.

*<<Χαμηλό βιοτικό επίπεδο που συνδέεται άμεσα με το ποσό της σύνταξης που παίρνουν. Αυτό τους καθιστά ανίκανους για ανεύρεση δικής τους στέγης και δημιουργεί ένα πρόσθετο αίσθημα ανασφάλειας . >>(Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

### **Ανάγκες οικογένειας ηλικιωμένων**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τις έρευνας οι συγγενείς των ηλικιωμένων φαίνεται να έχουν κυρίως ψυχολογικές ανάγκες. Καθώς σε πολλές περιπτώσεις αναφέρεται ότι επέλεξαν στην εισαγωγή του ηλικιωμένου συγγενή τους στην μονάδα όχι γιατί αδιαφορούσαν αλλά γιατί λόγο φόρτου εργασίας ή προβλημάτων υγείας άλλων μελών της οικογένειας, δεν μπορούσαν να του προσφέρουν μια ολοκληρωμένη φροντίδα.

*<<Οι συγγενείς το επέλεξαν γιατί πολλές φορές έχουν δικά τους παιδιά ή υποχρεώσεις ή ακόμα και δικά τους προβλήματα υγείας>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

### **Α) Ανάγκη καθησυχασμού**

Οι συγγενής των ηλικιωμένων έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άνθρωποι τους διαμένουν σε ένα καθαρό περιβάλλον και χρήζουν σωστής αντιμετώπισης. Θέλουν να σιγουρευτούν ότι οι συγγενής τους είναι καθαροί, ότι λαμβάνουν σωστά την εκάστοτε αγωγή τους και ότι λαμβάνουν ολοκληρωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

*<<Συνήθως το πρόβλημα τους είναι αν είναι οι ίδιοι αρκετά καθαροί και αν είναι τα δωμάτια που διαμένουν καθαρά>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)*

*<<Τα παιδιά δηλαδή βλέπουν ότι δεν μπορεί μόνος του να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα του, θέλουν να έρθουν για να είναι ασφαλείς>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

## **B) Ανάγκη επικοινωνίας με ηλικιωμένο συγγενή**

Τα μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων έχουν ανάγκη να έρχονται σε επαφή μαζί τους. Είτε μέσω τηλεφώνου, είτε μέσω δράσεων είτε με την μορφή του επισκεπτηρίου. Ενδιαφέρονται για εκείνους και αναζητούν νέες διόδους επικοινωνίας.

*<<Στην πλειοψηφία διατηρούν επαφές, μιλάνε στο τηλέφωνο και έρχονται συχνά.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)*

*<<Η οικογένεια είναι αρκετά ενεργή και ενδιαφέρονται για τους ηλικιωμένους ανθρώπους τους. ζητούν βοήθεια από το προσωπικό τους, στο να βρουν νέους τρόπους επικοινωνίας με τον άνθρωπό τους αλλά και δράσεις που μπορούν να κάνουν παρέα>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

## **Δυσκολίες και συναισθήματα ηλικιωμένων**

### **A) Δυσκολίες**

#### **Δυσκολίες προσαρμογής**

Η μεγαλύτερη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι κατά την εισαγωγή τους στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης είναι η μεταβατική περίοδος της προσαρμογής τους. Είτε η εισαγωγή τους είναι εκούσια, οπότε αποφασίζουν οι ίδιοι την εισαγωγή τους για να καλύψουν βασικές τους ανάγκες, είτε είναι ακούσια, οπότε το έχουν αποφασίσει οι συγγενείς τους λαμβάνοντας ή όχι υπόψη τους την γνώμη των ηλικιωμένων. Σε κάθε περίπτωση το μεταβατικό αυτό στάδιο είναι μια δύσκολη διαδικασία.

*<< Δύσκολη η προσαρμογή για τους ανθρώπους με άνοια αλλά και χωρίς, τους λείπουν τα παιδιά τους, πολλοί μένουν κλεισμένοι στο δωμάτιο.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)*

*<<Άλλοι δοξάζουν το Θεό που βρέθηκε ένας χώρος να τους φιλοξενήσει και άλλοι καταριούνται την τύχη τους. Άλλοι το παίρνουν σαν μια πρόκληση, να γνωρίσουν νέα*



άτομα , έτσι να βρουν φίλους ή και νέα ενδιαφέροντα, άλλοι όμως είναι αρνητικοί σε αυτό. Εξαρτάται πάλι.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

<<Το 98% των ηλικιωμένων δεν θέλουν να μπουν σε ένα τέτοιο χώρο . Εξαιρούνται οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από άνοια που δεν γνωρίζουν που βρίσκονται.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

### **Δυσκολία λήψεις ολοκληρωμένης περίθαλψης**

Επιπλέον οι ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με δυσκολίες που προκύπτουν από τη μονάδα. Αυτές είναι κυρίως η έλλειψη επαρκούς εξειδικευμένου προσωπικού, κυρίως νοσηλευτικού. Σε αυτήν την περίπτωση όπου το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι αρκετό και οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν είναι ολοκληρωμένες.

<< Η έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι γεγονός που καθιστά ακόμα πιο σοβαρή την όλη κατάσταση, όταν σε ένα Ίδρυμα με 110 φιλοξενούμενους υπάρχουν μέρες που δεν μπορούν να βγουν οι βάρδιες, με ότι αυτό συνεπάγεται !>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

Καθώς επίσης υπάρχουν κάποια περιστατικά τα οποία θα έπρεπε να φιλοξενοούνται σε κάποια άλλη δομή ιδρυματικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα σε κάποιο κέντρο αποκατάστασης μετά από ένα ατύχημα ή σε δομή ψυχιατρικού ενδιαφέροντος, οπότε με την παραμονή τους στην μονάδα δεν χρήζουν ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας.

<<Υπάρχουν άνθρωποι που θα έπρεπε να φιλοξενοούνται σε άλλες δομές, όπως κάποια ψυχιατρικά, κάποιοι που θα έπρεπε να βρίσκονται σε κάποιο κέντρο αποκατάστασης και αυτό δε συμβαίνει γιατί δεν υπάρχουν πολλές φορές οι αντίστοιχες δομές>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

## **B) Συναισθήματα των ηλικιωμένων**

### **Άγχος- Ανασφάλεια**

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα συναισθήματα κατά την εισαγωγή των ηλικιωμένων διαφοροποιούνται από άνθρωπο σε άνθρωπο, αλλά έχουν και αρκετά κοινά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα οι περισσότεροι βιώνουν ένα αίσθημα άγχους και ανασφάλειας καθώς έρχονται σε επαφή με ένα καινούριο περιβάλλον και άγνωστους ανθρώπους.

<< Κυρίως αισθάνονται άγχος, ανασφάλεια και φόβο.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

<<Υπάρχει λίγο μια σύγχυση, ένα άγχος μέχρι να τακτοποιηθούν, να μάθουν τα κατατόπια του δωματίου, να συνηθίσουν στο πρόγραμμα του Ιδρύματος>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

### **Θλίψη- Στεναχώρια**

Παράλληλα, βιώνουν ένα έντονο συναίσθημα μελαγχολίας καθώς αναγκάζονται να αποχωριστούν το σπίτι τους, τη καθημερινότητά τους και την οικογένεια τους. Πολλές φορές βυθίζονται στην θλίψη γιατί αισθάνονται ότι η οικογένεια τους τους εγκατέλειψε.

<<Δύσκολη η προσαρμογή. Στενοχωριούνται, τους λείπει η αγκαλιά, τους λείπει η οικογένεια τους, τα παιδιά τους, πολλοί μένουν κλεισμένοι στο δωμάτιο τους >> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)

<<Κάποιοι είναι μελαγχολικοί. Πολλές φορές αρκετά οζύθυμοι κι δύστροποι, μιλάνε άσχημα γεγονός αρκετά φυσιολογικό λόγω της εγκατάλειψης που βιώνουν>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

### **Θετικά συναισθήματα: Αποδοχή της εισαγωγής**

Κάποιοι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται με θετικό τρόπο την εισαγωγή τους σε μια Μονάδα Κλειστής Περίθαλψης. Η εισαγωγή τους λειτουργεί ως κίνητρο να ξεφύγουν από την μοναξιά τους και να δοκιμάσουν καινούργια πράγματα ή να συνάψουν νέες ανθρώπινες σχέσεις.

<<Πολλοί το παίρνουν σαν μια πρόκληση, να γνωρίσουν νέα άτομα, να βρουν φίλους ή και νέα ενδιαφέροντα>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

### **Συναισθήματα αννοϊκών.**

Οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται στα πρώτα στάδια μιας μορφής άνοιας έχουν την δυνατότητα να βιώσουν την μετάβαση από το σπίτι στην μονάδα. Φυσικά και για εκείνους δεν είναι εύκολη διαδικασία, τους δημιουργεί ένταση και σύγχυση.

<<Για τους ηλικιωμένους που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της άνοιας, που υπάρχει έτσι και αλλιώς μεγαλύτερη ανησυχία, είναι λίγο πιο έντονα όλα, εκεί υπάρχει πρόβλημα.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν οι ανοϊκοί που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια μιας μορφής άνοιας. Εκείνοι οι ηλικιωμένοι μπορεί να μην αντιλαμβάνονται σε μεγάλο βαθμό την αλλαγή περιβάλλοντος αλλά πολλές φορές δείχνουν με τον δικό τους τρόπο ότι βιώνουν διαφορετικά συναισθήματα με αυτά που βίωναν παλιότερα.

<< Υπάρχουν εκείνοι οι οποίοι δεν καταλαβαίνουν τη μετάβαση από το σπίτι τους στη μονάδα.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)

<<Εκεί τα πράγματα είναι λίγο πιο εύκολα γιατί το συναίσθημα είναι λίγο πιο πεσμένο. Μπορεί και να μην καταλάβει τη μετάβαση καλά – καλά.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)

<<Οι άνθρωποι που έχουν άνοια δεν εκφράζονται λεκτικά αλλά εκφράζονται πάρα πολύ καλά, μη λεκτικά.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

### **Δυσκολίες και συναισθήματα οικογένειας ηλικιωμένων**

#### **Άγχος**

Η οικογένεια των ηλικιωμένων φαίνεται να βιώνει ένα έντονο άγχος για τη διαβίωση των συγγενών τους στη μονάδα. Τους απασχολεί πολύ η κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων αλλά και η συνθήκες διαβίωσης στη μονάδα, αν δηλαδή οι ηλικιωμένοι ζουν σε ένα καθαρό περιβάλλον και αν λαμβάνουν την φροντίδα που τους χρειάζεται ειδικά σε περιπτώσεις άνοιας.

<<Η οικογένεια έχει ανάγκες και κυρίως συναισθηματικής στήριξης, διότι νιώθουν άγχος, θλίψη, στρες>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

<<Ανησυχία για το αν είναι οι ίδιοι αρκετά καθαροί και αν είναι τα δωμάτια που διαμένουν καθαρά>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

<< Ναι συνήθως όταν παρατηρούν κάτι, μια ανησυχία για τον άνθρωπό τους ή κάποια περίοδο σύγχυσης ή όταν έχουμε άνοια που υπάρχει μια εξέλιξη πάνω σε αυτό, έχουν πολύ άγχος και χρειάζονται ενημέρωση>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

## **Θλίψη**

Επίσης αισθάνονται έντονη θλίψη, δεν τους αρέσει που συναίνεσαν στην εισαγωγή του ηλικιωμένου σε κάποια μονάδα, ακόμα και αν αναγκάστηκαν λόγω φόρτου εργασία ή προβλημάτων υγείας να το κάνουν.

*<<Νιώθουν θλίψη, δεν ήθελαν να βάλουν τον συγγενή τους σε γηροκομείο αλλά είναι φορές που και οι ίδιοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

*<<Στενοχωριούνται που αναγκάστηκαν να φέρουν τους ανθρώπους τους εδώ, κρατάνε επαφή, έρχονται κάθε εβδομάδα κάποιοι, αλλά και κάποιοι άλλοι που δεν έρχονται τόσο συχνά γιατί είναι το πρόγραμμα τους τέτοιο , παίρνουν συνέχεια τηλέφωνα>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)*

## **Τύψεις**

Ακόμη πολλοί νιώθουν τύψεις και αμηχανία που αναγκάστηκαν να αφήσουν τον άνθρωπο τους σε μια Μονάδα Κλειστής Περιθάλψης. Ακόμη και όταν ενημερώνονται αρκετά και επισκέπτονται τους συγγενής τους

*<<Πολλές τύψεις σίγουρα και αμηχανία απέναντι στους ηλικιωμένους συγγενείς τους>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

*<<Περισσότερο έχω επαφή με την οικογένεια παρά με τους ίδιους. Γιατί οι περισσότεροι έχουν τύψεις που είναι οι γονείς τους άδω ακόμα και αν είναι παιδιά που έρχονται πιο συχνά. Αισθάνονται συχνά τύψεις. παίρνουν πάνω από 2-3 Φορές την ημέρα και ζητάνε ενημέρωση.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

*<<Τώρα υπάρχουν και εκείνοι που έχουν πολλές ενοχές που έφεραν τον συγγενή τους εδώ.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)*

*<<Είναι κυρίως επιλογή της οικογένειας στις περισσότερες περιπτώσεις λόγω εργασίας και για αυτό δεν νιώθουν καλά>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)*

## **Αδιαφορία**

Παρόλα αυτά οι συγγενείς των ηλικιωμένων δεν δείχνουν πάντοτε ενδιαφέρον για τον συγγενή τους, κάποιοι αδιαφορούν και τους παραμελούν. Δεν επικοινωνούν συχνά, δεν

τους επισκέπτονται καθόλου ή σχεδόν καθόλου και ακόμα και σε περιπτώσεις ανάγκης το προσωπικό είναι αυτό που τους εφιστά την προσοχή.

<<Υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν έρχονται καθόλου ή σχεδόν καθόλου>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)

<<Όσοι έχουν οικογένεια, λίγοι είναι αυτοί που κρατάνε επαφές, δυστυχώς οι περισσότεροι έχουν ελάχιστες επαφές με την οικογένεια>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)

<<Οι πιο πολλοί ενδιαφέρονται πολύ και έρχονται συχνά, υπάρχουν άλλοι που έρχονται απλά μια φορά τον μήνα να πληρώσουν και δεν ανεβαίνουν καν να τους δουν.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)

<<Σε κάποιες περιπτώσεις να τους αναγκάσουμε να ενδιαφερθούν>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

## **Θεματική ενότητα 2. Κάλυψη των αναγκών, των δυσκολιών και των συναισθημάτων των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους από τις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης**

### **Ανάγκες ηλικιωμένων**

#### **A) Βασικές πρωτογενείς ανάγκες ηλικιωμένων**

##### **Υγεία**

Στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης δύναται μεγάλη βαρύτητα στην κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, γίνεται πολύ προσεκτικά η λήψη ιατρικού ιστορικού έτσι ώστε να ανταπεξέλθουν όσο καλύτερα μπορούν στις ανάγκες τους. Πριν την εισαγωγή των ηλικιωμένων στις μονάδες πολλές φορές γίνονται εξετάσεις υγείας, με στόχο την πλήρη εικόνα της υγείας τους, τόσο για να φροντίσουν ώστε να λάβουν την αντίστοιχη φροντίδα που χρειάζονται, όσο και για να διασφαλίσουν την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων που ήδη βρίσκονται σε αυτές.

*<<Μετά από το κοινωνικό ιστορικό γίνονται κάποιες εξετάσεις, αίματος κυρίως για λοιμώδη κτλ. και παράλληλα η εισαγωγή του ηλικιωμένου στη μονάδα.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)*

*<<Κάνουμε κάποιες ερωτήσεις όσον αφορά ως προς το νοσηλευτικό ιστορικό και ως προς το κοινωνικό να δούμε σε τι κατάσταση είναι, το ανακοινώνουμε στον γιατρό μας και στον διευθυντή και βλέπουμε αν μπορούμε να τον φιλοξενήσουμε και αν ανταποκρινόμαστε στις ανάγκες του. έχουμε πάρει έναν ιατρικό, εργαστηριακό έλεγχο, για να δούμε αν έχει κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα ,κυρίως αυτό μας ενδιαφέρει, έτσι ώστε να ξέρουμε ότι είναι ασφαλείς και όλοι οι υπόλοιποι όταν θα έρθει άδω. είναι προαπαιτούμενος. δηλαδή χωρίς αυτό δεν μπορεί να κάνει εισαγωγή άδω και ας μας κάνει σε όλα τα υπόλοιπα.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

Ακόμη ερευνούν την πιθανότητα ύπαρξης κάποιας μορφής άνοιας ή άλλων ψυχικών νοσημάτων και με τα αποτελέσματα σχεδιάζουν την μέθοδο διαχείρισης τους.

*<<Κάνουμε τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης άνοιας και κατάθλιψης για να μπορέσουμε ας πούμε και να γνωρίσουμε καλύτερα τον άνθρωπο και να δούμε τι δυνατότητες υπάρχουν για να προσαρμοστεί εδώ, πως θα τον διαχειριστούμε και πως θα τον βοηθήσουμε>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

Για την διασφάλιση της υγείας και της σωστή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ηλικιωμένων, οι Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης απασχολούν καθημερινά ή περιστασιακά πολλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας. Ακόμη, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν δομήσει ένα δίκτυο συνεργασίας με εξωτερικούς γιατρούς, νοσοκομεία κ.α., με στόχο την κάλυψη όποιας ιατρικής ανάγκης μπορεί να προκύψει και σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ηλικιωμένου. Κλείνουν ραντεβού σε ιατρούς ή προγραμματίζουν εξετάσεις. Επίσης μεριμνούν για τις απαραίτητες ενέργειες σχετικά με επιδόματα ή έκδοση συντάξεων όταν χρειαστεί, όπως επίσης και για την κάλυψη τυχόν ανασφάλιστων που φιλοξενούν ακόμα και προσωρινά στις μονάδες τους.

*<<Παθολόγος ιατρός, φυσιοθεραπευτής, νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Ακόμη, εάν χρειαστεί συνεργάζονται με εξωτερικούς συνεργάτες, όπως π.χ. ψυχολόγο, ψυχίατρο, νευρολόγο, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή κ.λπ.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

<<Κοινωνική Υπηρεσία Του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων , με Κέντρο Ψυχικής Υγείας, με την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας , με Εισαγγελία Χανίων , με Δήμο Χανίων , με « Βοήθεια στο Σπίτι» και γενικότερα με Φορείς που έχουν σαν αντικείμενο τους τη προστασία της τρίτης ηλικίας και όχι μόνο. Προγραμματισμός ιατρικών εξετάσεων, και κλείσιμο ραντεβού για συνταγογράφηση φαρμάκων στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων ή σε Εξωτερικούς Ιατρούς. Απαραίτητες ενέργειες για την έκδοση για συντάξεων και επιδόματα -πιστοποιητικά αναπηρίας. Φύλαξη και διαχείριση του υπολοίπου της σύνταξης των ηλικιωμένων σε συνεργασία με την οικογένεια τους. Συνεργασία με το Ταχυδρομείο σχετικά με τη παραλαβή των συντάξεων. Συνεργασία με το Νοσηλευτικό προσωπικό όσο αφορά τη θεραπεία των τροφίμων ή τυχόν αλλαγές στη θεραπεία . Άμεση συνεργασία με την Ιατρό του Ιδρύματος Και Ιατρούς του Γ. Ν. Χανίων. Υπεύθυνη για τη προσωρινή και φιλοξενία περιστατικών στους ξενώνες φιλοξενίας του Δημοτικού Γηροκομείου. Κοινωνική Εργασία με Άτομα και Οικογένειες. Διαδικασία εγγραφής των Άπορών και Ανασφάλιστων στο Ηλεκτρονικό Μητρώο Ανασφαλιστων προκειμένου να δικαιούται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

<<Με νοσοκομεία, με γηρίατρο τον κύριο Π., με φοιτητές ιατρικής από το Πανεπιστήμιο της Βοστώνης και παρακολουθούν τη δράση μιας ομάδας, έχουμε πολύ κόσμο.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

### **Επιβίωση/ Φροντίδα εαυτού**

Για την μερίδα των ηλικιωμένων που δεν δύνανται να αυτοεξυπηρετηθούν είτε καθόλου είτε μερικώς, οι μονάδες είναι καταρτισμένες με εξειδικευμένο προσωπικό ιατρικό, νοσηλευτικό ή παραϊατρικό. Το προσωπικό αυτό βρίσκεται κοντά στους ηλικιωμένους όλο τον 24ωρο. Από το πρωί που θα ξυπνήσουν μέχρι όταν θα ξεκουραστούν. Οι νοσηλευτές φροντίζουν την υγιεινή και την φαρμακευτική αγωγή, οι ιατροί επιβλέπουν όταν παραστεί ανάγκη και υπάρχουν και κάποιες ομάδες φυσιοθεραπείας και εργοθεραπείας. Όλοι καταβάλουν προσπάθεια για την διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης των τροφίμων.

<<Θα ξυπνήσουν το πρωί, οι κοπέλες οι φροντίστριες θα τους αλλάζουν θα τους πλύνουν, θα τους ετοιμάσουν, όσοι βέβαια είναι σε καλό επίπεδο το κάνουν μόνοι τους. Μετά οι

νοσηλεύτριες, έχουμε καθαρίστρια, φυσικοθεραπεύτρια, ψυχίατρο, ο γιατρός ο οποίος έρχεται καθημερινά >>(Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

<<Ενίσχυση των ικανοτήτων τους όσο γίνεται μέσω της εργοθεραπείας που καθημερινά ασκείται στο χώρο. Υπάρχει ιατρική παρακολούθηση και επίβλεψη. Το Ίδρυμα λειτουργεί σε 24ωρη βάρδια, καλύπτοντας τις ανάγκες των τροφίμων σε φάρμακα , εξετάσεις κ.α.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

<<Πρόγραμμα γυμναστικής 2 φορές την εβδομάδα>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)

<<Φυσιοθεραπείες που κάνουν ομαδική γυμναστική>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)

Σε ότι αφορά την διατροφή των ηλικιωμένων, έχει δομηθεί ένα πρόγραμμα διατροφής σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες τους, το οποίο έχουν αναλάβει άτομα που ασχολούνται αποκλειστικά με την σίτιση. Και παρόλο που οι ηλικιωμένοι είναι ενήμεροι για το πρόγραμμα διατροφής αν δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα ή κάποια άλλη ανάγκη οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ψάχνουν τρόπο επίλυσης τους.

<<Ξυπνάνε παίρνουν το πρωινό τους, μετά γνωρίζουν την ώρα του μεσημεριανού και μετά τον ύπνο ξυπνάνε και τρώνε το απογευματινό>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)

<<10 θα πιουν τον καφέ τους, ο καθένας ζητά τον καφέ του με συγκεκριμένο τρόπο, είναι σημείο αναφοράς ο καφές.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)

<<Εννέα η ώρα παίρνουν το πρωινό τους και τον καφέ τους, που περιλαμβάνει γάλα, χαμόμηλο, τσάι μαρμελάδα τα σχετικά. Θα πάνε μετά στις δώδεκα για το φαγητό τους, το απόγευμα πέντε η ώρα έχουμε τον καφέ επτά η ώρα είναι το βραδινό>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

<<Σε 24ωρη βάρδια, καλύπτονται και οι ανάγκες φαγητού και απασχολούνται καθημερινά Μάγειρες , Βοηθοί Μαγείρων και Τραπεζοκόμοι>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

<<Έχουμε να κάνουμε με πολλά πράγματα, όπως επίσης με τα πρακτικά θέματα για την ώρα του πρωινού, του απογευματινού, του βραδινού, πρέπει να είμαι εκεί, και να δισειθανθώ αλλά και να παρατηρήσω σχέσεις και τα σχετικά αλλά αν κάποιος θέλει κάτι



*άλλο, αν δεν θέλει αυτό το φαγητό, γιατί, πως, να καλυφθεί αυτή η ανάγκη του.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

## **B) Ψυχολογικές ανάγκες ηλικιωμένων**

### **Αγάπη-φροντίδα**

Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από αγάπη, φροντίδα και οικογενειακή ζεστασιά. Αυτό είναι κάτι που από ότι φαίνεται καλύπτεται σε μεγάλο βαθμό από τις Μονάδες Κλειστής Περιθαλψής. Το προσωπικό των μονάδων δημιουργεί ένα κλίμα οικειότητας με τους ηλικιωμένους είτε μέσω διάφορων ομάδων και πρακτικών είτε μέσω της προσωπικής σχέσης που αναπτύσσουν. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δείχνουν μέσω των ομάδων ή προσωπικών συζητήσεων στους ηλικιωμένους ότι τους νοιάζονται και το προσωπικό είναι έτοιμο να περιθάλψει κάθε ηλικιωμένο όταν παραστεί ανάγκη.

*<<Δηλαδή θα έχουν σχέση με εμάς , που δεν είναι ότι μπαίνω κάνω την δουλειά μου και φεύγω. Είμαστε τόσο καιρό εδώ, είμαστε κάθε μέρα μαζί, υπάρχει μια σχέση πιο οικογενειακή.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)*

*<<Πολύ καλά. Τους μιλούν και με παρατσούκλια, τους φέρνουν δώρα. σοκολάτες κλπ. όπως και οι νοσηλεύτές, καρβουνάκια για το καντήλι και άλλα πράγματα που χρησιμοποιούν καθημερινά.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)*

*<<Όλοι τους έχουν επαφή με τους ηλικιωμένους, ακόμα και η διεύθυνση και η γραμματεία αν είναι κάποιος σε έξαρση θα τον πάρει στο γραφείο να τον ηρεμίσει, θα πάρει την οικογένεια τηλέφωνο που ένα τηλέφωνο μαζί τους πάντα βοηθά. Έχουν πολύ καλή σχέση με όλους. μπορεί να ακούσουν την ημέρα 50 καλημέρες περά από τη συζήτηση και τα νέα τους, σαν ένα χωριό.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

*<<Μικροπροβλήματα τα λύνουμε μέσα στην ομάδα, δηλαδή φέρνουμε θέματα, συζητούμε>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

*<<Δουλεύουμε με όλες τις μεθόδους, έχουμε κάνει πάρα πολλά προγράμματα με σκοπό την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων εδώ. Εμείς τώρα και δουλεύουμε με όλες τις μεθόδους, με τα άτομα, με τις ομάδες, με τη κοινότητα. Τα πάντα. Αν πούμε για την καθημερινότητά μας ξεκινάμε στα προβλήματα, συζητάμε, πολλοί έχουν μάθει και έρχονται στο γραφείο, να*

*συζητήσουμε κάποια θεματάκια που τους απασχολούν, να κινητοποιήσουμε τους ανθρώπους διότι είναι στόχος μας η ενεργή γήρανση, να ενεργοποιηθούν να συμμετέχουν στις δράσεις που κάνουμε, είτε εντός, είτε εκτός.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

*<<Δηλαδή όταν ένας άνθρωπος είναι βαριά άρρωστος, πρέπει να πάω στο δωμάτιο του κάθε μεσημέρι να μιλάμε, να δω πως είναι κάθε μέρα, πως το αντιμετωπίζει, πως μπορούμε να βοηθήσουμε. γιατί πάνω από όλα είναι η ψυχολογία νομίζω.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

### **Κοινωνική αποδοχή - ανήκειν**

Στόχος των Κοινωνικών λειτουργιών είναι να αισθανθούν οι ηλικιωμένοι μέρος ενός συνόλου. Να σταματήσουν να αισθάνονται μοναξιά ή να νιώθουν άβολα επειδή μειώνεται η λειτουργικότητα τους. Δημιουργούν ομάδες, συζητάνε, τραγουδάνε, τους δίνουν ερεθίσματα πάντα σύμφωνα με τα δικά τους χαρακτηριστικά.

*<<Κάνουμε ομάδα. Είμαστε όλοι μαζί σε ένα χώρο και μπορούμε παράλληλα και να μιλάμε και να τραγουδάμε. Μπορεί να δούμε ταινία, κάθονται όλοι μαζί στο σαλόνι.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)*

*<<Υπάρχουν κάποιοι που είναι παρά πολύ αγχωμένοι και θέλουν καθοδήγηση οι περισσότεροι δεν θέλουν να βγαίνουν έξω γιατί βλέπουν ότι πέφτει η λειτουργικότητα τους, ειδικά αν έχουν αρχίσει να έχουν και κάποια ελλείμματα μνήμης. Εδώ τους αποδεχόμαστε όπως και αν είναι και κάνουμε ομάδες ανάλογα με το πως είναι.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

### **Ασφάλεια – σταθερότητα**

Υπάρχει στήριξη για ένα θετικό κλίμα που να εμπνέει ασφάλεια. Αυτό επέρχεται με τον καιρό, καθώς οι ηλικιωμένοι εξοικειώνονται με το χώρο κ γνωρίζουν καλύτερα το προσωπικό της εκάστοτε μονάδας. Επιπλέον, το γεγονός ότι το προσωπικό απασχολείται σε 24ωρη βάρδια, εμπνέει σιγουριά στους ηλικιωμένους, αφού γνωρίζουν πως ότι και να τους συμβεί δεν θα είναι μόνοι αλλά αντίθετα βρίσκονται στα χέρια εξειδικευμένου προσωπικού. Αυτό κάποιες φορές οδηγεί τους ηλικιωμένους στο να δημιουργήσουν σχέσεις εξάρτησης με το προσωπικό των μονάδων.

<<Με τον καιρό υπάρχει πολύ μεγάλη αλλαγή. Γνωρίζουν και εμάς, αρχίζουν και τρέφουν συναισθήματα για εμάς, τους αγαπάμε και εμείς, δημιουργείτε ένα κλίμα ασφάλειας.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)

<<Υπάρχει στήριξη από τη μεριά όλου του προσωπικού προς τους ηλικιωμένους, προσπαθούν για ένα θετικό κλίμα που να εμπνέει ηρεμία, ασφάλεια και εμπιστοσύνη και εκείνοι αντίστοιχα εκφράζουν τις ανάγκες και τα συναισθήματά τους καθώς τους εμπιστεύονται, οι άνθρωποι με άνοια εκφράζονται κυρίως με μη λεκτικούς τρόπους.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

<<Το Ίδρυμα λειτουργεί σε 24ωρη βάρδια, καλύπτοντας τις ανάγκες των τροφίμων σε φάρμακα, εξετάσεις, είδη ρουχισμού και φαγητού. Υπάρχει ιατρική παρακολούθηση και επίβλεψη, ψυχολογική υποστήριξη, οτιδήποτε χρειαστούν.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)

<<Με τον καιρό νιώθουν ασφάλεια, τις περισσότερες φορές εξελίσσεται ακόμα και σε σχέση εξάρτησης αφού είναι τα μόνα άτομα που βλέπει και μπορεί να απευθυνθεί.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

## **Ανάγκες οικογένειας ηλικιωμένων**

### **Α) Ανάγκη καθησυχασμού**

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί επικοινωνούν πολύ συχνά με τις οικογένειες των ηλικιωμένων. Αντιλαμβάνονται ότι οι οικογένειες έχουν ανάγκη να ενημερώνονται για την πορεία των συγγενών τους για να αισθάνονται πιο ήσυχoi. Ταυτόχρονα η συνεργασία μαζί τους βοηθάει στην παρατήρηση συμπεριφορών των ηλικιωμένων, το οποίο διευκολύνει και τους Κοινωνικούς Λειτουργούς στην δουλειά τους και τους συγγενής των ηλικιωμένων να μεταφράζουν τις πράξεις των ανθρώπων τους.

<<Ε την οικογένεια τη θέλουμε κοντά μας συμπαραστάτη, τη θέλουμε συνεργάτη έτσι; Πάντοτε ενημερώνουμε για το κάθε τι που θα συμβεί στον δικό τους άνθρωπο.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

<<Κάθε μέρα, έρχεται ο νευρολόγος και ο ψυχίατρος ανά 15. Αν τους επανεξετάσουμε πάντα περνούμε τηλεφωνα, αν γίνει κάτι, αν χτυπήσουν, αν τσακωθούν, αν οτιδήποτε ενημερώνονται. αν τα πήγε παρά πολύ καλά σήμερα πάλι θα τους ενημερώσω ή αν δω κάτι

διαφορετικό στην συμπεριφορά τους που θα μου κάνει εντύπωση. Γιατί αν εκείνοι έρχονται το απόγευμα εγώ δεν θα το ξέρω, εγώ θα τους δω το πρωί και θα παρατηρήσω κάτι, εκείνοι θα μου πουν αν έγινε κάτι και τους αρέσει γιατί είναι πιο ήσυχοι. Γιατί ξέρονν ανά πάσα στιγμή τι γίνεται εδώ. Είμαστε τα μάτια τους.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)

<<Συνήθως όταν παρατηρούν κάτι, μια ανησυχία για τον άνθρωπό τους ή κάποια περίοδο σύγχυσης ή όταν έχουμε άνοια που υπάρχει μια εξέλιξη πάνω σε αυτό είμαστε από κοντά στο να δικαιολογήσουμε συμπεριφορικά προβλήματα και να εστιάσουμε σε αυτά ότι είναι η εξέλιξη της νόσου και όχι ότι το κάνει επίτηδες, γιατί υπάρχει πολλές φορές αυτό το σκεπτικό, και ενημερώνουμε και το παιδί πως μπορεί να χειριστεί, τι κάνουμε εμείς και τα σχετικά.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

## **B) Ανάγκη επικοινωνίας με ηλικιωμένο συγγενή**

Στις περισσότερες Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης οι Κοινωνικοί Λειτουργοί προσπαθούν και ενισχύουν την επικοινωνία των συγγενών με τους ηλικιωμένους. Προσφέρουν την δυνατότητα στους συγγενής να συμμετέχουν σε διάφορες εκδηλώσεις, γιορτές και προγράμματα έτσι ώστε να βρίσκονται κοντά στους ηλικιωμένους και να μην χάνουν την σχέση που έχουν μεταξύ τους.

<<Κάνουμε γιορτές, τους καλούμε και αυτούς να συμμετέχουν ή και όταν πάμε για καφέ πάλι ενημερώνομε όποιος θέλει να έρθει, από τα παιδιά τους συγγενείς, να συμμετέχουν.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

<<Εκδηλώσεις της οικογενείας θα κάνουμε σίγουρα. Πάσχα, Χριστούγεννα, η καλοκαιρινή γιορτή. Και αν δεις βγάζω πάντα ανακοινώσεις, για να το ξέρουν και να έρθουν όσοι θέλουν.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)

## **Δυσκολίες και συναισθήματα ηλικιωμένων**

### **A) Δυσκολίες**

#### **Δυσκολίες προσαρμογής**

Η προσαρμογή των ηλικιωμένων στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης συνήθως διαρκεί από μία εβδομάδα έως και ένα μήνα αναλόγως με την ιδιοσυγκρασία του ηλικιωμένου. Υπάρχει μεγάλη προσπάθεια και ενθάρρυνση από το προσωπικό και τους Κοινωνικούς

Λειτουργούς για την προσαρμογή τους, κυρίως μέσω του προγράμματος δραστηριοτήτων των μονάδων.

*<<Το πρόγραμμα είναι τέτοιο που σε ενσωματώνει τελικά. γύρος στις 10 ημέρες άντε 1 μήνα οι πιο δύσκολες περιπτώσεις, έχουν προσαρμοστεί.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

*<<Υπάρχει λίγο μια σύγχυση, να τακτοποιηθούν, να μάθουν τα κατατόπια του δωματίου, να συνηθίσουν στο πρόγραμμα του Ιδρύματος.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)*

*<<Τρόποι παρέμβασης και διαχείρισης της « ιδρυματοποίησης » του ηλικιωμένου με όλα τα προβλήματα που αυτά συνεπάγεται για τον ίδιο και την οικογένεια του.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

Ένας από τους λόγους που γίνεται η πρώτη επαφή σε κάποιες μονάδες πριν την εισαγωγή, είναι για να εκτιμήσουν τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου με κυρίαρχο αυτό της ιατρικής του κατάστασης ώστε να του βρουν ένα συγκάτοικο στη μονάδα που να του ταιριάζει με στόχο να γίνει πιο εύκολα η μετάβαση.

*<<Παραδείγματος χάριν, σε ένα δωμάτιο είναι μία κυρία που δε βλέπει καλά και μία άλλη κυρία που έχει λίγα συμπτώματα άνοιας, ίσως βλέπει κάποιες παραισθήσεις ή φωνάζει. Εκεί θα δεις ότι εκείνη που δε βλέπει καλά, θα σηκωθεί να βοηθήσει αλλά μπορεί να χτυπήσει. Οπότε τους κάνουμε κακό που είναι μαζί.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

Επίσης, σημαντική παράμετρος σύμφωνα με αναφορές των Κοινωνικών Λειτουργών, που βοηθάει την προσαρμογή του ηλικιωμένου στη μονάδα, είναι η αποδοχή της εισόδου του από την οικογένεια. Αν δηλαδή η ίδια η οικογένεια δεν είναι σίγουρη για την απόφασή της και τα οφέλη του ηλικιωμένου από την εισαγωγή του, έτσι και ο ίδιος ο ηλικιωμένος δε θα νιώσει την απαραίτητη σιγουριά. Επομένως σημαντικό μέλημα των Κοινωνικών Λειτουργών είναι η συνεργασία του με την οικογένεια για την ενθάρρυνση του ηλικιωμένου από αυτήν έτσι ώστε να νιώσει ασφάλεια κατά την εισαγωγή του.

*<<Εάν η οικογένεια λέει ψέματα και νιώθει ανασφάλεια, πώς εγώ θα έρθω να στηρίζω αυτή την απόφαση, εάν ο ηλικιωμένος δεν τη πιστεύει; Περιμένει να τον πάρεις, δε γίνεται να του λες ψέματα, χρειάζεται σταθερότητα. Όπως στα μικρά παιδιά. Για αυτό ερχόμαστε σε επαφή με την οικογένεια και πράττουμε από κοινού.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

### **Δυσκολία λήψεις ολοκληρωμένης περίθαλψης.**

Όσον αφορά την ελλιπή τοποθέτηση εξειδικευμένου προσωπικού οι Κοινωνικοί Λειτουργοί αναλαμβάνουν να αντιμετωπίσουν περιστατικά τα οποία δεν εμπίπτουν στα πλαίσια του επαγγέλματός τους, ώστε να διευκολύνουν την κατάσταση, ακόμα και αν αυτό συνεπάγεται την επιβάρυνση τους με καθήκοντα που δε τους αναλογούν.

*<<Χρειαζόμαστε περισσότερο εξειδικευμένο προσωπικό αλλά δυστυχώς δεν το έχουμε. Αν χρειαστεί βοηθάω και με παραπάνω από το επάγγελμα μου και εγώ και οι άλλες ειδικότητες.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

### **B) Συναισθήματα**

Σχετικά με την κάλυψη των συναισθημάτων των ηλικιωμένων αναφέρθηκε μια περίπτωση όπου με στόχο την διαχείριση της συναισθηματικής τους κατάστασης, πραγματοποιούνται συστηματικές έρευνες, οι οποίες εντοπίζουν πιθανές διακυμάνσεις.

*<<Αλλάζουν, βεβαίως αλλάζουν και αυτό σας το λέω με σιγουριά γιατί εμείς κάνουμε και ανά διαστήματα κάποιες έρευνες σε σχέση με τη συναισθηματική τους κατάσταση, γιατί δίνουμε πολύ μεγάλη βαρύτητα σε αυτό.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

### **Άγχος- Ανεσφάλεια**

Με στόχο την διαχείριση του άγχους και της ανασφάλεια των ηλικιωμένων κατά την εισαγωγή τους στη μονάδα, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί επιχειρούν να συναντήσουν προσωπικά τους ηλικιωμένους πριν γίνει η εισαγωγή τους, για να δημιουργήσουν ένα κλίμα που μέσα από την οικειότητα θα τους κάνει να αισθάνονται ασφάλεια και να έχουν λιγότερο άγχος για την εισαγωγή τους. Αυτό στη συνέχεια καλλιεργείται μέσω την καθημερινής επαφής αλλά και μέσω διάφορων ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων.

*<<Βιώνουν κυρίως άγχος, ανασφάλεια και φόβο. Γ αυτό το λόγο όμως υπάρχει και η πρώτη επαφή με την Κοινωνική Λειτουργό, για να νιώσουν ποιο οικεία και άνετα όταν θα εισέλθουν στη μονάδα.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

*<<Προσπαθούμε για ένα κλίμα με τον καιρό, είμαστε κάθε μέρα μαζί, σιγά-σιγά υπάρχει μια σχέση πιο οικογενειακή.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)*

<<Διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγικού περιεχομένου και όχι μόνο, συμπληρώνουν τη καθημερινότητα των ηλικιωμένων για να τους ενσωματώσουν σταδιακά>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

Παρόλα αυτά προκύπτουν περιπτώσεις που κάποιοι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να διαχειριστούν το άγχος και την ανασφάλεια τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι Κοινωνικοί Λειτουργοί προτείνουν εναλλακτικές λύσεις και ασχολούνται πιο επισταμένα και με τον καθένα ξεχωριστά.

<<Υπάρχει μια κοινή γραμμή. Αν είναι λοιπόν ένας δύσκολος ηλικιωμένος, δηλαδή έχει μια δύσκολη συμπεριφορά, εκεί θα δώσω εγώ κάποια γραμμή. προτείνονται δηλαδή εναλλακτικές λύσεις σε περιπτώσεις που διαπιστωθεί ότι ο ίδιος ο ηλικιωμένος είναι διστακτικός και αρνητικός όσο αφορά το χώρο.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)

### **Θλίψη- Στεναχώρια**

Υπάρχει προσπάθεια από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς να μην αισθάνονται οι ηλικιωμένοι εγκαταλελειμμένοι και μόνοι ή βαθιά στενοχωρημένοι που έχουν αποχωριστεί την οικογένεια τους. Για αυτό το λόγω διοργανώνουν συχνά γιορτές και δραστηριότητες, όπου στην διοργάνωση έχουν βασικό ρόλο οι ηλικιωμένοι, τόσο στην διαμόρφωση του προγράμματος όσο και στην δημιουργία αναμνηστικών για τις οικογένειες τους. Επίσης, οργανώνουν προγράμματα που να μπορεί να συμμετέχει και η οικογένεια των ηλικιωμένων με στόχο να καλύψουν την ανάγκη των ηλικιωμένων να περνάνε περισσότερο χρόνο μαζί τους αλλά και να αξιοποιούν δημιουργικά τον χρόνο τους.

<<Κάνουμε σίγουρα στο τέλος του Καλοκαιριού την μεγάλη μας την γιορτή. Μετά έχουμε πάντα εκδηλώσεις Χριστούγεννα, Πάσχα, Απόκριες και οι συγγενείς.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)

<<Να γίνει μια εορτή, μια ευχαριστήρια μάζωξη και ξεκινάμε από την καταγραφή, την ανανέωση της καταγραφής, να φτιάξουμε κάποιο αναμνηστικό, να κάνουμε μια γιορτούλα.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

<<Το *namas care program* (πρόγραμμα παρηγορητικής φροντίδας) είναι ένα πρόγραμμα όπου μέσα σε μια αίθουσα με πολυθρόνες χαλαρώνουν και ακούνε χαλαρωτική μουσική, ίσως γίνεται μασάζ στα χεριά και έρχονται σε επαφή με τη φύση, επειδή είναι έτσι διαμορφωμένη η αίθουσα >> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

<<Πάντοτε ενημερώνουμε για το κάθε τι που θα συμβεί στον δικό τους άνθρωπο αλλά και όταν κάνουμε γιορτές, τους καλούμε και αυτούς να συμμετέχουν ή και όταν πάμε για καφέ πάλι ενημερώνουμε όποιος θέλει να έρθει, από τα παιδιά τους συγγενείς, να συμμετέχουν.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

### **Θετικά συναισθήματα: Αποδοχή της εισαγωγής**

Τελικός σκοπός των Μονάδων Κλειστής Περίθαλψης εκτός από την διασφάλιση της κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων, είναι η ενεργή γήρανση. Όπως προαναφέρθηκε υπάρχει μια μερίδα ηλικιωμένων που αντιλαμβάνονται την εισαγωγή τους σαν πρόκληση. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και οι μονάδες μεριμνούν ώστε να κινητοποιήσουν όπως μπορούν τους ηλικιωμένους, στον βαθμό που εκείνοι μπορούν. Διοργανώνουν γιορτές, καλλιτεχνικές ομάδες, ομάδες χειροτεχνίας. Ομάδες χορού, γυμναστική ή μουσικής. Επισκέπτονται την εκκλησία ή συνεργάζονται με άλλους φορείς και εμπειρέχουν στα προγράμματα τους εθελοντικές ομάδες. Κάποιοι πηγαίνουν για καφέ. Επίσης, εμπλουτίζουν το πρόγραμμα τους με ασκήσεις ενίσχυσης της λειτουργικότητας και της μνήμης των ηλικιωμένων, ταινίες ή πράγματα που τους ενδιαφέρουν.

<<Κάνουμε σίγουρα στο τέλος του Καλοκαιριού την μεγάλη μας την γιορτή. Μετά έχουμε πάντα εκδηλώσεις Χριστούγεννα, Πάσχα, Απόκριες. Συνήθως τα κάνουμε μαζί με κάποιον άλλο φορέα, δεν είμαστε μόνο εμείς και οι συγγενείς. τραγουδάμε. Το τραγούδι υπάρχει κάθε μέρα. Επίσης έχουμε συνεργασία με χορευτική ομάδα με άτομα με ειδικές ανάγκες.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)

<<Θέλουμε να κινητοποιήσουμε τους ανθρώπους διότι είναι στόχος μας η ενεργή γήρανση, να ενεργοποιηθούν να συμμετέχουν στις δράσεις που κάνουμε, είτε εντός, είτε εκτός.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)



<<Έχουμε την επίσκεψη της ομάδας από τον Άγιο Τίτο και την επίσκεψη της ομάδας του Ερυθρού Σταυρού νοσηλευτικής όλους και με την εκκλησία, Να οργανώσουμε συνεργασίες και με το ΚΕΚΗΦΑΠΗ, τα σχολεία.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)

<<Αυτό που βλέπω είναι ότι χρειάζεται περίπου 1 φορά το μηνά να βγαίνουν για καφέ εκτός ξενώνα. το έχουν παρά πολύ ανάγκη όσο και να καταλαβαίνουν ή όχι. θέλουν πολύ την βόλτα τους. Για αυτό και προτιμούμαι από το να έρθει ο πάτερ να τους κοινωνήσει, να πάμε εμείς στην εκκλησία.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)

<<Νamas care program (πρόγραμμα παρηγορητικής φροντίδας), δραστηριότητα μουσικής κατά την οποία έρχεται μία εθελόντρια με ένα αρμόνιο και στις 2 μονάδες και έχουν φτιάξει και χορωδία, ακόμα μία κυρία μουσικός με ακορντεόν με την οποία έχουν φτιάξει επίσης χορωδία, πρόγραμμα γυμναστικής 2 φορές την εβδομάδα, ομάδα «διαβάζω για τους άλλους», χειροτεχνίες μαζί με εθελοντές και συνοδούς και προσωπικό όσον αφορά και ημερολόγια και εποχιακά ήδη, ομάδα μαγειρικής που έχουν αρχίσει και σειρά εκπομπών, ομάδα ενίσχυσης μνήμης.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)

<<Στις ομάδες θα κάνουμε από τέμπερες μέχρι γεωγραφία. Έχουμε κάποιον που έρχεται κ δείχνει τον τρόπο. Έρχονται θεατρικές ομάδες. Κάνουμε πάρα πολλές ασκήσεις ενδυνάμωσης μνήμης, κάνουμε πολλές ασκήσεις με συνώνυμα- αντώνυμα, τραγουδάμε πάρα πολύ και γενικώς κάθε μέρα έχουμε μια άλλη δραστηριότητα που έχουν φτιάξει μόνοι τους το πρόγραμμα. υπάρχουν κάποιες ομάδες που έρχονται 2-3 φορές την εβδομάδα. θεατρική , φυσιοθεραπείες που κάνουν ομαδική γυμναστική και μια άλλη ομάδα εθελοντική το "Διαβάζω για τους άλλους" που έρχονται και κάνουν μια υπέροχη δουλειά και συζητάμε θέματα ανά τον κόσμο.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)

<<Τους δίνω περιοδικά, βιβλία, λέμε τραγούδια, πάζλ, τουβλάκια. οτιδήποτε. Τα βότανα τους αρέσουν πολύ! Γιατί θυμούνται την αυλή τους, τις γλάστρες τους, τα τσάι που έχουν πει όταν είναι κρυωμένοι. και έχουμε να συζητήσουμε πράγματα και εμπειρίες που έχουν.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)

### **Συναισθήματα ανοϊκών.**

Η διαχείριση των συναισθημάτων των ηλικιωμένων που πάσχουν από κάποια μορφή άνοιας δεν είναι εύκολη διαδικασία. Μέλημα των Κοινωνικών Λειτουργών είναι να

μάθουν όσο καλύτερα μπορούν να αντιλαμβάνονται τα μη λεκτικά μηνύματα των αννοϊκών ηλικιωμένων και με αυτό τον τρόπο να αντιλαμβάνονται τι χρειάζονται και τι αισθάνονται.

*<<Ειδικά στην άνοια που έχουν χάσει τον ειρμό της σκέψης τους. εγώ επικοινωνώ συχνά μαζί τους και βγάζω νόημα, όποτε έμαθα την γλωσσά τους. Είναι σημαντικό για εμάς.>>  
(Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)*

*<<Έχω να πω, από την εμπειρία μου, ότι οι άνθρωποι που έχουν άνοια, δεν χάνουν ποτέ τη συναισθηματική τους ταυτότητα , μπορούν να εκφράσουν συναισθήματα, απλά πρέπει κανείς να μάθει να τα διαβάζει τα συναισθήματα αυτά. Δεν εκφράζονται λεκτικά αλλά εκφράζονται πάρα πολύ καλά, μη λεκτικά.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

### **Δυσκολίες και συναισθήματα οικογένειας ηλικιωμένων**

#### **Άγχος**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω οι Κοινωνικοί λειτουργοί ενισχύουν την επικοινωνία των συγγενών με τους ηλικιωμένους. Ένας ακόμη λόγος που γίνεται αυτό είναι για να γνωρίζουν οι συγγενής ανά πάσα στιγμή πως είναι οι ηλικιωμένοι και να μην αγχώνονται για την παραμονή τους στην Μονάδα.

*<<Έρχονται σε επαφή μαζί μας και εμείς όπως και υπόλοιπο προσωπικό τους παροτρύνει να επισκέπτονται τη μονάδα και να συναντούν τους συγγενής τους, ώστε να διαπιστώνουν μόνοι τους ότι όλα είναι καλά.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

*<<Έχουμε ένα κήπο στην αυλή όπου ενθαρρύνουμε τους συνοδούς να κάτσουν και να μιλήσουν με τον άνθρωπό τους, ακόμη μπορούν να συμμετέχουν μαζί τους σε διάφορες δραστηριότητες που γίνονται όπως το namas care project.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

#### **Θλίψη**

Με στόχο να μην αισθάνονται οι συγγενείς ότι εγκατέλειψαν τους ηλικιωμένους, ακόμα και αν δεν είχαν άλλη επιλογή, οι Κοινωνικοί λειτουργοί παροτρύνουν τους συγγενείς να συμμετέχουν σε δραστηριότητες μαζί με τους ηλικιωμένους.

*<<Εκτός από πολλές δραστηριότητες, λαμβάνουν κάποιες φορές μέρος στις εκθέσεις με τις χειροτεχνίες όπως πχ για τα Χριστούγεννα, για το Πάσχα κλπ., για να είναι δίπλα τους και να το αισθάνονται και οι ίδιοι οι συγγενείς.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

### **Τύψεις**

Κάποιοι συγγενείς ηλικιωμένων βιώνουν έντονες τύψεις και για αυτό επικοινωνούν συχνά με τις Μονάδες Κλειστής Περιθαλψής. Εκείνο που κάνουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι να τους ενημερώνουν συχνά και να βρίσκονται πάντα στην διάθεση τους, ώστε να τους βοηθήσουν να αισθανθούν καλύτερα.

*<<Αισθάνονται συχνά τύψεις. Παίρνουν πάνω από 2-3 φορές την ημέρα και ζητάνε ενημέρωση. Όπως και συχνά τους καλά και μιλάμε για να νιώθουν ενεργοί.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο7)*

### **Αδιαφορία**

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί έρχονται αντιμέτωποι και με συγγενείς που αδιαφορούν για τους ηλικιωμένους. Σε αυτές τις περιπτώσεις προσπαθούν με όποιο μέσο μπορούν

*<<Πραγματοποιούνται εκδηλώσεις. Αν και ειδοποιούνται όλοι οι συγγενείς όταν γίνονται ελάχιστοι συμμετέχουν.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)*

*<<Από την πρώτη στιγμή της εισαγωγής του ηλικιωμένου αυτός είναι ο στόχος, η συνεργασία με τους συγγενείς. Δυστυχώς όμως παρά τις όλες προσπάθειες που γίνονται δε μπορούμε, ειδικά σε κάποιες περιπτώσεις να τους αναγκάσουμε να ενδιαφερθούν.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)*

### **Θεματική ενότητα 3. Προτάσεις για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους σύμφωνα με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.**

#### **1) Προτάσεις για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων**

Οι περισσότεροι Κοινωνικοί Λειτουργοί που ερωτήθηκαν όσον αφορά τη βελτίωση της ποιότητας των μονάδων, αναφέρθηκαν στην ενίσχυση του προσωπικού, την διαμόρφωση των χώρων καθώς και σε μία καλύτερη και ευνοϊκότερη κρατική πρόνοια.

Δηλαδή, όσον αφορά το οικονομικό κομμάτι και κυρίως το χρηματικό ποσό που πρέπει να διαθέσουν οι ηλικιωμένοι για να εισαχθούν στη μονάδα, είτε με την κάλυψη ενός μέρους των χρημάτων από το κράτος, είτε με την αύξηση των συντάξεων, διότι οι υπάρχουσες συντάξεις είναι χαμηλές και πολλές οικογένειες δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά.

*<<Καλύτερη κρατική πρόνοια κυρίως όσον αφορά το οικονομικό κομμάτι και κυρίως ως προς τα χρήματα που μπορούν να δίνουν οι άνθρωποι για να μπουν στη μονάδα, διότι οι συντάξεις είναι χαμηλές και οι οικογένειες ζορίζονται>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

Επίσης σύμφωνα με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς εάν υπήρχε αύξηση των τροφείων στις μονάδες θα μπορούσαν να προσλάβουν περισσότερο επιστημονικό προσωπικό και να διαμορφώσουν καλύτερα τους χώρους των μονάδων. Πολλές φορές αναφέρθηκε η ανάγκη ύπαρξης περισσότερου προσωπικού και η έλλειψη χώρων για την διεξαγωγή ομάδων και εκδηλώσεων.

*<<Εάν υπήρχε αύξηση τιμών στις μονάδες θα μπορούσαν να πάρουν περισσότερο επιστημονικό προσωπικό, να φτιάξουν καλύτερα τους χώρους τους>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο5)*

*<<Θα το προτιμούσα αν οι μονάδες είχαν πιο πολύ προσωπικό ώστε να μπορεί λίγο ακόμα να είναι πιο εξειδικευμένο το πρόγραμμα του καθενός. Π.χ. αν εγώ έχω ένα πρόβλημα με τα πόδια μου και θέλω να μετακινηθώ και η άλλη εκείνη την στιγμή ταΐζει θα μου πει περίμενε δυο λεπτά και έρχομαι. Αυτά τα δυο λεπτά θα ήθελα να μην υπάρχουν. Αλλά αυτό ξέρω ότι δεν μπορεί να γίνει, δεν μπορούν να είναι για κάθε ηλικιωμένο ένας φροντιστής.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο1)*

*<<Συγκεκριμένα για τον δικό μας χώρο που είναι τόσα πολλά τετραγωνικά, καλύπτει τόσα στρέμματα κτλ. και δεν έχουμε ένα χώρο συναντήσεων της ομάδας, δεν έχουμε ένα χώρο δραστηριοτήτων. (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

*<<Πρόσληψη ψυχολόγου και άλλων ειδικοτήτων, καθώς κρίνεται απαραίτητο σε αρκετές περιπτώσεις.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)*

Επιπλέον, σε κάποιες μονάδες δεν υπάρχει δυνατότητα διαμόρφωσης χώρου αποκλειστικά για ανοϊκούς και δημιουργία αντίστοιχων ομάδων λόγω χώρου ή χρόνου με σκοπό την ενίσχυση της λειτουργικότητάς τους.

*<<Θα θέλαμε να υπάρχει ένας χώρος μόνο για ανοϊκούς αλλά ακόμα είναι υπό ερευνά.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο6)*

Επιπρόσθετα, κάποιοι Κοινωνικοί Λειτουργοί αναφέρουν ότι θα ήθελαν να τους δίνεται η δυνατότητα να πραγματοποιούν πιο συχνά εξόδους με κάποιες ομάδες των ηλικιωμένων.

*<<Ανάγκη για περισσότερες δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα μία βόλτα έξω από τη μονάδα, το έχουν πολύ ανάγκη>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο4)*

## 2) Προτάσεις για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ηλικιωμένων

Ακόμη, αναφέρθηκε ως ανάγκη και επιθυμητό μελλοντικό πλάνο η διαμόρφωση του χρόνου επισκεπτηρίου έτσι ώστε η οικογένεια να περνάει περισσότερο χρόνο με τον ηλικιωμένο άνθρωπό τους και να τους δίνεται η δυνατότητα να πραγματοποιούν περισσότερες δράσεις μαζί.

*<<Θα ήθελα τα επισκεπτήρια με διαφορετικό τρόπο. Θα προσπαθούσα στα επισκεπτήρια αντί για απόγευμα ή βραδύ να ερχόταν μεσημέρι και να έτρωγαν μαζί. Να υπήρχε ένας τέτοιος χώρος. Θεωρώ ότι ένα πράγμα που θα ήταν καλό είναι να γευμάτιζαν μαζί να ξαναανιώσουν οικογένεια.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο 7)*

Τέλος, παρά τις όποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μας εξέφρασαν πως υπάρχουν τόσο κακές όσο και καλές εμπειρίες στο χώρο που εργάζονται,

όμως επιλέγουν να επικεντρώνονται μόνο στα θετικά και να προσπαθούν για τη συνεχόμενη βελτίωση της δουλειάς τους.

*<<Μια καλή στιγμή που θυμάμαι και με συγκίνησε ιδιαίτερα, φιλοξενούσαμε πολύ παλαιότερα μια κυρία η οποία στη πορεία είχε εξελιχθεί μια άνοια. Είχαμε διοργανώσει μια γιορτή, ήταν καλός ο καιρός, είμαστε έξω στην αυλή, κρητικό γλέντι και υπήρχε το μικρόφωνο και περνούσα να μου πουν μαντινάδες, να μου πουν διάφορα τώρα, ο καθένας έλεγε τα δικά του κα κάποια στιγμή της λέω «κυρία Μ. θα μας πείτε και εσείς κάτι;» παίρνει το μικρόφωνο και μου λέει «σε αγαπώ». Ήταν συγκλονιστικό, συγκινήθηκαν και οι υπόλοιποι. Ένιωσα ας πούμε ότι ήθελε να μου το πει. Αυτή ήταν μια πολύ σημαντική στιγμή. Ε τώρα οι κακές στιγμές εντάζει στο παρελθόν δεν εστιάζουμε σε αυτά, αν και έχω περάσει αρκετά δύσκολα αλλά εντάζει δεν μένουν αυτά. Φύγανε.>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο2)*

*<<Η αγάπη και η ζεστασιά και το χαμόγελο των περισσότερων μετά από καιρό όταν απευθύνονται προσωπικά σε μένα! Το σε ευχαριστώ παιδί μου που βγαίνει μέσα από τη ψυχή τους με αποζημιώνει για τα πάντα !>> (Συνεντευξιαζόμενος. Νο3)*

## 5.5 Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας τα ηλικιωμένα άτομα έχουν κάποιες βασικές πρωτογενείς ανάγκες που αφορούν την υγεία, την επιβίωση και την διατροφή. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από φροντίδα και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων εισέρχεται στις μονάδες κλειστής περίθαλψης είτε επειδή το επέλεξαν οι ίδιοι, για να λάβουν αυτή τη φροντίδα, είτε επειδή το επέλεξε η οικογένειά τους γιατί δεν μπορούσε να τους την προσφέρει. Υπάρχουν άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, έχουν κινητικά προβλήματα, είναι σε φυτική κατάσταση, μπορεί να πάσχουν από κάποια μορφή άνοιας ή ακόμα και άτομα που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα. Εισέρχονται λοιπόν στις μονάδες γιατί έχουν ανάγκη να λάβουν την κατάλληλη φροντίδα από εξειδικευμένο προσωπικό. Ακόμη σε πολλές περιπτώσεις χρειάζονται βοήθεια στην οργάνωση της διατροφής τους σύμφωνα με τις ανάγκες και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν.

Ακόμη όπως επισημάνθηκε από αντίστοιχη έρευνα οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από επαρκή τροφή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και όποτε χρειάζεται να έχουν άμεσα περίθαλψη εκτός του ιδρύματος (π.χ. νοσοκομείο) (Ηρα- Έμκε Πουλοπούλου, 1999)

Επίσης από την έρευνα μας διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι έχουν και ψυχολογικές ανάγκες. Ανάγκη από αγάπη και φροντίδα, κοινωνική αποδοχή και να ανήκουν κάπου, ασφάλεια και σταθερότητα. Καθώς αποχωρίζονται το σπίτι τους, το οποίο είναι μια δύσκολη διαδικασία για αυτούς, έχουν ανάγκη να αισθάνονται ότι με την εισαγωγή τους στη μονάδα θα λάβουν αγάπη, όπως θα λάμβαναν από την οικογένειά τους, θα δημιουργήσουν νέους δεσμούς και θα έχουν και εκείνοι τη δυνατότητα να προσφέρουν την αγάπη τους. Έχουν ανάγκη από φροντίδα και να νιώθουν ότι ανήκουν σε ένα σύνολο, το οποίο τους αποδέχεται όπως είναι. Ακόμη διαπιστώθηκε ότι έχουν την ανάγκη να νιώσουν προστατευμένοι. Ότι δηλαδή εισέρχονται σε μια μονάδα, που θα τους προσφέρουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας και την φαρμακευτική αγωγή που χρειάζονται.

Σύμφωνα με την Έρα- Έμκε Πουλοπούλου, οι ανάγκες των ηλικιωμένων που εισέρχονται σε μια Μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων είναι καταρχήν η ομαλή μετάβαση

από το σπίτι τους στην μονάδα. Να έχουν έναν προσωπικό χώρο μέσα στην μονάδα να μπορούν να θεωρούν δικό τους, να τον διακοσμήσουν όπως θέλουν και όποτε χρειαστούν να μείνουν μόνοι τους, να καταφεύγουν εκεί. (Ηρα- Έμκε Πουλοπούλου, 1999, σελ. 24).

Επιπρόσθετα, από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι οι οικογένειες των ηλικιωμένων έχουν και εκείνες κάποιες ανάγκες. Έχουν την ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι ηλικιωμένοι συγγενείς τους με την εισαγωγή τους σε μια μονάδα κλειστής περίθαλψης θα χρήζουν σωστής μεταχείρισης και άρτιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Επίσης επιθυμούν να είναι βέβαιοι ότι οι συγγενείς τους διαμένουν σε ένα καθαρό περιβάλλον και ότι λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα υγειονομικά μέτρα. Ακόμη έχουν την ανάγκη να επικοινωνούν συχνά με τους συγγενείς τους με όποιο τρόπο είναι εφικτό. Κάτι ακόμα που φαίνεται να απασχολεί την οικογένεια είναι η διαβίωση και η σωστή μεταχείριση των ηλικιωμένων με άνοια από τη μονάδα.

Σύμφωνα με Australian Centre for Evidence Based Aged Care (ACEBAC), (2010) τα μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων έχουν ανάγκη, να λαμβάνουν μέρος και οι ίδιοι στη φροντίδα των ηλικιωμένων ανθρώπων τους σε συνεργασία με τους φροντιστές. Θέλουν να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας των γονιών τους, είτε μέσα από την επικοινωνία με το προσωπικό είτε παίρνοντας πληροφορίες απευθείας από τους γιατρούς που τους εξετάζουν. Ακόμη, αποζητούν την επικοινωνία και την επαφή με τα ηλικιωμένα άτομα μέσω των επισκέψεών τους, είτε διαθέτοντας απλά χρόνο μαζί τους μιλώντας είτε με το να κάνουν μαζί κάποιες δραστηριότητες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας το μεταβατικό στάδιο από το σπίτι στις μονάδες κλειστής περίθαλψης είναι η πιο επίπονη διαδικασία που χρειάζεται να αντιμετωπίσουν τα ηλικιωμένα άτομα. Υπάρχουν άτομα που αντιλαμβάνονται αυτή τη διαδικασία με θετικό τρόπο ή σαν μια πρόκληση, ενώ υπάρχουν και άτομα που δυσκολεύονται να το διαχειριστούν, αφού τις περισσότερες φορές δεν είναι δική τους η επιλογή.

Τα αποτελέσματα μας υποστηρίζονται και από άλλη έρευνα που αναφέρει ότι η μετάβαση σε ένα γηροκομείο μπορεί να αποδειχθεί μια κρίσιμη εμπειρία ζωής καθώς η



πλειοψηφία αυτών φοβούνται ότι θα χάσουν την ανεξαρτησία και την ταυτότητά τους (Riedl M., MantovanF.,ThemC.,2013)

Επιπρόσθετα από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι δεν είναι λίγες οι φορές όπου οι ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με μονάδες οι οποίες δεν είναι στελεχωμένες με αρκετό εξειδικευμένο προσωπικό με αποτέλεσμα κατά την παραμονή τους στην μονάδα να μην λαμβάνουν ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα. Η ελλιπής ολοκληρωμένη φροντίδα επιβαρύνει περισσότερο τις περιπτώσεις περιστατικών που θα έπρεπε να φιλοξενοούνται σε διαφορετικές δομές ιδρυματικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα σε κάποιο κέντρο αποκατάστασης ή ψυχιατρικό ίδρυμα.

Όπως επισημάνεται από αντίστοιχη έρευνα, οι μονάδες δεν καλύπτουν όσα οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη να τους καλύψουν και σε αρκετά μεγάλα ποσοστά δεν είναι ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας, ψυχολογίας, φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας. (Παναγιώτου Σταυρούλα, Χριστοφόρου Ζαφειρούλλα, 2004)

Από την έρευνα που διεξήγαμε προέκυψαν επίσης τα συναισθήματα που βιώνουν οι ηλικιωμένοι που εισέρχονται στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης. Έχουν ανεπτυγμένο το αίσθημα του άγχους και της ανασφάλειας μέχρι να οικειοποιηθούν τον χώρο και να ενσωματωθούν στο πρόγραμμα των μονάδων. Επίσης αισθάνονται ένα έντονο αίσθημα θλίψης και στεναχώριας. Τους λείπει το σπίτι τους, η οικογένειά τους, αισθάνονται ότι τους εγκατέλειψαν.

Όπως επισημάνεται και από άλλη έρευνα, η αποχώρηση από την κατοικία και η μετάβαση σε ένα καινούριο περιβάλλον είναι μια διαβόητη πηγή άγχους, ανεξάρτητα από την ηλικία ή την κατάσταση του ατόμου. Για τους ηλικιωμένους που εγκαταλείπουν το σπίτι που πέρασαν τα περισσότερα χρόνια της ζωής τους, οι στρεσογόνοι παράγοντες συχνά επιδεινώνονται από συναισθήματα θυμού και θλίψης λόγω μιας αντιληπτής απώλειας ελευθερίας και ζωτικότητας( Helping a Senior Adjust After Moving to Independent Living, Botek A.)

Κάτι ακόμα που προέκυψε από τα αποτελέσματα της έρευνας μας είναι ότι υπάρχουν και οι περιπτώσεις ηλικιωμένων που βιώνουν αυτή τη κατάσταση ως

πρόκληση. Η μετάβαση τους από το σπίτι τους στην μονάδα λειτουργεί ως έναυσμα να δοκιμαστούν σε καινούργια πράγματα και να συνάψουν νέες ανθρώπινες σχέσεις, καθώς οι περισσότεροι μέχρι την εισαγωγή τους στις μονάδες ζούσαν μοναχικά.

Σύμφωνα με την Ήρα- Έμκε Πουλοπούλου, υπάρχει η ανάγκη για επικοινωνία, κοινωνικές επαφές, να συνεχίσουν ό,τι ενδιαφέροντα μπορεί να είχαν από πριν ή ακόμα και να αποκτήσουν καινούργια. Να υπάρχει παρότρυνση από το ίδρυμα να συμμετέχουν σε δραστηριότητες και να έχουν συχνά επαφή με τις οικογένειές και τους φίλους τους. Υπάρχει η ανάγκη για σεβασμό και να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και να μην καταπατούνται. Υπάρχει η ανάγκη να νιώθουν ελεύθεροι και να μην χάνουν την ταυτότητά τους. Να μπορούν να εκφράζονται ελεύθερα και να δίνουν προτάσεις ή ακόμα και να μπορούν να εκφράσουν κάποιο παράπονό τους χωρίς να νιώθουν ότι περνάνε απαρατήρητοι. (Ήρα- Έμκε Πουλοπούλου, 1999)

Παράλληλα από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι υπάρχουν και οι περιπτώσεις των ηλικιωμένων που πάσχουν από κάποια μορφής άνοιας. Εκείνοι οι οποίοι βρίσκονται στα πρώτα στάδια, βιώνουν μια έντονη σύγχυση και εκείνοι οι οποίοι βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια, που ενώ δεν το αντιλαμβάνονται ολοκληρωτικά παρόλα αυτά αισθάνονται την αλλαγή.

Όπως αναφέρεται σε άλλη έρευνα για τα άτομα με άνοια στις Μονάδες Κλειστής Περίθαλψης, το άγχος, η κατάθλιψη και η ευερεθιστότητα ήταν τα πιο διαδεδομένα μεταξύ των ασθενών με άνοια. Ασθενείς με άνοια συχνότερα εμφάνισαν ψευδαισθήσεις, διέγερση, άγχος, αναστολή, ευερεθιστότητα και παρεκκλίνουσα κινητική συμπεριφορά σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς άνοια. (BMC Health Serv Res, 2017)

Με βάση τα αποτελέσματα μας η οικογένεια βιώνει έντονα την εισαγωγή των ηλικιωμένων συγγενών της στις μονάδες. Η οικογένεια φέρει το βάρος της ευθύνης της εισαγωγής του ηλικιωμένου ατόμου και εκτός λίγων περιπτώσεων η οικογένεια είναι εκείνη που αποφασίζει πότε και γιατί θα γίνει η εισαγωγή του ηλικιωμένου σε κάποια μονάδα. Για αυτό το λόγο βιώνουν έντονο άγχος για την σωστή διαβίωση του ηλικιωμένου. Στεναχωριούνται που αναγκάστηκαν να συναινέσουν στην εισαγωγή τους, ακόμα και αν δεν υπήρχε άλλη επιλογή. Κατά συνέπεια αυτής της επιλογής, από την έρευνα μας διαπιστώσαμε ότι τα μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων αισθάνονται

τύψεις και αμηχανία απέναντι στους ηλικιωμένους συγγενείς τους, ακόμα και αν έρχονται συχνά σε επαφή μαζί τους.

Όπως φαίνεται και από αντίστοιχη έρευνα, όταν η οικογένεια τοποθετεί ένα μέλος της σε μακροχρόνια περίθαλψη, προκύπτουν συναισθήματα που μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση. Κάθε οικογένεια φέρνει τη δική της δυναμική στην κατάσταση. Πολλοί είναι πραγματικά λυπημένοι, πιστεύοντας ότι έχουν απογοητεύσει τον γονέα τους. Εκείνοι που δεν έχουν επιλογές αισθάνονται παγιδευμένοι και θυμωμένοι. Άλλοι μπορεί να μην είχαν καλή σχέση με τον γονέα τους, αλλά αισθάνονται την ευθύνη να δουν ότι ικανοποιούνται οι ανάγκες των ηλικιωμένων. (Henry S. , Convery A. , 2006).

Ακόμα, άλλη έρευνα επιβεβαιώνει ότι η οικογένεια σήμερα αδυνατεί να αναλάβει προσωπικά την φροντίδα των ηλικιωμένων λόγω αυξημένων υποχρεώσεων και αυτό τους οδηγεί σε αυξημένη χρήση των στεγών ηλικιωμένων και στην επικράτηση του θεσμού της Ιδρυματικής φροντίδας. ( Δρουσιώτη Μαρία, 2006)

Τέλος, από την έρευνα μας προέκυψε ότι δεν ήταν λίγες οι φορές που διαπιστώθηκαν περιστατικά παραμέλησης από την οικογένεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι συγγενείς δεν επισκέπτονται τους ηλικιωμένους και επικοινωνούν ελάχιστα με την μονάδα.

Σε σχετική έρευνα αναφέρεται ότι κάποιους ηλικιωμένους τους έχουν παρατήσει τελείως τα παιδιά τους, δεν πάνε να τους δουν, ούτε συγγενείς ούτε κανένας από την οικογένεια τους, με αποτέλεσμα να μαραζώνουν γρήγορα, χωρίς καμία υποστήριξη, συμπαράσταση και ενδιαφέρον από τους δικούς τους ανθρώπους και κατά συνέπεια να φεύγουν πιο γρήγορα από την ζωή. ( Χριστόπουλος Θεόδωρος, 2010)

Σύμφωνα με την έρευνα μας, οι κοινωνικοί λειτουργοί των μονάδων κλειστής περίθαλψης καταβάλουν μια σειρά ενεργειών, με σκοπό την πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων. Κατά την διαδικασία της λήψης του κοινωνικού ιστορικού δίνεται μεγάλη βαρύτητα σε πιθανά προβλήματα υγείας ή στην ύπαρξη άνοιας. Επίσης μετά την λήψη του κοινωνικού ιστορικού προγραμματίζονται κάποιες εξετάσεις με στόχο την διασφάλιση της υγείας των ηλικιωμένων που ήδη διαμένουν στις μονάδες. Επιπλέον

οι μονάδες κλειστής περίθαλψης διαθέτουν ένα ευρύ δίκτυο συνεργατών, μέσω του οποίου οι κοινωνικοί λειτουργοί παραπέμπουν τους ηλικιωμένους όταν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα υγείας.

Επιπρόσθετα οι κοινωνικοί λειτουργοί διαχειρίζονται διαδικασίες που μπορεί να αφορούν προγραμματισμό ιατρικών εξετάσεων ή συνταγογράφηση φαρμάκων, έκδοση και διαχείριση συντάξεων, έκδοση επιδομάτων - πιστοποιητικών αναπηρίας και διαδικασίες εγγραφής απόρων και ανασφάλιστων. Το δίκτυο των συνεργατών απαρτίζεται από ιατρούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και νοσηλευτές των ίδιων των ιδρυμάτων, από εξωτερικούς ιατρούς και νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγείας, κοινωνική πρόνοια, εισαγγελία, τον εκάστοτε Δήμο, το πρόγραμμα 'βοήθεια στο σπίτι', μητρώο ανασφάλιστων, ταχυδρομείο και άλλους φορείς που έχουν ως αντικείμενο την προστασία της τρίτης ηλικίας και όχι μόνο.

Τέλος οι μονάδες θεωρούν σημαντική την παροχή ενός σωστού προγράμματος διατροφής στους ηλικιωμένους σύμφωνα με τις ανάγκες και την ιατροφαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού απασχολούν καταρτισμένο προσωπικό, όπως μάγειρες και τραπεζοκόμους, το οποίο ασχολείται αποκλειστικά με την σίτιση.

Σύμφωνα με σχετική έρευνα οι ανάγκες των ηλικιωμένων που κυρίως καλύπτονται από την μονάδα στην οποία διαμένουν είναι η στέγαση –τροφή, η ιατρική περίθαλψη και η ασφάλεια. Σχετικά με τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται οι ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι είναι ικανοποιημένοι από την παροχή ιατρικής – νοσηλευτικής φροντίδας ((Παναγιώτου Σταυρούλα, Χριστοφόρου Ζαφειρούλλα, 2004)

Από άλλη έρευνα επισημαίνεται ότι στις μονάδες απασχολούνται εργαζόμενοι διαφόρων ειδικοτήτων με σκοπό την ολιστική προσέγγιση και φροντίδα των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι απολαμβάνουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας που τους εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση. (Αναστασία Ζωγογιάννη, 2008)

Όσον αφορά τις ψυχολογικές ανάγκες των ηλικιωμένων αυτό που προέκυψε από την έρευνα μας είναι ότι τόσο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, όσο και τα υπόλοιπα προσωπικά της μονάδας έχουν σημαντικό ρόλο. Δημιουργούν ένα κλίμα οικειότητας,

βοηθούν τους ηλικιωμένους να ενσωματωθούν και να γνωρίσουν το πλαίσιο και μέσω διαφόρων ομάδων και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων τους εντάσσουν στο σύνολο. Τέλος, βρίσκονται συνέχεια δίπλα τους όποτε τους χρειάζονται δημιουργώντας τους το αίσθημα της ασφάλειας.

Όπως διαπιστώνεται και από άλλη έρευνα, ένα κομμάτι το οποίο θα διευκολύνει τη μετάβαση, είναι το προσωπικό της μονάδας. Ο ηλικιωμένος από αυτή τη στιγμή και έπειτα θα αλληλοεπιδρά στην καθημερινότητά του με καινούριους ανθρώπους. Οι φροντιστές με τη σειρά τους, μπορούν να βοηθήσουν, όσον αφορά στη ξενάγηση του χώρου αλλά και στη γνωριμία με τα υπόλοιπα άτομα στη μονάδα ( *Helping a Senior Adjust After Moving to Independent Living*, Botek A.)

Σύμφωνα με την έρευνα μας, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί επικοινωνούν συχνά με τις οικογένειες των ηλικιωμένων και συνεργάζονται μαζί τους, έτσι ώστε να διασφαλίσουν την εξάλειψη της ανασφάλειας που βιώνουν. Ακόμη, ενθαρρύνουν την επικοινωνία οικογένειας – ηλικιωμένων, με σκοπό να διαφυλάξουν την μεταξύ τους σχέση.

Επίσης, σύμφωνα με άλλη σχετική έρευνα, ο κοινωνικός λειτουργός απαιτείται να διατηρήσει επαφή με την οικογένεια του κατοίκου. Αυτό συνεπάγεται παροχή συναισθηματικής και διοικητικής υποστήριξης και βοήθεια στην επίλυση προβλημάτων ( [Beaulieu, 2012](#) )

Με βάση τα αποτελέσματα μας, η μεταβατική περίοδος των ηλικιωμένων στις Μονάδες Κλειστής περίθαλψης, είναι μια διαδικασία που της περισσότερες φορές είναι δύσκολη. Με σκοπό την διευκόλυνση της μετάβασης, οι Κοινωνικοί λειτουργοί φροντίζουν να εκτιμούν το βάρος της κατάστασης με τις πρώτες επαφές που έχουν με τους ηλικιωμένους.

Σύμφωνα με την Sollitto M για να γίνει πιο ανώδυνα η μετάβαση στο καινούριο περιβάλλον, πρέπει να το εξετάσουμε το θέμα από την αρχή. Αρχικά, εφόσον έχει παρθεί η απόφαση της εισαγωγής σε κάποια μονάδα, είναι καλό, να δοθεί στον ηλικιωμένο, η δυνατότητα να επισκεφθεί κάποιες εγκαταστάσεις μαζί με την οικογένειά

του, έτσι ώστε να εξοικειωθεί περισσότερο με την ιδέα αυτή. (Parents Need Time to Adjust to Life at Retirement Homes)

Επίσης, διαπιστώσαμε ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, χτίζουν ένα πλαίσιο με την οικογένεια και σύμφωνα με το προφίλ του κάθε ηλικιωμένου καθορίζουν το δωμάτιο που θα φιλοξενηθεί, με ποιον συγγάτοικο θα διαμένει και ποιες ανάγκες χρειάζεται να καλύψουν.

Ακόμη, η Sollitto M αναφέρει ότι μετάβαση σε μια μονάδα κλειστής φροντίδας ή αλλιώς σε ένα γηροκομείο μπορεί να είναι συναισθηματικά φορτισμένη σε αρχικό στάδιο. Αυτό κυρίως εξαρτάται από το ίδιο το άτομο όμως πολύ σημαντικό ρόλο σε αυτό, κατέχει η οικογένεια αλλά και η ίδια η μονάδα και πιο συγκεκριμένα η στήριξη που θα προσφέρει (Parents Need Time to Adjust to Life at Retirement Homes)

Ακόμη, διαπιστώσαμε ότι όσον αφορά την έλλειψη προσωπικού σε καίριες θέσεις, τόσο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί όσο και το υπόλοιπο προσωπικό, πολύ συχνά αναλαμβάνουν αρμοδιότητες που δεν εμπίπτουν στο επάγγελμα τους, ώστε να καταφέρουν να προσφέρουν όσο είναι δυνατόν καλύτερες υπηρεσίες στους τροφίμους των μονάδων.

Από τα αποτελέσματα μας προέκυψε ότι οι κοινωνικοί Λειτουργοί στην προσπάθεια τους να διαχειριστούν την συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων χρησιμοποιούν μεθόδους ενσωμάτωσης και ψυχαγωγίας. Δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην πρώτη επαφή για να νιώσουν οικεία και να ελαττωθεί το άγχος και η ανασφάλεια που βιώνουν στην αρχή. Με την καθημερινή τριβή και μέσω των ομάδων που διεξάγονται επιτυγχάνουν σταδιακά την ενσωμάτωση και των πιο δύσκολων περιπτώσεων. Επίσης, διαπιστώσαμε ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί οργανώνουν ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, τόσο για να δώσουν την ευκαιρία στους ηλικιωμένους να έρθουν κοντά με την οικογένεια τους, αφού είναι ένα βασικός λόγος μελαγχολίας λόγω της έλλειψης επικοινωνίας μαζί τους, όσο και για ενισχύσουν τους ηλικιωμένους να κινητοποιηθούν και να νιώσουν και πάλι δημιουργικοί και ενεργοί.

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, η κύρια υποχρέωση του κοινωνικού λειτουργού σε ένα γηροκομείο είναι για τους ίδιους τους κατοίκους. Αυτό περιλαμβάνει τη συνοδεία του

νέου κατοίκου μέσω της διαδικασίας προσαρμογής στο γηροκομείο ( Beaulieu, 2012 ; NASW, 2003 ) και παροχή ατομικής και ομαδικής θεραπείας ( [NASW, 2003](#) ).

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας μας, στην περίπτωση των ηλικιωμένων με άνοια οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ψάχνουν διόδους επικοινωνίας και ενθαρρύνουν με ασκήσεις ενίσχυσης μνήμης και λειτουργικότητας.

Όπως επισημάνεται από σχετική έρευνα, οι φροντιστές οφείλουν να αναγνωρίζουν τα συναισθήματα των ασθενών τους και στη συνέχεια με ομαλό τρόπο να καθοδηγούν την προσοχή τους σε ένα διαφορετικό αντικείμενο, δραστηριότητα ή θέμα ενδιαφέροντος.( Carol Bradley Bursack, Minding Our Elders).

Από την έρευνα μας προέκυψε ότι η συναισθηματική κατάσταση των μελών της οικογένειας των ηλικιωμένων λειτουργεί σε συνάρτηση με εκείνη των ηλικιωμένων.

Όπως αναφέρεται και από άλλες έρευνες, βασικός στόχος της παρηγορητικής φροντίδας είναι να διασφαλιστεί όχι μόνο η ευημερία του ασθενούς, αλλά και της οικογένειας. Αναδυόμενα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η συναισθηματική δυσφορία των οικογενειών δεν μειώνεται όταν οι ασθενείς εισάγονται σε κάποιο ίδρυμα. Αν και ο λόγος αυτής της παρατήρησης δεν είναι γνωστός, είναι πιθανό ότι η δυσαρέσκεια τη φροντίδα του γηροκομείου συμβάλλει στο άγχος των οικογενειών. (J Am Geriatr Soc .2006 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409052/>)

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί οργανώνουν δραστηριότητες όπου οι συγγενείς μπορούν να λάβουν μέρος δίπλα στους ηλικιωμένους, ώστε να μην αισθάνονται ενοχές ότι τους εγκατέλειψαν. Επίσης, διευκολύνουν την επικοινωνία τους, τόσο τηλεφωνικά, όσο και δια ζώσης, ώστε να βεβαιώνονται οι συγγενείς ότι οι ηλικιωμένοι είναι καλά σε ασφαλές και καθαρό περιβάλλον.

Τέλος, διαπιστώσαμε πως σε περιπτώσεις που οι συγγενείς των ηλικιωμένων αδιαφορούν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί καταβάλουν προσπάθειες επικοινωνίας, χωρίς πάντα αποτέλεσμα.

## **5.6 Δυσκολίες και περιορισμοί της έρευνας**

### **Δυσκολίες της έρευνας**

Στη πρώτη επαφή μας με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς παρά την διαβεβαίωση για την τήρηση του απορρήτου, έτσι ώστε να διευκολύνουμε τη συμμετοχή τους στην έρευνα, αντιμετωπίσαμε περιπτώσεις μη διάθεσης συνεργασίας είτε από τη Μονάδα Κλειστής Περίθαλψης είτε από τον ίδιο τον Κοινωνικό Λειτουργό. Ακόμη και μετά την αίτηση μας για διεξαγωγή έρευνας και στους υπόλοιπους νομούς της περιφέρειας Κρήτης (νομός Ρεθύμνου και Λασιθίου), δεν είχαμε κάποια άλλη θετική απάντηση για συμμετοχή. Σύμφωνα με τους ίδιους η αρνητική τους απάντηση αιτιολογήθηκε είτε λόγω φόρτου εργασίας, είτε λόγω προβλημάτων υγείας στενών συγγενών των Κοινωνικών Λειτουργών (π.χ. μητέρα ή σύζυγος), είτε λόγω της υπάρχουσας κατάστασης λόγω της επιδημίας του κορονοϊού.

Επιπρόσθετα ένας λόγος που αντιμετωπίσαμε δυσκολία στην ανεύρεση δείγματος ήταν η ελλιπής στελέχωση των Μονάδων Κλειστής Περίθαλψης ηλικιωμένων από επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς. Σε κάποιες περιπτώσεις τις αρμοδιότητες των κοινωνικών Λειτουργών είχαν αναλάβει άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως Ιατροί ή νοσηλευτές. Ενώ σε κάποιες άλλες τα καθήκοντα των Κοινωνικών Λειτουργών είχαν αναλάβει σπουδαστές Κοινωνικής εργασίας ή ακόμη και εθελοντές Κοινωνικοί Λειτουργοί, περιστασιακά. Τέλος, αντιμετωπίσαμε περιπτώσεις που μονάδες υπολειτουργούσαν ολοκληρωτικά.

Εξαιτίας όλων των παραπάνω περιοριστήκαμε σε επτά δείγματα Κοινωνικών Λειτουργών και όχι δέκα όπως είχαμε καταθέσει στην αρχική αίτηση κατάθεσης της πτυχιακής, στο πρωτόκολλο.

### **Περιορισμοί της έρευνας**

Ο κυριότερος περιορισμός της έρευνας που διεξήγαμε προέκυψε από την μέθοδο έρευνας που επιλέξαμε. Η ποιοτική έρευνα δημιουργεί από μόνη της έναν περιορισμό αφού δεν επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης δεν είχαμε την ολιστικής άποψης πάνω στο θέμα, καθώς οι συνεντεύξεις πάθησαν αποκλειστικά από τους Κοινωνικούς



Λειτουργούς των μονάδων. Για να μπορούμε να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα πάνω στο ζήτημα θα έπρεπε να υπήρχε η δυνατότητα διεξαγωγής συνεντεύξεων τόσο από τις οικογένειες των ηλικιωμένων όσο και από τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Ακόμη ένας περιορισμός της έρευνας είναι το γεγονός ότι υπάρχει η πιθανότητα οι Κοινωνικοί λειτουργοί των μονάδων να μην μας αποκάλυψαν όλη την αλήθεια για το έργο τους και τον τρόπο διαβίωσης των ηλικιωμένων στις Μονάδες κατά την διάρκεια της συνέντευξης, είτε για να προστατεύσουν την Μονάδα που εργάζονται, είτε για να μην εκθέσουν τον εαυτό τους ως ελλιπή στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού. Τέλος περιορισμό θεωρούμε και την μη προσφορά κάποιων Κοινωνικών Λειτουργών να μας ξενάγησουν στο χώρο ή ακόμα κάποιον που προσφέρθηκαν και σε κάποιες περιπτώσεις η ξενάγηση διεξάχθηκε πολύ γρήγορα και όχι σε όλους τους χώρους, ίσως για να μην παρατηρήσουμε κάτι το οποίο να μην συνέπιπτε με όσα ειπώθηκαν στη συνέντευξη.

## **5.7 Συμπεράσματα - προτάσεις για την εξέλιξη των δομών κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων**

Μετά την διερεύνηση των αποτελεσμάτων της έρευνας διαπιστώθηκαν ελλείψεις ως προς την δομή και την λειτουργία των Μονάδων Κλειστής Περίθαλψης, που κρίνεται απαραίτητο να καλυφτούν.

Μελλοντικά επιτακτική ανάγκη φαίνεται η βελτίωση της κρατικής πρόνοιας σε σχέση με τις μονάδες. Ενίσχυση κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, με την παροχή οικονομικών πόρων με στόχο την ανάπλαση των υποδομών των μονάδων. Καθώς και με την αύξηση των συντάξεων και των εισφορών των ηλικιωμένων, το οποίο θα λειτουργούσε προς όφελος των οικογενειών των ηλικιωμένων αφού τις περισσότερες φορές επιβαρύνονται οικονομικά το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας των ανθρώπων τους.

Επίσης κρίνεται απαραίτητη η πληρέστερη στελέχωση με ειδικευμένο προσωπικό, όπως Ιατροί, Νοσηλευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί κ.α., με στόχο την αποφόρτιση του ήδη υπάρχοντος προσωπικού, ώστε να μην επιβαρύνονται με καθήκοντα άλλων ειδικοτήτων και να αποδίδουν καλύτερα στις δικές τους αρμοδιότητες.

Τέλος, φαίνεται σκόπιμη η συστηματική αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας των μονάδων και του προσωπικού που εργάζεται σε αυτές. Καθώς πιστεύουμε ότι με την πάροδο του χρόνου ταυτόχρονα με την εξέλιξη της επιστήμης και με την βοήθεια της τεχνολογίας, οφείλεται να υφίσταται και η βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της διαδικασίας της επιμόρφωσης των ειδικών ή μέσω προγραμμάτων επαναπαιστοποίησης τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναστασιάδου, Α. (2015). Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων ανθρώπων στο Β. Αναστασιάδου, Ο. Νάκα, Ο. Παντελίδου-Παπαδοπούλου, Δ. Σακελλάρη, Β. Τοπίτσογλου & Δ. Τορτοπίδης, (2015). Διαχείριση σύνθετων καταστάσεων στα πλαίσια της γηριατρικής οδοντιατρικής στο [https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjsvsXfxdXZAhXFFiwKHSILAzsQFggyMAE&url=https%3A%2F%2Frepository.kallipos.gr%2Fbitstream%2F11419%2F3377%2F5%2F00\\_master\\_document%25CE%259A%25CE%259F%25CE%25A5.pdf&usg=AOvVaw0xCI7DLH2VntBIfbspFRrY](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjsvsXfxdXZAhXFFiwKHSILAzsQFggyMAE&url=https%3A%2F%2Frepository.kallipos.gr%2Fbitstream%2F11419%2F3377%2F5%2F00_master_document%25CE%259A%25CE%259F%25CE%25A5.pdf&usg=AOvVaw0xCI7DLH2VntBIfbspFRrY) (5/3/2018).
2. Αλεξίου Θ., (1999). Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση: Η κοινωνική Πολιτική ως Μηχανισμός Ελέγχου και Κοινωνικής Πειθάρχησης. Αθήνα: Παπαζήσης.
3. Βάντσος, Χ. (1988). Η μέριμνα της Εκκλησίας για τον άνθρωπο της τρίτης ηλικίας. Θεσσαλονίκη: λείπει η έκδοση.
4. Δρουσιώτη Μ. , Κοινωνική πρόνοια και τρίτη ηλικία στην Καλαμάτα, 2006
5. Έμκε -Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες. Παρελθόν, Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.
6. Επίσημη εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, οδηγία 2000/78, 27 Νοεμβρίου
7. Ζήντρου, Γ., Βασιλοπούλου, Γ., Βακάλη, Χ., Γερογιάννη, Γ. & Καμπά, Ε. (2014). Συγκριτική μελέτη εμφάνισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton". Το Βήμα του Ασκληπιού, 13 (2), 144-159. <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/4551> (6/03/2018).
8. Ζωγογιάννη Α. , Δομή - οργάνωση και λειτουργία του γηροκομείου Πύργου «Άγιος Χαράλαμπος» , (πτυχιακή εργασία) , Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, 2008.
9. Καλαϊτζή, Β. (2004). Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών. Αθήνα: Mendor.
10. Κωσταρίδου- Ευκλείδη, Α. (1999α). Γήρας και υγεία στο: Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
11. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α.(1999). Ψυχολογία κινήτρων. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
12. Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (1996). Διαγενεακές Σχέσεις: Πραγματικότητες και Αρχές Επικοινωνίας και Αλληλεγγύης. Στο Β. Κοτζαμάνης, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου, Μ. Τζωρτζοπούλου, Γήρανση και Κοινωνία, Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, σελ. 387-401. Αθήνα.

13. Μπουρσανίδης, Χ. (2010). «Συγκριτική Πολιτική Υγείας – Δομές διακυβέρνησης και εργαλεία Δημοσίου Μάνατζμεντ στα συστήματα υγείας στη ΕΕ», σε: Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., (Επιμ.), Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
14. Μωυσίδης Α., Ανθοπούλου Θ., Ντύκεν Μ.Ν., Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), (2002), Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού, Αθήνα: Gutenberg.
15. Μωυσίδης, Α. (1998). Κοινωνικός αποκλεισμός: Η Ελληνική εμπειρία, Αθήνα: Gutenberg.
16. Παναγιώτου, Σ. & Χριστοφόρου, Ζ. (2004) Πλαίσια κλειστής περίθαλψης ηλικιωμένων στο νομό Ηρακλείου (Πτυχιακή Εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης- Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο. <https://apothesis.lib.teicrete.gr/handle/11713/1258> (6/03/2018).
17. Πανέρα, Ε. (1999). «Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων» στο: Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α., (επιμ.) Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
18. Στασινοπούλου. Ο., (1996). «Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής- Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό», Αθήνα: Gutenberg
19. Σωμαράκη Κ. , Τσόκας Ν. , Χατζηγεωργίου Μ. ,(2007), Ικανοποίηση ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν στην πόλη του Ηρακλείου από την φροντίδα που τους παρέχεται από επίσημα-ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
20. Τεπέρογλου, Α., Κίνια, Ε., Παπακώστα, Μ., & Τζωρτζοπούλου, Μ. (1990). Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
21. Τήνιου. Π., (2000). «Η θέση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα», Οικονομικός Ταχυδρόμος, τεύχος 52.
22. Τζονιγάκη, Ι., 2010. Η εργοθεραπεία στους ηλικιωμένους. Αθήνα: Mendor Editions S.A..
23. Τριανταφύλλου, Γ., (1993). «Ποιος φροντίζει. Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη», Αθήνα.
24. Χριστόπουλος Θ. , Κλειστή ιδρυματική περίθαλψη ηλικιωμένων Ν. Ηλείας Καλαμάτα 2010

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Arvaniti, A., Livaditis, M., Kanioti, E., Davis, E., Samakouri, M., & Xenitidis, K. (2005). Mental health problems in the elderly in residential care in Greece-A pilot study. *Journal of Aging & Mental Health*, 9(2), 142-145.
2. Bennett, G. & Ebrahim, S. (1995). *The Essentials of Health Care in Old Age*. 2nd ed. London: Edward Arnold, Hodder Headline Group.
3. Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective Quality of Life in Old Age in Greece, the Effect of Demographic Factors, Emotional State, and Adaptation to Aging. *Journal of European psychologist*, 8(3), 178-191
4. Fahey T., Montgomery A.A, Barnes J. , Protheroe J., (2003), Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study, *PMC*, 326(7389) :580.
5. Fernandez-Carro C. , Modenes J.A. , Spijker J. , (2015) , Living Conditions as predictor of elderly residential satisfaction. A cross-European view by poverty status, *European Journal of Aging* 12(3): 187-202.
6. Fillit, H. Rockwood, K. & Woodhouse, K. (2010). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 7th ed. Philadelphia Saunders imprint of Elsevier Inc.
7. Granerud A. , Imingen I. , Eriksson B. , (2017), Everyday Life and Wellbeing among the Oldest Elderly in Norway-A Qualitative Study, *Open Journal of Social Sciences*, Vol. 05, No7:15
8. Grewal, I., Nazroo, J., Bajekal, M., Blane, D., & Lewis, J. (2004). Influences on quality of life: A qualitative investigation of ethnic differences among older people in England. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30(4), 737-761.
9. Hawkins, P. N., Lachmann, H. J., Aganna, E., & McDermott, M. F. (2004). Spectrum of clinical features in Muckle-Wells syndrome and response to anakinra. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 50(2), 607-612.
10. Jakson K. , (2014), A Supporting Role in Elder Care, *Social Work Today*, Vol.14, No1:6
11. Kastenbaum, R. (1982), Ο κύκλος της ζωής. Η Τρίτη ηλικία. Τσελέπογλου Ε. (μετάφρ.) Αθήνα : Ψυχογιός
12. Kendig, H., Hashimoto, A., & Coppard, L.C. (1992). Family support for the elderly: The international experience. *Ageing international*, 19(2), 32-37.

13. Kyriakidou, E., Kotzabassaki, S., &Christopoulou, I. (2001). Care the Elderly in Greece, A Family Centered Approach. ICUs and Nursing Web Journal, 8 (1-17).
14. Kloppers J.M. , Dyk A. , Pretorius L. , (2015), The experiences of the elderly and caregivers in respect of caring for the elderly in Windhoek and Rehoboth Namibia: An exploratory and descriptive study, Open Journal of Nursing, Vol 05, No. 03:13
15. Levkoff, S.E., Macarthur, I.W., & Bucknall, J. (1995). Elderly mental health in the developing world. Social Science and Medicine, 41(7), 983-1003.
16. Lohrmann C. , Dijkstra A., Dassen T. , (2003), The care dependency scale: An assessment instrument for the elderly patients in German hospitals, Geriatric Nursing, Vol.24, Issue 1:40-43.
17. Milne A. , Sullivan M. , Tanner D. , Richards S. , Ray M. , Lloyd L. , Beech C. , Phillips J. ,(2014) Social Work with older people: a vision for the future, The College of Social Work
18. Molinuevo D. , Anderson R. , (2017), Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
19. Netuveli G. , Blane D. , (2008), Quality of life in older ages, PMC,85:113-26.
20. Ory, M., Hoffman, M.K., Hawkins, M., Sanner, B. &Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. Am J Prev Med.25(3 Suppl. 2):164–71.
21. Pervin, L.A. &John, O. P. (2001): Θεωρίες προσωπικότητας. Έρευνα και εφαρμογές. Αθήνα: Εκδόσεις «Γυπωθήτω»
22. Petch A. , (2009), Managing Transitions, Support for Individuals at key points of change, Great Britain: The Policy Press University of Bristol.
23. Redfern, S., &Ross, F., (2011). Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων. Αθήνα: Πασχαλίδης.
24. Riedl M., Mantovan F. , Them C. , Being a Nursing Home Resident: A Challenge to One's Identity, Advanced Nursing Practice for Older People, Hindawi, Nursing Research and Practice, Volume 2013
25. Rijnaard M.D. ,van Hoof J. ,Janssen B.M., Verbeek H. , Pocornie W., Eijkelenboom A., Beerens H.C. , Molony S.L. , Wouters E.J.M. , (2016), The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents, Journal of Aging Research
26. Røen, I. , Selbæk G. , Kirkevold O. , Engedal K. , Testad I. , and Bergh S. , Resource Use and Disease Cause in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), A

longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes, 2017

27. Runkan P.R. , (2011), Elderly institutionalization and depression, *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 33(2012) : 109-113.

28. Sagit L. Liat A. , Coping with the Obligation Dilemma: Prototypes of Social Workers in the Nursing Home, *British Journal of Social Work*, 2016, 46(5): 1318–1335.

29. Sánchez Palacios, C., Trianes Torres, M. V. & Blanca Mena, M.J. (2009). Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Arch Gerontol Geriatr.* 48(3):385–90.

30. Schaie K. W, Wahl H.W, Mollenkopf H. , Oswald F. , (2003), *Aging Independently, Living Arrangements and Mobility*, New York, Springer Publishing Company, Inc.

31. Sharon E. Engel, Dan K. Kiely, Susan L. Mitchell, Satisfaction with End-of-Life Care for Nursing Home Residents with Advanced Dementia, *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 2006 54(10): 1567–1572

32. Soares E. , (2014), The Care of Institutionalized Elderly: Principles for Action of Multidisciplinary Team, *Journal of Gerontological Geriatric Research*.

33. Souza A., Costa G., Yamashita C., Amendola F., Gaspar J., Alvarenga M., Faccenda O., Oliveira M. (2014). «Family functioning of elderly with depressive symptoms (Extracted from the dissertation "Vulnerabilidade social e funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos")». Graduate Nursing Program , School of Nursing». [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000300469&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000300469&script=sci_arttext) (20/4/2018).

34. Stanciu M.C. , (2013), Importance of Counselling Before Institutionalization, 3rd World Conference on Psychology, Counselling and Guidance, *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 84:1630-1633.

35. Sung K. , Dunkle R.E. , (2009), How Social Workers Demonstrate Respect for Elderly Clients, *Journal of Gerontological Social Work*, Vol.5, Issue 3:250-260.

36. Taqui A., Itrat A., Qidwai W., Qadri Z., (2007). «Depression in the elderly: Does family play a role? A cross-sectional study (BioMed Central). *BMC psychiatry*». <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-7-57> (20/4/2018).

37. The Role of the Social Worker with Older Persons, 2011, The Irish Association of Social Workers (IASW), Special Interest Group on Ageing (SIGA)

38. Wahlin T.B-R. , Heikkila K. , Emami A. , (2006) , Moving to and living in a retirement home: Focusing on elderly people's sense of safety and security, *Journal of Housing for the Elderly*, vol. 20, issue 3)

39. Williamson, P. (2016). Θεραπευτική άσκηση για ειδικούς πληθυσμούς (Ε. Καπρέλη, Ε. Μπίλλη Μεταφρ.). Αθήνα: Κωνσταντάρας

### ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. [www.cityofathens.gr/triti-ilikia/lesxes-filias](http://www.cityofathens.gr/triti-ilikia/lesxes-filias)
2. [www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spitiold.50plus.gr/kifi](http://www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spitiold.50plus.gr/kifi)
3. [www.lifeinhellas.gr/ηλικιωμένοι-σε-απόγνωση/](http://www.lifeinhellas.gr/ηλικιωμένοι-σε-απόγνωση/)
4. [www.choosecomforthome.com/long-term-care-facilities-pros-cons/](http://www.choosecomforthome.com/long-term-care-facilities-pros-cons/)
5. [www.megara.gr/portal/images/pdf/10-DIAVOULEYSI/2016/17-05-2016-kanonismos-dimotikou-girokeomiou.pdf](http://www.megara.gr/portal/images/pdf/10-DIAVOULEYSI/2016/17-05-2016-kanonismos-dimotikou-girokeomiou.pdf)
6. [www.bestsocialworkprograms.com/faq/what-does-a-director-of-social-work-at-a-nursing-home-do/](http://www.bestsocialworkprograms.com/faq/what-does-a-director-of-social-work-at-a-nursing-home-do/)
7. Long-Term Care Facilities,(2003), National Association of Social Workers(NASW)[www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=cwW7lzBfYxg%3D&portalid=0](http://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=cwW7lzBfYxg%3D&portalid=0)
8. [www.familymattersshc.com/disadvantages-of-nursing-homes](http://www.familymattersshc.com/disadvantages-of-nursing-homes)
9. Online MSW Programs, Introductory Guide to Gerontological Social Work, [www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-gerontological-social-work.html](http://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-gerontological-social-work.html)
10. Online MSW Programs, Introductory Guide to Clinical Social Work, [www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html](http://www.onlinemswprograms.com/features/guide-to-clinical-social-work.html)
11. National Association of Social Workers, NASW Standards for Social Work Practice with Family Caregivers of Older Adults, 2010, [www.socailworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=aUwQL98exRM%3D&portalid=0](http://www.socailworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=aUwQL98exRM%3D&portalid=0)
12. Foundations pf Social Work Practice in the Field of Aging : A Competency-Based Approach, [www.naswpress.org](http://www.naswpress.org)
13. Health Care Association of Michigan, [www.hcam.org/uploads/ckeditor/files/IV\\_%20Services%20Provided%20by%20Nursing%20Facilities.pdf](http://www.hcam.org/uploads/ckeditor/files/IV_%20Services%20Provided%20by%20Nursing%20Facilities.pdf)
14. Maintaining identity in a care home environment,



15. Seven secrets to easing your parents' transition to assisted living, 2018, <mailto:https://www.faiwealth.com/articles/seven-secrets-to-easing-your-parents-transition-to-assisted-living/>
16. Helping a Senior Adjust After Moving to Independent Living <mailto:https://www.agingcare.com/articles/help-senior-adjust-after-move-to-independent-living-168514.htm>
17. Australian Centre for Evidence Based Aged Care (ACEBAC), 2010, [mailto:https://www.latrobe.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/746694/Greek\\_ACEBAC-SupportingFamilies\\_HI-RES.pdf](mailto:https://www.latrobe.edu.au/__data/assets/pdf_file/0009/746694/Greek_ACEBAC-SupportingFamilies_HI-RES.pdf)
18. Moving Your Parents to Senior Living: Making the Difficult Choice <mailto:https://www.aplaceformom.com/planning-and-advice/articles/parents-senior-living-guilt>
19. Parents Need Time to Adjust to Life at Retirement Homes <mailto:https://www.agingcare.com/articles/adjust-to-senior-living-facility-152709.htm>
20. Δημόπουλος Θ. Π. , 2013, Κοινωνικός Λειτουργός του Ε.Π.Ε.Κ.Α στις Κοινωνικές Δομές του Δήμου Ζωγράφου & Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων «ΜΑΡΕΠΗ» Η Χρησιμότητα της Κοινωνικής Εργασίας στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, <mailto:https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/apopseis-sxolia/news/23365/i-xrisimotita-tis-koinwnikis-ergasias-stis-monades-frontidas-ilikiwmenwn.html>
21. Πώς νιώθει ένας άνθρωπος με άνοια; <https://www.trainyourbrain.gr>

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

**Ημερομηνία**

**ΠΡΟΣ:**

**Αξιότιμε/η κ.**

Από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης έχει εγκριθεί, να εκπονηθεί πτυχιακή εργασία με τίτλο: «Κλειστές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων: εμπειρίες και απόψεις των Κοινωνικών Λειτουργών για την Τρίτη ηλικία» από τις σπουδάστριες Μήτκα Ζωή, Τσαπαλάκη Ειρήνη, Φακιολά Μαργαρίτα.και επιβλέπουσα καθηγήτρια την Δρ. Μαρία Μουδάτσου.

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των απόψεων και των εμπειριών των Κοινωνικών Λειτουργών, σχετικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων που ζουν σε κλειστές δομές φροντίδας, καθώς και των οικογενειών τους σε σχέση με εκείνους. Ειδικότερα θα διερευνηθεί αν οι κλειστές δομές καλύπτουν αυτές τις ανάγκες και αν υπάρχουν προτάσεις για το μέλλον.

Ειδικότερα έχει εγκριθεί να γίνει ποιοτική έρευνα. Οι θεματικές ενότητες που θα διερευνηθούν είναι οι κάτωθι: 1. Ποιές είναι οι ανάγκες , οι δυσκολίες, τα συναισθήματα που δημιουργεί η είσοδος του ηλικιωμένου στις κλειστές δομές φροντίδας(ανάγκες που δημιουργούνται λόγω ηλικίας και δυσκολίες ή προβλήματα σωματικά-ψυχολογικά και σύμφωνα με την κλίμακα των αναγκών του Maslow(2011) για τους ίδιους τους ηλικιωμένους και για την οικογένειά τους, 2. Πώς οι κλειστές δομές φροντίδας

καλύπτουν τις ανάγκες, τα συναισθήματα και τις δυσκολίες που δημιουργούνται, 3. Προτάσεις για το μέλλον.

Η βοήθεια σας θα ήταν σημαντική προκειμένου να μας επιτρέψετε να έρθουμε σε επαφή με τους κοινωνικούς λειτουργούς της υπηρεσίας, σε ώρα και μέρα που δεν θα εμποδίζει την ομαλή λειτουργία σας, προκειμένου να γίνουν οι συνεντεύξεις της έρευνας μας.

Για πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στα εξής τηλέφωνα και e-mail : Μήτκα Ζωή: 6976120867 - zwimitka@gmail.com, Τσαπαλάκη Ειρήνη: 697633267 2-manyel\_13@hotmail.com, Φακιολά Μαργαρίτα: 6988939556 - fmargherita94@yahoo.com, Επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Μουδάτσου Μαρία: 6938980463 -moudatsoum@yahoo.gr

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί πλήρης εχεμύθεια και απόλυτη εμπιστευτικότητα στα στοιχεία που θα προκύψουν από τις συνεντεύξεις.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Οι σπουδάστριες

Μήτκα Ζωή, Τσαπαλάκη Ειρήνη, Φακιολά Μαργαρίτα

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

<b>Κωδικός δείγματος</b>	<b>Φύλο</b>	<b>Χρόνια εργασίας στην μονάδα</b>	<b>Ιδιωτική μονάδα περίθαλψης</b>	<b>Δημόσια μονάδα περίθαλψης</b>	<b>Νομός Ηρακλείου</b>	<b>Νομός Χανίων</b>
<b>Συεντευξιαζόμενος No1</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>4 χρόνια</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	
<b>Συεντευξιαζόμενος No2</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>30+ χρόνια</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Συεντευξιαζόμενος No3</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>5 χρόνια</b>		<b>X</b>		<b>X</b>
<b>Συεντευξιαζόμενος No4</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>6 μήνες</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	
<b>Συεντευξιαζόμενος No5</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>14 χρόνια</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	
<b>Συεντευξιαζόμενος No6</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>1,5 χρόνο</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	
<b>Συεντευξιαζόμενος No7</b>	<b>Γυναίκα</b>	<b>8 μήνες</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

<b>ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ</b>	<b>ΥΠΟΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ</b>						
	ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΑΝΑΓΚΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ. ΑΝΑΓΚΕΣ, ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ.</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ, ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ.</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ.</b>						<b>X</b>	<b>X</b>