

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καταγραφή και εκτίμηση των αναγκών των οικογενειακών φροντιστών των ηλικιωμένων, σε αναφορά με τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας.»

Σπουδαστές:

Αλεξιά Κωνσταντίνα

Λουλακίδης Παναγιώτης

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Κα. Διαλυνάκη Ελένη

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
I. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	4
1.ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ.....	4
1.1.Δημογραφικές μεταβολές.....	4
1.2.Αντίκτυπος της δημογραφικής γήρανσης στα συστήματα υγείας και τις δαπάνες.....	5
2.ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	7
3.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	9
4.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ.....	10
4.1.Ποιός φροντίζει.....	10
4.2.Παροχή φροντίδας.....	10
4.3. Επιπτώσεις.....	11
5.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	14
5.1.Περιγραφή συστήματος.....	14
5.2.Συγκρότηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.....	15
6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΧΩΡΟ.....	21
6.1.Παρουσίαση της φροντίδας στις χώρες των εταίρων.....	21
6.2.Φινλανδικό μοντέλο.....	23
II. ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ	30
1. ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	30
1.1.Προβληματική.....	30
1.2.Μεθοδολογία.....	31
2.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	34
2.1. Το προφίλ των φροντιστών.....	34
2.2. Η εικόνα των ηλικιωμένων.....	38
2.3.Συνέπειες της παροχής φροντίδας.....	41
2.4.Υπηρεσίες.....	45
3.ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	49
4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο πρωταρχικός λόγος που επιλέξαμε το θέμα αυτό ήταν η πρωτοτυπία του. Στη χώρα μας δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες για να διερευνηθεί η ανεπίσημη οικογενειακή φροντίδα.

Ένας ακόμα λόγος ήταν και τα προσωπικά μας βιώματά με οικογενειακούς φροντιστές και ηλικιωμένους.

Σημαντικό για μας, ήταν να απαντηθούν ερωτήματα σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού, την αλλαγή στο σύγχρονο τρόπο ζωής, τη δομή της οικογένειας και τις επιπτώσεις στην άτυπη μορφή φροντίδας.

Μέσω της έρευνας θα θέλαμε να συμβάλουμε στο να εκφραστούν οι ανάγκες των ανθρώπων αυτών που με μεγάλο κόστος αλλά και ευαισθησία φροντίζουν τους δικούς τους χωρίς καμία υποστήριξη από τους επίσημους φορείς.

Το εγχείρημα αυτό δεν ήταν εύκολο γιατί δεν υπήρχε βιβλιογραφία και ανάλογες έρευνες για να υποστηριχθεί η προσπάθειά μας.

- Θα γινόταν ακόμα πιο δύσκολο εάν δεν είχαμε την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας που βοήθησαν να έλθουμε σ' επαφή με τον πληθυσμό της έρευνας και τους ευχαριστούμε.
- Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα θέλαμε να απευθύνουμε στην καθηγήτριά μας Κα. Διαλυνάκη Ελένη για την στήριξη και καθοδήγησή της σ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας.
- Την ερευνητική ομάδα «SEXTANT GROUP» της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, για την παραχώρηση της άδειας χρήσης του ερωτηματολογίου.
- Την Κα. Ρουμελιωτάκη Θεανώ για την συνεισφορά της στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και
- Τέλος ευχαριστίες οφείλουμε σ' όλους τους φροντιστές που μας δέχθηκαν στο σπίτι τους, με καλή διάθεση και αφιέρωσαν το χρόνο τους, μέσα σε δύσκολες, τις πιο πολλές φορές, συνθήκες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον όρο οικογενειακοί φροντιστές ηλικιωμένων αποκαλούνται τα άτομα που στηρίζουν γονείς, συγγενείς και φίλους που λόγω αρρώστιας ή προχωρημένης ηλικίας δεν αυτοεξυπηρετούνται. Αποτελούν ανομοιογενές σύνολο που σχετίζεται με τη συγγενική σχέση με το άτομο, τη συγκατοίκηση, την ηλικία και το φύλο. Οι φροντιστές προέρχονται κυρίως από τη οικογένεια των ηλικιωμένων. Επί εγγάμων, τυπικά χρέη φροντιστή αναλαμβάνει ο ή η σύζυγος.

Τίθεται όμως το ερώτημα κατά πόσο η οικογένεια με τις σημερινές συνθήκες θα εξακολουθήσει να είναι ο βασικός φορέας στήριξης και βοήθειας του ηλικιωμένου ατόμου. Υπάρχουν οικογένειες που λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης τα παιδιά τους ως φροντιστές, ανήκουν επίσης στην Τρίτη ηλικία και χρειάζονται και αυτά φροντίδα. Ένα ακόμη βασικό ερώτημα είναι ποιος χρειάζεται να είναι ο ρόλος της οικογενειακής πολιτικής για την στήριξη της οικογένειας ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις που τη βαραίνουν. Το ζήτημα των οικογενειακών φροντιστών έχει απασχολήσει ελάχιστα στη χώρα μας, την πολιτεία όσο και τους πολίτες, μιας και θεωρείται δεδομένο ότι οι οικογένειες έχουν την υποχρέωση αλλά και την ικανότητα να φροντίσουν τα ηλικιωμένα μέλη τους.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να καταγραφούν οι ανάγκες και οι επιπτώσεις της φροντίδας στις οικογένειες των οικογενειακών φροντιστών των ηλικιωμένων και η σχέση τους με τη χρήση των υπάρχοντων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Απώτερος στόχος είναι η συμβολή στη βελτίωση των υπηρεσιών μέσω της συνεργασίας δημόσιου, ιδιωτικού ,εθελοντικού τομέα, με τα «ανεπίσημα» δίκτυα φροντίδας. Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται μια προσπάθεια θεωρητικής προσέγγισης του θέματος.

Συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στη δημογραφική γήρανση και στον αντίκτυπό της στα συστήματα υγείας και στις δαπάνες. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι ανάγκες των ηλικιωμένων σε μια προσπάθεια να φανεί το δύσκολο έργο των φροντιστών ενώ στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο θεσμό της οικογένειας και στις αλλαγές των οικογενειακών σχημάτων, μιας και η οικογένεια παρέχει φροντίδα στα εξαρτημένα μέλη της. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια παρουσίασης των οικογενειακών φροντιστών, των υπηρεσιών

που παρέχουν στον ηλικιωμένο αλλά και των επιπτώσεων που προκαλεί η φροντίδα στην ποιότητα ζωής τους. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται επισκόπηση της κοινωνικής φροντίδας και των υπηρεσιών, μέσω της περιγραφής του συστήματος και της συγκρότησης των υπηρεσιών ώστε να φανεί η έλλειψη υπηρεσιών για τους φροντιστές. Το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στην οικογενειακή φροντίδα στον ευρωπαϊκό χώρο και παρουσιάζει το Φινλανδικό μοντέλο ως πρότυπο ολοκληρωμένης φροντίδας.

Το δεύτερο μέρος ασχολείται με το εμπειρικό μέρος της έρευνας. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η προβληματική και η μεθοδολογία της έρευνας. Στο δεύτερο κεφάλαιο καταγράφονται οι ανάγκες υγείας και φροντίδας των ηλικιωμένων, οι επιπτώσεις της φροντίδας στους φροντιστές η παροχή και το είδος της φροντίδας και η χρήση των υπηρεσιών από μεριάς φροντιστών. Τέλος γίνεται συζήτηση για τα αποτελέσματα που προέκυψαν και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα από την έρευνα, στα κεφάλαια 3-4.

Ολοκληρώνοντας είναι αναγκαίο να επισημανθεί η δυσκολία σχετικά με την εύρεση βιβλιογραφίας μιας και στην Ελλάδα δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία σχετικά με το ρόλο των ανεπίσημων φροντιστών.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

1.1. Δημογραφικές μεταβολές

Δημογραφική γήρανση είναι η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό. Είναι μια διαδικασία σύνθετη. Από τη μία πλευρά φανερώνει μια εξελικτική τάση η οποία διαμορφώνεται από συσχέτιση του πληθυσμού των ηλικιωμένων με τον αντίστοιχο νεανικό πληθυσμό στη βάση της πληθυσμιακής πυραμίδας. Από την άλλη πλευρά, μέσω της δημογραφικής και οικονομικής εξάρτησης φανερώνεται η σχέση μεταξύ των ακραίων ηλικιακών ομάδων με τον παραγωγικό – αναπαραγωγικό πληθυσμό (Ε.Κ.Κ.Ε., 2002,31).

Οι σημαντικές αλλαγές στην ηλικιακή δομή προκύπτουν από μια αξιοσημείωτη αύξηση της μακροζωίας. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 χρόνων το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε κατά δέκα έτη. Αυτό αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα επιτεύγματα του 20^{ου} αιώνα. Παράλληλα τα υψηλά ποσοστά γονιμότητας κατά τις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες, ακολούθησαν από μία σημαντική μείωση της γονιμότητας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση κατά τις τελευταίες δύο – τρεις δεκαετίες.

Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού είναι παγκόσμιο, προσλαμβάνει όμως μεγαλύτερη έκταση στις προηγμένες, βιομηχανικές χώρες.

Η Ευρώπη μεταβάλλεται ραγδαία σε μια ήπειρο που κατοικείται από ηλικιωμένους. Το μερίδιο των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών προβλέπεται να αυξηθεί από 16,1 το 2000 σε 22% το 2025 και σε 27,5% το 2050. Το ποσοστό των ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών, το οποίο ήταν 3,6% το 2000, αναμένεται να φθάσει το 6% το 2025 και 10% το 2050 (COM 2001, 732).

Το 2000 ο πληθυσμός ηλικίας 60 ετών και άνω κάλυπτε το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού πληθυσμού απ' ότι τα άτομα κάτω των 20 στη Γερμανία, την Ελλάδα και την Ιταλία. Στο πλαίσιο της Ε.Ε. στη Σουηδία την Ιταλία και την Ελλάδα, καταγράφηκαν τα υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας σε σχέση με τον εργαζόμενο πληθυσμό. (www.iprosec.uk,2000).

Η Ελλάδα όπως φαίνεται, δεν αποτελεί εξαίρεση στην εξέλιξη αυτή, αντίθετα παρουσιάζει έναν από τους μεγαλύτερους σε ηλικία πληθυσμούς, εξαιτίας τόσο της ραγδαίας πτώσης του αριθμού γεννήσεων όσο και της παράτασης της ζωής (Τριανταφύλλου ΤΖ., 1993,17).

Σύμφωνα με την EUROSTAT ενώ το 1960 το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο συνολικό πληθυσμό ήταν 8,2%, το 2000 έφθασε το 16,7%(Μουσούρου Λ., Στρατηγάκη Μ., 2004,47).

1.2. Αντίκτυπος της δημογραφικής γήρανσης στα συστήματα υγείας και τις δαπάνες

Η γήρανση του πληθυσμού εγείρει σημαντικά προβλήματα στα θέματα των κοινωνικών παροχών (Συμεωνίδου Χ., 1996). Μπορεί να έχει σημαντικές συνέπειες στα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας παρόλο που αυτές δύσκολα μετριοούνται με ακρίβεια.

Είναι φανερό ότι, οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας αυξάνονται ύστερα από τα 65 έτη, και πολύ περισσότερο ύστερα από τα 80 έτη. Η υψηλή νοσηρότητα των ηλικιωμένων ατόμων, η πολλαπλότητα των νοσημάτων, η σοβαρότητα και ο χρόνιος χαρακτήρας των παθολογιών που συνδέονται με την ηλικία, και συχνά η εξάρτησή τους από άλλα άτομα ή υπηρεσίες, αποτελούν τους παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν αυτή την κατανομή των δαπανών ανά ηλικιακή ομάδα (COM(2001)).

Η πλήρης ανατροπή αναλογιών μεταξύ των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων έχει προκαλέσει ριζικές αλλαγές στην οικονομική και κοινωνική διάρθρωση των χωρών. Οι αλλαγές αυτές έχουν δημιουργήσει ειδικά προβλήματα και δυσκολίες σε πολλούς τομείς, όπως οι κοινωνικές ασφάλισεις, η υγεία και οι υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας.

Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής προστασίας έχει πιστοποιηθεί η αύξηση των δαπανών υγείας και της κατά κεφαλήν κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας κατά τέσσερις έως έξι φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (OECD 1988).

Σε κοινωνίες όπως η ελληνική, που δεν υφίσταται ανεπτυγμένο Κράτος Πρόνοιας και το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας παρέχεται από την οικογένεια και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας, η ανάπτυξη θεσμών και πολιτικών ενίσχυσης και στήριξης της οικογένειας αποκτά ιδιαίτερη σημασία εφόσον, όπως φαίνεται περισσότερο από κάθε άλλη μορφή βοήθειας ανταποκρίνεται στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες της ελληνικής οικογένειας.

Η παραπάνω αλλαγές συντελούνται με γρήγορο ρυθμό και γίνεται όλο και πιο αναγκαίο να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψη στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας,

και κοιν. Φροντίδας ώστε να μπορέσουν αυτές, να ανταποκριθούν στο ρόλο τους. Οι υπηρεσίες στο σπίτι, η υποστήριξη της οικογένειας από της υπηρεσίες Π.Φ.Υ, η κοινωνική μέριμνα και άλλες υπηρεσίες, θα ζητούνται όλο και περισσότερο. Οι νόσοι φθοράς αλλά και η φροντίδα των συχνών νοσημάτων των ηλικιωμένων (π.χ. υπέρταση, καρδιαγγειακά, σακχαρώδης διαβήτης) θα χρειαστούν συστηματική αντιμετώπιση και συστηματική παρακολούθηση.

Βασική προϋπόθεση είναι η ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Αυτό θα προσφέρει όσο το δυνατόν καλύτερη κάλυψη των πολλαπλών αναγκών και καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες που παρέχονται καθώς και τη στήριξη των οικογενειακών φροντιστών.

Προκύπτει από τα προαναφερθέντα ότι η αναγκαιότητα ανάπτυξης πολιτικών και υπηρεσιών φροντίδας και στήριξης τόσο των ηλικιωμένων όσο και των οικογενειών τους, είναι προφανής. Έχει τονισθεί δε ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, χωρίς όμως την παράλληλη ανάπτυξη της έρευνας για εκτίμηση αναγκών και το σχεδιασμό και ανάπτυξη των υπηρεσιών.

Ωστόσο, η επιδίωξη της Ελλάδας να εκσυγχρονίσει τις υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων θα πρέπει να είναι προσεκτική στην υιοθέτηση των τάσεων και των προτύπων των Ευρωπαϊκών χωρών.

2.ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Το γήρας δεν είναι νόσος, αλλά μια φυσιολογική κατάσταση, με πολλές όμως παραδοξότητες. Βασικότερη είναι ότι, ενώ εντάσσεται στο πλαίσιο της φυσιολογικής ανεπίξεως της ζωής, εν τούτοις αποτελεί κατάληξή της, συνεπάγεται δηλαδή έκπτωση λειτουργιών.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι παρόμοιες με τις ανάγκες των υπόλοιπων ομάδων. Παρ' όλ' αυτά η γεροντική περίοδος συνδέεται με συγκεκριμένες ανάγκες που οφείλουν τα άτομα να ικανοποιούν ώστε η προσδοκώμενη περίοδος ζωής και η ποιότητα διαβίωσής τους να παρατείνονται (Έμκε Πουλοπούλου Η., 1999, 24).

Οι ηλικιωμένοι εκτός από τα προβλήματα που συνδέονται με την ηλικία αντιμετωπίζουν και διαφορετικού είδους προβλήματα, όπως η μοναξιά, η ανησυχία του θανάτου, η ασθένεια ή η απώλεια αγαπημένων προσώπων. Λόγω δε των χαμηλών συντάξεων που λαμβάνουν αντιμετωπίζουν επίσης σοβαρές οικονομικές δυσχέρειες. Οι δυσχέρειες επιβίωσης και φτώχειας λόγω ανεπαρκούς εισοδήματος, ακατάλληλων συνθηκών στέγασης, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και κοινωνικού αποκλεισμού, συνέβαλλαν στη μεταβολή και τη δημιουργία νέων κοινωνικών αναγκών στους ηλικιωμένους. Δεν περιορίζονται πλέον στην παροχή περίθαλψης με τη στενή ιδρυματική έννοια, αλλά εκτείνονται και σε θέματα οικιακής βοήθειας, νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι και συμμετοχής στην καθημερινή κοινωνική και πολιτισμική δραστηριότητα της κοινότητας. Ταυτόχρονα παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες στο εσωτερικό της ομάδας των ηλικιωμένων, ανάλογα με τον τόπο κατοικίας, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση (Κανελλόπουλος 1984, Κρεμαλής και συν. 1990, Μπαλούρδος και συν. 1996).

Οι ελλείψεις και συχνά ακριβές συνθήκες μεταφοράς και οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας με περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις, οδηγούν σε αύξηση των περιστατικών κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων. «Συνθέτουν ένα κλίμα απόρριψης της ζωής τους από τους νεότερους και μια σταδιακή συγκατάβαση από τους ηλικιωμένους» (Έμκε Πουλοπούλου Η., 1999,26).

Συχνά οι ηλικιωμένοι δεν υπερασπίζονται θέματα που αφορούν τα δικαιώματά τους ως πολίτες, τον αυτοσεβασμό τους, την αυτονομία, την

απασχόληση και τις οικονομικές απολαβές τους. Αποστασιοποιούνται από το κοινωνικό γίγνεσθαι με αποτέλεσμα να χάνουν το ενδιαφέρον τους για τις χαρές της ζωής και να εμφανίζουν ψυχικά νοσήματα ή να αντιμετωπίζουν ψυχοπιεστικές καταστάσεις που μέχρι πριν από λίγο καιρό τις περιόριζαν με σχετική ευκολία.

Με βάση όλα τα παραπάνω, εμφανίζονται αυξημένες οι ανάγκες για ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, πέρα από την ικανοποίηση βασικών αναγκών όπως, σωστό ρουχισμό, καθαριότητα και υγιεινή διατροφή.

Επίσης, εκτός από την επιθυμία τους για αξιοπρεπή κατοικία, αυτοσεβασμό, αυτονομία, έχουν ανάγκη να ζουν με το δικό τους ρυθμό, να έχουν βοήθεια στις εργασίες, τη μεταφορά και μετακίνηση στα μέρη και τις υπηρεσίες που επιθυμούν. Παράλληλα θέλουν να αισθάνονται ότι είναι απαραίτητοι ικανοί, δημιουργικοί, ακμαίοι και ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις και λένε όχι στη απομόνωση και στην απομάκρυνση από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον. Όσο το επιτρέπει η υγεία τους να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας, να μοιράζονται γνώσεις, αξίες, ιδέες με τις νεότερες γενιές και αναπτύσσουν την κοινωνική φροντίδα και αλληλεγγύη. Με λίγα λόγια επιζητούν απασχόληση, επικοινωνία, δραστηριότητα, πνευματικά ερεθίσματα, επιμόρφωση, εκπαίδευση και διασκέδαση, να έχουν ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν μέσα στην κοινότητα αλλά και έξω από αυτή και να αποφασίζουν για την περίθαλψή τους, χωρίς τλαιπωρία και ματαιώσεις.

Παράλληλα προγραμματίζουν και ετοιμάζονται για τα γηρατειά, τη σύνταξη, την απώλεια της αυτονομίας και το θάνατο (Έμκε Πουλοπούλου Η., 1999).

3.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι προφανές ότι η δημογραφική γήρανση συνδέεται με τις κοινωνικές μεταβολές στην δομή και τη λειτουργία της οικογένειας και δημιουργεί την ανάγκη για μετασχηματισμούς στο σύστημα κοινωνικής προστασίας. Η σχέση μεταξύ των διαφορετικών γενεών χαλαρώνει, η απασχόληση της γυναίκας έξω από το σπίτι περιορίζει τις φροντίδες που μπορεί να προσφέρει μέσα σε αυτό, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται νέες ανάγκες για την προστασία των υπερηλίκων. Ταυτόχρονα, τίθεται σε αμφισβήτηση το διαγενεακό κοινωνικό συμβόλαιο και η κοινωνική αλληλεγγύη των γενεών, όπως αυτή έλαβε χώρα με τη μορφή της κοινωνικής ασφάλισης (Μουσούρου 1993, Walker 1996).

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

Οι οικογενειακές αξίες όπως είναι οι σχέσεις στην οικογένεια και οι υποχρεώσεις των παιδιών προς την οικογένεια και τους συγγενείς, εξακολουθούν να είναι ισχυρές ακόμα και στη νεότερη γενιά (Γεώργας Δ., 1999, 41).

Αυτό άλλωστε προκύπτει και από αποτελέσματα της έρευνας IPROSEC, τα οποία καταδεικνύουν τις στενές διαγενεακές σχέσεις (προσωπική επαφή, σχέσεις οικονομικού και συναισθηματικού χαρακτήρα) καθώς και την έντονη διαγενεακή αλληλεγγύη που εξακολουθεί να υφίσταται στην Ελλάδα (Μουσούρου Λ., Στρατηγάκη Μ., 2004, 67).

Οι οικογένειες στην Ελλάδα αναλαμβάνουν αυξημένες ευθύνες έναντι των μελών τους, ειδικά των πιο αδύναμων (παιδιά και ηλικιωμένοι) παρέχοντας ένα δίκτυο ασφαλείας καθώς η παράδοση και η θρησκευτική συνείδηση επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά και το ρόλο του κάθε μέλους μέσα στην οικογένεια (Μουσούρου Λ., Στρατηγάκη Μ., 2004, 254-255).

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

4.1. Ποιος φροντίζει

Η οικογένεια αναλαμβάνει το κύριο βάρος της φροντίδας των ηλικιωμένων και ατόμων με ειδικές ανάγκες και στις αρχές του 21^{ου} αιώνα εξακολουθεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην βοήθεια των ηλικιωμένων ατόμων σε όλες τις χώρες. Οι οικογενειακοί φροντιστές αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα που συνδέεται με την ηλικία, το φύλο, τη σχέση και τη συγκατοίκηση με το εξαρτημένο άτομο.

Ο οικογενειακός φροντιστής είναι το πρόσωπο που παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής φροντίδας σε ένα ηλικιωμένο άτομο. Τα πρόσωπα αυτά είναι σύζυγοι, παιδιά, αδέρφια, εγγόνια και άλλοι συγγενείς. Γείτονες και εθελοντές παρέχουν συχνά πολύτιμη βοήθεια τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους φροντιστές τους αλλά σπάνια αναλαμβάνουν καθήκοντα πλήρους φροντίδας (Τριανταφύλλου ΤΖ., 1993, 20).

Η φροντίδα εντάσσεται στο ρόλο της γυναίκας. Η άτυπη φροντίδα στο σπίτι κυρίως από γυναίκες της οικογένειας συμβάλει σημαντικά στη διατήρηση των ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια. Οι γυναίκες αποτελούν την πλειονότητα των φροντιστών. Πιστεύουν αφενός ότι είναι «υποχρέωσή τους» να τους φροντίζουν, όμως με τις όλο και περισσότερο αυξημένες επαγγελματικές και κοινωνικές ανάγκες από την άλλη επιζητούν την ελευθερία και το χρόνο αναψυχής τους. Έτσι σήμερα οι κοινωνικές εξελίξεις, όπως η θέση της γυναίκας στη κοινωνική και οικονομική ζωή και η αυξανόμενη συμμετοχή της στην αγορά εργασίας, διευρύνουν το ρόλο της με αποτέλεσμα να μειώνεται η ενασχόλησή της με τις εργασίες του νοικοκυριού, με τη φροντίδα των παιδιών και τη στήριξη των ηλικιωμένων.

4.2. Παροχή φροντίδας

Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές ηγεσίες διαβλέπουν ότι οι κρατικές παροχές για την ενίσχυση του εισοδήματος και για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης δεν μπορούν να αυξάνονται αναλογικά με τον συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό των ηλικιωμένων.

Τα άτυπα δίκτυα φροντίδας υποκαθιστούν σε σημαντικό βαθμό την επίσημη κοινωνική φροντίδα.

Αυτό οφείλεται στην ύπαρξη ισχυρών οικογενειακών δεσμών των μελών μεταξύ τους και σχέσεις αλληλεγγύης και αλληλεξάρτησης που διατηρούν.

Στη χώρα μας τα άτυπα δίκτυα προσφέρουν βοήθεια όπως οικονομική ενίσχυση, στέγαση, σίτιση, βοήθεια για εξυπηρέτηση αναγκών προσωπικής καθαριότητας καθώς και ψυχολογική υποστήριξη και παρέα. Εκτός των άλλων η πλειοψηφία των ηλικιωμένων διαμένει κοντά σε ένα από τα παιδιά τους και οι σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών διαφαίνονται αμοιβαίες και υποστηρικτικές.

Παράλληλα οι ηλικιωμένοι χωρίς παιδιά, ή με παιδιά που αποχωρίστηκαν τον τόπο διαμονής τους συνδέονται και αυτοί με ένα άτυπο σύστημα υποστήριξης από συγγενείς, φίλους και γείτονες που παρέχουν αναγκαία βοήθεια για τη διατήρηση της αυτονομίας και των ικανοποιητικών συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων.

Είναι εμφανές ότι η διατήρηση των ισχυρών οικογενειακών σχέσεων και των άτυπων δικτύων φροντίδας ενέχει θετικό απολογισμό ως προς τη στήριξη και τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Μαζί με τα θετικά στοιχεία παρουσιάζονται και αρνητικά τα οποία σχετίζονται με την αναγκαιότητα του συμβιβασμού της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων και της εξάρτησής τους από τους συγγενείς.

4.3. Επιπτώσεις

Τα προβλήματα που συνδέονται με τη παροχή φροντίδας σε εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα ποικίλουν ανάλογα με τη μορφή και το βαθμό της εξάρτησης. Η ειδική αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας ενός ηλικιωμένου προσώπου έχει μεγάλη σημασία στην εκτίμηση του είδους της απαιτούμενης βοήθειας. Υπάρχουν διάφορες κλίμακες που χρησιμοποιούνται από γηριάτρους για παρόμοιες εκτιμήσεις βασισμένες στην ικανότητα του ατόμου να φέρει εις πέρας μια σειρά συνηθισμένων καθημερινών ή αναγκαίων ενεργειών.

Σε μία κοινωνία οικογενειοκεντρική όπως η Ελληνική οι φροντιστές έχουν να αντιμετωπίσουν υψηλές και παρατεταμένες απαιτήσεις φροντίδας οι οποίες επιδρούν στην υγεία τους, επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές ή επαγγελματικές δραστηριότητες (Τριανταφύλλου ΤΖ., 1993,27).

A. Ψυχολογικά προβλήματα

Το άγχος που προκαλείται από τη φροντίδα μπορεί να μεγεθύνεται εξαιτίας του χαρακτήρα και της προσωπικότητας όσων συμμετέχουν στη διαδικασία της. Ανεπίλυτα προβλήματα στις προηγούμενες σχέσεις μεταξύ του φροντιστή και του ηλικιωμένου μπορεί να προκαλέσουν θυμό και δυσαρέσκεις και σε εξαιρετικές περιπτώσεις να οδηγήσουν σε απόρριψη ή στη χρήση βίας για να εκτονώσουν προσωρινά το βάρος της φροντίδας.

Τα νεότερα άτομα αναλαμβάνουν ρόλο γονέα χάνοντας ταυτόχρονα το γονεϊκό σημείο αναφοράς της δικής τους ζωής. Συγχρόνως πρέπει να διαχειρισθούν θέματα εντός της νέας τους οικογένειας, να αντέξουν σε πιέσεις και το κυριότερο να κρατήσουν ισορροπίες.

Σε επίπεδο κοινωνικών σχέσεων, η θέση των φροντιστών επιβαρύνεται επίσης, το κοινωνικό τους περιβάλλον διαταράσσεται. Οξύνονται τα ενδοοικογενειακά δυναμικά, φιλίες και κοινωνικοί δεσμοί χαλαρώνουν ενώ περιορίζονται οι ευκαιρίες αναψυχής. Καθοριστικό ρόλο στο συγκεκριμένο σημείο διαδραματίζει, η αισθητή μείωση του ελεύθερου χρόνου των φροντιστών.

B. Οικονομική επιβάρυνση

Οι εξελίξεις στον τομέα της οικονομίας σε συνδυασμό με τις αυξανόμενες απαιτήσεις για βελτίωση του βιοτικού επιπέδου καθιστούν αδύναμη την οικογένεια να ανταποκριθεί στις ανάγκες και τα πρόσθετα βάρη που δημιουργεί η φροντίδα.

Οι δαπάνες φροντίδας είναι σημαντικές: φάρμακα, επισκέψεις στους ειδικούς ή επισκέψεις ειδικών στο σπίτι, υγειονομικό υλικό και συγκεκριμένες δίαιτες. Όλα αυτά αποτελούν τμήμα τη καθημερινής δαπάνης για τη φροντίδα που σπάνια καλύπτεται έστω και μερικώς από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης. Ελάχιστοι φροντιστές έχουν την οικονομική δυνατότητα να νοικιάσουν ένα ξεχωριστό δωμάτιο για την εγκατάσταση του ηλικιωμένου ή να απασχολήσουν με αμοιβή κάποιον, για την παροχή οικιακών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, ή ακόμα και να εξασφαλίσουν κάποια προσωρινή ιδρυματική περίθαλψη.

Γ. Απασχόληση

Τα τελευταία χρόνια αυξάνεται το ποσοστό των ανθρώπων που φροντίζουν ηλικιωμένους ενώ ασκούν ένα επάγγελμα. Από τη μια μεριά αυξάνεται η συμμετοχή των γυναικών στο αμειβόμενο εργατικό δυναμικό, από την άλλη

παραμένουν οι κύριοι φροντιστές των εξαρτημένων μελών της οικογένειας. Με συνέπεια να μειώνεται η ενεργητικότητα και η αποδοτικότητά τους. Όταν μάλιστα προστίθενται άδειες και απουσίες από την εργασία ελαττώνονται οι ευκαιρίες για προαγωγή και περαιτέρω επαγγελματική κατάρτιση. Συγχρόνως το άγχος για να ανταπεξέλθουν και στους δύο ρόλους αυξάνεται και εμποδίζει την διατήρηση της συναισθηματικής τους ισορροπίας. Υπάρχουν όμως και θετικές επιπτώσεις από τη σχέση φροντίδας – απασχόλησης. Σε περιπτώσεις όπου επιτυγχάνεται ο συνδυασμός εργασίας και φροντίδας, προκύπτουν στον φροντιστή συναισθήματα ανακούφισης, αισιοδοξίας και ικανοποίησης, τα οποία αντισταθμίζουν τις δυσκολίες παροχής φροντίδας του ηλικιωμένου. Ο ρόλος των φροντιστών πολλές φορές παρέχει ικανοποίηση και ευχαρίστηση στους ίδιους, αφού αισθάνονται ότι ανταποδίδουν με κάποιον τρόπο σε όσα τους πρόσφερε απλόχερα για χρόνια ο ηλικιωμένος. Με αυτόν τον τρόπο δικαιολογούν την φροντίδα μειώνοντας τη σωματική και ψυχική τους καταπόνηση. Συγχρόνως είναι και ένας τρόπος έκφρασης συναισθημάτων αγάπης, στοργής, αφοσίωσης. Από τη μία επέρχεται προσωπική ψυχολογική ικανοποίηση, αλλά από την άλλη και κοινωνική – ηθική αποδοχή.

Κάθε άτομο εκλαμβάνει διαφορετικά την επιβάρυνση ως φροντιστής. Η προσωπικότητα (ο βαθμός ωριμότητας, οι αντοχές στο stress, η αυτάρκεια), η θέση του στην οικογένεια, η προηγούμενη ουσιαστική όσο και τυπική σχέση με τον ηλικιωμένο παίζουν καθοριστικό ρόλο στο πώς αντιλαμβάνεται τη φροντίδα του (Τριανταφύλλου TZ.,1993).

5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

5.1. Περιγραφή συστήματος

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

Η ύπαρξη άτυπων δικτύων στήριξης στο πλαίσιο της ελληνικής οικογένειας είχε ως αποτέλεσμα μόλις ένα μικρό ποσοστό < 1% αυτών να διαμένει σε δομές κλειστής φροντίδας. (Ε.Κ.Κ.Ε. 2002) .

Ο κρατικός τομέας είναι ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών. Ενώ οι περισσότερες συζητήσεις για τη βελτίωση της παροχής των υπηρεσιών περιστρέφονται γύρω από τον κρατικό τομέα, τίθεται το θέμα της ανακατανομής των αρμοδιοτήτων πρόνοιας στους διάφορους τομείς και φορείς. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη ενός σύγχρονου αποτελεσματικού και προσβάσιμου δικτύου υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε επίπεδο τοπικής κοινότητας. Η τοπική Αυτοδιοίκηση πρόσφατα έχει εισέλθει στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας. Η συμμετοχή της όμως ακόμη είναι ουσιαστικά περιορισμένη, αφού εμποδίζεται από την έλλειψη οικονομικών πόρων, θεσμικών ρυθμίσεων, αρμοδιοτήτων και συντονισμού μεταξύ των διαφόρων επιπέδων διοίκησης.

Η διεθνής τάση αναδιάρθρωσης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας (Στασινοπούλου 1996), στην Ελλάδα βρήκε έκφραση, όσο αφορά στους ηλικιωμένους, με τη σύσταση των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και τη θεσμοθέτηση προγραμμάτων όπως «βοήθεια στο σπίτι» και «κατ' οίκον νοσηλεία». Θεσμοί οι οποίοι άλλωστε, με διαφορετικά σχήματα, λειτουργούν στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ειδικότερα, τα προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι» και «κατ' οίκον νοσηλεία» αποσκοπούν στην παροχή βοήθειας, ώστε να παραμείνει ο ηλικιωμένος στο σπίτι του και να απολαμβάνει ένα καλό επίπεδο ζωής, στην παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του ηλικιωμένου και στην έγκαιρη επέμβαση για παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη ψυχολογική του υποστήριξη (Χαλασάνη 1993, Κυριόπουλος και συν. 1995). Το προνοιακό σύστημα έχει αναπτύξει υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας

στο επίπεδο της κοινότητας ως εναλλακτικές της κλειστής φροντίδας στο πλαίσιο του παραπάνω στόχου.

5.2. Συγκρότηση των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας

Τα προγράμματα αναπτύσσονται σε τρία επίπεδα:

Πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα

Αποτελεί τον κεντρικό ιστό του δικτύου αλληλεγγύης. Τα προγράμματα εφαρμόζονται κατά κύριο λόγο από δημοτικές ή διαδημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες που:

ερευνούν και καταγράφουν ανάγκες

διαγνώνουν και εισηγούνται την πρόσβαση χρηστών σε ανάλογες υπηρεσίες αναπτύσσουν, συντονίζουν, και εφαρμόζουν προγράμματα

Δευτεροβάθμια κοινωνική φροντίδα

Παρέχεται από πιστοποιημένους φορείς και μονάδες κοινωνικής φροντίδας που:

Προσφέρουν προσωρινή φιλοξενία

Αναπτύσσουν συνοδευτικές υπηρεσίες και

Υπηρεσίες αποθεραπείας και αποκατάστασης

Τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα

Παρέχεται από μονάδες που έχουν εξειδικευμένο αντικείμενο στην παροχή άμεσης και επείγουσας κοινωνικής βοήθειας σε άτομα οικογένειες και ομάδες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις κρίσης (π.χ. ΕΚΑΚΒ)

Οι νέες ανάγκες και οι απαιτήσεις επιβάλλουν συνεχείς προσαρμογές στα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Ο νόμος 3106/10-2-2003 περί αναδιοργάνωσης του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής φροντίδας, αποκεντρώνει τις υπηρεσίες με στόχο την αποτελεσματική διοίκηση, τον πραγματικό έλεγχο, και την καλύτερη αξιολόγηση των κοινωνικών αναγκών. Οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σύμφωνα με τον πρόσφατο νόμο που ψήφισε η Βουλή (Πρακτικά 2005) *Περί περιφερειακής συγκρότησης του εθνικού συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης*, παρέχονται σε κάθε υγειονομική περιφέρεια μέσω των Δ.Υ.Π.Ε.. Στην αρμοδιότητα του Δ.Υ.Π.Ε. επίσης ανήκουν τα θεραπευτήρια χρόνιων πασχόντων, οι Οίκοι ευγηρίας,(μετονομάζονται σε μονάδες κοινωνικής φροντίδας), «το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι», και οι ξενώνες Νοσηλευτικής Φροντίδας και ανακουφιστικής αγωγής ασθενών.

Όργανα διοίκησης των αποκεντρωμένων μονάδων κοινωνικής φροντίδας των Δ.Υ.Π.Ε. είναι η Επιτροπή διοίκησης και ο Πρόεδρος. Μέσα στις αρμοδιότητες είναι και η σύνταξη και υποβολή στο Δ.Σ. του Δ.Υ.Π.Ε. του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης της μονάδας, καθώς και του προϋπολογισμού.

Οι αρμόδιες υπηρεσίες των περιφερειών και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού υποχρεούνται να συνεργάζονται με τα Δ.Υ.Π.Ε. για θέματα που αφορούν παροχές υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. (Ν. 3106 /10-2-2003)

Στις αρμοδιότητες του τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δ.Υ.Π.Ε. ανήκει:

η διερεύνηση των κοινωνικών αναγκών και των κοινωνικών προβλημάτων σε επίπεδο περιφέρειας

ο σχεδιασμός η ανάπτυξη και η εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας, η επιστημονική εποπτεία, ο συντονισμός και η παρακολούθηση των προγραμμάτων των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, και η αξιολόγηση των ιδιωτικών και δημοσίων φορέων παροχής κοιν. Φροντίδας της περιφέρειας.

Οι υπηρεσίες παρέχονται από τους αντίστοιχους φορείς παροχής υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ), είναι ΝΠΔΔ και λειτουργούν σε συνεργασία με την κεντρική διοίκηση ενώ ταυτόχρονα απολαμβάνουν συνταγματική αυτονομία.

Κ.Α.Π.Η

Είναι ο πρώτος θεσμός ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων στην κοινότητα. Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 με στόχο την παραμονή των ηλικιωμένων στο οικείο περιβάλλον τους. Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας (φυσικοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα). Τα προγράμματα σε κάθε Κ.Α.Π.Η. αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα (Σταθόπουλος, Π., 1999, 311).

Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι

Σκοπός του συγκεκριμένου προγράμματος είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής Πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, με προτεραιότητα σ' αυτούς που διαβιούν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας (www.europos.gr).

Κ.Η.Φ.Η.

Είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται, αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικοοικονομικά προβλήματα ή αδυνατεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα που έχει αναλάβει. Στις υπηρεσίες του Κ.Η.Φ.Η. περιλαμβάνονται:

νοσηλευτική φροντίδα

φροντίδα για ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης

ατομική υγιεινή

προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και ανάπτυξης δεξιοτήτων (www.deka-trikala.gr)

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αφορά τον πληθυσμό όλων των ηλικιών αλλά την χρειάζονται περισσότερο και την χρησιμοποιούν οι περισσότεροι έχοντες ανάγκη όπως τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι. Παρέχεται από το Εθνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) και περιλαμβάνει τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας στις αγροτικές περιοχές και υπηρεσίες που προσφέρονται από διάφορους ασφαλιστικούς φορείς, την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα (Τριανταφύλλου ΤΖ., 1993, 38).

Τα Κέντρα Υγείας ιδρύθηκαν το 1983 για τον αγροτικό πληθυσμό. Προσφέρουν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, νοσηλεία, παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο ανάρρωσης μεταφέρουν αρρώστους με ασθενοφόρα ασκούν προληπτική ιατρική, οδοντιατρική κάλυψη κοινωνικής φροντίδας ενώ παρέχουν φάρμακα και όταν δεν λειτουργούν φαρμακεία στην περιοχή. Πρόσφατα έχουν ψηφιστεί νόμοι που εκσυγχρονίζουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Πρακτικά Βουλής ΙΑ. Σύνοδος Α και ΟΖ. 5/2/2004). Παρ' όλα αυτά μέτρα που έχουν θεσπιστεί, ουσιαστικά δεν εφαρμόζονται γιατί χρειάζονται όλα τα υποστηρικτικά συστήματα εκσυγχρονισμό και αναδιάρθρωση.

Ιατροί

Οι γιατροί για τους ηλικιωμένους πολίτες της χώρας μας αποτελούν το βασικό βοήθo στους στα θέματα που αφορούν όχι μόνο την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τη ψυχική και σωματική τους υγεία αλλά και σε θέματα που αφορούν την πρόσβασή τους στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Μια σχέση που αποτελεί συνδετικό κρίκο ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τη ταχεία παροχή ιατρικής φροντίδας. Σε μία εποχή που η εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας παίζει σημαντικό ρόλο για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Γι' αυτό το λόγο και οι ηλικιωμένοι προτιμούν να επισκέπτονται τον προσωπικό τους ιατρό ο οποίος γνωρίζει το ιστορικό τους βρίσκεται σε μικρή απόσταση από το σπίτι τους, είναι ευγενικός, τους εξυπηρετεί σε τακτά χρονικά διαστήματα και όποτε έχουν ανάγκη και με τον οποίο διατηρούν συναισθηματική εμπλοκή.

Νοσοκομεία

Μελέτες και έρευνες στη χώρα μας έδειξαν ότι περισσότερες από τις μισές κλίνες των κρατικών νοσοκομείων καλύπτονται από ηλικιωμένους, οι οποίοι τις περισσότερες φορές εξαιτίας της χρονιότητας και της πολυπλοκότητας των ασθενειών τους χρειάζονται εξειδικευμένη γηριατρική φροντίδα που δεν παρέχεται (Έμκε Πουλοπούλου, 1999). Αυτό είχε ως συνέπεια αρκετά περιστατικά με ψυχική και βαριά σωματική παθολογία αποκλείονται από την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Ένα ακόμα σοβαρό πρόβλημα στα περισσότερα νοσοκομεία είναι οι ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, στον εξοπλισμό και στην ποιότητα και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης η κατανομή των κλινών κατά νομό και ιατρική ειδικότητα δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού. Είναι θετικό το γεγονός ότι η χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών κλινών σημειώνει μείωση τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της αύξησης του αριθμού των κλινών και της μικρότερης διάρκειας παραμονής των ηλικιωμένων στον νοσοκομείο.

Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων – Γηροκομεία

Ο σκοπός της φροντίδας στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων στηρίζεται στην ιατρική και κοινωνική κατάσταση των ηλικιωμένων. Απευθύνεται στους κατάκοιτους και τους ημικατάκοιτους και παρέχει υπηρεσίες σε ασφαλισμένους ή

συνταξιούχους όλων των ασφαλιστικών ταμείων αλλά και σε ανασφάλιστους για τους οποίους συντρέχουν λόγοι οικονομικής αδυναμίας.

Τα γηροκομεία αν και αποτελούν την έσχατη λύση εντέλει βοηθούν στο να συνεχιστεί ομαλά η ζωή των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους, εφόσον αποκλείεται η περίθαλψη στο σπίτι και συντρέχει οικονομική αδυναμία. Οι ηλικιωμένοι διαμένουν στα ιδρύματα είτε αναγκαστικά είτε οικειοθελώς και απορρίπτουν συστηματικά εφόσον είναι υγιής την ιδρυματική περίθαλψη εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών που τους παρέχεται. Όταν οι χρόνιες συγχυτικές καταστάσεις οδηγούν στην καταστροφή της ικανότητας του ηλικιωμένου να ζήσει ανεξάρτητα μέσα στα πλαίσια της οικογένειας ή η συμπεριφορά του γίνει ανυπόφορη, οι συγγενείς του αναγκάζονται να τον οδηγήσουν σε ειδικά ιδρύματα. Για την κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών λειτουργούν κρατικά ιδρύματα και ιδρύματα κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα.

Επιδόματα- ενισχύσεις

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας παρέχει προγράμματα οικονομικής ενίσχυσης σε άτομα που αντιμετωπίζουν βασικές ανάγκες λόγω κοινωνικών ψυχοδιανοητικών ή οργανικών προβλημάτων ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Τέτοιου είδους προγράμματα είναι η χρηματική στεγαστική συνδρομή σε οικονομικά αδύνατα ηλικιωμένα άτομα, η παροχή νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, το εφάπαξ οικονομικό βοήθημα και η μηνιαία οικονομική ενίσχυση ατόμων με απόλυτη αναπηρία.

Η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας της Νομαρχίας προσφέρει οικονομική ενίσχυση σε ανασφάλιστα ηλικιωμένα άτομα με απόλυτη αναπηρία εφόσον δεν λαμβάνουν ενίσχυση από κάποιο ταμείο ή το δημόσιο. Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας δίνει βοήθεια σε φτωχούς ηλικιωμένους ενώ η Τοπική Αυτοδιοίκηση εμπεριέχει στις αρμοδιότητες της διάφορους προνοιακούς θεσμούς για τους δημότες της από τους οποίους επωφελούνται και οι ηλικιωμένοι κάτοικοι.

Οικογενειακοί – Κοινωνικοί βοηθοί

Παρά το ότι η Παροχή Οικογενειακής και κοινωνικής βοήθειας μπορεί να προσφερθεί σε άτομα όλων των ηλικιών η πιο «ευνοημένη» κατηγορία (που δέχεται τη συγκεκριμένη βοήθεια) θεωρούνται οι ηλικιωμένοι. Η υπηρεσία Οικογενειακής βοήθειας προσφέρεται από οργανισμούς και εθελοντικές οργανώσεις με σκοπό τη βοήθεια της οικογένειας σε καταστάσεις κρίσεως,

δίδοντάς της τη δυνατότητα να αντεπεξέλθει στα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις που έχει προς τα μέλη της.

Σήμερα οι οικογενειακοί βοηθοί παρέχουν βοήθεια στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την Ελλάδα μέσω των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι» και «κοινωνική μέριμνα». Παρέχεται βοήθεια στους μοναχικούς ηλικιωμένους ή με σκοπό να συμπληρώσουν τη φροντίδα της οικογένειας. Παρέχονται υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα και βοηθούν οικογένειες και μοναχικά άτομα που περνούν μόνιμη ή προσωρινή κρίση με επακόλουθο να αδυνατούν να ανταποκριθούν στις καθημερινές υποχρεώσεις τους.

Εθελοντικές οργανώσεις - Εκκλησία

Σκοπός των εθελοντικών οργανώσεων που καλύπτουν την υγειονομική φροντίδα και την κοινωνική στήριξη είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση όλου του πληθυσμού για την ανάπτυξη της αυτοβοήθειας και για προγράμματα που αφορούν τους ηλικιωμένους. Επειδή οι οργανώσεις λειτουργούν ανεξάρτητα δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί η προσφορά των υπηρεσιών τους. Η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών έχει ιδρύσει ήδη από το 1969, κοινωνική υπηρεσία για τη βοήθεια ατόμων όλων των ηλικιών που βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης.

Διαθέτει Φιλόπτωχα ταμεία που προσφέρουν τρόφιμα, βοηθήματα, εμψυχώνουν και στηρίζουν ηλικιωμένους, πολύτεκνους, αποφυλακισμένους ασθενείς και άτομα που βιώνουν το πένθος.

Τα κέντρα Ενοριακής Αγάπης δίνουν τροφή και φροντίδα σε ηλικιωμένους που υποσιτίζονται. Εθελοντικές ομάδες ανακαλύπτουν μοναχικά άτομα τρίτης ηλικίας τους παρέχουν οικονομική, ιατροφαρμακευτική και συναισθηματική στήριξη. Συμπαράσπονται σε εισαγωγή σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή οίκους ευγηρίας, επισκέπτονται ηλικιωμένους στην οικία τους, τους κάνουν συντροφιά συναναστρέφονται ανταλλάσσουν απόψεις μαζί τους και προσπαθούν να τους δώσουν μία νότα αισιοδοξίας για τη ζωή. Παράλληλα τα κέντρα Ενοριακής αγάπης γνωρίζουν τους υπερήλικες που χρήζουν ανάγκη συμπαράστασης στη γειτονιά τους, τους προσφέρουν τροφή, ηθική ενίσχυση ενώ τους ενημερώνουν και για το επισιτιστικό πρόγραμμα της ενορίας. Το προγράμματα αυτοχρηματοδοτούνται από την Εκκλησία της Ελλάδος μέσω των δωρεών και της εκποίησης της Εκκλησιαστικής περιουσίας (Έμκε Πουλοπούλου Η.,1999).

6.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΧΩΡΟ

6.1.Παρουσίαση της φροντίδας στις χώρες των εταίρων

Σε όλες τις χώρες των εταίρων οι ηλικιωμένοι, οι άρρωστοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος υγείας, έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας).

Η φροντίδα των ηλικιωμένων, των αρρώστων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες αποτελεί ευθύνη και υποχρέωση των δημόσιων αρχών. Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι ενώ στην Αυστρία, τη Δανία, τη Φινλανδία και τη Σουηδία τέτοιου είδους υπηρεσίες παρέχονται πράγματι από το δημόσιο τομέα, στην Ισπανία, την Ελλάδα, την Ιταλία και την Πορτογαλία οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται είτε από τον ιδιωτικό τομέα, είτε από τις ίδιες τις οικογένειες, δεδομένου ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού έχει πρόσβαση στις δημόσιες δομές φροντίδας.

Η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών φροντίδας για τα εξαρτώμενα πρόσωπα είναι παρόμοια σε όλες τις χώρες των εταίρων. Συγκεντρώνονται οι περισσότερες υπηρεσίες στις αστικές περιοχές και λιγότερο στις αγροτικές. Η διαφορά αυτή αφορά κυρίως τις οικονομικά αναπτυγμένες περιοχές. Π.χ. στην Αυστρία και τη Δανία υπάρχουν διαφορές μεταξύ των περιφερειών, όσον αφορά την οργάνωση, την ποιότητα, το βαθμό ανάπτυξης και το συντονισμό των υπηρεσιών.

Στην Ισπανία, την Ελλάδα, την Ιταλία και την Πορτογαλία οι υπηρεσίες είναι συγκεντρωμένες στα αστικά κέντρα των περιφερειών με την μεγαλύτερη οικονομική ανάπτυξη, ενώ σπανίζουν οι δομές στις αγροτικές περιοχές. Στην Πορτογαλία οι μη κυβερνητικές οργανώσεις έχουν αναλάβει τη λειτουργία μίας μεγάλης ποικιλίας δομών, κυρίως στις αγροτικές περιοχές. Στη Δανία, τη Φινλανδία και τη Σουηδία την ευθύνη των δομών στήριξης έχουν οι τοπικές διοικήσεις. Έτσι ο αριθμός των δομών, των υπηρεσιών και των άλλων τύπων πρωτοβουλιών οργανώνεται σε συνάρτηση με τις ανάγκες της κάθε πόλης. Βέβαια, ενόψει του ότι στις αστικές περιοχές υπάρχουν περισσότεροι κάτοικοι, υπάρχει και ένα ευρύτερο φάσμα επιλογών. Στη Σουηδία, σε περίπτωση ανάγκης για φροντίδα πάνω από 20 ώρες την εβδομάδα, το κόστος το αναλαμβάνει το Κράτος και όχι η τοπική διοίκηση.

Οι *τύποι των υπηρεσιών* που παρέχονται είναι παρόμοιοι σε όλα τα κράτη: φροντίδα στο σπίτι, οίκοι ευγηρίας, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, δάνεια για την προσαρμογή του σπιτιού στις ειδικές ανάγκες των ενοίκων, προγράμματα διακοπών, αποκατάσταση, κλπ.

Σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» αποτελεί μια από τις διαδεδομένες υπηρεσίες. Στην Αυστρία π.χ., η πόλη της Βιέννης προσφέρει μια σειρά από κοινωνικές υπηρεσίες, που διευκολύνουν την καθημερινή ζωή κυρίως του ηλικιωμένου πληθυσμού της πόλης και επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να παραμείνουν στα διαμερίσματά τους με τους φίλους τους και στον ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο.

Στη Δανία, τη Φινλανδία και τη Σουηδία οι τοπικές διοικήσεις υποχρεούνται να προσφέρουν σε κάθε πληθυσμιακή ομάδα τις απαραίτητες υπηρεσίες, όπως βοήθεια και νοσηλευτικές υπηρεσίες στο σπίτι. Στη Φινλανδία οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται ακόμη και τα Σαββατοκύριακα και τα απογεύματα. Στην πράξη, ο/η φροντιστής μπορεί να συμβληθεί με την τοπική διοίκηση για την παροχή φροντίδας και υπηρεσιών, ανεξάρτητα αν είναι συγγενής του χρήστη ή όχι.

Στην Πορτογαλία παρέχονται επίσης υπηρεσίες στήριξης στο σπίτι σε πρόσωπα, που δεν είναι σοβαρά άρρωστα, απαιτούν όμως ειδική φροντίδα. Για τη φροντίδα των ηλικιωμένων υπάρχουν οι λεγόμενες «ανάδοχες οικογένειες», που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση και φροντίζουν, σε προσωρινή ή μόνιμη βάση, ηλικιωμένους, που είναι μόνοι τους ή που η οικογένειά τους δεν μπορεί να τους φροντίσει. Οι ανάδοχες οικογένειες δεν επιτρέπεται σε καμία περίπτωση, να φροντίζουν πάνω από δύο άτομα. Στη Δανία και τη Φινλανδία υπάρχουν επιδόματα που αντισταθμίζουν την απώλεια εισοδήματος στην περίπτωση που ο εργαζόμενος πρέπει να πάρει από την δουλειά του άδεια φροντίδας αρρώστου ή ατόμου με ειδικές ανάγκες. Η καταβολή του μπορεί να διαρκέσει μέχρι 60 ημέρες, αναλόγως με τη διάρκεια της νοσηλείας, της αποκατάστασης κλπ. και μπορεί να παραταθεί για άλλες 60 μέρες ή και περαιτέρω, εφόσον όμως συντρέχουν ειδικοί λόγοι.

Όσον αφορά τα επιδόματα για εξαρτώμενα πρόσωπα, στην Αυστρία ο *Ομοσπονδιακός Νόμος για τα Επιδόματα Μακροχρόνιας Φροντίδας* θεσπίζει επιδόματα, που εξαρτώνται από το μηνιαίο κόστος κάλυψης των αναγκών, ανεξάρτητα από το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία του δικαιούχου. Αυτό το επίδομα καταβάλλεται εφάπαξ. Σε ορισμένες από τις χώρες των εταίρων

προβλέπεται ένα επίδομα, που καταβάλλεται απευθείας στους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Στην Ιταλία αυτό πρόκειται για ένα επίδομα καθολικής κάλυψης, που ονομάζεται «*επίδομα συντροφιάς*». Στη Δανία και τη Σουηδία προβλέπεται επίσης ένα «*επίδομα προσωπικής βοήθειας*», που επιτρέπει στους δικαιούχους να αποφασίσουν ποιος και με ποιόν τρόπο θα τους φροντίζει.

Σε άλλες χώρες, όπως στην Ισπανία και την Ελλάδα, προβλέπεται αντίστοιχο επίδομα, αλλά μόνο για άτομα με πολύ χαμηλό εισόδημα. Τέλος, στην Πορτογαλία υπάρχει ένα «*επίδομα βοήθειας τρίτου ατόμου*», που όμως είναι τόσο μικρό, ώστε δεν επαρκεί για την πρόσληψη φροντιστή.

Στις διάφορες χώρες υπάρχει μία ποικιλία υπηρεσιών, που συνδυάζει την ιατρική και κοινωνική φροντίδα με άλλα εκπαιδευτικά και εργασιακά μέτρα για την *ενσωμάτωση των εξαρτώμενων προσώπων*. Τα εξαρτώμενα πρόσωπα παραμένουν στο περιβάλλον τους και οι τοπικές διοικήσεις τους παρέχουν τις απαραίτητες κοινωνικές, πολιτιστικές, εκπαιδευτικές, εργασιακές, ψυχαγωγικές και άλλες δομές.

Τέτοια μέτρα εφαρμόζονται στην Αυστρία, τη Δανία, την Ισπανία, τη Φινλανδία, την Ιταλία και τη Σουηδία για την προώθηση δραστηριοτήτων που επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να διατηρήσουν τις ικανότητες και την ανεξαρτησία τους.

Στη Φινλανδία οι δραστηριότητες αυτές για τους ηλικιωμένους οργανώνονται στις ίδιες εγκαταστάσεις, που χρησιμοποιούνται σε άλλες ώρες της ημέρας για τις εξωσχολικές δραστηριότητες των παιδιών.

Στη Φινλανδία υπάρχει η λεγόμενη «*στέγαση με υπηρεσίες*», όπου συνηθισμένες υπηρεσίες παρέχονται όχι μόνο σε όλους τους ηλικιωμένους ενοίκους της πολυκατοικίας αλλά και σε άλλους ηλικιωμένους της κοινότητας.

Επίσης στη Φινλανδία υπάρχουν «*σπίτια ομάδων*» για τη φροντίδα σε κάθε σπίτι μέχρι δέκα ηλικιωμένων, που απαιτούν συνεχή φροντίδα. Στην Ισπανία και την Ιταλία αρχίζουν τώρα να οργανώνονται πρωτοβουλίες τέτοιου τύπου (www.Kethi.gr).

6.2.Φινλανδικό μοντέλο

Το σχέδιο περιέχει ένα μεγάλο αριθμό συστάσεων για μέτρα σε πολλούς τομείς κοινωνικής πρόνοιας και φροντίδας υγείας για τα επόμενα χρόνια. Ο κύριος στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας και η προώθηση της σχέσης πελάτη –

διοικητικών υπηρεσιών αυξάνοντας την ενοποίηση μεταξύ των κοινωνικών υπηρεσιών με την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Μια αλυσίδα υπηρεσιών είναι μια καλοσχεδιασμένη μηχανή εσωτερικών και εξωτερικών διαδικασιών φροντίδας που έχουν ως σκοπό να επιλύσουν τα πολύπλοκα προβλήματα ενός ατόμου και συνδέονται με αλυσιδωτές συστηματικές δράσεις.

Αν και η ανάγκη για ολοκληρωμένη φροντίδα είναι γενικά αποδεκτή και διάφορα σχέδια έχουν πραγματοποιηθεί δεν είναι μια καθημερινή πρακτική του Φιλανδικού κοινωνικού συστήματος υγείας.

Το πρόβλημα οφείλεται πιθανόν στο διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο του κοινωνικού συστήματος υγείας και ακόμα στις δυσλειτουργίες της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. Ένα πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι η ανάγκη να συμπεριληφθεί και η κοινοτική φροντίδα σαν σημαντικό μέρος της ολοκληρωμένης φροντίδας δεν είναι αναγνωρισμένη και αποδεκτή σε μεγάλο βαθμό.

Όμως τελευταία έχουν γίνει προσπάθειες για να συμπεριληφθεί η κοινοτική φροντίδα στην ολοκληρωμένη φροντίδα.

Στόχος Α

1. Η έμφαση της φροντίδας εστιάζεται στις ανάγκες και τα προβλήματα του ατόμου.

2. Η φροντίδα βασίζεται στη δυναμική αξιολόγηση των αναγκών των πελατών και στο συστηματικό σχέδιο φροντίδας βασισμένο σ' αυτήν την αξιολόγηση. Στη συνέχεια οι υπηρεσίες οργανώνονται και παρέχονται σ' αυτή τη βάση.

3. Μια μονάδα ή ένας επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός ορίζεται να είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα ενός συγκεκριμένου πελάτη (οργάνωση φροντίδας).

4. Η ενοποιημένη φροντίδα έχει ανάγκη από ομαδική επαγγελματική δουλειά, ελαστικότητα και συνεννόηση ανάμεσα στα διάφορα επίπεδα και τους υπομηχανισμούς των κοινωνικών οργανισμών.

5. Για μια επιτυχημένη εφαρμογή του μοντέλου φροντίδας ολοκληρωμένης φροντίδας χρειάζονται κοινές ιδέες, κοινοί όροι και πόροι.

Στόχος Β

Στην ολοκληρωμένη φροντίδα όλοι οι επαγγελματίες που συμμετέχουν στη διαδικασία πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι για τις ανάγκες και την κατάσταση των πελατών τους και να έχουν πρόσβαση στις απαραίτητες πληροφορίες.

Μια αλυσίδα υπηρεσιών μπορεί να ιδρυθεί είτε σε ένα παραδοσιακό κάθετο μοντέλο υπηρεσιών είτε σ' ένα οριζόντιο. Η αλυσίδα υπηρεσιών είναι ευρύτερη από αυτή του ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας, καλύπτει το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, υπηρεσίες που παρέχονται από διαφορετικούς οργανισμούς καθώς και κοινωνική βοήθεια και ασφαλιστικά κόστη.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη

1. Τεκμηριωμένο σχέδιο για την κλιμάκωση της φροντίδας στην περιφέρεια του νοσοκομείου.
2. Ο σκοπός έγκειται στην κατανομή της εργασίας σ' όλη την κλίμακα της φροντίδας των ασθενών.
3. Βασίζεται στο κρατικό σύστημα για καλύτερη φροντίδα με βάση τη διάγνωση.

Χρήση Τεχνολογίας και Πληροφόρησης

Η Τεχνολογία πληροφόρησης πρέπει να χρησιμοποιείται για να στηρίζει το σύστημα γι' αυτό κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξή της.

Το Evergreen 2000 και Planec Softwares (λογισμικά), προσφέρουν πρακτικά εργαλεία για το σχεδιασμό και την αξιολόγηση της φροντίδας όσον αφορά την συνέχεια της φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Είναι βασισμένα στον υπολογιστή και αποτελούν έξυπνα συστήματα πληροφόρησης για το σχεδιασμό, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της οικονομίας των υπηρεσιών.

Τα συγκεκριμένα συστήματα διαχείρισης της αποδοτικότητας προορίζονται για σχεδιαστές προγραμμάτων υγείας, κοινωνικής φροντίδας, διαχειριστές και παροχές υπηρεσιών. Έχουν σχεδιαστεί σαν απάντηση στην έλλειψη ενός περιεκτικού και βελτιωμένου συστήματος πληροφοριών για τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Χρειάζονται συστήματα διαχείρισης εκσυγχρονισμένα για να διευκολύνουν τη λήψη αποφάσεων σε πελατειακό και στρατηγικό επίπεδο.

Επιπλέον για να καλυφθούν οι ανάγκες και οι επιθυμίες των πελατών χρειάζεται καλύτερα δομημένος σχεδιασμός και διαδικασίες αξιολόγησης στις οποίες σχέδια και προτεραιότητες υπόκεινται σε δημόσια συζήτηση.

Το Evergreen και το Planec είναι εργαλεία για διαχειριστές, σχεδιαστές και παροχείς υπηρεσιών για να σχεδιάσουν, να αξιολογήσουν και να αλλάξουν τις πληροφορίες στο πλαίσιο της αλυσίδας του μηχανισμού υπηρεσιών και επομένως να διασφαλίσουν τη συνέχεια της φροντίδας.

Το μεγαλύτερο Φινλανδικό παράδειγμα του σχεδίου για ολοκληρωμένη φροντίδα.

Το πρόγραμμα στη Σατακούντα

Το «Σατακούντα» εργάζεται για να κάνει τη φροντίδα υγείας και πρόνοιας περισσότερο φιλική και αποτελεσματική χρησιμοποιώντας καινούρια τεχνολογία και νέα μοντέλα δραστηριοτήτων για τις κοινωνικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες υγείας. Αναπτύσσοντας υπηρεσίες με επίκεντρο τον εξυπηρετούμενο ελπίζουν να μειώσουν τη γραφειοκρατία που αντιμετωπίζουν οι πελάτες κάνοντας τις πληροφορίες τους περισσότερο προσβάσιμες. Ένας άλλος στόχος είναι να υποστηριχθεί η όσο γίνεται περισσότερο ανεξάρτητη παραμονή στο σπίτι με την ανάπτυξη μέτρων ασφάλειας και υπηρεσιών αγοράς.

Η ανάγκη των πολιτών να τους παρέχονται πληροφορίες για θέματα υγείας και κοινωνικής στήριξης αυξάνεται συνεχώς. Με τη βοήθεια αυτού του προγράμματος ο καθένας έχει τη δυνατότητα να λάβει αυτές τις πληροφορίες από το σπίτι του μέσω του Internet ή σε Κέντρα Πληροφόρησης, σε Φαρμακεία και Βιβλιοθήκες. Οι κοινωνικές υπηρεσίες και η φροντίδα υγείας αποτελούν το επίκεντρο πολλών και ποικίλων προσδοκιών και πιέσεων για αλλαγή.

Το κόστος του συστήματος υπηρεσιών αυξάνεται ενώ συνεχώς δημόσιοι πόροι μειώνονται. Το πιλοτικό πρόγραμμα επιχειρεί να αντιμετωπίσει αυτή την πρόκληση αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα. Ο στόχος του επομένως είναι να αναπτύξει ένα σύστημα υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεσματικό και ανεξάρτητο για τον καταναλωτή και το οποίο θα ξεπερνά τα παραδοσιακά όρια οργάνωσης. Συγχρόνως θα βελτιωθεί η ασφάλεια και η προστασία των δεδομένων π.χ. υιοθετώντας μια καινούρια κάρτα κοινωνικής ασφάλισης.

Το Satakunta είναι το καλύτερο αναπτυγμένο σχέδιο φροντίδας και

κοινωνικών υπηρεσιών στην Ευρώπη. Ξεκίνησε να εφαρμόζεται στις αρχές του Δεκεμβρίου του 1998.

Τοπικοί συμμετέχοντες σε όλο το πρόγραμμα

Το πρόγραμμα εφαρμόζεται στην περιοχή Satakunta στις δυτικής Φινλανδίας. Οι τοπικοί συμμετέχοντες είναι οι πόλεις Pori, Kankaaraa και οι κοινότητες του Lappi.

Ανάμεσα σ' άλλους συμμετέχοντες από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας είναι το νοσοκομείο της περιοχής Satakunta, οι τοπικές υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης, σύνδεσμος κοινοτήτων του PORÍ και το PORÍ Deaconia.

Εκπαιδευτικοί θεσμοί και ερευνητικές ομάδες που εμπλέκονται στο πρόγραμμα περιλαμβάνουν το PORÍ School of Technology and Economics.

Εθνικοί Συμμετέχοντες

- Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας
- Υπουργείο Εσωτερικών.
- Υπουργείο Οικονομικών
- Υπουργείο Εργασίας - Εθνικό πρόγραμμα για την Ανάπτυξη της Δια Βίου Εργασίας
- Υπουργείο Εμπορίου και Βιομηχανίας
- Κέντρο Εθνικής Έρευνας και Ανάπτυξης για την Πρόνοια και την Υγεία - Κέντρο Τεχνολογικής Ανάπτυξης
- Ινστιτούτο Κοινωνικής Ασφάλισης
- Ινστιτούτο Εθνικής και Δημόσιας Υγείας
- Υπηρεσία για την Προστασία των Πληροφοριών
- Ομοσπονδία Φινλανδικών Δήμων
- Κέντρο Δικαιοσύνης στη Φροντίδα Υγείας
- Ληξιαρχεία
- Ινστιτούτο Απασχόλησης Υγείας
- Ινστιτούτο Φαρμάκων
- Σύνδεσμος για τη Συνεργασία Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών

Τομέας Επαγγελματικής Συνεργασίας

Το Pilot πρόγραμμα συνεργάζεται με πλήθος εταιριών για την επίτευξη των στόχων του. Ο σκοπός είναι να αναπτυχθούν οι καινούριες εργασιακές δραστηριότητες ή είδη υπηρεσιών τα οποία να αναζητούν λύσεις για τις ανάγκες των πελατών. Προσπαθούμε να βρεθούμε ένα βήμα πιο κοντά στην αλλαγή σελίδας ακόμα και στις κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας. Γενικά η συνεργασία με εταιρίες σημαίνει ότι η ανάπτυξη του προϊόντος αλλάζει από το παλιό και οικείο μοντέλο προς καινούριες κατευθύνσεις

Το σχέδιο πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει σαν στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών ανεξάρτητα από θεσμούς υγείας και ενοποίησης όσον αφορά στην αναβάθμιση των πληροφοριών.

Το πρόγραμμα ενημέρωσης φαρμάκων αναπτύσσει μηχανισμούς ώστε να γίνει ευκολότερη η επιλογή.

Επίσης αναπτύσσει ένα σύστημα προώθησης των συνταγών στα φαρμακεία για διανομή καθώς και μια βάση δεδομένων φαρμάκων με επίκεντρο τον ασθενή όπου, με την άδεια του ασθενή εισέρχονται πληροφορίες σχετικά με όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται από εκείνον.

Προγράμματα

- Μοντέλο Κατεύθυνσης Πελάτη
- Πρόγραμμα Διασύνδεσης Υπηρεσιών
- Ηλεκτρονική Υπηρεσία Συμβουλευτικής
- Πληροφορίες Φαρμάκων
- Πρώτες Βοήθειες Πρωτοβάθμια Φροντίδα
- Πρόγραμμα νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι
- Υπηρεσίες Ασφάλειας Και Προσωπικών Υποθέσεων
- Πρόγραμμα Βοηθητικών Μηχανισμών
- Προσωπική Υποστήριξη
- Υπηρεσίες Πελατών
- Κοινωνικές Συνθήκες - Δομές Στην Περιοχή
- Νομική Υποστήριξη για το πρόγραμμα
- Ανάπτυξη της Ασφάλειας των Περιφερειακών Προγραμμάτων και Προστασίας Πληροφοριών.
- Πρόγραμμα Κάρτας του Χρήστη
- Σχέδιο Περιφερειακής Κάρτας Πελατών (www.makropilotti.fi)

Μελετώντας τα προγράμματα και τις υπηρεσίες που παρέχουν οι χώρες της Ευρώπης παρατηρούμε το πλήθος των εξειδικευμένων δραστηριοτήτων που αφορούν τους ηλικιωμένους και τους φροντιστές. Ορισμένα από τα παραπάνω μέτρα μπορούν να φανούν χρήσιμα στη προσπάθεια της Ελλάδας να βελτιώσει τις παροχές της κοινωνικής της φροντίδας, προσαρμόζοντάς τα στις ανάγκες και στις απαιτήσεις του πληθυσμού της.

Η οργάνωση και ο προγραμματισμός ή οι όροι χρηματοδότησης των προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας είναι υπόθεση της κάθε χώρας. Ωστόσο η αρμοδιότητα αυτή των χωρών της Ε.Ε., επηρεάζεται από διάφορες κοινές πολιτικές δημιουργώντας την ανάγκη μιας Ευρωπαϊκής συνεργασίας τόσο σε επίπεδο ερευνητικό, αναγνώρισης και ανταλλαγής εμπειριών σε καλές πρακτικές μεταξύ των χωρών όσο και διεκδικητικό.

Ενδεικτικά μπορούμε να δούμε ενώσεις διεθνείς, διακρατικές ή περιφερειακές που έχουν στόχο την παραγωγή γνώσης, την πληροφόρηση ή την υποστήριξη και προώθηση δικαιωμάτων των ηλικιωμένων.

Η Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα οργανώσεων ηλικιωμένων (EPSO) με σκοπό την εκπροσώπηση των ηλικιωμένων στους διάφορους Ευρωπαϊκούς θεσμούς. Η πολιτική της EPSO στηρίζεται στη βελτίωση της βοήθειας των οικογενειακών φροντιστών, την κατάργηση των διακρίσεων και τη σχεδιασμό των κατάλληλων υπηρεσιών υγείας.

Η Eurolink age με στόχο την εξασφάλιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και την προώθηση των συμφερόντων τους στην Ευρωπαϊκή Ένωση (www.gerontology.gr).

Η οργάνωση OWN, ένα δίκτυο για τη στήριξη ηλικιωμένων γυναικών στις χώρες της Ε.Ε. της Κεντρικής Ανατολικής Ευρώπης, με στόχο την ανταλλαγή γνώσεων ικανοτήτων και εμπειριών. Μέσα στα πλαίσια αυτά έχει πραγματοποιήσει έρευνες που αφορούν τις ηλικιωμένες γυναίκες φροντιστές.

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ

1.ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

1.1.Προβληματική

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

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

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

Η οικογενειακή αλληλεγγύη και οι οικογενειακές αξίες εξακολουθούν να είναι ισχυρές. Αυτό προδιαγράφει ότι οι οικογένειες στην Ελλάδα αναλαμβάνουν αυξημένες ευθύνες έναντι των μελών τους, ειδικά των πιο αδύναμων (παιδιά και ηλικιωμένοι) με σκοπό να διασφαλίζουν ένα δίκτυο ασφαλείας.

Στις μέρες μας οι ηλικιωμένοι μπορεί ακόμα να βασίζονται στη βοήθεια και στη προστασία που τους παρέχουν τα παιδιά και οι λοιποί συγγενείς τους. Αντίθετα οι μελλοντικές γενιές των ηλικιωμένων δεν θα έχουν τη δυνατότητα αυτή, καθώς τα μέλη που πλαισιώνουν την οικογένεια μειώνονται δραστικά τα τελευταία χρόνια.

Με βάση τα παραπάνω γίνεται όλο και περισσότερο αναγκαία η ενασχόληση και το ενδιαφέρον για την καταγραφή και εκτίμηση των αναγκών των οικογενειακών φροντιστών των ηλικιωμένων και την ανάγκη της στήριξής τους από υπηρεσίες που να απευθύνονται σ' αυτούς.

1.2 Μεθοδολογία

Σκοπός της έρευνας

Να προσδιοριστούν οι ανάγκες των ηλικιωμένων και ο βαθμός εξάρτησή τους από τους φροντιστές, ο πολύπλοκος ρόλος των φροντιστών και οι επιπτώσεις της φροντίδας στην ποιότητα της ζωής τους. Παράλληλα να εκτιμηθεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας και το κατά πόσο αυτές είναι προσβάσιμες και επαρκείς.

Απώτερος στόχος είναι να προβληθούν οι ανάγκες των φροντιστών και οι απόψεις τους να αξιοποιηθούν για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ή στο σχεδιασμό νέων.

Μέσα από την αποσαφήνιση του θέματος δόθηκαν άμεσα οι περιορισμοί ως προς την αναζήτηση του δείγματος. Το δείγμα αποτέλεσαν Οικογενειακοί Φροντιστές Ηλικιωμένων, άνδρες και γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας, μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου που παρείχαν φροντίδα, το λιγότερο 4 ώρες εβδομαδιαίως. Πραγματοποιήθηκε στο Νομό Ηρακλείου της Κρήτης, και περιλάμβανε αστικές (Ηράκλειο) και αγροτικές περιοχές (Αλκαλοχώρι, Τύλισσος, Γάζι, Κρουσώνας).

Καθορισμός της φύσης των πληροφοριών

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο και σταθμισμένο από την E.O.S. (Δίκτυο EUROFAMCARE). Οι ερωτήσεις του αναφέρονταν σε συγκεκριμένους θεματικούς άξονες, οι οποίοι είναι:

- Η περιποίηση που παρέχει ο φροντιστής και οι πληροφορίες που αφορούν τον ηλικιωμένο.
- Οι ανάγκες του ηλικιωμένου για υποστήριξη και φροντίδα.
- Οι λόγοι που οδηγούν στην φροντίδα και πως αυτοί επηρεάζουν τη ζωή του φροντιστή.
- Η εξάρτηση του ηλικιωμένου σε συνάρτηση με τη δέσμευση του φροντιστή.
- Η χρήση και αξιολόγηση των υπηρεσιών.

Ο αριθμός των ερωτηματολογίων ορίστηκε αρχικά σε 200 (100 σε αστικά και 100 σε αγροτικές περιοχές) από τα οποία συμπληρώθηκαν 162.

Αυτό συνέβη γιατί ορισμένα ζευγάρια ήταν αρκετά ηλικιωμένα και δεν υπήρχε σημείο επικοινωνίας, ενώ παρουσιάστηκαν και περιπτώσεις όπου οι φροντιστές είχαν αλλάξει και την φροντίδα είχε αναλάβει άλλος συγγενής. Σε αρκετούς ηλικιωμένους επίσης η κατάσταση της υγείας τους είχε χειροτερέψει ή απεβίωσαν.

Απόφαση για τη συλλογή των πληροφοριών

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο διάστημα Μάιος - Ιούλιος το 2004 με τη μέθοδο ερωτηματολογίου με συνέντευξη. Η πρόσβαση στον πληθυσμό εξασφαλίστηκε αρχικά με την βοήθεια επαγγελματιών υγείας και στη συνέχεια συμπληρώθηκε ο αριθμός του δείγματος με τη μέθοδο της «χιονοστιβάδας». Μετά από επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και κοιν. Φροντίδας (Κοινωνικούς Λειτουργούς του 2^{ου} και 4^{ου} Κ.Α.Π.Η. Ηρακλείου, του Κρουσώνα, και Αλκαλοχωρίου, τον γιατρό του αγροτικού ιατρείου Τυλίσσου την Υπεύθυνη του Κ.Η.Φ.Η. Γαζίου κ.ά.) ξεκίνησε η συνεργασία με σκοπό τη συλλογή του πρωταρχικού μέρους του δείγματος. Θεωρήθηκε ότι μέσω των υπηρεσιών θα δινόταν η δυνατότητα της πρόσβασης στις οικογένειες όπου διαμένουν ηλικιωμένοι και της επαφής με τους ανεπίσημους φροντιστές. Στην συνέχεια συμπληρώθηκε ο αριθμός του δείγματος με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας. Όστε να απαντηθούν ερωτηματολόγια από φροντιστές οι οποίοι δεν είναι χρήστες υπηρεσιών.

Ηθικά ζητήματα

Η έρευνα ήταν εμπιστευτική και τα στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, γι' αυτό ενημερώθηκαν γραπτώς οι ερωτώμενοι. Ετοιμάστηκε ένα φυλλάδιο το οποίο μοιράστηκε στους συνεντευξιαζόμενους. Επίσης οι ερωτήσεις που αφορούσαν οικονομικά ή προσωπικά δεδομένα ήταν προαιρετικές.

Το κλίμα κατά την διάρκεια της συνέντευξης

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με επισκέψεις στα σπίτια των ηλικιωμένων ή των φροντιστών. Έγινε προσπάθεια να μην παρευρίσκονται οι ηλικιωμένοι εντούτοις υπήρξαν μερικές περιπτώσεις που αυτό στάθηκε αδύνατο. Το κλίμα υπήρξε αρκετά θετικό και σ' αυτό βοήθησε το γεγονός ότι οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν μέσω της συνεργασίας με τις υπηρεσίες, ή μέσω γνωστών τους. Με διάθεση φιλοξενίας προσπάθησαν να διευκολύνουν την όλη διαδικασία.

Ήταν ανοιχτοί, δεκτικοί και έδειχναν ενδιαφέρον στις ερωτήσεις που τους είχαν τεθεί.

Μέσα από τη συζήτηση με τους φροντιστές παρατηρήθηκε ότι ενώ οι ίδιοι είχαν κουραστεί από τη συνεχιζόμενη φροντίδα που παρείχαν, έδειχναν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούσαν ακόμη κι αν, οι υπηρεσίες δεν κάλυπταν τις καθημερινές τους ανάγκες. Το αίσθημα της απομόνωσης κυριαρχούσε στους περισσότερους φροντιστές κι αυτό φάνηκε από την ανάγκη τους να μιλήσουν για ότι τους απασχολούσε.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αντιμετωπίστηκε δυσκολία στο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, λόγω του μεγέθους του, ενώ ορισμένες φορές υποχρεωτική ήταν η αποσαφήνιση ερωτήσεων ιδιαίτερα συνδυετικών, τις οποίες οι φροντιστές δεν κατανοούσαν.

Επεξεργασία δεδομένων

Έπειτα από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη συλλογή των στοιχείων, ακολούθησε η δημιουργία της βάσης δεδομένων και η πινακοποίηση των πληροφοριών. Για τη διαδικασία αυτή χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Σκοπός της ανάλυσης ήταν να ομαδοποιηθούν οι απαντήσεις ώστε να κατανοηθούν με σαφήνεια τα αποτελέσματα της έρευνας και να οδηγηθούμε σε ασφαλή συμπεράσματα.

Η επεξεργασία των δεδομένων αρχικά περιλάμβανε τη δημιουργία πινάκων συχνοτήτων για τα δημογραφικά – περιγραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους. Ακολούθησαν πίνακες συχνοτήτων για τις μεταβλητές που αφορούν στις βασικές υποθέσεις της πτυχιακής αυτής εργασίας, καθώς και πίνακες που αφορούν σε συνδυαστικά ερωτήματα. Οι πληροφορίες αυτές περιγράφονται και σχολιάζονται σε επόμενη ενότητα.

2. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

2.1. Το προφίλ των φροντιστών

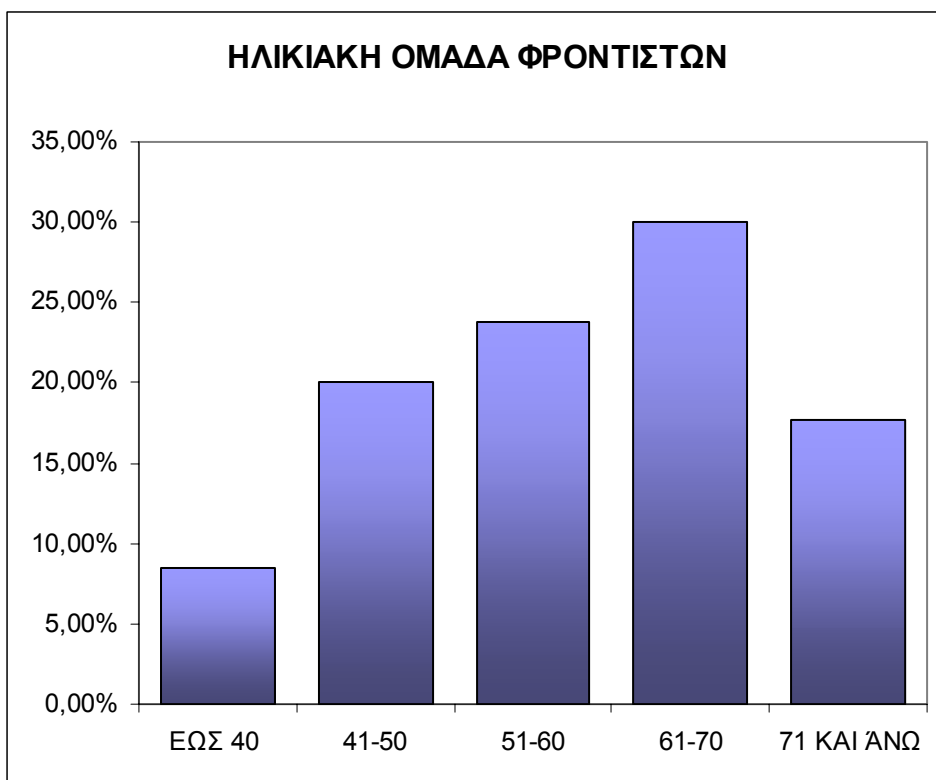
Στα πλαίσια του δείγματος, 61 ηλικιωμένοι φροντίζονται από τον ή τη σύζυγο, 61 ηλικιωμένοι φροντίζονται από τα παιδιά τους και οι υπόλοιποι 39 φροντίζονται από αδέρφια, νύφες, γαμπρούς, ανίψια και άλλους (Παράρτημα πίνακας 1).

Από τους 162 φροντιστές που έλαβαν μέρος στο δείγμα οι 130 ήταν γυναίκες (Παράρτημα πίνακας 2). Οι μεσήλικες γυναίκες και οι γυναίκες τρίτης ηλικίας φροντίζουν τους ηλικιωμένους συζύγους ή γονείς τους. Η διάρκεια της φροντίδας, όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα το 48% περίπου των οικογενειακών φροντιστών αφιερώνουν 25 έως 55 ώρες εβδομαδιαίως για τη φροντίδα του ηλικιωμένου, δηλαδή τέσσερις έως επτά ώρες ημερησίως. Επίσης, ένας στους τρεις φροντιστές που ερωτήθηκαν φροντίζουν τον ηλικιωμένο από 56 ώρες και πάνω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ωρες φροντίδας εβδομαδιαίως	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Έως 24	34	21,0	21,1	21,1
25 έως 55	77	47,5	47,8	68,9
56 έως 84	36	22,2	22,4	91,3
85 και άνω	14	8,6	8,7	100,0
Σύνολο	161	99,4	100,0	

Σχετικά με την ηλικιακή ομάδα των φροντιστών το μεγαλύτερο ποσοστό κυμαίνεται από 51 έως 87 (Γράφημα 1). Αυτό επιβεβαιώνει τις έρευνες άλλων ευρωπαϊκών χωρών, που διαπίστωσαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό φροντιστών (σύζυγοι, αδέρφια, παιδιά) είναι και οι ίδιοι ηλικιωμένοι.



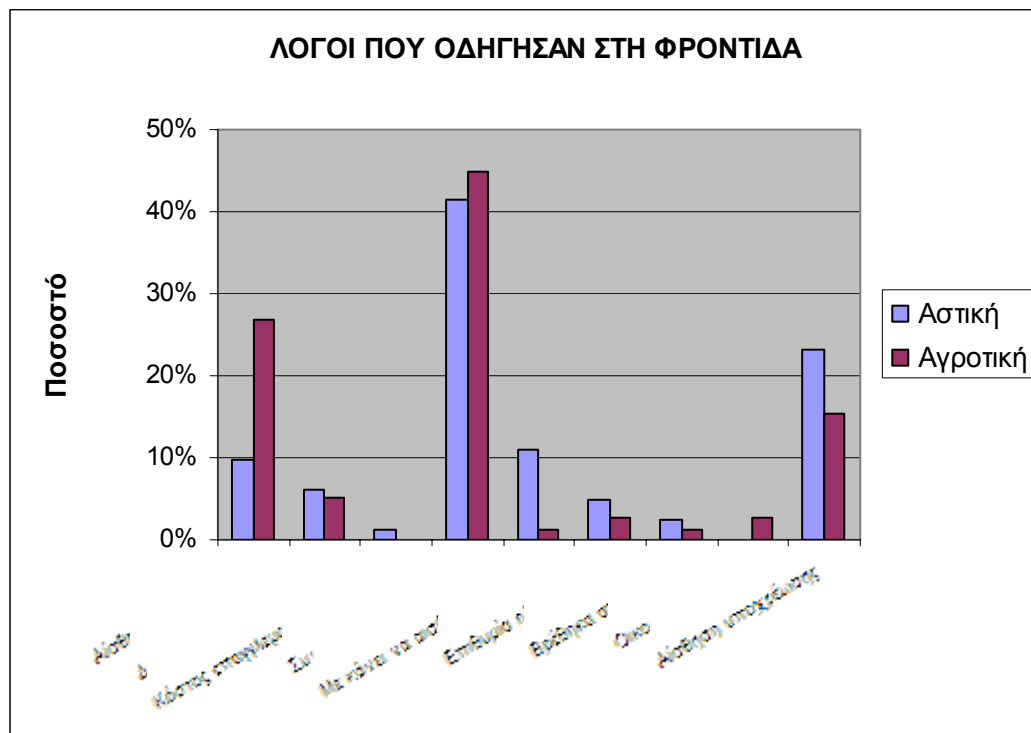
ΓΡΑΦΗΜΑ 1

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των φροντιστών, το 66% δεν εργάζεται. Αυτό οφείλεται είτε στην προχωρημένη ηλικία τους (συνταξιούχοι), είτε στο γεγονός ότι οι περισσότεροι φροντιστές είναι γένους θηλυκού και η απασχόληση με τα οικιακά κυριαρχεί (παράρτημα πίνακας 3) Το υπόλοιπο 34% το οποίο εργαζόταν, δεν σταμάτησε την εργασία, παρά την αυξημένη φροντίδα του ηλικιωμένου σε βάρος του ελεύθερου χρόνου του (Παράρτημα πίνακας 4).

Οι λόγοι που οδηγούν κάποιον να αναλάβει τη φροντίδα του ηλικιωμένου μπορεί να σχετίζονται με την προσωπικότητα (ο βαθμός ωριμότητας, οι αντοχές στο stress, η αυτάρκεια), τη θέση του στην οικογένεια, και την προηγούμενη ουσιαστική ή και τυπική σχέση με τον ηλικιωμένο. Κάθε άτομο εκλαμβάνει διαφορετικά την επιβάρυνση ως φροντιστής. Ο ρόλος των φροντιστών πολλές φορές παρέχει ικανοποίηση και ευχαρίστηση στους ίδιους τους φροντιστές αφού αισθάνονται ότι ανταποδίδουν με κάποιον τρόπο σε όσα τους πρόσφερε απλόχερα για χρόνια ο ηλικιωμένος. Συγχρόνως είναι και ένας τρόπος έκφρασης συναισθημάτων αγάπης, στοργής, αφοσίωσης και από την άλλη προσωπικής

ψυχολογικής ικανοποίησης, κοινωνικής και ηθικής αποδοχής. Από τις απαντήσεις των ερωτώμενων, οι λόγοι που εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα είναι οι συναισθηματικοί δεσμοί, το αίσθημα υποχρέωσης και το αίσθημα καθήκοντος.

Για τους φροντιστές των αστικών περιοχών εκτός των συναισθηματικών δεσμών σημαντικό ρόλο κατέχει και η αίσθηση υποχρέωσης προς τους ηλικιωμένους. Ενώ στους φροντιστές που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές κυριαρχεί το συναισθηματικό δέσιμο και το αίσθημα καθήκοντος. Ίσως αυτό να οφείλεται στον κοινωνικό έλεγχο που ασκείται στις κοινωνίες της υπαίθρου και επηρεάζει τις απόψεις και τις αποφάσεις τους. Επίσης οι δεσμοί της οικογένειας παραμένουν ισχυροί και δημιουργούν το αίσθημα καθήκοντος και της προσφοράς φροντίδας στα μέλη που την έχουν ανάγκη (Γράφημα 2).



ΓΡΑΦΗΜΑ2

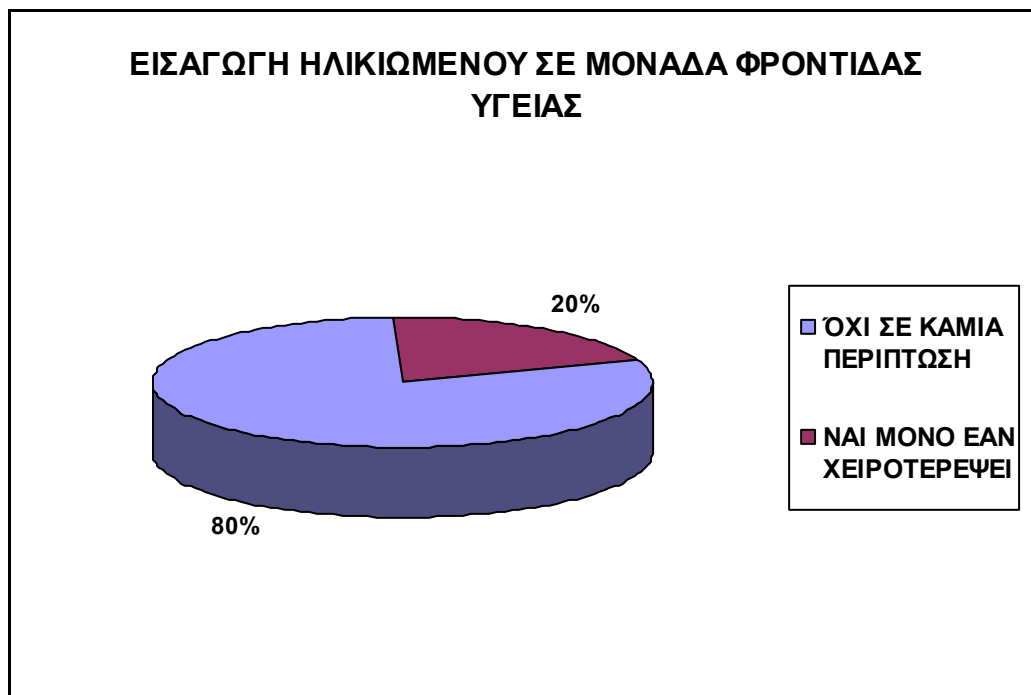
Για τους περισσότερους συζύγους φροντιστές οι αντιλήψεις που διαμορφώθηκαν στα πλαίσια της έγγαμης συμβίωσης συνεπάγονταν το συναισθηματικό δεσμό και την αυτόματη αποδοχή της συμπαράστασης μέχρι το θάνατο. Ενώ για τα παιδιά φροντιστές κυριαρχεί το συναισθηματικό δέσιμο αλλά σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το αίσθημα καθήκοντος προς τους γονείς για όσα τους έχουν προσφέρει (πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Λόγοι που οδήγησαν στην φροντίδα	Ποια είναι η σχέση σας με τον ηλικιωμένο;	
	Σύζυγος/ Σύντροφος	Τέκνο
Αίσθημα Καθήκοντος	8,2%	24,6%
Συναισθηματικοί δεσμοί	63,9%	39,3%
Προσωπική αίσθηση υποχρέωσης προς τον ηλικιωμένο	19,7%	18,0%

Σχετικά για το πώς αισθάνονται, οι τρεις στους πέντε φροντιστές πιστεύουν ότι τα καταφέρνουν στο ρόλο τους ενώ τέσσερις στους πέντε απαντούν ότι η παροχή φροντίδας άξιζε τον κόπο. Αισθάνονται ότι υποστηρίζονται από την οικογένειά τους σε ποσοστό 54% και από τους φίλους 43%. Με αυτόν τον τρόπο εξισορροπούν τη σωματική και ψυχική τους καταπόνηση με τη ψυχολογική ικανοποίηση και την κοινωνική αποδοχή. Επίσης στην ερώτηση « αν αισθάνεστε ότι έχετε αρκετή υποστήριξη από τις υπηρεσίες, το 34% απαντά θετικά. Η οικογένεια, λοιπόν, στηρίζει τον φροντιστή στο ρόλο που έχει αναλάβει ενώ οι υπηρεσίες δεν διευκολύνουν τη φροντίδα (Παράρτημα πίνακας 5).

Τα παραπάνω αιτιολογούν το γεγονός ότι στην ερώτηση « αν θα εισήγαγαν τον ηλικιωμένο σε μονάδα φροντίδας υγείας », οι τέσσερις στους πέντε απαντούν αρνητικά – σε καμία περίπτωση, ενώ ένας στους πέντε απαντά θετικά, μόνο εάν χειροτερέψει η κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου (γράφημα 3).



ΓΡΑΦΗΜΑ 3

2.2. Η εικόνα των ηλικιωμένων

Το δείγμα περιλαμβάνει οικογένειες ηλικιωμένων από τις οποίες οι 82 κατοικούν στο Ηράκλειο και οι 78 σε αγροτικές περιοχές του Νομού (Παράρτημα πίνακας 6). Από τους ηλικιωμένους το 52,5 % των ηλικιωμένων είναι άνδρες και το 46,9% γυναίκες, ηλικίας 56 έως 97 ετών, με μέση τιμή 77,9 και τυπική απόκλιση 8,46. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, 81 είναι παντρεμένοι και περνούν τις περισσότερες ώρες της ημέρας με το σύντροφό τους ενώ οι 69 χήροι και οι δέκα ελεύθεροι μένουν συνήθως με τα παιδιά τους ή μόνοι τους (Παράρτημα πίνακας 7,8).

Σχετικά με το ποιες δραστηριότητες είναι σε θέση να εκτελέσουν, το 73,3% διαπιστώνεται ανήμπορο να πραγματοποιήσει τις δραστηριότητες του νοικοκυριού, το 58,5% να προετοιμάσει το φαγητό, το 54,9 % να πηγαίνει για ψώνια, το 37,7% να χειρίζεται τα χρήματα του και το 37,9% να λαμβάνει τη φαρμακευτική του αγωγή. Επίσης, κινητικές και προσωπικές ανάγκες (να περπατούν, να ανεβοκατεβαίνουν τις σκάλες, να χρησιμοποιούν την τουαλέτα ή το μπάνιο, να ντύνονται και να διατηρούν την προσωπική τους εμφάνιση) μειώνουν τη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου (πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

		Ανήμπορος	Με λίγη βοήθεια	Χωρίς βοήθεια
εκτελέσει τις δραστηριότητες του νοικοκυριού;	Αριθμός	118	27	16
	%	73,3%	16,8%	9,9%
προετοιμάζει το φαγητό του;	Αριθμός	93	33	33
	%	58,5%	20,8%	20,8%
να πηγαίνει για ψώνια;	Αριθμός	89	36	37
	%	54,9%	22,2%	22,8%
να χειρίζεται τα χρήματά του;	Αριθμός	61	43	58
	%	37,7%	26,5%	35,8%
να χρησιμοποιεί το τηλέφωνο;	Αριθμός	51	22	89
	%	31,5%	13,6%	54,9%
παίρνει τα φάρμακά του;	Αριθμός	61	66	34
	%	37,9%	41,0%	21,1%
να περπατά έξω;	Αριθμός	55	50	53
	%	34,8%	31,6%	33,5%
να ανεβοκατεβαίνει τις σκάλες;	Αριθμός	56	42	61
	%	35,0%	26,3%	38,1%
να χρησιμοποιεί την τουαλέτα ή την πάπια;	Αριθμός	42	37	81
	%	26,1%	23,0%	50,3%
να χρησιμοποιεί το μπάνιο ή το ντους;	Αριθμός	55	49	58
	%	34,0%	30,2%	35,8%
διατηρεί την προσωπική του εμφάνιση;	Αριθμός	42	46	73
	%	26,1%	28,6%	45,3%
ντύνεται μόνος του;	Αριθμός	48	38	75
	%	29,6%	23,5%	46,3%
να τρώει μόνος του;	Αριθμός	36	36	88
	%	22,4%	22,4%	54,7%

Πιο συγκεκριμένα οι άνδρες στις περιπτώσεις εκτέλεσης δραστηριοτήτων νοικοκυριού και προετοιμασίας του φαγητού παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό ανάγκης από τις γυναίκες και μόνο το 2,4 % είναι σε θέση να εκτελέσει χωρίς βοήθεια τις δραστηριότητες του νοικοκυριού ακολουθώντας την ελληνική νοοτροπία, όπου ο άνδρας δεν ασχολείται με το νοικοκυριό και την προετοιμασία του φαγητού, θεωρώντας τα εργασίες που αφορούν αποκλειστικά τις γυναίκες και συνδέονται με το ρόλο τους στην κοινωνία (πίνακες 4,5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Είναι ο ηλικιωμένος σε θέση να εκτελέσει τις δραστηριότητες του νοικοκυριού;	Ποιο είναι το φύλο το ηλικιωμένου;		Σύνολο
	Άρρεν	Θήλυ	
Ανήμπορος	82,1%	64,5%	73,8%
Με λίγη βοήθεια	15,5%	17,1%	16,3%
Χωρίς βοήθεια	2,4%	18,4%	10,0%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

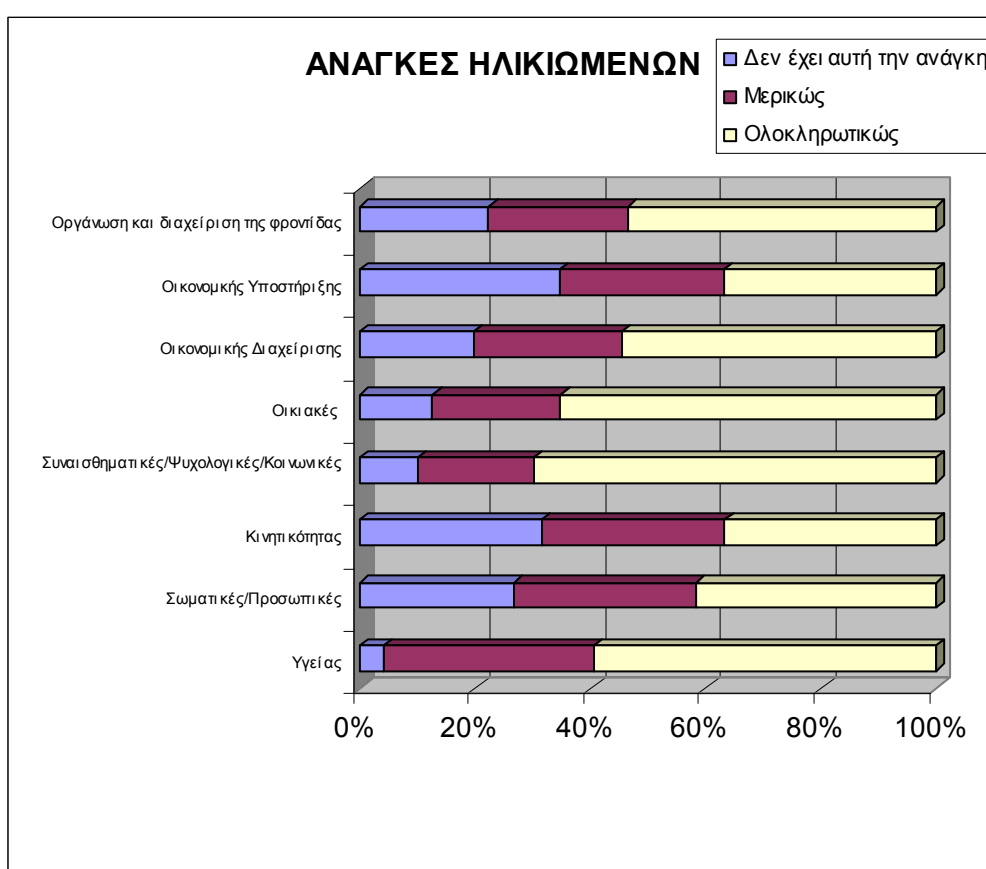
Είναι ο ηλικιωμένος σε θέση να προετοιμάζει το φαγητό του;	Ποιο είναι το φύλο το ηλικιωμένου;		Σύνολο
	Άρρεν	Θήλυ	
Ανήμπορος	69,9%	46,7%	58,9%
Με λίγη βοήθεια	21,7%	20,0%	20,9%
Χωρίς βοήθεια	8,4%	33,3%	20,3%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%

2.3. Συνέπειες της παροχής φροντίδας

Ζήτημα εξάρτησης

Ο βαθμός εξάρτησης του ηλικιωμένου προσώπου που χρειαζόταν φροντίδα διερευνήθηκε στην έρευνα με τις εξής ερωτήσεις προς τους φροντιστές:

«πόσο εξαρτώμενο είναι το άτομο που φροντίζετε», «ποιες είναι οι ανάγκες (υγείας, σωματικές, συναισθηματικές)» και αν «είναι ο ηλικιωμένος σε θέση να αντεπεξέλθει σε καθημερινές δραστηριότητες (όπως νοικοκυριό, φαγητό, ψώνια, μπάνιο)» γράφημα 4.



ΓΡΑΦΗΜΑ 4

Το 39,5% των φροντιστών αξιολόγησε την εξάρτηση σοβαρή και το 21% μέτρια ενώ όσον αφορά τις ανάγκες των ηλικιωμένων παρατηρείται ότι οι συναισθηματικές, οι οικιακές και οι ανάγκες υγείας αντίστοιχα και αντιστοιχούν στο μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης. Τα παραπάνω στοιχεία δικαιολογούν το αυξημένο

ποσοστό μέτριας και σοβαρής εξάρτησης των ηλικιωμένων από τους φροντιστές, το οποίο κυμαίνεται στο 60,5% (πίνακας 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

	Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον Ποσοστό
Ανεξάρτητο	22	13,6	13,7
Ελαφρά εξαρτώμενο	41	25,3	25,5
Μέτρια εξαρτώμενο	34	21,0	21,1
Σοβαρά εξαρτώμενο	64	39,5	39,8
Σύνολο	161	99,4	100,0

Η σοβαρότητα της εξάρτησης συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής, του φροντιστή αφού όπως φαίνεται και από τον (πίνακα 7), όσο πιο εξαρτημένος είναι ο ηλικιωμένος τόσο χαμηλότερη κρίνει την ποιότητα ζωής του ο φροντιστής. Όταν οι ανάγκες του ηλικιωμένου είναι αυξημένες ο φροντιστής καταβάλλει καθημερινά μεγαλύτερη προσπάθεια να αντεπεξεχθεί στις απαιτήσεις της φροντίδας με αποτέλεσμα να παραγκωνίζει τη δική του σωματική και ψυχική ευεξία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Ποιότητα Ζωής του Φροντιστή	Πόσο εξαρτώμενο είναι το άτομο που φροντίζετε;				Σύνολο
	Ανεξάρτητο	Ελαφρά εξαρτώμενο	Μέτρια εξαρτώμενο	Σοβαρά εξαρτώμενο	
Πολύ καλή	22,7%	2,4%	14,7%	3,1%	8,1%
Καλή	50,0%	39,0%	35,3%	23,4%	33,5%
Ούτε καλή, ούτε κακή	22,7%	51,2%	23,5%	37,5%	36,0%
Κακή	4,5%	7,3%	26,5%	31,3%	20,5%
Πολύ κακή	,0%	,0%	,0%	4,7%	1,9%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Η διάρκεια της φροντίδας

Οι ώρες που φροντίζει εβδομαδιαίως ο φροντιστής τον ηλικιωμένο παίζει καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής του. Όταν η φροντίδα ξεπερνά τις 56 ώρες τότε ο φροντιστής χαρακτηρίζει την ποιότητα ζωής του κακή έως πολύ κακή (πίνακας 8). Όσο περισσότερες ώρες αφιερώνει στον ηλικιωμένο τόσο λιγότερες έχει να ασχοληθεί με την υπόλοιπη οικογένεια αλλά και με τις προσωπικές του ανάγκες. Παρ' όλα αυτά είναι διατεθειμένος να συνεχίσει να παρέχει τη φροντίδα και να την αυξήσει εάν αυτό κριθεί απαραίτητο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Ποιότητα Ζωής του Φροντιστή	Πόσες ώρες την εβδομάδα φροντίζετε και υποστηρίζετε τον ηλικιωμένο;			
	Έως 24	25 έως 55	56 έως 84	85 και άνω
Πολύ καλή	38,5%	53,8%	7,7%	,0%
Καλή	29,1%	50,9%	20,0%	,0%
Ούτε καλή, ούτε κακή	17,2%	43,1%	22,4%	17,2%
Κακή	9,4%	50,0%	31,3%	9,4%
Πολύ κακή	,0%	33,3%	33,3%	33,3%

Οικονομική διάσταση

Η περιποίηση ενός ηλικιωμένου προσώπου συνεπάγεται αυξημένα έξοδα για την οικογένειά του που σπάνια καλύπτονται από παροχές κοινωνικής ασφάλισης ή Πρόνοιας. Από τη στιγμή που αρκετοί φροντιστές ήταν και οι ίδιοι ηλικιωμένοι αντιμετώπιζαν με τη σειρά τους οικονομικές δυσκολίες.

Οι περισσότεροι φροντιστές ήταν συνταξιούχοι. Με δεδομένο το οριακά χαμηλό επίπεδο των αγροτικών συντάξεων ανεξάρτητα εάν αυτό χορηγείται στον ηλικιωμένο ή τον φροντιστή δεν επαρκεί πολλές φορές ούτε για την κάλυψη των δαπανών φροντίδας.

Στην ερώτηση αν σας επιβαρύνει οικονομικά η παροχή φροντίδας το 38% απαντά θετικά και το 31,5% αρνητικά, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξεως του 31% που απαντά « ορισμένες φορές » (Παράρτημα πίνακας 5).

Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις

Η ανάγκη επίπονης σωματικής και ψυχικής συμπαράστασης στον ηλικιωμένο δημιουργεί συχνά προβλήματα υγείας και διάθεσης στους φροντιστές. Στην ερώτηση για το πώς βλέπουν την ποιότητα ζωής τους τις δύο τελευταίες εβδομάδες της φροντίδας, σε ποσοστό πάνω από 50% απαντούν ότι δεν έχουν αισθανθεί ήρεμοι και χαλαροί, δεν έχουν στην καθημερινότητά τους πράγματα που τους ενδιαφέρουν, δεν έχουν αισθανθεί χαρούμενοι και με καλή διάθεση και δεν έχουν ξυπνήσει φρέσκοι και ξεκούραστοι (ποτέ, κάποιες φορές, λιγότερο από το μισό χρόνο) (πίνακας 9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

		Ποτέ	Κάποιες φορές	Λιγότερο από τον μισό χρόνο	Περισσότερο από τον μισό χρόνο	Τον περισσότερο χρόνο	Όλη την ώρα
έχω αισθανθεί χαρούμενος και με καλή διάθεση:	Αριθμός	22	24	41	33	40	2
	%	13,6%	14,8%	25,3%	20,4%	24,7%	1,2%
έχω αισθανθεί ήρεμος και χαλαρός:	Αριθμός	24	28	42	29	36	3
	%	14,8%	17,3%	25,9%	17,9%	22,2%	1,9%
έχω αισθανθεί δραστήριος και γεμάτος ενέργεια	Αριθμός	21	26	33	26	47	9
	%	13,0%	16,0%	20,4%	16,0%	29,0%	5,6%
Ξύπνησα και αισθανόμουν φρέσκος και ξεκούραστος:	Αριθμός	28	29	25	54	22	4
	%	17,3%	17,9%	15,4%	33,3%	13,6%	2,5%
η καθημερινή μου ζωή έχει γεμίσει με πράγματα που με ενδιαφέρουν	Αριθμός	27	34	27	50	18	6
	%	16,7%	21,0%	16,7%	30,9%	11,1%	3,7%

Η παροχή φροντίδας δημιουργεί προβλήματα στην σωματική υγεία αλλά και την συναισθηματική ευεξία του φροντιστή δυσκολεύει τις σχέσεις των φροντιστών με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους και χαλαρώνει τις κοινωνικές τους σχέσεις (Παράρτημα πίνακας 9).

2.4. Υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες που χρησιμοποιούν οι φροντιστές για τις ανάγκες των ηλικιωμένων είναι κυρίως το νοσοκομείο, οι γενικοί και ειδικοί ιατροί, το Κ.Α.Π.Η. και το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι.

Η χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών συνδέεται με τον τόπο κατοικίας φροντιστών και ηλικιωμένων. Στις αγροτικές περιοχές οι ανάγκες υγείας καλύπτονται από τον αγροτικό γιατρό και σε έκτακτες μόνο περιπτώσεις εξυπηρετούνται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου. Στις αστικές περιοχές έχουν περισσότερες δυνατότητες να επισκεφθούν ειδικούς γιατρούς και να κάνουν εξειδικευμένες εξετάσεις (πίνακας 10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

	Είδος περιοχής		Σύνολο
	Αστική	Αγροτική	
Γενικός Γιατρός	14	25	39
	17,3%	32,9%	24,8%
Ειδικός Γιατρός	18	4	22
	22,2%	5,3%	14,0%
Νοσοκομείο	34	32	66
	42,0%	42,1%	42,0%
Κλινική	0	1	1
	,0%	1,3%	,6%
Αποκατάσταση στο σπίτι	1	0	1
	1,2%	,0%	,6%
Εργαστηριακές εξετάσεις	3	0	3
	3,7%	,0%	1,9%
Κοινωνικός Λειτουργός	1	0	1
	1,2%	,0%	,6%
Βοήθεια στο Σπίτι	0	6	6
	,0%	7,9%	3,8%
Κοινωνική Μέριμνα	2	2	4
	2,5%	2,6%	2,5%
Κ.Α.Π.Η.	5	4	9
	6,2%	5,3%	5,7%
Άλλα	3	2	5
	3,7%	2,6%	3,2%

Οι φροντιστές αξιολογούν τις υπηρεσίες με κριτήρια το σεβασμό και την αξιοπρέπεια των επαγγελματιών υγείας προς τους ηλικιωμένους (93,1%). Ενώ κρίνουν σημαντική, στον ίδιο βαθμό, τη βοήθεια που παρέχεται από τις υπηρεσίες για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Συγχρόνως τους ενδιαφέρει η βοήθεια να είναι διαθέσιμη την ώρα που τη χρειάζονται, να προσαρμόζεται στο πρόγραμμά τους και να καταφθάνει την ώρα που τους έχει υποσχεθεί (πίνακας 11). Στην ερώτηση «ποιο χαρακτηριστικό αξιολογείται ως το πιο σημαντικό», η πλειοψηφία απαντά : η βοήθεια να είναι διαθέσιμη την ώρα που τη χρειάζεσαι περισσότερο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

		Καθόλου σημαντικό	Αρκετά σημαντικό	Πολύ σημαντικό
Πόσο σημαντικό είναι η βοήθεια να είναι διαθέσιμη την ώρα που την χρειάζεσαι περισσότερο;	Αριθμός	1	18	141
	%	,6%	11,3%	88,1%
Πόσο σημαντικό είναι η διαθέσιμη βοήθεια να προσαρμόζεται στο πρόγραμμά σας;	Αριθμός	20	45	95
	%	12,5%	28,1%	59,4%
Πόσο σημαντικό είναι η βοήθεια να καταφθάνει την ώρα που έχει υποσχεθεί;	Αριθμός	1	22	136
	%	,6%	13,8%	85,5%
Πόσο σημαντικό είναι οι εργαζόμενοι φροντιστές να έχουν ικανότητες /εκπαίδευση που απαιτείται;	Αριθμός	2	26	131
	%	1,3%	16,4%	82,4%
Πόσο σημαντικό είναι οι εργαζόμενοι φροντιστές να φέρονται στον ηλικιωμένο με αξιοπρέπεια και σεβασμό;	Αριθμός		11	149
	%		6,9%	93,1%
Πόσο σημαντικό είναι οι εργαζόμενοι φροντιστές να φέρονται σε εσάς με αξιοπρέπεια και σεβασμό;	Αριθμός	3	23	133
	%	1,9%	14,5%	83,6%
Πόσο σημαντικό είναι οι θέσεις και οι απόψεις σας να εισακούονται;	Αριθμός	36	54	70
	%	22,5%	33,8%	43,8%
Πόσο σημαντικό είναι η βοήθεια που παρέχεται να βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου;	Αριθμός	2	9	149
	%	1,3%	5,6%	93,1%
Πόσο σημαντικό είναι η βοήθεια που παρέχεται να βελτιώνει την ποιότητα ζωής σας;	Αριθμός	12	45	99
	%	7,7%	28,8%	63,5%
Πόσο σημαντικό είναι η βοήθεια που παρέχεται να μην είναι τόσο ακριβή;	Αριθμός	14	41	104
	%	8,8%	25,8%	65,4%
Πόσο σημαντικό είναι η βοήθεια να παρέχεται από τον ίδιο εργαζόμενο φροντιστή κάθε φορά;	Αριθμός	28	60	71
	%	17,6%	37,7%	44,7%
Πόσο σημαντική είναι η βοήθεια να επικεντρώνεται στις ανάγκες σας καθώς και σε αυτές του ηλικιωμένου;	Αριθμός	3	29	126
	%	1,9%	18,4%	79,7%

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

		Καθόλου σημαντική	Αρκετά σημαντική	Πολύ σημαντική
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει πληροφορίες και συμβουλές για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και πώς να αποκτήσετε πρόσβαση σε αυτές;	Αριθμός	7	30	124
	%	4,3%	18,6%	77,0%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο που έχει ο ηλικιωμένος;	Αριθμός	5	22	134
	%	3,1%	13,7%	83,2%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει εκπαίδευση για να αναπτύξετε τις ικανότητες που χρειάζεστε για την φροντίδα;	Αριθμός	44	36	81
	%	27,3%	22,4%	50,3%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει ευκαιρίες να διασκεδάσετε σε δραστηριότητες εκτός της φροντίδας;	Αριθμός	42	47	71
	%	26,3%	29,4%	44,4%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει ευκαιρίες να κάνετε διακοπές ή να έχετε ένα διάλειμμα από τη φροντίδα;	Αριθμός	39	51	68
	%	24,7%	32,3%	43,0%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει ευκαιρία για τους ηλικιωμένους να ασχοληθούν με δραστηριότητες που τους ευχαριστούν;	Αριθμός	18	47	92
	%	11,5%	29,9%	58,6%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει βοήθεια για τον προγραμματισμό της μελλοντικής φροντίδας;	Αριθμός	34	46	77
	%	21,7%	29,3%	49,0%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει ευκαιρία να συνδυαστεί η παροχή φροντίδας με έμμισθη εργασία;	Αριθμός	65	32	60
	%	41,1%	20,3%	38,0%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει ευκαιρία να μιλήσετε για τα προβλήματά σας ως φροντιστής;	Αριθμός	20	53	85
	%	12,7%	33,5%	53,8%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει ευκαιρία να παρακολουθήσετε μια ομάδα στήριξης συγγενών;	Αριθμός	56	56	45
	%	35,7%	35,7%	28,7%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει περισσότερα χρήματα ώστε να σας βοηθήσουν να παρέχετε ό,τι χρειάζεται για την καλύτερη φροντίδα;	Αριθμός	24	38	95
	%	15,3%	24,2%	60,5%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει ευκαιρία να περάσετε περισσότερη ώρα με την οικογένεια;	Αριθμός	25	57	70
	%	16,2%	37,0%	45,5%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας παρέχει βοήθεια για να αντιμετωπίσετε οικογενειακές διαφωνίες;	Αριθμός	67	46	37
	%	42,7%	29,3%	23,6%
Πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη που σας βοηθά ώστε να γίνει το περιβάλλον του ηλικιωμένου πιο κατάλληλο για την φροντίδα;	Αριθμός	13	44	99
	%	8,3%	28,0%	63,1%

Η πλειοψηφία των φροντιστών (83,2%) ζητά από τις υπηρεσίες να παρέχουν πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο από την οποία πάσχει ο ηλικιωμένος, ενώ μεγάλο είναι και το ποσοστό που επιθυμεί ενημέρωση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και πώς να αποκτήσει πρόσβαση σ' αυτές. Παράλληλα οι φροντιστές αναζητούν οικονομική ενίσχυση για την καλύτερη φροντίδα του ηλικιωμένου (πίνακας 12).

Γενικά παρατηρείται ότι οι φροντιστές χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες μόνο για τις ανάγκες των ηλικιωμένων ενώ παράλληλα διαφαίνεται η ανυπαρξία προγραμμάτων που να απευθύνονται στους ίδιους. Με συνέπεια οι ίδιοι να μην αναγνωρίζουν ή να μην εκφράζουν αρκετές από τις ανάγκες τους παρά μόνο εκείνες που συνδέονται με τα προβλήματα των ηλικιωμένων.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ηλικιωμένοι

Ο μέσος όρος της ηλικίας των εξαρτώμενων ηλικιωμένων είναι τα 80 έτη. Επομένως η προχωρημένη ηλικία συντελεί στην εμφάνιση των αυξημένων αναγκών και σοβαρότερης εξάρτησης από τους φροντιστές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων εμφανίζεται ανήμπορο να πραγματοποιήσει τις δραστηριότητες του νοικοκυριού, της προετοιμασίας του φαγητού αλλά και των υπολοίπων προσωπικών και κινητικών αναγκών όπως: να περπατούν, να χρησιμοποιούν την τουαλέτα και το μπάνιο, να ντύνονται και να διατηρούν την προσωπική τους εμφάνιση. Όταν η λειτουργικότητα στις καθημερινές δραστηριότητες μειώνεται τότε δικαιολογείται ο αυξημένος βαθμός εξάρτησης των ηλικιωμένων από τους φροντιστές.

Όσον αφορά την παροχή φροντίδας οι άντρες στις περισσότερες περιπτώσεις ιδιαίτερα (νοικοκυριό, φαγητό) παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό εξάρτησης από τις γυναίκες. Το γεγονός αυτό επηρεάζεται από την νοοτροπία για τη θέση του άνδρα, η οποία δεν του επιτρέπει να ασχολείται με τις εργασίες του σπιτιού, ασχολίες αφορούν κατά κύριο λόγο τις γυναίκες και συνδέονται με τον κοινωνικό ρόλο της.

Φροντιστές

Οι οικογενειακοί φροντιστές ηλικιωμένων είναι τα άτομα που αναλαμβάνουν τη περιποίηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Η ηλικία των φροντιστών κυμαίνεται από 30 ως 87 έτη. Οι νεότεροι είναι ταυτόχρονα και εργαζόμενοι. Όσο δε για τους μεγαλύτερους σε ηλικία οι οποίοι είναι και οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι προβλήματα υγείας. Τη φροντίδα την αναλαμβάνουν κυρίως οι γυναίκες είτε ως σύζυγοι είτε ως κόρες, ακολουθώντας τις αρχές και τις αξίες της ελληνικής παράδοσης. Η ποιότητα ζωής των φροντιστών επηρεάζεται άμεσα από τη διάρκεια φροντίδας των ηλικιωμένων και από την σοβαρότητα της εξάρτησής τους.

Ο όρος «φορτίο φροντιστών» έχει επικρατήσει διεθνώς και αφορά τα βάρη, σωματικά, συναισθηματικά, οικονομικά που επωμίζονται οι φροντιστές. Η συνεχής παροχή φροντίδας προκαλεί επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του

μέλους της οικογένειας που έχει αναλάβει τη φροντίδα (κύριος οικογενειακός φροντιστής) και μειώνει την ενεργητικότητα, τη ξεκούραση, την ηρεμία και την ευχάριστη διάθεση του φροντιστή.

Όταν το ηλικιωμένο άτομο είναι σοβαρά εξαρτώμενο τότε η φροντίδα και υποστήριξή του ξεπερνά τις 56 ώρες εβδομαδιαίως. Ο βαθμός λοιπόν εξάρτησης σε συνδυασμό με τις ώρες φροντίδας, επιδρούν στην υγεία των φροντιστών ενώ επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές εκδηλώσεις ή δραστηριότητες, ή τον ελεύθερο χρόνο τους. Οι υψηλές και παρατεταμένες απαιτήσεις φροντίδας υποχρεώνουν τον φροντιστή να παραγκωνίζει τις προσωπικές του ανάγκες και περιορίζει τη σωματική και ψυχική του ευεξία. Συγχρόνως χαλαρώνουν οι κοινωνικές του σχέσεις ενώ δυσκολεύουν οι σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Μέσα από την έρευνα δεν φάνηκαν επιπτώσεις της παροχής φροντίδας στον επαγγελματικό τομέα. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν εργάζεται, είτε λόγω προχωρημένης ηλικίας είτε λόγω ότι 130 φροντιστές είναι γυναίκες και ασχολούνται κυρίως με τα οικιακά. Το 34% των φροντιστών, το οποίο εργάζεται δεν σταμάτησε την εργασία λόγω της παροχής φροντίδας, αλλά μείωσε τις ώρες του ελεύθερου χρόνου.

Επίσης η παροχή φροντίδας κλονίζει και την οικονομική κατάσταση. Στο συγκεκριμένο όμως δείγμα οι φροντιστές δεν το αποδέχονται άμεσα ίσως γιατί θεωρούν δεδομένο ότι πρέπει να καλύπτουν την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τις καθημερινές ανάγκες του ηλικιωμένου.

Οι φροντιστές ηλικιωμένων ανέλαβαν τη φροντίδα λόγω των συναισθηματικών δεσμών που είχαν με το εξαρτημένο άτομο και λόγω του αισθήματος καθήκοντος και υποχρέωσης. Οι κυρίαρχοι λόγοι που οδήγησαν στην απόφασή τους να αναλάβουν τη φροντίδα διαφοροποιούνται ανάλογα με τη σχέση ηλικιωμένου – φροντιστή. Οι σύζυγοι/ σύντροφοι φροντιστές ανέλαβαν τη φροντίδα για συναισθηματικούς λόγους και λόγω υποχρέωσης. Εκτός από τα συναισθήματα αγάπης, στοργής και αφοσίωσης, σημαντική ήταν και η υποχρέωση του συζύγου να στηρίξει το εξαρτημένο άτομο που τον είχε ανάγκη.

Τα παιδιά φροντιστές επέλεξαν το συγκεκριμένο ρόλο εξαιτίας των συναισθημάτων που τρέφουν για τους γονείς τους αλλά και του αισθήματος καθήκοντος, ίσως σαν ανταπόδοση στη βοήθεια και τη στήριξη που έχουν λάβει όλα τα προηγούμενα χρόνια. Σύμφωνα με το διακρατικό ερευνητικό πρόγραμμα

IPROSEC (2000) τα παιδιά των ηλικιωμένων νιώθουν χρέος απέναντι στους γονείς τους και θεωρούν την παραμονή των γονιών τους στο γηροκομείο ως αδιανόητη ενέργεια που συνεπάγεται με εγκατάλειψη.

Σύμφωνα επίσης με την έρευνα του τομέα ψυχολογίας του πανεπιστημίου Αθηνών που μελέτησε την μεταβολή οικογενειακών αξιών στην Ελλάδα, διαπιστώθηκε ότι η φροντίδα των γονιών όταν γεράσουν είναι υποχρέωση των παιδιών. Μέσα από τη φροντίδα νιώθουν πολλές φορές ικανοποίηση αφού αισθάνονται ότι με κάποιο τρόπο ανταποδίδουν σε όσα τους πρόσφερε απλόχερα για χρόνια ο ηλικιωμένος. Παράλληλα αυτό αποτελεί ένα τρόπο έκφρασης συναισθημάτων προς τον ίδιο.

Υπηρεσίες

Στην πλειοψηφία τους οι φροντιστές δεν είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που παρέχονται. Ένα ποσοστό της τάξεως του 34% δηλώνει ευχαριστημένο, για τις υπηρεσίες που γνωρίζει και χωρίς να διεκδικεί την κάλυψη των αναγκών του, αντίθετα συμβιβάζεται με αυτές που απολαμβάνει.

Αρκετοί φροντιστές ζητούν από τις υπηρεσίες παροχή πληροφόρησης σχετικά με τη νόσο του ηλικιωμένου αλλά και γενικότερη ενημέρωση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και τη πρόσβαση σ' αυτές. Επίσης εκφράζουν την ανάγκη οικονομικής ενίσχυσης με σκοπό τη καλύτερη δυνατή φροντίδα για τον ηλικιωμένο. Σύμφωνα με τα ευρήματα του IPROSEC για την τρίτη ηλικία οι φροντιστές ζητούν, οι συντάξεις των ηλικιωμένων να καλύπτουν τις ανάγκες τους και να χορηγείται στην οικογένεια επίδομα για τη φροντίδα τους.

Αξιολογούν τις υπηρεσίες με γνώμονα το σεβασμό και την αξιοπρέπεια των επαγγελματιών προς τους ηλικιωμένους. Απαιτούν η βοήθεια να είναι διαθέσιμη την ώρα που τη χρειάζεται ο ασθενής έτσι ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του.

Όσον αφορά με τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούν για τις ανάγκες του ηλικιωμένου, είναι το νοσοκομείο, οι ειδικοί και γενικοί γιατροί, το Κ.Α.Π.Η. και το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι. Παρατηρείται λοιπόν ότι μόνο ένα μέρος των υπηρεσιών χρησιμοποιείται από τους φροντιστές. Αυτό οφείλεται είτε στην ελλιπή ενημέρωση σχετικά με τις υπηρεσίες και το ρόλο τους είτε στη δυσκολία πρόσβασης.

Στις αγροτικές περιοχές προσπαθούν να καλύψουν τις ανάγκες τους από τον αγροτικό γιατρό και από το νοσοκομείο όταν κρίνεται αναγκαίο. Στις αστικές περιοχές έχουν τη δυνατότητα επιλογής περισσότερων εξειδικευμένων υπηρεσιών και προσωπικού.

4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οικογένεια εξακολουθεί να λαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας των ηλικιωμένων. Στην προχωρημένη ηλικία μειώνεται η λειτουργικότητα στις καθημερινές δραστηριότητες με αποτέλεσμα να μεγαλώνει η εξάρτηση από τους φροντιστές.

Οι φροντιστές που είναι κυρίως σύζυγοι και παιδιά, αναλαμβάνουν την υποστήριξη του ηλικιωμένου για συναισθηματικούς λόγους, αισθήματος υποχρέωσης και καθήκοντος. Η φροντίδα προκαλεί άμεσες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των φροντιστών ενώ ελαττώνει τον ελεύθερο χρόνο τους και χαλαρώνει τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Η ποιότητα ζωής των φροντιστών σχετίζεται άμεσα με το βαθμό εξάρτησης των ηλικιωμένων και με τις ώρες φροντίδας τους. Οι περισσότεροι φροντιστές δεν είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούν και ζητούν καλύτερη πληροφόρηση και ενημέρωση για τους υπάρχοντες φορείς.

Η αξιοποίηση των προγραμμάτων και των υπηρεσιών εξαρτάται από το βαθμό πληροφόρησης, από την ανταπόκριση στις ανάγκες, από τους όρους και τις διαδικασίες πρόσβασης και από την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών προς τους φροντιστές.

Ο χαμηλός βαθμός αξιοποίησης των υπαρχόντων υπηρεσιών ή το γεγονός ότι οι φροντιστές δεν κατονομάζουν ή δεν αισθάνονται τις ανάγκες τους, δεν σημαίνει ότι δεν υφίσταται ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών που ήδη υπάρχουν ή την ανάπτυξη νέων. Θα πρέπει λοιπόν να βρεθούν τρόποι ώστε οι φροντιστές να εκφράσουν και τις πραγματικές ανάγκες τους για να σχεδιασθούν υπηρεσίες με άξονα τις εμπειρίες και τις απαιτήσεις τους.

Σημαντικός είναι ο σχεδιασμός, η ιεράρχηση προτεραιοτήτων των υπηρεσιών και η αξιολόγηση των υπαρχόντων δομών και προγραμμάτων. Για το σχεδιασμό υπηρεσιών απαιτείται ανίχνευση των αναγκών, μελέτες αξιολόγησης, συστηματική συλλογή, μηχανογράφηση και επεξεργασία στατιστικών στοιχείων σχετικών με τις υπηρεσίες πρόνοιας που θα επέτρεπαν στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητά τους.

Γίνεται επιτακτική η ανάγκη για μια διατομεακή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση, η οποία να λαμβάνει υπόψη της και να προσαρμόζεται στις ανάγκες του σήμερα αλλά και να προβλέπει τις ανάγκες του αύριο.

Γιατί χωρίς υπηρεσίες για τους φροντιστές η οικογένεια συνεχίζει να σηκώνει κυριότερο το βάρος της παροχής φροντίδας των μελών της γεγονός το οποίο όλο και περισσότερο θα δυσχεραίνει τη λειτουργία της στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δαουτόπουλος Γ. Α., (1997), «Τοπική Ανάπτυξη», Εκδ. Δαουτόπουλος, Θεσ/νίκη.
- Έμκε – Πουλοπούλου, Η., (1999), « Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν και Μέλλον», ΕΛΛΗΝ Αθήνα.
- Ε.Κ.Κ.Ε., (2002), «Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας», Αθήνα.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2001), « Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους: εξασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας.» Βρυξέλλες.
- Κανελλόπουλος Κ., (1984), «Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα», ΚΕΠΕ, Αθήνα.
- Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φογαδάκη Ε., (1990), «Κοινωνική Πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος», Αθήνα.
- Μουσουρού Λ., (1993), «Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα», στο 3^ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, «Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα», Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα.
- Μπαλούρδος Δ., Τεπέρογλου Α., Φακιολάς Ν., (1996), «Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης», στο: Ε.Κ.Κ.Ε. «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής». Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Τόμος Β΄, Αθήνα.
- OECD, (1988), Ageing populations. The social policy implications, Paris
- OECD, (1996), Ageing in OECD Αριθμόςγries. A critical policy Challenge, Paris.
- Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ., (1993), «Επιδημιολογία της Τρίτης ηλικίας» στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στη Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Σταθόπουλος, Π.(1999), «Κοινωνική Πρόνοια», ΈΛΛΗΝ, Αθήνα.
- Στασινοπούλου Ο., (1996), «Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό. Φροντίδα και Γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση», Gutenberg, Αθήνα.
- Συμεωνίδου Χ., (1993), «Δημογραφική Γήρανση και φροντίδα για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα και στις χώρες της ΕΟΚ», στο: 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικονομικών και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, 21-22 Οκτωβρίου.

Τεπέρογλου Α., (1990), «Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

Τριανταφύλλου, ΤΖ.- Μεσθεναίου, Ε.(1993), «Ποιος φροντίζει;». SEXTANT, Αθήνα.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΕΣ

Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής φροντίδας. Ν. 3106/10-2-2003.

Οργάνωση και εκσυγχρονισμός Υ.ΔΥ. Πρακτικά Βουλής ΙΒ.,22/7/2003.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρακτικά Βουλής ΟΖ., 5/2/2004.

Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. Πρακτικά Βουλής ΙΑ, Σύνοδος Α, 10/3/2005.

ΠΗΓΕΣ INTERNET

www.deka-trikala.gr

www.europos.gr

www.gerontology.gr

www.kethi.gr

www.iprosec.org.uk

www.makropilotti.fi

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

1. Η οικογενειακή σχέση του φροντιστή και του ηλικιωμένου

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Σύζυγος/Σύντροφος	61	37,7	37,9	37,9
	Τέκνο	61	37,7	37,9	75,8
	Αδελφός	11	6,8	6,8	82,6
	Γαμπρός/Νύφη	15	9,3	9,3	91,9
	Θείος/Θεία	2	1,2	1,2	93,2
	Ανιψιός-α	6	3,7	3,7	96,9
	Ξάδελφος-η	1	,6	,6	97,5
	Άλλο	4	2,5	2,5	100,0
	Σύνολο	161	99,4	100,0	
Δεν Απάντησαν	1	,6			
Σύνολο	162	100,0			

2. Το φύλο των φροντιστών

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Άρρεν	29	17,9	18,1	18,1
	Θήλυ	131	80,9	81,9	100,0
	Σύνολο	160	98,8	100,0	
Δεν Απάντησαν	2	1,2			
Σύνολο	162	100,0			

3. Η επαγγελματική κατάσταση των φροντιστών

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Εργάζεστε;	Όχι	107	66,0	68,6	68,6
	Ναι	49	30,2	31,4	100,0
	Σύνολο	156	96,3	100,0	
Δεν Απάντησαν	6	3,7			
Σύνολο	162	100,0			

4. Δημιουργήθηκαν προβλήματα στην εργασία των εργαζόμενων φροντιστών λόγω της φροντίδας;

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Χρειάστηκε να μειώσετε τις ώρες εργασίας σας;	Όχι	35	21,6	74,5	74,5
	Ναι	12	7,4	25,5	100,0
	Σύνολο	47	29,0	100,0	
Δεν Απάντησαν	115	71,0			
Σύνολο	162	100,0			

5. Η υποστήριξη που λαμβάνουν οι φροντιστές από το περιβάλλον τους και τις υπηρεσίες

		Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	Δέν αντιστοιχεί
Αισθάνεστε ότι τα βγάζετε καλά πέρα ως φροντιστής;	Αριθμός	1	44	78	39	
	%	,6%	27,2%	48,1%	24,1%	
Αισθάνεστε ότι έχετε αρκετή υποστήριξη από τους φίλους και/ή τους συγγενείς;	Αριθμός	35	57	35	34	
	%	21,7%	35,4%	21,7%	21,1%	
Βρίσκετε ότι η παροχή φροντίδας αξίζει τον κόπο;	Αριθμός	3	20	60	77	
	%	1,9%	12,5%	37,5%	48,1%	
Αισθάνεστε ότι έχετε αρκετή υποστήριξη από την οικογένειά σας;	Αριθμός	19	53	52	36	2
	%	11,7%	32,7%	32,1%	22,2%	1,2%
Έχετε καλή σχέση με τον άνθρωπο που φροντίζετε;	Αριθμός	1	10	60	91	
	%	,6%	6,2%	37,0%	56,2%	
Αισθάνεστε ότι έχετε αρκετή υποστήριξη από υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες;	Αριθμός	37	64	42	14	5
	%	22,8%	39,5%	25,9%	8,6%	3,1%
Πιστεύετε ότι υπάρχει κάποιος που να σας εκτιμά ως φροντιστή;	Αριθμός	6	32	79	44	
	%	3,7%	19,9%	49,1%	27,3%	
Γενικά, αισθάνεστε αρκετά υποστηριγμένος στον ρόλο σας ως φροντιστής;	Αριθμός	16	78	56	12	
	%	9,9%	48,1%	34,6%	7,4%	

ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

6. Τόπος κατοικίας ηλικιωμένων

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Αστική	82	50,6	51,3	51,3
	Αγροτική	78	48,1	48,8	100,0
	Σύνολο	160	98,8	100,0	
Δεν Απάντησαν		2	1,2		
Σύνολο		162	100,0		

7. Η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων

		Συχνότητα	Ποσοστό	Ισχύον Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ισχύον	Παντρεμένος/σε συμβίωση	81	50,0	50,3	50,3
	Χήρος	69	42,6	42,9	93,2
	Διαζευγμένος/σε διάσταση	1	,6	,6	93,8
	Ελεύθερος	10	6,2	6,2	100,0
	Σύνολο	161	99,4	100,0	
Δεν Απάντησαν		1	,6		
Σύνολο		162	100,0		

8. Με ποιον μένει ο ηλικιωμένος

	Όχι		Ναι		Δεν Αντιστοιχεί	
	Αριθμός	%	Αριθμός	%	Αριθμός	%
Ο ηλικιωμένος μένει συνήθως μόνος του;	111	68,5%	51	31,5%		
Ο ηλικιωμένος μένει συνήθως με τα παιδιά του;	117	72,2%	36	22,2%	9	5,6%
Ο ηλικιωμένος μένει συνήθως με τον σύντροφό του;	30	18,6%	83	51,6%	48	29,8%
Ο ηλικιωμένος μένει συνήθως με αμειβόμενους φροντιστές (στο σπίτι του);	144	89,4%	4	2,5%	13	8,1%
Ο ηλικιωμένος μένει συνήθως με κάποιον άλλο;	143	88,8%	6	3,7%	12	7,5%

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

9. Οι επιπτώσεις της φροντίδας στους οικογενειακούς φροντιτές

		Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	Δεν αντιστοιχεί
Πιστεύετε πως η παροχή φροντίδας είναι πολύ απαιτητική;	Αριθμός	62	49	38	13	
	%	38,3%	30,2%	23,5%	8,0%	
Πιστεύετε πως η παροχή φροντίδας δημιουργεί προβλήματα στις σχέσεις σας με τους φίλους σας;	Αριθμός	17	30	52	57	6
	%	10,5%	18,5%	32,1%	35,2%	3,7%
Η φροντίδα που προσφέρετε επιδρά αρνητικά στη σωματική σας υγεία;	Αριθμός	32	39	59	32	
	%	19,8%	24,1%	36,4%	19,8%	
Δημιουργεί προβλήματα η παροχή φροντίδας στις σχέσεις με την οικογένειά σας;	Αριθμός	7	22	61	70	2
	%	4,3%	13,6%	37,7%	43,2%	1,2%
Σας επιβαρύνει οικονομικά η παροχή της φροντίδας;	Αριθμός	22	39	50	51	
	%	13,6%	24,1%	30,9%	31,5%	
Αισθάνεστε παγιδευμένος στον ρόλο σας ως φροντιστής;	Αριθμός	23	28	68	43	
	%	14,2%	17,3%	42,0%	26,5%	
Επιδρά αρνητικά η παροχή φροντίδας στην αισθηματική σας ευεξία;	Αριθμός	26	53	61	22	
	%	16,0%	32,7%	37,7%	13,6%	