

ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ  
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η  
ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΞΩΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Κωστή Αργυρώ

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:

Αλεξοπούλου Ουρανία

Καθηγήτρια εφαρμογών



Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από  
το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και  
Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

Πάτρα, Ιούνιος 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3422



**ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ  
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η  
ΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

*Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:*

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

**Ιούνιος 2000**

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επόπτρια της μελέτης Κα Αλεξοπούλου Ουρανία για την συνεργασία και την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε. Επίσης, ευχαριστώ τον Κοινωνικό Λειτουργό – Ψυχολόγο Κο Σούντη Σπύρο για τις σημαντικές συμβουλές που μου έδωσε και την προθυμία του να με βοηθήσει στην διεξαγωγή της έρευνας που περιλαμβάνεται στην μελέτη αυτή.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω και να αφιερώσω την εργασία αυτή στους γονείς μου οι οποίοι με την κατανόηση και την συμπαράστασή τους μου έδωσαν δύναμη και κουράγιο σε αυτή μου την προσπάθεια.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη που θα αναπτυχθεί μέσα από τις παρακάτω σελίδες αφορά στον άνθρωπο που διανύει την εποχή του γήρατος και στην διαμόρφωση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και των αναγκών του μέσα από την θέση που αυτός κατέχει στην παγκόσμια αλλά και την ελληνική πραγματικότητα. Ακόμη ένα μεγάλο μέρος της διερευνά και εκθέτει τις κυρίαρχες τάσεις περίθαλψής του, όπως αυτές εξελίσσονται στους κόλπους της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας.

Στα πρώτα κεφάλαια ο αναγνώστης προκειμένου να κατανοήσει «τι πραγματικά σημαίνει το να είναι κάποιος γέρος» και να παρακολουθήσει την μελέτη απαλλαγμένος από προκαταλήψεις και ανυπόστατες θεωρίες για την φάση αυτή της ζωής του ανθρώπου, έχει την δυνατότητα να πάρει πληροφορίες για την πραγματική πορεία αυτού του φαινομένου καθώς επίσης τις βιοσωματικές, διανοητικές και ψυχοκοινωνικές μεταβολές που συνεπάγεται.

Στη συνέχεια, είναι απαραίτητο να σκιαγραφηθεί η ζωή του Έλληνα ηλικιωμένου και η θέση του στην ζωντανή ελληνική πραγματικότητα. Οι πληροφορίες αυτές θα αποτελέσουν έπειτα κλειδί στην κατανόηση των παραμέτρων που ωθούν την ελληνική πολιτεία σε αναζήτηση και εφαρμογή των σύγχρονων μορφών περίθαλψης που αντιτίθενται στο παραδοσιακό μοντέλο της ιδρυματικής.

Έπειτα, ο αναγνώστης έχει τη δυνατότητα να ενημερωθεί σχετικά με τα προγράμματα εξωιδρυματικής περίθαλψης ηλικιωμένων που λαμβάνουν χώρα στο εξωτερικό καθώς επίσης σχετικά με την ιδρυματική περίθαλψη όπως αυτή αναπτύσσεται στη χώρα μας.

Ακολουθεί στη συνέχεια αναφορά στη στροφή που πραγματώθηκε στην ελληνική κοινωνία προς την εξωιδρυματική περίθαλψη, αναζητούνται οι παράμετροι που καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη του φαινομένου αυτού, γίνεται εκτεταμένη αναφορά στα προγράμματα των ΚΑΠΗ και φροντίδας στο

σπίτι που αποτελούν τους φορείς της εξωϊδρυματικής περίθαλψης και τέλος, γίνεται αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης. Η αξιολόγηση επιτυγχάνεται μέσα από την προσπάθεια εκτίμησης της προσφοράς των προγραμμάτων εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων καθώς επίσης τον βαθμό στον οποίο τα προγράμματα αυτά καταφέρνουν να ανταποκριθούν με πληρότητα στις ανάγκες των Ελλήνων ηλικιωμένων.

Επίσης, γίνεται αναφορά στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην εργασία του με ηλικιωμένους και στον τρόπο δράσης του στα προγράμματα εξωϊδρυματικής περίθαλψης.

Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα σχετικά με την διαβίωση των ανθρώπων της συγκεκριμένης ηλικίας και την θέση που κατέχουν στην ελληνική κοινωνία. Επίσης, γίνονται εισηγήσεις η εφαρμογή των οποίων θα μπορούσε να οδηγήσει τους ηλικιωμένους σε μία ζωή στην οποία θα είναι δυνατόν να χαίρονται την ατομικότητά τους και την ελευθερία της βούλησής τους διαμένοντας στο οικείο περιβάλλον τους.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	iv
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ</b>	
<b>I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>4</b>
- Το πρόβλημα.....	6
- Σκοπός της Μελέτης.....	7
<b>II. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....</b>	<b>8</b>
<b>III. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ</b>	
<b>    ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....</b>	<b>10</b>
A. Γενικά Χαρακτηριστικά στην Τρίτη και Τέταρτη Ηλικία.....	10
- Οριοθέτηση της Χρονικής Περιόδου της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας.....	10
- Δημογραφικά Στοιχεία σε Παγκόσμια Κλίμακα.....	14
- Αντιλήψεις και Θεωρίες σε Παγκόσμια Κλίμακα.....	17
- Βιολογικές Μεταβολές και Γηρατειά.....	20
- Διανοητικές Μεταβολές και Γηρατειά.....	23
- Ψυχολογικές Μεταβολές και Γηρατειά.....	25
- Η Διαδικασία της Συνταξιοδότησης και Γηρατειά.....	30
- Οικογενειακές Σχέσεις και Γηρατειά.....	32
B. Τα Άτομα της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας στην Ελλάδα.....	36
- Δημογραφικά Στοιχεία.....	36

- Δικαιώματα των Ελλήνων Ηλικιωμένων.....	39
- Οι Ανάγκες των Ελλήνων Ηλικιωμένων.....	41
α. Βιολογικές Ανάγκες .....	42
β. Κοινωνικές Ανάγκες.....	53
γ. Ψυχοσυναισθηματικές Ανάγκες.....	57
Γ. Προγράμματα Εξωϊδρυματικής Περίθαλψης στο Εξωτερικό.....	64
- Εισαγωγή.....	64
- Η Ευρωπαϊκή Πολιτική στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων ..	65
- Η Βρετανική Πολιτική στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων....	72
Δ. Κλειστή Ιδρυματική Περίθαλψη των Ελλήνων Ηλικιωμένων .....	75
Ε. Η Ελληνική Πολιτική στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων ...	80
- Εισαγωγή.....	80
- Η Αναγκαιότητα Στροφής στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων.....	84
- Μορφές Εξωϊδρυματικής Περίθαλψης που έχουν Αναπτυχθεί .....	91
α. Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) .....	91
β. Φροντίδα στο Σπίτι.....	99
- Προγράμματα Εξωϊδρυματικής Περίθαλψης από Διάφορους Φορείς .....	103
- Αξιολόγηση της Υπάρχουσας Εξωϊδρυματικής Περίθαλψης των Ελλήνων Ηλικιωμένων.....	116
ΣΤ. Κοινωνική Εργασία στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων..	119
- Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην Εργασία του με Ηλικιωμένους και Υπερήλικες .....	119
- Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη	



των Ηλικιωμένων.....	126
<b>IV. Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΟΥ</b>	
<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «Βοήθεια στο σπίτι» .....</b>	<b>130</b>
A. Μεθοδολογία Έρευνας.....	130
- Στόχοι – Υποθέσεις.....	130
- Κατάρτιση Σχεδίου Δράσης .....	132
B. Αποτελέσματα Έρευνας.....	136
Γ. Συμπεράσματα Έρευνας.....	161
<b>V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ .....</b>	<b>164</b>
<b>ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....</b>	<b>168</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>175</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>181</b>
A. Ερωτηματολόγιο Έρευνας .....	
B. Νομοθεσία.....	
- Θεσμικό Πλαίσιο για τα ΚΑΠΗ.....	
- Θεσμικό Πλαίσιο για το «Βοήθεια στο σπίτι».....	

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

---

### *ΕΙΣΑΓΩΓΗ*

Στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα τόσο στην Ελλάδα όσο και έξω από τα σύνορά της έχει επικρατήσει η ενασχόληση με τους ηλικιωμένους να αποτελεί ταμπού ή στην καλύτερη περίπτωση μία δραστηριότητα βαρετή για τους νεότερους. Στην εποχή που τα νιάτα και η ομορφιά εξυμνούνται και που οι εξελίξεις τρέχουν με μεγάλη ταχύτητα, ο κόσμος των γηρατειών θεωρείται πολύ αργός για να προφθάσει και αποσύρεται. Η έντονη δυσφορία προς τα γηρατειά δεικνύεται επίσης μέσα από την καθημερινή πραγματικότητα όταν ακόμη και η λέξη «γέρος» προκαλεί απέχθεια και θεωρείται προσβολή για το άτομο στο οποίο απευθύνεται.

Ο κοινωνικός αυτός στιγματισμός, από τον οποίο δεν έχουν ξεφύγει ακόμη και εκείνοι που υπηρετούν τις ανθρωπιστικές επιστήμες, θα μπορούσε να ερμηνευτεί μέσα από το άγχος του θανάτου που κάθε άνθρωπος νιώθει από την βρεφική του ακόμη ηλικία. Το άγχος αυτό που υπάρχει πάντοτε στο υποσυνείδητο του ανθρώπου ζωντανεύει και γίνεται υπαρκτή απειλή μέσα από την φιγούρα ενός ηλικιωμένου γερούλη (Kastenbaum, 1982, σελ. 10). Ακόμη, ο χαρακτηρισμός του ηλικιωμένου ως παράξενου και βαρετού συντελεί στην απομάκρυνση των νεότερων από αυτούς και στην θεώρησή τους ως ταμπού.

Όμως είναι γνωστό πως ταμπού και προκατάληψη συνυπάρχουν και απορρέουν από αυτό. Έτσι λοιπόν, οι άνθρωποι καθώς δεν γνωρίζουν για τον ψυχισμό του ηλικιωμένου και τις διεργασίες που συντελούνται μέσα του, με αφέλεια πιστεύουν πως ο εσωτερικός κόσμος του ηλικιωμένου είναι κενός, στείρος. Οι περισσότεροι λοιπόν απορρίπτουν το σημαντικό αυτό κομμάτι του πληθυσμού χωρίς να μπουν στην διαδικασία να τους γνωρίσουν και να τους κατανοήσουν.

Η επιθυμία να εμβαθύνω στις γνώσεις μου για τα γηρατειά που μολονότι δεν περιέχουν την φρεσκάδα της νιότης εντούτοις περικλείουν μία γαλήνη και τρυφερότητα εξίσου σημαντική εκδηλώθηκε μετά την εμπειρία της πρακτικής εξάσκησης στο επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας που πραγματοποιήθηκε στο ΚΑΠΗ Μεγάρων. Μέσα από την εμπειρία αυτή διαπίστωσα πως καθένας που φροντίζει να ενημερώνεται για τα γηρατειά ή να συναναστρέφεται με ηλικιωμένους γίνεται λιγότερο αποδοκιμαστικός απέναντί τους υιοθετώντας μία στάση περισσότερο ανθρώπινη.

Ελπίζω, η συγκεκριμένη μελέτη να λειτουργήσει προς αυτή την κατεύθυνση. Άλλωστε αυτό δεν βοηθά μόνο τους ηλικιωμένους αλλά τον καθένα από εμάς καθώς τα γηρατειά κάποτε μοιραία θα μας αγγίξουν.

## Το Πρόβλημα

Στη σύγχρονη εποχή η πρόοδος των επιστημών, της ιατρικής και της τεχνολογίας συνεπάγεται όλο και περισσότερα άτομα να αγγίζουν την τρίτη ηλικία ενώ πολλοί από αυτούς φθάνουν και την τέταρτη ηλικία που χαρακτηρίζει τα βαθιά γεράματα. Τα ηλικιωμένα άτομα δεν αποτελούν πλέον μεμονωμένες περιπτώσεις αλλά ένα σύγχρονο φαινόμενο το οποίο καταλαμβάνει υψηλά ποσοστά στο σύνολο του πληθυσμού κάθε κοινωνίας.

Η συνεχόμενη όμως αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της οποίας η ταχύτητα είναι ραγδαία σε συνδυασμό με την δυσφορία και τις προκαταλήψεις που συνοδεύουν πλέον αυτή τη μερίδα των ατόμων δημιουργεί προβλήματα σε κάθε κοινωνία η οποία προσπαθεί να βρει τρόπους και μέσα της καλύτερης δυνατής κοινωνικής εξασφάλισής τους στους κόλπους της.

Έτσι λοιπόν, η κάθε κοινωνία που ποτέ στο παρελθόν δεν είχε να αντιμετωπίσει τόσους πολλούς ηλικιωμένους πρέπει χωρίς να δημιουργήσει ελλείψεις σε άλλους τομείς της πραγματικότητάς της να εξασφαλίσει αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στα άτομα αυτά, τα οποία, πρέπει να σημειωθεί, πως έχουν αυξημένες βιολογικές, κοινωνικές και οικονομικές ανάγκες ενώ παράλληλα δεν αποτελούν παραγωγικά μέλη της κοινωνίας οπότε η ανάπτυξη μιας ανταποδοτικής σχέσης με αυτήν δεν υφίσταται.

Στην συγκεκριμένη λοιπόν μελέτη επιδιώκεται να σκιαγραφηθεί το πρόβλημα αυτό και η έκταση που έχει πάρει στην ελληνική πραγματικότητα κυρίως όμως η τακτική που υιοθετεί η πολιτεία για την αντιμετώπισή του, τα μέτρα δηλαδή που λαμβάνει προκειμένου τα άτομα αυτά να βιώνουν το καλύτερο δυνατό περιβάλλον και να ζουν μία ζωή αντάξια των κόπων τους.

## Σκοπός της Μελέτης

Γενικός σκοπός της μελέτης αυτής αποτελεί η αναφορά στη θέση που κατέχουν τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας μέσα στην ελληνική κοινωνία. Επίσης, είναι η διερεύνηση και ανάλυση του φαινομένου που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στην ελληνική πολιτεία για αναζήτηση εναλλακτικών προς την κλειστή ιδρυματική μορφών περίθαλψης των ηλικιωμένων. Ειδικότερα, επιδιώκεται:

- Η αναφορά σε δημογραφικά στοιχεία για τους ηλικιωμένους, στα δικαιώματά τους και στις βιολογικές, κοινωνικές και συναισθηματικές τους ανάγκες, όπως όλα αυτά διαμορφώνονται και υφίστανται στην ελληνική κοινωνία. Επίσης,
- Η παρουσίαση της κοινωνικής πολιτικής στην περίθαλψη των ηλικιωμένων, η αναζήτηση των αιτιογόνων παραγόντων που ωθούν την πολιτεία στην ανάπτυξη εξωϊδρυματικής τους περίθαλψης, η ανάλυση των μορφών που έχουν αναπτυχθεί, η αναφορά στα προγράμματα εξωϊδρυματικής περίθαλψης που εφαρμόζονται από φορείς και τέλος η αξιολόγηση της υπάρχουσας εξωϊδρυματικής περίθαλψης, όπως όλα αυτά αφορούν στην ελληνική πραγματικότητα.

Στην προσπάθεια, όμως, να γίνει μία σφαιρική θεώρηση του θέματος αυτού εμφανίζονται κάποιοι επιμέρους στόχοι οι οποίοι συνδράμουν προς αυτήν την κατεύθυνση και είναι οι ακόλουθοι:

- Η παρουσίαση των γενικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων όπως αυτά διαμορφώνονται μέσα από τις φυσιολογικές μεταβολές που υφίσταται ο άνθρωπος μέσα από την διαδικασία της γήρανσης.
- Η αναφορά στην εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων, όπως αυτή εφαρμόζεται στο εξωτερικό.
- Η συνοπτική αναφορά στην κλειστή ιδρυματική περίθαλψη στην Ελλάδα.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

---

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη αυτή για τη συγγραφή της βασίζεται κυρίως σε στοιχεία από Έλληνες και ξένους ερευνητές. Όμως, η έλλειψη στοιχείων σχετικά με ορισμένα θέματα καθοριστικά για την μελέτη έκανε αναγκαία την ανάπτυξη και άλλων μεθόδων συγκέντρωσης υλικού.

Πρωταρχικά, η ανυπαρξία μέσα από την βιβλιογραφία ερευνητικών μελετών αναφορικά με την αξιολόγηση της λειτουργίας του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα στην εκτίμηση της πορείας της νέας αυτής μορφής εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την ασάφεια που χαρακτηρίζει το καταστατικό του προγράμματος σε ορισμένα σημεία του, έκανε επιτακτική την ανάγκη διεξαγωγής μίας έρευνας για την εκτίμηση της διετούς πορείας του προγράμματος. Έτσι λοιπόν αναζητήθηκαν πληροφορίες από κάποιες υπηρεσίες που λειτουργούν το πρόγραμμα. Γι' αυτό το σκοπό λοιπόν από τα 102 προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» που λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα εστάλησαν ερωτηματολόγια σε 15 από αυτά (Βλέπε Κεφάλαιο IV).

Επίσης, προκειμένου να συγκεντρωθούν στοιχεία για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (ΕΕΣ) αλλά και τη γενικότερη δράση του οργανισμού για την προστασία των Ελλήνων ηλικιωμένων, πραγματοποιήθηκε επίσκεψη στα γραφεία του οργανισμού στον Κολωνό. Εκεί, η ενημέρωση έγινε από την προϊσταμένη κοινωνική λειτουργό του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», Κα Κογιοπούλου Μαρία.

Ακόμη, έγινε επικοινωνία με την κοινωνική υπηρεσία της Χριστιανικής Ένωσης Νεανίδων (ΧΕΝ) και του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας

(ΕΟΠ), καθώς επίσης το ΚΑΠΗ του Ομίλου Εθελοντών στο Νέο Κόσμο προκειμένου να ληφθούν πληροφορίες απαραίτητες για την μελέτη.

Τέλος, κρίθηκε αναγκαία η συμμετοχή στο 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας – Γηριατρικής που έλαβε χώρα στο ξενοδοχείο Caravel στην Αθήνα στις 20 έως 22 Ιανουαρίου του 2000. Η εμπειρία από το συνέδριο αυτό ήταν πολύτιμη καθώς μέσα από τις συνεδρίες έγιναν εμφανείς οι τάσεις που επικρατούν σήμερα στην κοινωνία αλλά και στα διάφορα ανθρωπιστικά επαγγέλματα σχετικά με τα θέματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

---

### *ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ*

#### **Α. Γενικά Χαρακτηριστικά στην Τρίτη και Τέταρτη Ηλικία**

##### **Οριοθέτηση της Χρονικής Περιόδου της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας**

Σύμφωνα με την εξελικτική ψυχολογία ο άνθρωπος από την στιγμή που γεννιέται έχει επικρατήσει να ταξινομείται σε κατηγορίες τις λεγόμενες φάσεις ηλικιών, ανάλογα με τα έτη που έχει συμπληρώσει στην πορεία της ζωής του. Επομένως, ο άνθρωπος που διανύει την περίοδο από την ενδομήτρια σύλληψη (προγενετική περίοδος) έως το τέλος της εφηβείας (περίπου στο 20<sup>ο</sup> έτος) διέρχεται την φάση της ανάπτυξης. Ο άνθρωπος που βρίσκεται ανάμεσα στο 21<sup>ο</sup> έτος έως το 35<sup>ο</sup> περίπου έτος, διανύει την φάση της ωριμότητας. Ακολουθεί η φάση της ενέλιξης από το 36<sup>ο</sup> έτος έως το 60<sup>ο</sup> έτος περίπου της ηλικίας του ατόμου. Τέλος, η φάση της φθίσης, στην οποία αναφέρεται το συγκεκριμένο σύγγραμμα, αφορά σε άτομα που έχουν περάσει στην έκτη δεκαετία της ηλικίας τους και φθάνουν έως τα βαθιά γεράματα (Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 36).

Καθώς ο διαχωρισμός της ανθρώπινης πορείας σε φάσεις γίνεται κάπως αυθαίρετα είναι δύσκολο να ειπωθεί πως τα άτομα που έχουν αγγίξει τα 60 έτη αυτόματα ταξινομούνται στην φάση της φθίσης. Ορισμένοι, λοιπόν ερευνητές υιοθετούν το όριο των 60 ετών το οποίο έχει προταθεί από την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος που έλαβε χώρα στην Βιέννη το 1982 (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος του 1982, 1982, σελ. 5). Άλλοι πάλι ερευνητές υιοθετούν το όριο των 65 ετών λαμβάνοντας υπόψη



τους την επιμήκυνση του προσδόκιμου της διάρκειας ζωής που συνεπάγεται την αύξηση του αριθμού εκείνων που ανήκουν στα βαθιά γεράματα.

Μέχρι πριν λίγα χρόνια προκειμένου να προσδιοριστεί η χρονική περίοδος που διένυαν οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούνταν ο όρος «τρίτης ηλικίας». Η ανάπτυξη της τεχνολογίας και της ιατρικής όμως τα τελευταία χρόνια είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων με ιδιαίτερη έμφαση τα άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών (Laroque, 1981, σελ. 6).

Στο συνέδριο μάλιστα Γεροντολογίας – Γηριατρικής τον Ιανουάριο του 2000 αρκετοί ομιλητές αναφερόμενοι στο συγκεκριμένο φαινόμενο έκαναν λόγο ακόμη και για γήρανση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας.

Συγκεκριμένα, η Παρασκευοπούλου αναφέρει ότι το 2030 το 22% του πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών με την μεγαλύτερη έμφαση στα άτομα άνω των 80 ετών (Παρασκευοπούλου, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Ακόμη, ο Κυριόπουλος μιλά για «γήρανση του γεροντικού πληθυσμού» αναφέροντας ότι το 2030 πάνω από 20% θα είναι οι ηλικιωμένοι με την πληθώρα του πληθυσμού τους να είναι πάνω από 80 ετών (Κυριόπουλος, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Προκειμένου λοιπόν να γίνεται διαχωρισμός της μεγάλης αυτής κατηγορίας ανθρώπων όπως διαμορφώνεται μέσα από την νέα τάξη πραγμάτων πολλοί ερευνητές κάνουν λόγο για την εμφάνιση και την δυναμική αντιπροσώπευση της «τέταρτης ηλικίας» η οποία ξεκινά από το 76<sup>ο</sup> περίπου έτος της ηλικίας (Δοντάς, 1993, Laroque, 1981, Λημναίου, 1991, Τεπέρογλου, 1990, κ.α.).

Η Λημναίου μάλιστα δεν διστάζει να επεκταθεί κάνοντας λόγο ακόμη και για «πέμπτη ηλικία». Στην κατηγορία αυτή σύμφωνα με την ερευνήτρια περιλαμβάνονται άτομα που έχουν αγγίξει πολύ προχωρημένες ηλικίες και οι οποίοι ενίοτε είναι κατάκοιτοι (Λημναίος, 1991, σελ. 257).

Στη συγκεκριμένη μελέτη γίνεται δεκτή η ταξινόμηση των ανθρώπων που βρίσκονται στην περίοδο του γήρατος σε τρίτη και τέταρτη ηλικία. Αφετηρία της τρίτης ηλικίας θεωρείται το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας και όχι το 60<sup>ο</sup> καθώς λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι βιώνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μία άρτια και δραστήρια ζωή.

Η τέταρτη ηλικία, ομοίως με τις απόψεις και των άλλων ερευνητών, ξεκινά περίπου από το 76<sup>ο</sup> της ηλικίας χωρίς όμως, όπως υποστηρίζει ο Lagogue, να αποκλείονται άτομα μικρότερης ή μεγαλύτερης ηλικίας. Η τέταρτη ηλικία, σύμφωνα πάλι με τον Lagogue δεν διαφοροποιείται από την τρίτη παρά μόνο στο γεγονός ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων των ατόμων που ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία «η εξασθένηση των σωματικών και πνευματικών τους ικανοτήτων τελείται σε γρηγορότερο βαθμό» (Lagogue, 1981, σελ. 10).

#### Το Φαινόμενο του «Ηλικισμού»

Η ταξινόμηση των ανθρώπων ανάλογα με την ηλικία τους είναι χρήσιμη και αποσκοπεί στην πληροφόρηση σχετικά με τα στοιχεία που συνθέτουν την οντότητά του. Όμως, σύμφωνα με τον Butler, το γεγονός αυτό μπορεί συχνά να προκαλέσει ποικίλα προβλήματα καθώς προσδίδει στην κάθε κατηγορία ετικέτες με χαρακτηρισμούς που στην πραγματικότητα όμως δεν αφορούν όλα τα μέλη της. Ο Butler λοιπόν ισχυρίζεται, πως η κοινωνία που θεωρεί τους ηλικιωμένους «άχρηστους» στην παραγωγική διαδικασία και γι' αυτό τους περιθωριοποιεί οδηγείται στον «ηλικισμό» ο οποίος είναι τόσο επικίνδυνος όσο και ο ρατσισμός. (Καζατζά, 1991, σελ. 269).

Συμπερασματικά, πρέπει να λεχθεί, πως στην συγκεκριμένη μελέτη γίνεται δεκτός ο διαχωρισμός της περιόδου του γήρατος σε τρίτη και τέταρτη ηλικία. Η τρίτη ηλικία η οποία αφορά ανθρώπους ηλικιών' από 65 έως 75

περίπου έτη διαφοροποιείται από την τέταρτη ηλικία στην οποία ταξινομούνται άτομα από 75 ετών και άνω στο γεγονός ότι στην τέταρτη ηλικία οι βιοσωματικές και πνευματικές φθορές που πραγματώνονται μέσα από την διαδικασία της γήρανσης γίνονται με πολύ έντονο ρυθμό έτσι ώστε η έκπτωση των ικανοτήτων του ατόμου να είναι ιδιαίτερα έκδηλη.

Πρέπει όμως να επισημανθεί, πως η ταξινόμηση αυτή στην συγκεκριμένη μελέτη ανάλογα με την χρονολογική ηλικία των ηλικιωμένων σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ενδεικτικό στοιχείο «ηλικισμού», αλλά επιτακτική ανάγκη για την κατανόηση του κειμένου και την αποφυγή παρανοήσεων.

## Δημογραφικά Στοιχεία σε Παγκόσμια Κλίμακα

Ο Ανδρούτσος αναφερόμενος σε δημογραφικά στοιχεία παλαιότερων εποχών υποστηρίζει πως μέχρι τον 19<sup>ο</sup> αιώνα τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελούσαν ένα ισχνό ποσοστό του πληθυσμού ενώ δεν γινόταν λόγος καθόλου για άτομα τέταρτης ηλικίας. Αυτό διότι στους πρωτόγονους πληθυσμούς το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν πολύ κατώτερο των 30 ετών. Επίσης, αναφερόμενος στην άποψη του Simmons, 1945, υποστηρίζει ότι τα άτομα που έφθναν τα 65 έτη σε εκείνες τις τόσο μακρινές εποχές δεν ξεπερνούσαν το 3% του πληθυσμού (Ανδρούτσος, 1997, σελ. 74).

Η κατάσταση αυτή, όπως περιγράφεται από τον Ανδρούτσο, φαντάζει εξωπραγματική για τους ανθρώπους του 20<sup>ου</sup> και του 21<sup>ου</sup> αιώνα, όπου οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού κάθε ανεπτυγμένης χώρας και που ο μέσος όρος ζωής πλησιάζει τα 75 έτη.

Η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων συνήθως αποδίδεται με τον όρο δημογραφική γήρανση. Σύμφωνα με τον Κοτζαμάνη η δημογραφική γήρανση αναφέρεται στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων μιας περιοχής ως προς τον συνολικό της πληθυσμό (Κοτζαμάνης, 1993, σελ. 256).

Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης σύμφωνα με τον Chensais, 1981, άρχισε να αναδύεται από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Όπως υποστηρίζουν οι Bougeis – Pichat, 1951, τα αίτια που οδήγησαν προς αυτή την κατεύθυνση αρχικά πρέπει να αναζητηθούν στην πτώση της γεννητικότητας που παρουσιάζει ο πληθυσμός κάθε χώρας και όχι στην αύξηση του μέσου όρου ζωής, όπως θα περίμενε καθένας. Η δημογραφική γήρανση η οποία σύμφωνα με τα παραπάνω οφείλεται σε συρρίκνωση του πληθυσμού των ατόμων που βρίσκονται στη βάση της ηλικιακής πυραμίδας ονομάστηκε «γήρανση εκ των κάτω» και έρχεται σε αντιδιαστολή με το φαινόμενο της «γήρανσης εξ των άνω» που ακολούθησε. Αυτό το φαινόμενο συνίσταται στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής εξαιτίας των

ανακαλύψεων της ιατρικής, της φαρμακολογίας και της βιοχημείας που συντέλεσαν στην καταπολέμηση πολλών ασθενειών (Κοτζαμάνης, 1993, σελ. 228).

Ο Δοντάς, αναφερόμενος σε στοιχεία δημογραφικής γήρανσης σε παγκόσμια κλίμακα, αναφέρεται στα κριτήρια που έχουν οριστεί από τα Ηνωμένα Έθνη προκειμένου να χαρακτηρίζεται μία χώρα νεαρά, ώριμη ή ηλικιωμένη. Έτσι λοιπόν, οι χώρες που έχουν ποσοστό ηλικιωμένων κάτω από 4% ταξινομούνται στις νεαρές, εκείνες που έχουν από 4% έως 7% ταξινομούνται στις ώριμες και αυτές που έχουν ποσοστό πάνω από 7% ταξινομούνται στις ηλικιωμένες (Δοντάς, 1993, σελ. 5).

Σύμφωνα με τον διαχωρισμό αυτό και με βάση τα στοιχεία που παραθέτει ο Ζιώμας φαίνεται πως η Ευρώπη γεννά και γι' αυτό δικαίως ονομάζεται «γκρίζα ήπειρος». Ο Ζιώμας λοιπόν αναφέρει πως η Βόρεια και Δυτική Ευρώπη από το 1950 μέχρι τη δεκαετία του '80 παρουσιάζει αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων που φθάνει το 13,5%, ενώ η Νότια Ευρώπη παρουσιάζει ποσοστό από 10% έως 13% (Ζιώμας, 1989, σελ. 1).

Δέκα χρόνια αργότερα, στις αρχές της δεκαετίας του '90, ελάχιστες χώρες όπως η Ισλανδία με ποσοστό πληθυσμού ηλικιωμένων 10,1% και η Ιρλανδία με 11,3% ανήκουν στις νεαρές ηλικιωμένες. Αντιθέτως, οι περισσότερες χώρες όπως η Ολλανδία με 13%, η Ελλάδα με 13,9%, η Γαλλία με 14%, η Ιταλία με 14,5% και η Αγγλία και η Δανία με το 15,6% του πληθυσμού τους να είναι ηλικιωμένοι βρίσκονται στην κατηγορία των «πολύ ηλικιωμένων» (Κοτζαμάνης, 1993, σελ. 232).

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί πως ο Laroque επισημαίνει ότι μέσα από αυτή την αύξηση των ηλικιωμένων οι γυναίκες φαίνεται πως ζουν περισσότερα χρόνια. Αυτό δεικνύεται από το γεγονός ότι τα 2/3 του πληθυσμού άνω των 75 ετών αντιπροσωπεύονται από γυναίκες και μόνο το 1/3 από άντρες (Laroque, 1981, σελ. 8).

Συμπερασματικά, πρέπει να λεχθεί ότι στην διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα το φαινόμενο της υπογεννητικότητας που παρουσιάζεται και μαστίζει τις αναπτυγμένες χώρες του πλανήτη σε συνδυασμό με τις κατακτήσεις της ιατρικής και της τεχνολογίας είχαν αποτέλεσμα την ραγδαία αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων αναλογικά με τις άλλες ηλικίες.

Η έκταση που έχει πάρει το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης δεικνύεται από τις απόψεις ερευνητών στατιστολόγων που υποστηρίζουν ότι εάν δεν αλλάξει κάτι στην πορεία των πραγμάτων στα χρόνια 2000 έως 2020 το ποσοστό των ατόμων 60 ετών και άνω θα είναι διπλάσιο από αυτό των ετών 1975 έως 2000 (Jonson – Τουρνά, 1993, σελ. 279).

Όλα αυτά λοιπόν είναι ιδιαίτερα σοβαρά και πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο σοβαρών συζητήσεων εάν ληφθούν υπόψη οι επιπτώσεις που συνεπάγεται η δημογραφική γήρανση στην οικονομία, την πολιτική και τη κοινωνική ζωή μιας χώρας.

## Αντιλήψεις και Θεωρίες Σχετικά με το Γήρας σε Παγκόσμια Κλίμακα

Οι αδιάκοπες φυσιολογικές διεργασίες που πραγματώνονται στην διάρκεια της τρίτης και τέταρτης ηλικίας είναι αναπόφευκτο ότι συνδέονται με μεταβολές στον ψυχισμό, την συμπεριφορά και τα αισθήματα του ηλικιωμένου. Επίσης, η στάση του απέναντι στην κοινωνία και ιδιαίτερα στο οικογενειακό του περίγυρο, όπως είναι φυσικό, μεταβάλλεται και αυτό συνεπάγεται την ανάπτυξη διαφόρων αντιλήψεων και θεωριών για τα άτομα της ηλικίας αυτής.

Σύμφωνα με τον Δουτά τα γηρατειά είναι το σύνολο των επεξεργασιών που συμβαίνουν σε ολόκληρο τον οργανισμό και σε κάθε όργανο χωριστά και οι οποίες ξεκινούν μετά το τέλος της φάσης της ωρίμανσης. Οι επεξεργασίες αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της ικανότητας του οργανισμού να διατηρήσει την ομοιόστασή του. Επομένως, όπως υποστηρίζει ο συγγραφέας, «η ικανότητα του ατόμου να αντιδρά με επιτυχία σε αντίξοα, δυνητικά, θανατηφόρα ερεθίσματα ελαττώνεται και η πιθανότητα του θανάτου αυξάνεται συνεχώς» (Δουτάς, 1993, σελ. 4).

Ο Αμερικανός γεροντολόγος Χόουελ αλληγορικά αναφέρει ότι «τα γηρατειά δεν είναι μια συνηθισμένη πλαγιά που καθένας κυλά με την ίδια ταχύτητα, αλλά μία κλίμακα με ακανόνιστες βαθμίδες από τις οποίες μερικοί κατεβαίνουν γρηγορότερα από τους άλλους». Η ταχύτητα της πορείας αυτής προς τα γηρατειά εξαρτάται από πλήθος παραγόντων που αυξάνουν ή μειώνουν την ταχύτητα της φθοράς. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να αφορούν στην υγεία, στην κληρονομικότητα, στο προσωπικό ιστορικό ψυχικής υγείας του ατόμου, σε πραγματικές συνήθειές του καθώς επίσης στο βιοτικό του επίπεδο. Άλλοι πάλι παράγοντες μπορεί να σχετίζονται με τα κοινωνικά δρώμενα καθώς επίσης με το ρόλο που το άτομο αυτό κατέχει στην κοινωνία (Αλεξάκη, 1990, σελ. 1).

Ο Kastenbaum από την άλλη, ορίζει τα γηρατειά σαν μία νοητική κατάσταση η οποία καθορίζεται τόσο από εμφανή εξωτερικά κριτήρια όσο και

από την υποκειμενική κρίση του καθένα σχετικά με το πόσο καλά αισθάνεται. Επίσης αναφέρει πως τα γηρατεία αποτελούν μία στάσιμη μη αναστρέψιμη κατάσταση σε αντιδιαστολή προς την γήρανση που αποτελεί την πορεία προς αυτή την κατάσταση (Kastenbaum, 1982, σελ. 10).

Από τις θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με τα γηρατεία η πιο διαδεδομένη είναι εκείνη της αποδέσμευσης ή αλλιώς απεμπλοκής “disengagement” η οποία αναπτύχθηκε από την Elaine Cumming και τον William Henry το 1964. Στην θεωρία αυτή η γήρανση αντιμετωπίζεται ως διεργασία κατά την οποία το άτομο και η κοινωνία προοδευτικά αποσύρονται ή αποχωρίζονται το ένα από την άλλη αποσκοπώντας στην αμοιβαία ικανοποίηση και όφελος. Η ωφέλεια για τα ηλικιωμένα άτομα βασίζεται στην απελευθέρωσή τους από κοινωνικούς ρόλους, ενώ η ωφέλεια για την κοινωνία συνίσταται στην μεταβίβαση της δύναμης από τους ηλικιωμένους προς τους νεότερους, γεγονός που συντελεί στην εξέλιξη της κοινωνίας και μετά τον θάνατο των ηλικιωμένων (Πλατής, 1993, σελ. 35).

Οι επικριτές της συγκεκριμένης θεωρίας επισημαίνουν πως μέσα από αυτήν δεν υποδεικνύεται ποιος θα είναι υπεύθυνος για την έναρξη της διαδικασίας της απεμπλοκής. Αυτό όμως μπορεί να αποτελέσει σοβαρό πρόβλημα εφόσον οι ηλικιωμένοι συνήθως δεν επιθυμούν να αποχωριστούν από τις αρχικές τους δραστηριότητες αλλά η κοινωνία τους αναγκάζει να στραφούν προς αυτή την κατεύθυνση (Πλατής, 1993, σελ. 36).

Μία άλλη θεωρία αντίθετη από την προηγούμενη είναι η θεωρία της δραστηριότητας “activity theory”. Στην θεωρία αυτή προτείνονται τρόποι διατήρησης της δραστηριότητας του ατόμου μολονότι αυτός υφίσταται σοβαρές απώλειες κατά την διεργασία του γήρατος. Προτεινόμενες δραστηριότητες που θα συντελέσουν στην διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας του ηλικιωμένου μπορεί να είναι η αντικατάσταση φυσικών δραστηριοτήτων με πνευματικές, η απόκτηση νέων ρόλων μετά τη συνταξιοδότηση και η ανάπτυξη νέας φιλίας όταν



η παλιά χαθεί. Μέσα από αυτές τις δραστηριότητες το άτομο αντιτίθεται στην παθητική κατάσταση στην οποία οδηγεί το φαινόμενο των γηρατειών καταρρακώνοντας τη ζωή του (Πλατής, 1993, σελ. 36).

Τέλος, ο Πλατής αναφέρει την αναπτυξιακή θεωρία “developmental theory” σύμφωνα με την οποία η γήρανση αντιμετωπίζεται ως συνέπεια “continuity” της όλης πορείας της ζωής. Στην θεωρία αυτή οι πράξεις που τελεί το ηλικιωμένο άτομο συσχετίζονται με τους παράγοντες της προσωπικότητάς του και την προδιάθεσή του σε προηγούμενες φάσεις του κύκλου της ζωής. Αναφέρεται επίσης ότι η προσωπικότητα του ατόμου και οι βασικοί τύποι συμπεριφοράς του δεν μεταβάλλονται με την ηλικία. Έτσι, το δραστήριο άτομο των 20 ετών θα συνεχίσει να είναι δραστήριο και στα 70 του χρόνια και το αντίθετο.

**Συμπερασματικά**, πρέπει να λεχθεί ότι οι παραπάνω απόψεις λίγο-πολύ συγκλίνουν στο γεγονός ότι η γήρανση είναι μία διαδικασία σταδιακής έκπτωσης των σωματικών, πνευματικών, ψυχικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων του ατόμου η οποία κορυφώνεται με την έλευση του γήρατος μετά από μακροχρόνια διαδικασία.

Από την άλλη, πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι οι βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνθήκες ζωής του ατόμου, που βρίσκεται στην διαδικασία της γήρανσης μέχρι ενός βαθμού αλληλοσχετίζονται και αλληλεπιδρούν στην πορεία της διαδικασίας αυτής. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι η απώλεια του κοινωνικού ρόλου μεταβάλλει την ταχύτητα της φυσιολογικής φθοράς ενώ οι ανεπαρκείς δυνάμεις υγείας προάγουν την απομόνωση και υποθάλπουν την αυτοεκτίμηση των ηλικιωμένων.

## Βιολογικές Μεταβολές και Γηρατειά

Έχει επικρατήσει στη σύγχρονη κοινωνία η λέξη γηρατειά να ταυτίζεται με την έννοια της αρρώστιας. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι καθημερινά ασχολούνται με θέματα που αφορούν στην υγεία καθώς επίσης από το γεγονός ότι παρουσιάζουν μία σταδιακή μείωση της ενεργητικότητας και κάμψη των δυνατοτήτων τους που είναι ιδιαίτερα εμφανής.

Όμως μόνο το γεγονός αυτό δεν επαρκεί ώστε τα γηρατειά να βαρύνονται με αυτό τον σκληρό χαρακτηρισμό.

Ο Kastenbaum στην προσπάθειά του να αποδείξει τη διάκριση ανάμεσα στα γηρατειά και την αρρώστια παραθέτει τα πορίσματα έρευνας που διεξήχθη στην Αμερική σύμφωνα με τα οποία ηλικιωμένοι οι οποίοι δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας έχουν την ίδια αντοχή σε θέματα σωματικής και οργανικής λειτουργίας με υγιείς νεαρούς (Kastenbaum, 1982, σελ. 14).

Αυτό όμως που διαφοροποιείται και το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο για την πορεία της φυσιολογικής λειτουργίας της υγείας των ηλικιωμένων είναι η ιδιαίτερα αρνητική επίπτωση που έχει ακόμη και η πιο ελάχιστη «πνοή» αρρώστιας στην ομαλή βιολογική λειτουργία του οργανισμού των ηλικιωμένων. Αυτή η μειωμένη δυνατότητα αντίστασης του οργανισμού των ηλικιωμένων μπορεί να οδηγήσει στην πρόκληση πολλών ασθενειών και στην βαθμιαία εξασθένιση του οργανισμού (Kastenbaum, 1982, σελ. 14).

Ο Δοντάς, αναφερόμενος στη νοσολογία που χαρακτηρίζει τα άτομα μεγάλων ηλικιών υποστηρίζει ότι ο ηλικιωμένος παρουσιάζει πολλαπλή και όχι απλή παθολογία. Ο μέσος αριθμός διαγνώσεων στους ηλικιωμένους μετά από γενικές εξετάσεις, αναλογεί σε 3,5 ασθένειες κατά ηλικιωμένο ασθενή, σε αντίθεση με τους νέους στους οποίους ο αριθμός είναι μία έως δύο διαγνώσεις

ασθενειών. Επίσης, ο ηλικιωμένος παρουσιάζει άτυπη αβληχρή σημειολογία σε κάθε ασθένεια που τον προσβάλλει. Τέλος, είναι πιθανό όταν ο ηλικιωμένος προσβληθεί από ένα οξύ νόσημα αυτό να συνοδεύεται από σύγχυση και ανοϊκές εκδηλώσεις που επιδεινώνουν την κατάσταση (Δοντάς, 1993, σελ. 23).

Τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας για τα οποία παραπονιούνται οι ηλικιωμένοι είναι τα αρθρικά και οι ρευματισμοί. Σύμφωνα μάλιστα με έρευνες δεικνύεται ότι το 85% των ηλικιωμένων υποφέρουν από μία χρόνια ασθένεια και τις περισσότερες φορές αυτή είναι είτε αρθρικά, είτε ρευματισμοί (Αλεξάκη, 1990, σελ. 3).

Ακόμη, τα ηλικιωμένα άτομα χαρακτηρίζονται από γενική διαταραχή των αισθήσεων και των αισθητηρίων οργάνων της αφής, της οράσεως, της ακοής, της γεύσης, της όσφρησης. Όλα τα αισθητήρια όργανα γίνονται λιγότερο ευαίσθητα. Έτσι, προκειμένου να γίνει αντιληπτή μια μεταβολή που συμβαίνει στο εξωτερικό περιβάλλον πρέπει να λάβει μεγάλες διαστάσεις. Αντιθέτως όμως, οι νευρομυϊκοί πόνοι, που ταλαιπωρούν τα άτομα αυτής της ηλικίας, γίνονται αισθητοί από το άτομο πολύ περισσότερο (Δοντάς, 1993, σελ. 21).

Από την άλλη, αναφορικά με την εξωτερική εμφάνιση του ηλικιωμένου, η αφυδάτωση και η απώλεια της ελαστικότητας στο εσωτερικό της επιδερμίδας έχει άσχημα επακόλουθα για την όψη της επιδερμίδας η οποία γίνεται λεπτή, γεμάτη ρυτίδες και καφέ κηλίδες. Ακόμη, οι φλέβες των χεριών γίνονται ευδιάκριτες και οι βραχίονες πλαδαροί (Κοσμόπουλος, 1981, σελ. 37).

Τέλος, οι μεταβολές που συμβαίνουν στον σκελετό έχουν σαν αποτέλεσμα ο θώρακας να μαζεύει για τους άντρες που βρίσκονται στην διαδικασία της γήρανσης 10 cm, ενώ για τις γυναίκες περίπου 15 cm (Αλεξάκη, 1990. Σελ. 4).

**Συμπερασματικά**, πρέπει να ειπωθεί, ότι μέσα από τη διαδικασία της γήρανσης όλες οι βιολογικές λειτουργίες του ατόμου υφίστανται μεταβολές που

επιβαρύνουν την ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι τα γηρατειά και πολύ περισσότερο η διαδικασία της γήρανσης πρέπει να ταυτίζονται με την έννοια της αρρώστιας. Αυτό που στην πραγματικότητα ισχύει είναι μια σχέση αλληλοσυσχέτισης κατά την οποία, από την μία μεριά, η αρρώστια που προσβάλλει τον οργανισμό επιταχύνει την πορεία της γήρανσης και από την άλλη η προχωρημένη ηλικία αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση εκφυλιστικών διαδικασιών και παθολογικών καταστάσεων.

## Διανοητικές Μεταβολές και Γηρατειά

Στις παλαιότερες κοινωνίες ο ηλικιωμένος ήταν ο σοφός του χωριού ή της πόλης ο οποίος με τις πολύτιμες συμβουλές που αντλούσε από τη πείρα του παρελθόντος εύρισκε λύσεις σε όλες τις δύσκολες καταστάσεις. Οι άνθρωποι όμως της σημερινής εποχής θεωρούν πως το πέρασμα των χρόνων αλλοιώνει τη νοητική ικανότητα του ηλικιωμένου και τον μετατρέπει σε άνθρωπο αδύναμο να συμμετέχει δημιουργικά σε δραστηριότητες που απαιτούν σωματική εγρήγορση.

Η άποψη αυτή όμως είναι λανθασμένη. Όπως προκύπτει από έρευνες ο βαθμός του νοητικού επιπέδου του ανθρώπου δεν μειώνεται με την προχωρημένη ηλικία και εφόσον υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις ο ηλικιωμένος μπορεί να ανταπεξέλθει επιτυχώς σε πολλές δραστηριότητες πνευματικής φύσεως. Οι Rapoport, βασιζόμενοι σε πορίσματα διαφόρων ερευνών έχουν συμπεράνει πως τα άτομα τα οποία στα νεανικά τους χρόνια καλλιεργούσαν το πνεύμα μπορούν με την ίδια ευκολία να συμμετέχουν σε διαδικασίες μάθησης και στην εποχή των γηρατειών του (Rapoport, Rapoport, 1981, σελ. 108).

Ο Δοντάς υποστηρίζει πως η εκμάθηση νέων γνώσεων εμφανίζει αιχμή στην τρίτη δεκαετία της ζωής του ατόμου ενώ στην συνέχεια αρχίζει σταδιακά να μειώνεται. Η μειωμένη δυνατότητα του ηλικιωμένου για εκμάθηση γνώσεων οφείλεται σε αισθητηριακές ελλείψεις, στην αδυναμία του ηλικιωμένου να παρακολουθήσει τα γεγονότα λόγω της ταχύτητας προσαγωγής νέων πληροφοριών, σε διαταραχές πρόσφατης μνήμης και στο περιορισμένο ενδιαφέρον συγκράτησης λεπτομερειών αναφορικά με κάποιο θέμα (Δοντάς, 1993, σελ. 22). Αναφορικά με την μνήμη<sup>1</sup> τα γεγονότα που έχουν ήδη

---

<sup>1</sup> Στην μακρόχρονη μνήμη αποθηκεύονται γνώσεις, πράξεις και γεγονότα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην βραχύχρονη μνήμη η οποία είναι μικρής χωρητικότητας συγκρατούνται

καταγραφεί στην μακρόχρονη μνήμη διατηρούνται ζωντανά στους ηλικιωμένους και γίνονται αντικείμενο συνεχούς ανάδυσης στην επιφάνεια και χρησιμοποίησης. Αντιθέτως, η βραχύχρονη μνήμη παρουσιάζει κάμψη καθώς η ικανότητα για εγχάραξη και σύγκρουση των πρόσφατων γεγονότων βαθμιαία εξασθενεί (Kastenbaum, 1982, σελ. 31).

Συμπερασματικά, πρέπει να λεχθεί πως η έκπτωση της λειτουργικότητας των πνευματικών ικανοτήτων που παρουσιάζει ο ηλικιωμένος τις περισσότερες φορές δεν οφείλεται σε μείωση του βαθμού της νοημοσύνης του αλλά στην ανεπαρκή λειτουργία διαφόρων οργάνων του. Οι παράγοντες που επιβραδύνουν την ικανότητα για πνευματική δραστηριότητα είναι η αύξηση της καματηρότητας, η επιβάρυνση της αντιληπτικής ενεργητικότητας καθώς επίσης η καταβολή που εμφανίζουν οι λειτουργίες της μνήμης, ιδίως αυτές της βραχύχρονης που αφορά σε πρόσφατα γεγονότα.

---

ορισμένες μόνο πληροφορίες για περιορισμένο χρονικό διάστημα (Πηγή: Καλούδη – Αντωνοπούλου, 1994, σελ. 143).

## Ψυχολογικές Μεταβολές και Γηρατειά

Οι βιολογικές διεργασίες που συμβαίνουν στον οργανισμό του ηλικιωμένου, η αλλαγή των κοινωνικών ρόλων και η απώλεια αγαπημένων προσώπων επιδρούν στην ψυχολογία του επιφέροντας αλλαγές.

Ο Δοντάς αναφερόμενος στα ποσοστά των ψυχικών νόσων που παρουσιάζονται στην τρίτη και τέταρτη ηλικία υποστηρίζει ότι περίπου το 10% με 15% των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας πάσχει από κάποια ψυχική νόσο ενώ οι αριθμοί αυτοί είναι υψηλότεροι για τα άτομα της τέταρτης ηλικίας (Δοντάς, 1993, σελ. 30).

Η Μαλικιώτη – Λοΐζου δέχεται το γεγονός ότι οι βιο-κοινωνικές μεταβολές που πραγματώνονται στην διάρκεια της γήρανσης επιδρούν στην ψυχοσυναισθηματική οντότητα των ηλικιωμένων προσθέτει όμως πως ο βαθμός στον οποίο θα επιδράσουν οι μεταβολές αυτές στον ψυχισμό του εξαρτάται από την ικανότητα που έχει το άτομο για προσαρμοστικότητα στα νέα δεδομένα. Ένα άτομο δηλαδή περνώντας μέσα από τη διαδικασία της γήρανσης είτε δεν θα παρουσιάσει καμία διαταραχή στον ψυχισμό του, είτε θα παρουσιάσει ήπιες διαταραχές ή ακόμη και σοβαρές ανάλογα με τον βαθμό προσαρμοστικότητάς του στις διαφορετικές καταστάσεις που θα αντιμετωπίσει (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1993, σελ. 308).

Έπειτα, αναφέρεται στα σοβαρότερα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων. Πρωταρχικά αναφέρει την «απομόνωση» που συνήθως οφείλεται σε μία σημαντική απώλεια. Στη συνέχεια αναφέρει τον «μαρασμό» που αποτελεί συνέπεια της απομάκρυνσης του ηλικιωμένου από τον εργασιακό του χώρο, της σεξουαλικής του ανικανότητας και της αναγκαστικής του αδράνειας εξαιτίας χρονίων παθήσεων. Επίσης, αναφέρει την πλήρη κατάπτωση, που προέρχεται από την μείωση της λειτουργικότητας των αισθητηρίων οργάνων του

ηλικιωμένου και τέλος την «τάση των ηλικιωμένων για διεκδικήσεις» τόσο προς την οικογένεια όσο και προς την κοινωνία που συνήθως συνόδεύονται από συγκινησιακές μεταβολές και ενστικτώδεις διατροφές. Αυτά τα φαινόμενα οφείλονται στην αγανάκτηση των ηλικιωμένων απέναντι στο περιβάλλον τους το οποίο τους αρνείται και τους απομονώνει (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1993, σελ. 309).

Ο Δοντάς από την άλλη αναφέρει πως ψυχικά νοσήματα που εμφανίζονται σε μεγάλη συχνότητα στους ηλικιωμένους είναι η σύγχυση, η κατάθλιψη και η γεροντική άνοια (Αλτζχάιμερ) (Δοντάς, 1993, 30).

### Σύγχυση

Η σύγχυση είναι μια κατάσταση διεστραμμένης εικόνας του περιβάλλοντος και ειδικότερα του χώρου, του χρόνου ή των προσώπων. Βασικό αίτιο εμφάνισης της ασθένειας είναι η εκδήλωση κάποιας νόσου, συχνότερα όμως, οφείλεται σε κάποιο τραύμα μετά από πτώση του ηλικιωμένου (Δοντάς, 1993, σελ. 30).

### Κατάθλιψη

Ο Δοντάς αναφερόμενος στην κατάθλιψη, λέει πως παρουσιάζεται σε μεγάλη συχνότητα στους ηλικιωμένους εξαιτίας των διαδοχικών απωλειών και απογοητεύσεων που αυτοί βιώνουν. Ως συμπτωματολογία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους αναφέρει την αδυναμία συγκέντρωσης και εκτέλεσης ενός διανοητικού έργου, το εύκολο κλάμα και την αίσθηση γενικής απαισιοδοξίας (Δοντάς, 1993, σελ. 32).

Ο Κούρος, στα συμπτώματα αυτά προσθέτει το παράπονο των ηλικιωμένων για σωματικές ενοχλήσεις, την απάθειά τους για οτιδήποτε συμβαίνει και την έντονη επιθυμία του θανάτου τους. Ακόμη αναφέρει πως μία



άτυπη αλλά όχι σπάνια εκδήλωση της ψυχικής αυτής νόσου είναι η κατάχρηση αλκοόλ (Κούρος, 1994, σελ. 150).

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί, ότι τόσο ο Δοντάς όσο και ο Κούρος αναφέρονται στην μεγάλη πιθανότητα σύγχυσης της κατάθλιψης με την γεροντική άνοια εξαιτίας της κοινής τους συμπτωματολογίας.

Ο Δοντάς αναφέρει πως η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης από την άνοια συνίσταται στο ότι η πρώτη, συνήθως οφείλεται σε ένα πρόσφατο τραυματικό γεγονός που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος, υπάρχει ιστορικό κατάθλιψης ενώ η μνήμη του ατόμου είναι αντικειμενικά καλύτερη από όσο το άτομο εκτιμά (Δοντάς, 1993, σελ. 33).

Ο Κούρος, από την άλλη, κάνει λόγο για το φαινόμενο της «καταθλιπτικής ψευδοάνοιας» για το οποίο έχουν αναπτυχθεί δύο διαφορετικές ερμηνείες. Οι υποστηρικτές της πρώτης ομάδας λένε πως τα συμπτώματα που παρουσιάζει το άτομο αποδίδονται στην κατάθλιψη και δεν σχετίζονται με την άνοια η οποία είναι «απομίμησή της». Αντιθέτως, οι υποστηρικτές της δεύτερης ομάδας θεωρούν πως η κατάθλιψη ευθύνεται για την πρόκληση οργανικής δυσλειτουργίας και την εκδήλωση μιας μορφής άνοιας. Μάλιστα απορρίπτουν την ονομασία «ψευδοάνοια» και υιοθετούν την ονομασία «οργανική διαταραχή προκληθείσα από κατάθλιψη» γιατί θεωρούν πως αποδίδει καλύτερα το φαινόμενο (Κούρος, 1994, σελ. 151).

### Νόσος Αλτςχάιμερ

Η νόσος Αλτςχάιμερ είναι μία βαριά νόσος η οποία εμφανίζεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας και χαρακτηρίζεται από προοδευτική διαταραχή όλων των λειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος του ατόμου (Δοντάς, 1993, σελ. 34). Τα πρώτα συμπτώματα της νόσου συνιστούνται στη δυσκολία του ατόμου να θυμηθεί πρόσφατα γεγονότα και να εκτελέσει σωστά τις καθημερινές

του δραστηριότητες. Ακολουθεί, βαθμιαία απώλεια της ικανότητας του ατόμου που νοσεί από αυτήν την ασθένεια να πράττει και να σκέφτεται. Σε πιο προχωρημένα στάδια η κατάσταση του ασθενούς είναι πολύ επιβαρημένη καθώς μπορεί να εκδηλωθούν σε αυτόν σοβαρές ψυχικές διαταραχές, ολική απώλεια της μνήμης και αδυναμία τέλεσης ακόμη και των πιο απλών καθημερινών δραστηριοτήτων με αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος να μην μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και να χρήζει συνεχούς φροντίδας. Μάλιστα, η ανάπτυξη μιας ιδιαίτερα δύστροπης συμπεριφοράς από τον ανοϊκό προκαλεί προβλήματα στις σχέσεις του με την οικογένειά του και γι' αυτό είναι απαραίτητο οι οικογένειες αυτές να τυγχάνουν στήριξης από ειδικούς (Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία, 1997, σελ. 7).

#### Το Άγχος του Θανάτου

Μία σημαντική ψυχική διεργασία που επηρεάζει τον ψυχισμό του ηλικιωμένου είναι το άγχος του θανάτου που αυτός αισθάνεται. Το άγχος του θανάτου που αισθάνονται οι ηλικιωμένοι καθώς είναι άτομα προχωρημένης ηλικίας εντείνεται μετά από την επίδραση μίας σειράς δραματικών γεγονότων τα οποία του δημιουργούν την αίσθηση ότι είναι πλέον άχρηστος και πως τίποτα πια δεν έχει να περιμένει πέρα από τον θάνατο (Σούντης, 1990, σελ. 2).

**Συμπερασματικά**, πρέπει να ειπωθεί, ότι οι ψυχικές διαταραχές οι οποίες αποτελούν σύνηθες φαινόμενο στα ηλικιωμένα άτομα οφείλονται κυρίως στις βιολογικές και κοινωνικές μεταβολές που συμβαίνουν σε αυτή μέσα από την διαδικασία της γήρανσης. Επιπλέον, η εκδήλωση ή όχι ψυχικών νοσημάτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ψυχολογική ωριμότητα του ηλικιωμένου ατόμου, δηλαδή την ικανότητά του να αποδεσμεύεται αναίμακτα από τα

γεγονότα του παρελθόντος και να προσαρμόζεται όσο το δυνατό καλύτερα στην νέα τάξη πραγμάτων.

Ακόμη, πρέπει να σημειωθεί πως καθώς τα περισσότερα από τα ψυχικά νοσήματα οφείλονται σε εξωγενείς από τον ηλικιωμένο και όχι ενδογενείς παραμέτρους, όπως για παράδειγμα απώλεια κοινωνικών ρόλων, κύρους και αγάπης, είναι αναγκαίο οι άνθρωποι αυτοί να τυγχάνουν του τρυφερού ενδιαφέροντος και της φροντίδας από το περιβάλλον τους προκειμένου τέτοια νοσήματα να μην εκδηλωθούν ποτέ ή να γιατρευτούν. Εξάλλου, στην περίπτωση των ηλικιωμένων το καλύτερο γιατρικό είναι η αγάπη.

## Συνταξιοδότηση και Γηρατειά

Ένα σημείο «σταθμός» στη ζωή του ατόμου που βρίσκεται στο μεταβατικό στάδιο από την φάση της ενέλιξης σε εκείνη της φθίσης είναι η στιγμή της συνταξιοδότησής του. Το γεγονός της συνταξιοδότησης τις περισσότερες φορές επηρεάζει καταλυτικά την πορεία της ζωής του ατόμου καθώς αυτός από την μία στιγμή στην άλλη με βάση το αυθαίρετο κριτήριο της ηλικίας αναγκάζεται να εγκαταλείψει ένα σημαντικό κομμάτι της ζωής του, αυτό ως εργαζόμενο και παραγωγικό μέλος της κοινωνίας.

Σε όλες τις χώρες το χρονικό σημείο για την συνταξιοδότηση των πολιτών είναι συνήθως το 60<sup>ο</sup> ή 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους. Το φαινόμενο της υποχρεωτικής συνταξιοδότησης, την στιγμή που οι ηλικιωμένοι μπορούν ακόμη να προσφέρουν στην παραγωγική διαδικασία, εκλογικεύεται από το γεγονός ότι το άτομο που έχει στο ενεργητικό του αρκετές δεκαετίες εργασίας θα πρέπει να νιώθει κουρασμένο οπότε καλό είναι να αντικατασταθεί από νέο αίμα. Ακόμη σημαντικός παράγοντας προς αυτή την κατεύθυνση είναι το ίδιο το γεγονός της προχωρημένης ηλικίας που συνήθως είναι συνυφασμένο με την ύπαρξη ασθενειών. Στην πραγματικότητα όμως ο κυριότερος λόγος που ωθεί στην καθιέρωση πρόωρης συνταξιοδότησης είναι η μάστιγα της ανεργίας και η αδυναμία δημιουργίας νέων επιπλέον θέσεων εργασίας (Rapoport, Rapoport, 1981, σελ. 110).

Έτσι, λοιπόν, πολλοί άνθρωποι βίαια εγκαταλείπουν την εργασία τους ενώ ακόμη διαθέτουν όρεξη και ενεργητικότητα. Βέβαια, υπάρχουν κι εκείνοι που φαίνονται να απολαμβάνουν την έξοδό τους από τον εργασιακό χώρο. Αυτό συμβαίνει εφόσον το άτομο εγκαταλείπει μία αγχογόνο εργασία, εφόσον η σύνταξη που δικαιούται είναι υψηλή, κυρίως όμως, όταν το άτομο έχει

ενημερωθεί<sup>2</sup> για τις διεργασίες που συνεπάγεται το γεγονός αυτό και έχει προετοιμαστεί κατάλληλα προκειμένου να το δεχθεί ομαλά χωρίς αυτό να επηρεάσει αρνητικά τη ψυχολογία του και συνεπώς την ευρύτερη ζωή του στο εξής (Raporort, Raporort, 1981, σελ. 111).

Συμπερασματικά, πρέπει να λεχθεί ότι το γεγονός της συνταξιοδότησης<sup>3</sup> με την απώλεια των «πολλαπλών ρόλων» που συνεπάγεται μπορεί να προκαλέσει στο άτομο σωρεία προσωπικών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων. Προκειμένου λοιπόν η συνταξιοδότηση να αποτελεί ένα φυσιολογικό γεγονός που δεν θα έχει αρνητική επιρροή στη μετέπειτα ζωή του ατόμου θα πρέπει ο ηλικιωμένος να ενημερώνεται και να προετοιμάζεται όσο το δυνατόν καλύτερα για την επικείμενη έλευσή του.

---

<sup>2</sup> Στην Αγγλία εφαρμόζονται προγράμματα ενημέρωσης των εργαζομένων για το φαινόμενο της συνταξιοδότησης έτσι ώστε η προσαρμογή τους στην ζωή του συνταξιούχου να γίνεται ομαλά χωρίς αρνητικές επιδράσεις στην ψυχολογία τους (Larogue, 1981, σελ. 17).

<sup>3</sup> Η περίοδος της συνταξιοδότησης ονομάζεται από τους κοινωνιολόγους απώλεια «πολλαπλών ρόλων». Ονομάζεται έτσι διότι πέρα από την απασχόληση που χάνει κάποιος, χάνει και την κοινωνική του προβολή, το κύρος, πολλές από τις κοινωνικές επαφές του αλλά ακόμη τον κυρίαρχο ρόλο μέσα στην οικογένεια καθώς από εξουσιαστής γίνεται εξουσιαζόμενος (Πηγή: Raporort, Raporort, 1981, σελ. 116).

## Οικογενειακές Σχέσεις και Γηρατειά

Ένα σημαντικό θέμα που προκύπτει όταν ένας άνθρωπος βρίσκεται σε προχωρημένη ηλικία είναι η θέση που αυτός κατέχει μέσα στην οικογένειά του και οι σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της. Η σπουδαιότητα του συγκεκριμένου θέματος έγκειται στο γεγονός ότι έχειδειχθεί μέσα από έρευνες ότι οι σχέσεις που διατηρεί ο ηλικιωμένος με την οικογένειά του παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της βιολογικής, ψυχικής και κοινωνικής του οντότητας.

Η Σουτζόγλου – Κοτταρίδη επισημαίνει ότι οι άσχημες σχέσεις μέσα στην οικογένεια αποτελούν προδιαθεσιακό παράγοντα για τα γηρατειά. Ακόμη υποστηρίζει πως η αρνητική στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον ηλικιωμένο και η απόρριψή τους προς αυτόν συνεπάγεται την απομόνωσή του, γεγονός που μειώνει την αντίσταση του οργανισμού του σε διάφορες ασθένειες (Σουτζόγλου – Κοτταρίδη, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και ο γεροντολόγος Fr. Obrecht ο οποίος υποστηρίζει πως η θετική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου από τους οικείους και μάλιστα από τους νεότερους από αυτούς, συντελεί στην πραγμάτωση της ευτυχίας και της μακροζωίας του ηλικιωμένου (Κοσμόπουλος, 1981, σελ. 41).

Στο παρελθόν η δόμηση της παραδοσιακής οικογένειας υπαγορεύοντας τη συνοχή και την αμοιβαία προσφορά και αγάπη χωρίς αντάλλαγμα είχε αποτέλεσμα τα άτομα της τρίτης ακόμη και της τέταρτης ηλικίας όταν γίνονταν πλήρως εξαρτημένα να γίνονται αποδέκτες φροντίδας και να απολαμβάνουν μια ξεχωριστή θέση στην οικογένειά τους.

Στην σύγχρονη όμως εποχή που η παραδοσιακή εκτεταμένη οικογένεια έχει δώσει την θέση της στην κλειστή πυρηνική, οι ηλικιωμένοι δεν χωρούν στους κόλπους της. Τα μέλη των σύγχρονων οικογενειών καθώς

ρίχονται στο κυνήγι του πλουτισμού διαθέτουν ελάχιστο χρόνο για να τον αφιερώσουν στα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας.

Θα περίμενε λοιπόν κανείς πως η αλλαγή αυτή στην δομή της οικογένειας θα επέφερε χαλάρωση στις σχέσεις των νεότερων μελών της με τους ηλικιωμένους. Τα πορίσματα όμως των κοινωνικών ερευνών δεικνύουν πως οι ηλικιωμένοι μπορεί να μην συμβιώνουν με τα παιδιά τους αλλά κατοικούν κοντά τους, τους επισκέπτονται σχεδόν καθημερινά και διατηρούν στενές σχέσεις μαζί τους. Μάλιστα, το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι δεν ζουν μαζί με τα παιδιά τους συνήθως εκλαμβάνεται ως συνειδητή επιλογή των ηλικιωμένων, οι οποίοι προκειμένου να διατηρήσουν την αυτονομία τους, θέλουν να ζουν «κοντά», όχι όμως πολύ κοντά με αυτά. Το φαινόμενο αυτό, μάλιστα, αναφέρεται από έναν Αυστριακό γεροντολόγο «ανακλητέα απομάκρυνση» (Rapoport, Rapoport, 1981, σελ. 111).

Επίσης, πρέπει να ειπωθεί πως οι σχέσεις των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους και με τις καινούριες οικογένειες που έχουν αυτά δημιουργήσει είναι πολύ θερμές όταν τα εγγόνια είναι μικρά. Τότε η γιαγιά και ο παππούς φαίνονται χρήσιμοι στα παιδιά τους αναλαμβάνοντας να προσέχουν τα εγγόνια μέχρι αυτά να μεγαλώσουν. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται τότε ανάμεσα στη γιαγιά και τον παππού και τα εγγόνια είναι μοναδικές, καθώς οι πρώτοι θεωρούν χρήσιμο τον εαυτό τους ενώ τα εγγόνια μαθαίνουν μία άλλη όψη της ζωής, εκείνη της φαντασίας και του παραμυθιού (Κοσμόπουλος, 1981, σελ. 41).

Τέλος, κρίνεται αναγκαίο να γίνει αναφορά σε ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται σε αρκετές οικογένειες που φροντίζουν τα ηλικιωμένα μέλη τους και είναι αυτό της ενδοοικογενειακής κακοποίησης και παραμέλησης.

## Ενδοοικογενειακή Κακοποίηση των Ηλικιωμένων

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται σε μεγάλη συχνότητα σε παγκόσμια<sup>4</sup> κλίμακα και το οποίο αποτελεί «παράδοξο» στις σχέσεις, καθώς τις περισσότερες φορές συνυπάρχει με την αγάπη και τον σεβασμό προς αυτούς (Σπινέλη, Πίτσιου – Daugaugh, 1991, σελ. 78).

Σύμφωνα με την Σουτζόγλου – Κοτταρίδη οι μορφές κακοποίησης των ηλικιωμένων από τα μέλη των οικογενειών τους ταξινομούνται στην σκόπιμη κακοποίηση, στην εσκεμμένη παραμέληση και την ακούσια παραμέληση (Σουτζόγλου – Κοτταρίδη, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Η σκόπιμη κακοποίηση, η οποία παρουσιάζεται σε μεγάλη συχνότητα, συνήθως εκδηλώνεται με ξυλοδαρμό ενώ τις περισσότερες φορές τα κίνητρα σχετίζονται με την οικονομική επιβάρυνση που συνεπάγεται η φροντίδα του ηλικιωμένου. Η εσκεμμένη παραμέληση συνήθως οφείλεται στην δυσκολία που συνεπάγεται το έργο της φροντίδας του ηλικιωμένου ατόμου από τα μέλη της οικογένειας. Ένα παράδειγμα αυτού του τύπου κακοποίησης αποτελεί η τάση μιας οικογένειας να μην φροντίζει τον ανήμπορο ηλικιωμένο μέλος της, αλλά να το αφήνει να ζει χωρίς το κατάλληλο διατροφολόγιο ή τους στοιχειώδεις κανόνες υγιεινής. Τέλος, η ακούσια παραμέληση σχετίζεται με την αδυναμία της οικογένειας να ανταποκριθεί στο δύσκολο έργο της φροντίδας του ηλικιωμένου. Μορφές εκδήλωσής της είναι η απόρριψη του ηλικιωμένου από τα δρώμενα της οικογένειάς του ή ακόμη η αδυναμία της οικογένειας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ηλικιωμένου από αμέλεια, έλλειψη χρόνου ή ακόμη και άγνοιας

---

<sup>4</sup> Στην Αμερική το πρόβλημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων έχει απασχολήσει την κοινωνία σε μεγάλο βαθμό. Συγκεκριμένα για την αντιμετώπισή του έχει δημιουργηθεί ανοιχτή γραμμή κακοποίησης ηλικιωμένων (line abuse) που λειτουργεί σε 24ωρη βάση. Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται με ηλικιωμένους και οι οποίοι δεν αντιλαμβάνονται και δεν καταθέτουν περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων υφίστανται σοβαρές κυρώσεις (Πηγή: Παρασκευοπούλου, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).



στον τρόπο χειρισμού της σχέσης της με αυτόν (Σουτζόγλου – Κοτταρίδη, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί πως η ερευνήτρια<sup>5</sup> κάνει λόγο και για άλλη μια μορφή κακοποίησης η οποία έχει αποδέκτες τις οικογένειες που συντηρούν εξαρτημένους ηλικιωμένους. Η κακοποίηση αυτή συνίσταται στην ψυχολογική πίεση την οποία δέχονται οι άνθρωποι που φροντίζουν τους ηλικιωμένους. Η ψυχολογική αυτή πίεση μπορεί να είναι τόσο έντονη ώστε πολλές φορές οδηγεί σε κατάθλιψη όχι μόνο τα συγκεκριμένα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Όμως, η μορφή αυτή κακοποίησης μολονότι αποτελεί ιδιαίτερα ανασταλτικό παράγοντα στην αρμονική συμβίωση της οικογένειας δεν έχει ακόμη αποτελέσει αντικείμενο ερευνών και μελέτης (Σουτζόγλου – Κοτταρίδη, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

**Συμπερασματικά**, αυτό που προκύπτει και αξίζει να επισημανθεί είναι το γεγονός ότι η αλλαγή των ρόλων των ατόμων όταν αυτοί περνούν στην τρίτη και τέταρτη ηλικία έχει αντίκτυπο στην σχέση τους με τα παιδιά τους και τους υπόλοιπους συγγενείς που έχουν νεότερη ηλικία. Τα άτομα που πλέον δεν ανήκουν στον παραγωγικό πληθυσμό ή δεν μπορούν να βοηθήσουν την οικογένειά τους με άλλο τρόπο συχνά παραμερίζονται. Άλλες φορές πάλι η εξάρτηση των ηλικιωμένων από τους νεότερους συγγενείς και η αναγκαιότητα συνεχούς ενασχόλησής τους με τους ηλικιωμένους οδηγεί σε ακούσια ή εκούσια κακοποίηση των εξαρτώμενων ατόμων. Πέρα όμως από αυτές τις μορφές κακοποίησης υπάρχει και η κακοποίηση που έχει αποδέκτη την οικογένεια του ηλικιωμένου. Τα μέλη μίας οικογένειας που φροντίζει έναν ηλικιωμένο μπορεί να είναι το ίδιο θύματα και να υποφέρουν εξίσου μέσα από την σχέση αυτή.

---

<sup>5</sup> Η Αμηνρά επίσης, αναφέρει ότι τα άτομα που φροντίζουν μη-αυτοεξπληρητούμενους ηλικιωμένους ανθρώπους είναι και τα ίδια κακοποιημένα άτομα (Πηγή: Αμηνρά, 1986, σελ. 51).

## **Β. Τα Άτομα της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας στην Ελλάδα**

### **Δημογραφικά Στοιχεία για τους Έλληνες Ηλικιωμένους**

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρθηκε πως τις τελευταίες δεκαετίες σε παγκόσμια κλίμακα παρατηρείται ταχεία αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα των ατόμων της τέταρτης ηλικίας. Από αυτή την πορεία που είναι ιδιαίτερα εμφανής στις ανεπτυγμένες χώρες δεν θα μπορούσε να παρεκκλίνει και η Ελλάδα η οποία στη σύγχρονη μεταπολεμική ιστορία της έχει να επιδείξει αλματώδεις προόδους σε όλους τους τομείς έτσι ώστε σήμερα να συγκαταλέγεται στις ανεπτυγμένες χώρες.

Η δυσανάλογα υπέρογκη αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων ως προς το συνολικό πληθυσμό της Ελλάδας βασίζεται κυρίως στην υπογεννητικότητα που μαστίζει την Ελλάδα. Η αισθητή μείωση των γεννήσεων, συνέπεια της σύγχρονης καταναλωτικής κοινωνίας, οδήγησε την Ελλάδα στην λεγόμενη «γήρανση από την βάση» (Σαλμανίδης, 1997, σελ. 119).

Ένας ακόμη λόγος που ευθύνεται για την εκδήλωση αυτού του φαινομένου στον ελληνικό πληθυσμό και στον οποίο αποδίδεται και το φαινόμενο της γήρανσης του γεροντικού πληθυσμού, της εμφάνισης δηλαδή της τέταρτης ηλικίας, είναι η επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής των Ελλήνων. Η επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής των Ελλήνων οφείλεται, πρώτιστα, στην βελτίωση του επιπέδου ζωής και έπειτα, στον τερματισμό των αμέτρητων πολεμικών συγκρούσεων που βίωσε το ελληνικό έθνος από την επανάσταση του 1821 έως και το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου. Έτσι, ενώ στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα το προσδόκιμο επιβίωσης έφθανε τα 35,5 έτη στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα το προσδόκιμο επιβίωσης για τους Έλληνες φθάνει γύρω στα 76 έτη, δηλαδή κάτι παραπάνω από τα διπλάσια χρόνια (Τσίμπος, 1997, σελ. 132).

Τέλος, ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού στην Ελλάδα είναι η μετανάστευση στις δεκαετίες του '60 και του '70 μεγάλου μέρους του νεαρού πληθυσμού στο εξωτερικό για την αναζήτηση μιας καλύτερης τύχης (Κανελλοπούλου, 1982, σελ. 19).

Οι παραπάνω λοιπόν λόγοι, κάνουν εμφανές το γεγονός της ραγδαίας αύξησης του γεροντικού πληθυσμού στην μεταπολεμική Ελλάδα. Ο Κοτζαμάνης αναφερόμενος σε στατιστικά δημογραφικά στοιχεία λέει ότι ενώ το 1961 οι Έλληνες ηλικιωμένοι αποτελούσαν το 8,2 του συνολικού πληθυσμού ο αριθμός αυτός το 1971 φθάνει το 11,1 ενώ το 1991 το 14,2 του συνολικού πληθυσμού (Κοτζαμάνης, 1993, σελ. 236). Ο Ζιώμας μάλιστα, δίνοντας την έκταση του φαινομένου αναφέρει πως εάν τα γεγονότα εξακολουθήσουν έτσι, χωρίς αστάθμητους παράγοντες το 2050 υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων στην Ελλάδα θα αγγίξει το 21% του συνολικού πληθυσμού (Ζιώμας, 1989, σελ. 2).

#### Η Κατανομή του Γεροντικού Πληθυσμού μέσα στην Ελλάδα

Ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται στην ελληνική κοινωνία είναι αυτό της εσωτερικής μετανάστευσης. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί νέοι που κατάγονται από επαρχιακές απομονωμένες περιοχές της Ελλάδας εγκαταλείπουν τα χωριά τους και αναζητούν την τύχη τους στα μεγάλα αστικά κέντρα, αφήνοντας πίσω τους τους ηλικιωμένους γονείς τους. Αυτό όμως συνεπάγεται στο εσωτερικό της χώρας να παρουσιάζεται άνιση κατανομή του πληθυσμού των διαφόρων ηλικιών. Οι επαρχιακές περιοχές και κυρίως τα νησιά και τα απομακρυσμένα ακριτικά χωριά παρουσιάζουν έντονη γήρανση του πληθυσμού τους, σε αντίθεση με τα μεγάλα αστικά κέντρα όπου το ποσοστό αυτό περιορίζεται αισθητά.

Συγκεκριμένα, ο Κοτζαμάνης αναφέρει ότι σύμφωνα με την απογραφή του 1981 τα νησιά της Ελλάδας παρουσιάζουν ποσοστό ηλικιωμένων από 16% έως 22% του πληθυσμού τους. Ακραίες περιπτώσεις είναι αυτές της Κεφαλονιάς, της Λέσβου και της Χίου όπου η συντριπτική πλειοψηφία τους αποτελείται από ηλικιωμένους και ιδιαίτερα της Σάμου που είναι ο πιο γηρασμένος νομός. Αντιθέτως, στην περιοχή της πρωτεύουσας, την Αττική, την Ημαθία – Θεσσαλονίκη και την Ροδόπη – Ξάνθη, τα ποσοστά των ηλικιωμένων κυμαίνονται περίπου στο 10% έως 12% του συνολικού πληθυσμού (Κοτζαμάνης, 1993, σελ. 243).

**Συμπερασματικά**, πρέπει να ειπωθεί, ότι η Ελλάδα ομοίως με τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες, παρουσιάζει αλματώδη αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της και παράλληλη μείωση των νεαρών ηλικιών της. Πάντως, το φαινόμενο αυτό δεν απαντάται σε όλες τις περιοχές της ελληνικής επικράτειας, καθώς η εσωτερική μετανάστευση έχει οδηγήσει πολλούς νέους στα αστικά κέντρα αφήνοντας τους ανθρώπους των μεγαλύτερων ηλικιών μόνους σε απομακρυσμένες και ακριτικές περιοχές.

Οι δημογραφικές αυτές εξελίξεις, όμως, επηρεάζοντας την κοινωνική ζωή της χώρας δημιουργούν μία νέα τάξη πραγμάτων η οποία απαιτεί τον σχεδιασμό και την χάραξη μίας νέας κοινωνικής πολιτικής προσαρμοσμένης στις αυξημένες ανάγκες του αυξημένου γεροντικού πληθυσμού της χώρας και εξατομικευμένης στις ανάγκες που έχουν οι ηλικιωμένοι της κάθε περιοχής<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Τα στοιχεία αυτά έχουν ληφθεί από την ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος.

## Δικαιώματα των Ελλήνων Ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι οι οποίοι, όπως ήδη έχει δειχθεί, αποτελούν μία ευάλωτη κατηγορία ατόμων εξαιτίας των διαδοχικών φθορών που υφίστανται, καθώς η διαδικασία της γήρανσης προχωρά, είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους προκειμένου να μπορούν με τα μέσα που διαθέτουν να αγωνίζονται για την προάσπισή τους.

Έτσι λοιπόν η Ευρωπαϊκή Κοινότητα το 1992 όρισε τα δικαιώματα του κάθε ηλικιωμένου Ευρωπαίου πολίτη τα οποία κάθε χώρα οφείλει να σέβεται και να υπερασπίζεται για χάρη των ηλικιωμένων μελών της (Καλλιγέρη – Βυθούλκα, 1994, σελ. 110). Ορίστηκε λοιπόν, πως κάθε ηλικιωμένος που ζει σε οποιαδήποτε χώρα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας έχει το δικαίωμα για ένα ευπρεπές εισόδημα που θα κυμαίνεται τουλάχιστον πάνω από τα όρια<sup>7</sup> της φτώχειας. Ακόμη έχει το δικαίωμα της προσωπικής επιλογής για τον τόπο και τον τρόπο διαβίωσής του. Επίσης, έχει το δικαίωμα για ένα ικανοποιητικό και ολοκληρωμένο σύστημα περίθαλψης εξειδικευμένο στις ανάγκες του, το δικαίωμα διαβίωσης σε μια πόλη και γενικότερα σε ένα περιβάλλον προσαρμοσμένο στις πράξεις της καθημερινότητάς του, καθώς επίσης το δικαίωμα για πλήρη ενημέρωση σχετικά με τις εξελίξεις γύρω του και την δυνατότητά του να συμμετέχει ενεργά στα συμβούλια και τις αποφάσεις που τον αφορούν. Τέλος, ορίστηκε πως έχει το δικαίωμα στην ψυχαγωγία, στην μόρφωση και τον πολιτισμό (Καλλιγέρη – Βυθούλκα, 1994, σελ. 111).

Επίσης αναφορικά με τα δικαιώματα των Ελλήνων ηλικιωμένων η Δάλλα – Βοργιά υποστηρίζει πως το πιο σημαντικό από όλα είναι αυτό της

---

<sup>7</sup> Φτωχός θεωρείται ο άνθρωπος ο οποίος με το εισόδημά του δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις στοιχειώδεις ανάγκες του. Το ελάχιστο όριο διαβίωσης ή αλλιώς το όριο της φτώχειας ορίζεται μέσα από το μισό ή το λιγότερο του μισού από το μέσο κατά κεφαλήν εθνικό εισόδημα (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 334).

αυτονομίας του κάθε ηλικιωμένου. Αναφέρει λοιπόν πως η νομική κατάσταση του ατόμου δεν αλλάζει με το πέρασμα των χρόνων αλλά παραμένει ίδια εφόσον η διανοητική κατάσταση του ατόμου δεν είναι διαταραγμένη. Ακόμη, λέει πως ένα σημαντικό δικαίωμα των ηλικιωμένων είναι αυτό της συγκατάθεσης των ηλικιωμένων στα θέματα που τους αφορούν μετά από σαφής και πλήρης ενημέρωσή τους. Τέλος, αναφέρει πως οι ηλικιωμένοι έχουν δικαίωμα για έναν θάνατο με αξιοπρέπεια καθώς δεν θέλουν να αντιμετωπίζονται από τους συναθρώπους τους σαν πρόβλημα (Δάλλα – Βοργιά, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Από την άλλη, αναφορικά με τους εξαρτώμενους ηλικιωμένους που αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα των ηλικιωμένων η Ευρωπαϊκή Κοινότητα όρισε να θεσπιστούν ειδικοί νόμοι οι οποίοι να εξασφαλίζουν τις πολύ ιδιαίτερες ανάγκες τους (Καλλιγέρη – Βυθούλκα, 1994, σελ. 111). Σχετικά με το ζήτημα αυτό όμως η Μαρκάτου αναφέρει πως στην Ελλάδα, δυστυχώς, παρατηρείται απουσία ειδικού νομικού πλαισίου, ειδικής μεταχείρισης από τα ασφαλιστικά ταμεία και ειδικών προνομιακών υπηρεσιών για τους εξαρτημένους από άνοια ή άλλες σοβαρές παθήσεις ηλικιωμένους (Μαρκάτου, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

**Συμπερασματικά,** πρέπει να ειπωθεί πως τα δικαιώματα των ηλικιωμένων αλλά και όλων των ανθρώπων καθώς προορίζονται για να δώσουν στα άτομα τη δυνατότητα να ζήσουν ελεύθερα και απαλλαγμένα από κάθε κίνδυνο και από κάθε μορφής εκμετάλλευσης ουσιαστικά είναι αυτονόητα σε όλες τις κοινωνίες και όλους τους πολιτισμούς. Συγκεκριμένα όμως στην περίπτωση των ηλικιωμένων που αποτελούν μία ειδική κατηγορία του πληθυσμού τα δικαιώματα αυτά πρέπει να ορίζονται και να γνωστοποιούνται προκειμένου οποιαδήποτε προσπάθεια καταπάτησής τους να αποτρέπεται.

## Οι Ανάγκες των Ελλήνων Ηλικιωμένων

Κάθε άνθρωπος προκειμένου να ζει και να προοδεύει στην κοινωνία του πρέπει να ικανοποιεί μία σειρά από ανάγκες άλλες πρωταρχικές και άλλες δευτερεύουσας σημασίας. Ο Maslow, αναφερόμενος στο θέμα των ανθρώπινων αναγκών δέχεται την ύπαρξη πέντε κατηγοριών αναγκών τις οποίες ιεραρχεί σε πέντε επίπεδα. Έτσι λοιπόν, ξεκινώντας από εκείνες που ο Maslow θεωρεί πιο σημαντικές, στην πρώτη θέση τοποθετεί τις φυσιολογικές και βιολογικές ανάγκες οι οποίες συνίστανται στην ανάγκη του ατόμου για καταφύγιο, τροφή κ.α. Στην δεύτερη κατηγορία αναφέρει την ανάγκη του ανθρώπου για προστασία και σιγουριά. Έπειτα, αναφέρει τις κοινωνικές ανάγκες οι οποίες αφορούν την ανάγκη «του ανήκειν» που αισθάνεται κάθε άνθρωπος, της αποδοχής και της συνεργασίας. Στην τέταρτη θέση αναφέρονται οι ανάγκες του εγώ όπως για παράδειγμα η ανάγκη για αναγνώριση και σεβασμό και τέλος, οι ανάγκες της αυτοπραγμάτωσης του ατόμου που συντελούν στην προσωπική του ολοκλήρωση (Maslow A.H., 1997, σελ. 40).

Κάθε μία από τις ανάγκες αυτές άλλοτε υπερεκτιμάται και άλλοτε όχι, ανάλογα με την πραγματικότητα της κάθε κοινωνίας και την ομάδα των ανθρώπων στην οποία αναφέρονται. Επομένως, και η κατηγορία των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας μέσα στην ελληνική πραγματικότητα απαιτεί την πραγμάτωση μίας σειράς αναγκών, όπως αυτές ορίζονται από την ελληνική κοινωνία και από τις ιδιαιτερότητες των ατόμων αυτών.

Πρώτιστα, λοιπόν, όπως προκύπτει από ξένες και ελληνικές έρευνες, οι Έλληνες ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη εξασφάλισης εισοδήματος που να επαρκεί στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών. Μια ακόμη βασική ανάγκη των ηλικιωμένων είναι η εξασφάλιση αξιοπρεπούς στέγης, ρουχισμού και τροφής χωρίς «φιλάνθρωπια». Ακόμη, έχουν την ανάγκη παραμονής στο σπίτι υποστηριζόμενοι από κατ' οίκον υπηρεσίες, προκειμένου να μην γίνονται βάρος

στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Επίσης έχουν ανάγκη για ολοκληρωμένη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους. Σημαντική είναι η ανάγκη των Ελλήνων ηλικιωμένων για απασχόληση και προσφορά τους στην κοινωνία, για νομική εξυπηρέτηση και προστασία αλλά και ενημέρωση πάνω σε διάφορα θέματα που τους αφορούν. Τέλος, υπάρχει ανάγκη η πολιτεία να διεξάγει έρευνες σχετικές με τα προγράμματα που παρέχονται στην διάθεσή τους καθώς επίσης να μεριμνήσει για ειδική κατάρτιση και ικανοποιητική αμοιβή του προσωπικού που ασχολείται με τους ηλικιωμένους (Καλλιγέρη – Βυθούλκα, 1994, σελ. 110).

Στη συνέχεια, γίνεται ανάλυση αυτών των αναγκών, ταξινομημένες σε βιολογικές, κοινωνικές και ψυχοσυναισθηματικές. Τα συμπεράσματα αυτής της ανάλυσης θα δώσουν μία εικόνα για την θέση που κατέχουν οι ηλικιωμένοι στην ελληνική κοινωνία.

#### **α) Βιολογικές Ανάγκες**

Εδώ, θα αναπτυχθεί η ανάγκη των Ελλήνων ηλικιωμένων για ασφαλή κατοικία, ασφαλή μεταφορά – μετακίνηση και ικανοποιητική αντιμετώπιση στον τομέα της υγείας. Επίσης, θα γίνει ανάλυση της ανάγκης του ηλικιωμένου για ένα αξιοπρεπές εισόδημα και της προστασίας του από διάφορους κινδύνους, ανάγκες, οι οποίες ταξινομούνται στην δεύτερη βαθμίδα των αναγκών σύμφωνα με τον Maslow καθώς προσδίδουν σιγουριά στο άτομο και αποτελούν πρωταρχικής σημασίας για τον ηλικιωμένο.

#### **Κατοικία**

Το ζήτημα της κατοικίας έχει ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Αυτό διότι όσο μεγαλώνει το άτομο τόσο περνά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας του στο σπίτι.



Στην Ελλάδα όπου η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων ζει στο οικείο τους περιβάλλον και όχι σε ιδρύματα το θέμα της κατοικίας είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Προτού όμως παρουσιαστεί η κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι κατοικίες των Ελλήνων ηλικιωμένων πρέπει να αναφερθεί πως η μειωμένη αντιληπτικότητα και τα κινητικά προβλήματα των ατόμων που έχουν μπει στη διαδικασία της γήρανσης καθιστά επιτακτική την ανάγκη εφαρμογής της επιστήμης της εργονομίας<sup>8</sup>. Όμως όπως θα δειχθεί, η εφαρμογή της εργονομίας στις κατοικίες των ηλικιωμένων όχι μόνο δεν υλοποιείται αλλά αντιθέτως δεν λαμβάνεται καμία μέριμνα διόρθωσης των σοβαρών ελλείψεων που οι κατοικίες αυτές παρουσιάζουν.

Η Κανελλοπούλου, αναφέροντας μία παλιά έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών του 1974, δεικνύει ότι οι κατοικίες των ηλικιωμένων υστερούσαν σημαντικά σε ανέσεις από αυτές του συνολικού πληθυσμού. Τότε, ποσοστό 85,9% των σπιτιών των ηλικιωμένων διέθεταν εσωτερικό μαγειρείο σε αντίθεση με το 89,6% του συνόλου των κατοικιών. Αντίστοιχα, ποσοστό 73,3% των ηλικιωμένων διέμεναν σε σπίτια με εσωτερική ύδρευση, 53,7% σε σπίτια με εσωτερικό αποχωρητήριο, 38,8% σε σπίτια με μπανιέρα ή λουτρό και το 38,9% διέμεναν σε σπίτια που διέθεταν τηλέφωνο την στιγμή που τα αντίστοιχα ποσοστά των κατοικιών του συνόλου του πληθυσμού ανέρχονταν σε ποσοστά 80%, 62,1%, 50,7% και 43,1%. Επίσης, δείχθηκε πως οι ηλικιωμένοι που ζούσαν σε αστικές περιοχές είχαν πολύ περισσότερες ανέσεις από τους ηλικιωμένους που ζούσαν σε χωριά τα σπίτια των οποίων παρουσίαζαν σοβαρές ελλείψεις (Κανελλοπούλου, 1982, σελ. 48).

Η Μαλικιώτη – Λοΐζου, αναφερόμενη σε μια πιο πρόσφατη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) που διεξήχθη το 1980 και η οποία

---

<sup>8</sup> Η εργονομία είναι η επιστήμη που εξετάζει τις δυνατότητες προσαρμογής των φυσικών δυνατοτήτων του ανθρώπινου σώματος σε σχέση με τις τεχνικές που έχουν αναπτυχθεί με σκοπό να τον εξυπηρετούν καλύτερα (Πηγή: Πετρίδης, 1991, σελ. 227).

έγινε στο σύνολο των ηλικιωμένων στις αγροτικές περιοχές, έδειξε ότι μόνο το 20% από αυτούς είχαν μπανιέρα, το 36% είχαν εσωτερικό αποχωρητήριο, ενώ το 6% έμεναν σε σπίτια που δεν είχαν καθόλου αποχωρητήριο. Επίσης, στην ίδια έρευνα αναφέρεται το γεγονός ότι λιγότερο από το 30% των ανθρώπων αυτών είχαν τηλέφωνο, μία τόσο ουσιαστική υπηρεσία για τα άτομα προχωρημένης ηλικίας (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 13).

Την ίδια περίοδο στις αστικές περιοχές οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα διαφορετικά αλλά εξίσου σοβαρά. Οι αστικές κατοικίες είναι πολύ μικρές χωρίς υπαίθριους χώρους και συνήθως βρίσκονται σε πολυσύχναστους δρόμους. Οι ηλικιωμένοι λοιπόν αναγκάζονται να ζήσουν εγκλωβισμένοι σε μικρά διαμερίσματα περιορίζοντας τις φυσικές τους δυνατότητες καθώς είναι επικίνδυνο να κυκλοφορούν στις πόλεις (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982, σελ. 18).

Όμως το πιο σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι στις κατοικίες τους, σύμφωνα με την έρευνα της ΠΟΥ, είναι ότι οι κατοικίες κατασκευάζονται σύμφωνα με τα ανθρωπομετρικά δεδομένα ενός υγιούς ενήλικα χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες των ατόμων που ανήκουν σε ειδικές κατηγορίες όπως για παράδειγμα τα άτομα της τρίτης και κυρίως της τέταρτης ηλικίας (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982, σελ. 18).

Η κατάσταση αυτή όμως των κατοικιών στα οποία διαμένουν ηλικιωμένοι δεν έχει βελτιωθεί καθόλου ακόμη και τώρα, αρκετά χρόνια έπειτα. Το γεγονός της προβληματικής αυτής κατάστασης γίνεται εμφανές από το πόρισμα έρευνας του ΕΚΚΕ το 1992 στο οποίο αναφέρεται πως η μειονεκτική θέση των Ελλήνων ηλικιωμένων μπορεί να δειχθεί μέσα από τα στοιχεία για τις συνθήκες στέγασής τους. Μάλιστα, στα πορίσματα της έρευνας αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι «οι ηλικιωμένοι είναι σε χειρότερη κατάσταση από οποιαδήποτε άλλη ομάδα του πληθυσμού αναφορικά με όλους τους δείκτες

στεγαστικών ευκολιών που χρησιμοποιούνται σε διάφορες έρευνες οικογενειακού προϋπολογισμού» (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 47).

### Μεταφορά - Μετακίνηση

Στην Ελλάδα αλλά και στις άλλες αναπτυγμένες χώρες έχει επικρατήσει η τάση ο ηλικιωμένος να παραμένει στο οικείο του περιβάλλον μακριά από το χώρο του ιδρύματος. Η διαβίωση του ηλικιωμένου μέσα στην κοινότητα μπορεί να αποτελεί αποδεδειγμένα στην σωστότερη επιλογή, όμως, είναι πιθανό να συνοδεύεται από γεγονότα που δυσχεραίνουν την καθημερινότητά του καθώς, όπως έχει ειπωθεί, η διαδικασία της γήρανσης χαρακτηρίζεται από σταδιακή μείωση των σωματικών και διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου. Επομένως, το ηλικιωμένο άτομο προκειμένου να μην παραμένει εγκλωβισμένο στο σπίτι που πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερη φροντίδα από το περιβάλλον του και την κοινωνία καθώς αποτελεί άτομο με ιδιαιτερότητες.

Στα μέσα της δεκαετίας του '80 η Μαλικιώτη – Λοϊζου αναφέρει ότι σχετικά με την ανάγκη μεταφοράς και μετακίνησης των ηλικιωμένων το κράτος δεν έχει ακόμη δραστηριοποιηθεί. Αυτό που υπάρχει είναι μονάχα μια σποραδική βοήθεια των εθελοντών του Ερυθρού Σταυρού κυρίως στην περιοχή της πρωτεύουσας για την μεταφορά ηλικιωμένων σε διάφορα μέρη για ιατρικούς κυρίως σκοπούς (Μαλικιώτη – Λοϊζου, 1988, σελ. 56).

Οι Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου αναφέρουν έπειτα από δέκα χρόνια, στις αρχές της δεκαετίας του '90, ότι οι δημόσιοι χώροι στην Ελλάδα ελάχιστα έχουν προσαρμοστεί στις ιδιαιτερότητες των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Παρατηρούνται έτσι σημαντικά προβλήματα μετακίνησης των ηλικιωμένων στους δημόσιους χώρους εξαιτίας των ατελειών που παρουσιάζουν τα πεζοδρόμια και των δυσκολιών πρόσβασης στα δημόσια κτίρια λόγω

έλλειψης για παράδειγμα ειδικών ραμπών (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 61).

Το κράτος μέχρι σήμερα απαντά στο πρόβλημα της μετακίνησης των ηλικιωμένων μόνο με μέτρα οικονομικής ενίσχυσης. Έτσι λοιπόν από το 1983 έχει παραχωρήσει στους ηλικιωμένους το προνόμιο να ταξιδεύουν με μισό ή καθόλου εισιτήριο σε πολλά από τα μεταφορικά μέσα σε όλη τη χώρα (Μαλικιώτη – Λοϊζου, 1988, σελ. 21). Οι οικονομικές όμως παροχές του κράτους για τα μειωμένα εισιτήρια μπορεί να αποτελούν σημαντικό βοήθημα για τους ηλικιωμένους, καθώς συμπληρώνουν τις χαμηλές συντάξεις, εντούτοις δεν αποτελούν προτρεπτικό παράγοντα ώστε αυτοί να κυκλοφορούν έξω στους δρόμους καθώς δεν μπορούν να τους εγγυηθούν την σωματική τους ακεραιότητα.

### Υγεία

Η υγεία, όπως είναι εύλογο, αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα για τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Έχει ήδη γίνει λόγος για την υπέρμετρη ενασχόληση των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας με θέματα υγείας καθώς μέσα από την διαδικασία της γήρανσης βιώνουν αλλαγές στο σώμα και την φυσική τους κατάσταση.

Ο Ζιώμας, αναφέρει πως το ελληνικό κράτος μέσα στη δεκαετία του '80 καθιέρωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) το οποίο ωφέλησε αρκετά τους ηλικιωμένους. Ο Ζιώμας αναφέρει πως το ΕΣΥ μπορεί να μην αφορούσε αποκλειστικά στην περίθαλψη των ηλικιωμένων αλλά βοήθησε πολύ αυτή την μερίδα ατόμων καθώς απευθυνόταν στους λιγότερο προνομιούχους ανάμεσα στους οποίους καταλέγονται και οι ηλικιωμένοι. Το ΕΣΥ εγκαθιστώντας νοσοκομεία στην περιφέρεια, μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα, εξυπηρέτησε τους ηλικιωμένους οι οποίοι δεν αναγκάζονταν πλέον να ταξιδεύουν στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη για θέματα υγείας. Από την άλλη,

δημιουργώντας κέντρα υγείας συντέλεσε στο να αποφεύγουν οι ηλικιωμένοι τη νοσηλεία σε νοσοκομεία. Τέλος είναι εμφανές πως το ΕΣΥ βοήθησε τους ηλικιωμένους καθώς αυξήθηκαν οι νοσοκομειακές κλίνες και βελτιώθηκαν οι υπηρεσίες υγείας (Ζιώμας, 1989, σελ. 11).

Η Μαλικιώτη, την ίδια εποχή, αναφέρει πως στην Ελλάδα δεν έχουν αναπτυχθεί προληπτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους. Πάντως, όπως αναφέρει η ερευνήτρια, από το 1976 λειτουργούν πειραματικές προληπτικές γηριατρικές μονάδες στην περιοχή των Αθηνών οι οποίες προσφέρουν κλινικά τσεκ-απ, χορήγηση φαρμάκων, εργαστηριακές αναλύσεις ακόμη και κατ' οίκον νοσηλεία όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 28).

Η ίδια κατάσταση ισχύει αρκετά χρόνια αργότερα όπως δεικνύεται από μελέτη του κέντρου κοινωνικών επιστημών της υγείας. Το γεγονός αυτό δικαιολογείται για την ελληνική πολιτεία με το να υποστηρίζει πως ο τομέας της πρόληψης δεν είναι συνδεδεμένος στην ελληνική κοινωνία με την περίθαλψη ηλικιωμένων αλλά ατόμων νεότερης ηλικίας. Για τους ηλικιωμένους προτιμάται η θεραπεία που περιλαμβάνει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και νοσηλεία το κόστος των οποίων είναι πολύ μεγάλο. Ενδεικτικό αυτής της κατάστασης είναι το πόρισμα έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε το 1988 από τον ΠΟΥ σύμφωνα με το οποίο δεικνύεται ότι οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα χρησιμοποιούν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες δύο φορές περισσότερο από τις νεότερες ηλικίες. Επίσης, παρατηρείται ότι οι εισαγωγές των ηλικιωμένων σε νοσοκομεία αυξάνονται στην διάρκεια των εορτών και των διακοπών (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1991, σελ. 304).

Όμως, τα πορίσματα της έρευνας φέρνουν στην επιφάνεια ένα μεγάλο πρόβλημα στον τομέα της υγείας το οποίο συνίσταται στην υπερβολική χρήση των γενικών νοσοκομείων, των οποίων οι υπηρεσίες δεν είναι έτσι κι αλλιώς επαρκείς, από τους ηλικιωμένους. Το φαινόμενο όμως αυτό δεν οφείλεται

μονάχα στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι με την παραμικρή αιτία επιδιώκουν την είσοδό τους σε νοσοκομείο αλλά επίσης στο ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει ανεπτυγμένο δίκτυο υπηρεσιών για χρόνιους πάσχοντες και εξαρτημένους ανθρώπους. Τα ιδρύματα χρονίων πασχόντων είναι ελάχιστα ενώ οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι αμφιβόλου ποιότητας, ενώ κέντρα αποκατάστασης και νοσοκομεία ημέρας δεν υπάρχουν στην Ελλάδα. Έτσι λοιπόν οι συγγενείς ηλικιωμένων εξαρτημένων ατόμων όταν χρειάζεται να κινηθούν ελεύθερα χωρίς να εμποδίζονται από το εξαρτημένο άτομο βρίσκουν μοναδική λύση το γενικό νοσοκομείο στο οποίο εισάγουν για κάποιο διάστημα τον ηλικιωμένο συγγενή τους.

Μία ακόμη αδυναμία στον τομέα περίθαλψης των Ελλήνων ηλικιωμένων η οποία οδηγεί στην υπερβολική χρήση των γενικών νοσοκομείων είναι η έλλειψη γηριατρικών κλινικών και ειδικοτήτων (Μεθenaίου, Τριανταφύλλου, 1991, σελ. 304). Σχετικά με αυτό το ζήτημα, η Μαλικιώτη – Λοϊζου αναφέρει πως οι Έλληνες ηλικιωμένοι εξυπηρετούνται από τις γενικές υγειονομικές υπηρεσίες που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού και όχι από ειδικά γηριατρικά νοσοκομεία ή γηριατρικές μονάδες στα γενικά νοσοκομεία, επανδρωμένα από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, όπως θα έπρεπε, μια και οι ηλικιωμένοι κάνουν υπερβολική χρήση των υπηρεσιών αυτών. Έτσι λοιπόν, προκαλούνται προβλήματα στην ομαλή παροχή υπηρεσιών περίθαλψης στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού επιπλέον όμως δεν μπορεί το σύστημα αυτό να εγγυηθεί ολοκληρωμένη θεραπεία στους ηλικιωμένους καθώς σε άλλες χώρες η γηριατρική αποτελεί ξεχωριστό κλάδο της ιατρικής (Μαλικιώτη – Λοϊζου, 1988, σελ. 25).

Τέλος, ένα ακόμη πρόβλημα που παρουσιάζει το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας και αφορά πολύ τους ηλικιωμένους με τις αυξημένες ιατρικές τους ανάγκες είναι η άνιση κατανομή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε όλη την επικράτεια. Τα νοσοκομεία που δημιουργήθηκαν από το ΕΣΥ δεν

επαρκούν. Άλλωστε πολλά έχουν λεχθεί για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Επιπλέον, όπως δείχθηκε μετά από αρκετά χρόνια, ο θεσμός των κέντρων υγείας δεν προχώρησε με αποτέλεσμα πολλές από αυτές τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης να εκλείψουν και οι υπόλοιπες να υπολειτουργούν (Ζιώμας, 1989, σελ. 12).

Παρόλα τα προβλήματα, όμως, το κράτος τα τελευταία χρόνια κάνει προσπάθειες βελτίωσης της κατάστασης μέσα από την ανάπτυξη κατ' οίκον νοσηλείας αποκλειστικά για ηλικιωμένους.

Όμως τα προβλήματα και οι ελλείψεις που αναφέρθησαν σε συνδυασμό με την ευαισθησία που παρουσιάζει η υγεία των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας κάνει επιτακτική την ανάγκη λήψης πρόσθετων μέτρων στον τομέα αυτό.

#### Οικονομική κατάσταση

Ο Lagoque υποστηρίζει πως ανάμεσα στους ηλικιωμένους βρίσκονται οι πιο πλούσιοι και οι πιο φτωχοί άνθρωποι από τον πληθυσμό. Οι πλουσιότεροι ζουν με την συσσώρευση περιουσίας που έχουν κληρονομήσει από προηγούμενες γενεές και οι φτωχότεροι εγκαταλείποντας την επαγγελματική τους δραστηριότητα ζουν με τις συντάξεις που αποτελούν μέρος του μισθού που έπαιρναν όταν εργάζονταν. Ο αριθμός όμως των φτωχών ηλικιωμένων όπως υποστηρίζει ο Lagoque, αποτελεί την συντριπτική πλειοψηφία ενώ πρέπει να ειπωθεί πως από αυτούς στην χειρότερη θέση βρίσκονται συνήθως οι γυναίκες (Lagoque, 1981, σελ. 10).

Τα λόγια του Lagoque, δυστυχώς, βρίσκουν αντίκρισμα και στην ελληνική πραγματικότητα. Έπειτα από έρευνες έχειδειχθεί ότι ανάμεσα στους Έλληνες ηλικιωμένους βρίσκονται μερικοί από τους πιο πλούσιους ανθρώπους της χώρας συνάμα όμως υπάρχει μεγάλος αριθμός ανθρώπων που αγγίζει ή ακόμη πέφτει κάτω από τα όρια της φτώχειας. Σε πλεονεκτική θέση βρίσκονται οι

ηλικιωμένοι που έχουν περιουσία και εκείνοι που λαμβάνουν πολλαπλές συντάξεις από διάφορα ασφαλιστικά και επικουρικά ταμεία. Την ίδια στιγμή όμως ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ζει με μοναδικό του έσοδο μία πενιχρή σύνταξη η οποία υπολείπεται πολύ το ελάχιστο όριο διαβίωσης (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 331).

Η άσχημη οικονομική κατάσταση της μεγάλης αυτής μερίδας των ηλικιωμένων γίνεται εμφανής μέσα από τα πορίσματα εθνικών ερευνών. Σε μία μελέτη του προσωπικού εισοδήματος που πραγματοποιήθηκε από το ΕΚΚΕ το 1985 έχει δειχθεί πως το 57% του πληθυσμού των ηλικιωμένων ανήκε, εκείνη την εποχή, στην χαμηλότερη από τις τρεις ομάδες εισοδήματος σε σύγκριση με το 28% των ατόμων ηλικίας 25 έως 44 ετών και το 32% των ατόμων ηλικίας 45 έως 64 ετών. Επίσης, σύμφωνα με την εθνική μελέτη του ΕΚΚΕ για την φτώχεια η οποία βασίστηκε σε στοιχεία της έρευνας οικογενειακού προϋπολογισμού του 1981-82, φαίνεται πως οι περιπτώσεις φτώχειας αυξάνονται σημαντικά όταν ο αρχηγός της οικογένειας φθάνει το 65<sup>ο</sup> έτος και είναι ακόμη συχνότερες για εκείνες τις οικογένειες των οποίων ο αρχηγός ανήκει στην τέταρτη ηλικία. Συγκεκριμένα, στα νοικοκυριά των οποίων ο αρχηγός ανήκει στην τρίτη ηλικία, ποσοστό 26% βρέθηκε να ζει σε επίπεδο φτώχειας ενώ, στα νοικοκυριά των οποίων ο αρχηγός της οικογένειας ανήκει στην τέταρτη ηλικία το ποσοστό αυτό κυμαίνεται σε 42% (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 46).

Την θλιβερή αυτή κατάσταση μπορεί κάποιος να την αντιληφθεί εφόσον μελετήσει την εισοδηματική πολιτική για τους ηλικιωμένους που ακολουθείται από το κράτος. Υπάρχουν λοιπόν 327 ταμεία κοινωνικής ασφάλισης τα περισσότερα από τα οποία επιβλέπονται από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ανάμεσα στα ταμεία αυτά υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στο επίπεδο των συντάξεων που παρέχονται. Τα δύο μεγαλύτερα ταμεία, από την άποψη του αριθμού των ασφαλισμένων που περιλαμβάνουν, είναι το ΙΚΑ και ο ΟΓΑ. Η ελάχιστη σύνταξη που δινόταν από



το ΙΚΑ το 1992 ήταν 67.000 δρχ. το μήνα και το 70% των ασφαλισμένων σε αυτό το ταμείο λάμβαναν το ποσό αυτό το οποίο κυμαινόταν κάτω από το όριο της φτώχειας. Το ταμείο του ΟΓΑ την ίδια εποχή έδινε ως κατώτατη σύνταξη το ποσό των 12.000 δρχ., ένα ποσό που μόνο ως συμπλήρωμα εισοδήματος θα μπορούσε να θεωρηθεί καθώς υπολειπόταν πολύ το ελάχιστο όριο διαβίωσης του Έλληνα πολίτη (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 45).

Επίσης την ίδια χρονιά το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων παρείχε μέσω του ΟΓΑ μηνιαία σύνταξη 12.000 δρχ. σε ανασφάλιστα άτομα 68 ετών και άνω. Το ποσό αυτό μολονότι στις μέρες μας έχει φθάσει τις 40.000 δρχ. περίπου, ακόμη κυμαίνεται πολύ χαμηλότερα από το ελάχιστο όριο διαβίωσης (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 45).

Βέβαια, υπάρχουν αρκετοί ηλικιωμένοι οι οποίοι είτε από επικουρικές συντάξεις, είτε από το σύνολο πολλαπλών συντάξεων, είτε τέλος από προσωπική περιουσία λαμβάνουν μεγαλύτερα εισοδήματα. Όμως αυτό δεν συνεπάγεται την κατάρριψη της πραγματικότητας του μεγάλου αριθμού των Ελλήνων ηλικιωμένων που ζουν μέσα σε άθλιες οικονομικές συνθήκες και οι οποίοι γι' αυτό αναγκάζονται να ζήσουν στο περιθώριο.

### Προστασία

Μία από τις σημαντικές ανάγκες των Ελλήνων ηλικιωμένων είναι αυτή της νομικής προστασίας και εξυπηρέτησης των δικαιωμάτων τους. Η ανάγκη αυτή είναι επιτακτική καθώς οι ηλικιωμένοι σταδιακά γίνονται περισσότερο αδύνατοι σωματικά και διανοητικά και συνεπώς ευάλωτοι σε διάφορα είδη κακομεταχείρισης τόσο από την κοινωνία όσο και από την ίδια την οικογένεια (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 143).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1987 σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα έχει δειχθεί ότι το φαινόμενο αυτό δεν είναι άγνωστο στην ελληνική κοινωνία. Ειδικότερά το 13% του

αντιπροσωπευτικού δείγματος της έρευνας δήλωσε πως υπέστη κακοποίηση τον χρόνο πριν την πραγμάτωση της έρευνας, ενώ 3,2% ανέφερε πως έγινε θύμα κακοποίησης τις ημέρες που διεξαγόταν η έρευνα. Επίσης, το 14% από τους ερωτώμενους γνώριζε περιστατικά κακοποίησης άλλων ηλικιωμένων ατόμων μέσα στον τελευταίο χρόνο. Ακόμη, πρέπει να ειπωθεί, ότι τα θύματα είχαν υποστεί πολλαπλές κακοποιήσεις και διαφόρων ειδών. Σύμφωνα πάντα με την έρευνα τα είδη κακοποίησης που παρουσιάστηκαν ήταν οι κλοπές, ο ξυλοδαρμός, η λεκτική κακοποίησης, παραμέληση, ακοή και σεξουαλική κακοποίηση (Σπινέλλη, Πίτσιου, 1981, σελ. 110).

Πέρα όμως από την κακοποίηση των ηλικιωμένων που ζουν έξω στην κοινωνία συχνά βγαίνουν στο φως της δημοσιότητας περιπτώσεις κακοποίησης των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα. Τα παραδείγματα από την πρόσφατη επικαιρότητα είναι πολλά, όπως ενός γηροκομείου στο οποίο σύμφωνα με καταγγελίες, το προσωπικό αλυσοδένει τους ηλικιωμένους, καθώς επίσης, ενός άλλο γηροκομείου στο οποίο σύμφωνα πάλι με καταγγελίες, το προσωπικό κακοποιεί τους τροφίμους, ενώ σε μερικές περιπτώσεις εκδίδει πιστοποιητικά θανάτου προτού οι ηλικιωμένοι πεθάνουν!

Στην μορφή αυτή κακοποίησης που λαμβάνει χώρα μέσα στα ιδρύματα αναφέρεται η Δάλλα – Βοργιά. Συγκεκριμένα, αναφέρει πως η κακοποίηση στα Ελληνικά Ιδρύματα οφείλεται στο γεγονός ότι το προσωπικό που εργάζεται εκεί πολλές φορές μπορεί να μην έχει την κατάλληλη επαγγελματική κατάρτιση ενώ άλλες φορές πρόκειται για απλή αδιαφορία προς αυτούς τους ανθρώπους. Η κακομεταχείριση των ηλικιωμένων μέσα στα ιδρύματα εκφράζεται τις περισσότερες φορές με υπερβολική χορήγηση ηρεμιστικών ή με περιορισμό των φυσικών δυνάμεων των ηλικιωμένων (Δάλλα – Βοργιά, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Συστηματικές προσπάθειες κρατικής παρέμβασης στο ζήτημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων δεν έχουν σημειωθεί στην Ελλάδα. Έχουν

αναπτυχθεί κάποια προγράμματα από τα ΚΑΠΗ αλλά αυτό που χρειάζεται να γίνει είναι η εφαρμογή προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης των ηλικιωμένων (Μαλικιώτη – Λοϊζου, 1988, σελ. 44).

## β) Κοινωνικές Ανάγκες

Αναφορικά με τις κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων πρέπει να ειπωθεί ότι αυτές είναι πολύ σημαντικές για την ψυχική τους ευημερία. Τα άτομα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, μέσα από την διαδικασία της γήρανσης δεν τρέπονται σε άβουλα όντα ανίκανα να αντιδράσουν αλλά τις περισσότερες φορές παραμένουν υγιή και αυτόνομα. Αυτό όμως είναι κάτι που πρέπει να το αποδεικνύουν συνεχώς καθώς έχουν να αντιμετωπίσουν την δυσπιστία των νεότερών τους. Επομένως, χρειάζονται ποικίλα ερεθίσματα και συμμετοχή στην κοινωνία τους προκειμένου να αισθάνονται ότι ανήκουν ακόμη σε αυτήν.

Σύμφωνα με τον Maslow, οι κοινωνικές ανάγκες φανερώνουν την ανάγκη του ανθρώπου να συναλλάσσεται με τους γύρω του και έτσι νιώθει ότι κάπου ανήκει και ότι είναι κοινωνικά αποδεκτός (Maslow A.H., 1997, σελ. 40). Εδώ λοιπόν, θα αναλυθούν οι ανάγκες των Ελλήνων ηλικιωμένων για εργασία, εκπαίδευση και ψυχαγωγία.

## Εργασία

Μία από τις ανάγκες των Ελλήνων ηλικιωμένων, όπως αναφέρθηκε, είναι η ικανοποίηση της επιθυμίας τους για απασχόληση και προσφορά τους στο κοινωνικό σύνολο εφόσον οι ίδιοι αισθάνονται ακόμη ικανοί.

Την ανάγκη αυτή δεν την αισθάνονται μονάχα οι Έλληνες ηλικιωμένοι αλλά όλα τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας σε παγκόσμια κλίμακα. Αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό από όσα αναφέρθηκαν σχετικά με την διαδικασία της συνταξιοδότησης και τις συνέπειές της στον ηλικιωμένο.

Ένας όμως επιπλέον λόγος για τον οποίο πολλοί Έλληνες ηλικιωμένοι αισθάνονται την ανάγκη να συνεχίσουν να εργάζονται συνίσταται στις οικονομικές δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν πολλοί από αυτούς καθώς το ποσό της σύνταξης που λαμβάνουν μετά την αποχώρησή τους από την εργασία μειώνεται σημαντικά (Πουλλοπούλου, 1991, σελ. 227).

Όμως η επιθυμία αυτή των Ελλήνων ηλικιωμένων για συνέχιση της εργασίας τους τις περισσότερες φορές δεν πραγματοποιείται καθώς γύρω στα 60 με 65 τους έτη έρχεται η ώρα της υποχρεωτικής συνταξιοδότησης.

Ο Ζιώμας σύμφωνα με στοιχεία αναφέρει ότι το 1988 ενώ εργαζόμενοι Έλληνες ηλικίας 50 έως 64 ετών είναι σε ποσοστό 71% άντρες και 31,6% γυναίκες, τα ποσοστά αυτά περιορίζονται σημαντικά για τα άτομα που μπαίνουν στις τρίτη ηλικία (Ζιώμας, 1989, σελ. 8).

Η Πουλλοπούλου από την άλλη αναφέρει πως στην Ελλάδα το ποσοστό που φανερώνει τον αριθμό των ατόμων που εργάζονται μετά την ηλικία της συνταξιοδότησης στο μεγαλύτερο μέρος του αναφέρεται σε αυτοαπασχολούμενους, κυρίως αγρότες, οι οποίες δεν υποχρεώνονται να εγκαταλείψουν την εργασία τους στα 65 τους χρόνια (Πουλλοπούλου, 1991, σελ. 227).

Η Μαλικιώτη – Λοΐζου θίγοντας το ζήτημα της υποχρεωτικής συνταξιοδότησης που ισχύει στην Ελλάδα καθώς επίσης την ψυχολογική φθορά που είναι πιθανό να προκαλέσει στο άτομο αναφέρει πως στην Ελλάδα δεν έχουν αναπτυχθεί προγράμματα σταδιακής συνταξιοδότησης αλλά και προετοιμασίας των ηλικιωμένων για το επερχόμενο γεγονός. Αυτό όμως μπορεί να θεωρηθεί σοβαρή παράλειψη καθώς τα προγράμματα αυτά θα διευκόλυναν την ομαλή προσαρμογή των ατόμων αυτών στην νέα πραγματικότητα (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 45).

## Εκπαίδευση

Η ανάγκη των ηλικιωμένων για εκπαίδευση και ενημέρωσή τους πάνω στις σύγχρονες εξελίξεις είναι επιτακτική καθώς η γνώση κάνει την ζωή των ηλικιωμένων ευκολότερη. Οι ηλικιωμένοι χρειάζεται να εκπαιδεύονται και να γίνονται γνώστες της σημερινής προχωρημένης τεχνολογίας προκειμένου να μπορούν να επικοινωνούν με τους νεότερους μέσα από τον ίδιο κώδικα επικοινωνίας. Άλλωστε, το γεγονός ότι προγράμματα τηλε-πληροφορικής αποτελούν πλέον σε πολλές χώρες αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας ατόμων με ειδικές ανάγκες παρέχοντάς τους υπηρεσίες τηλε-ιατρικής και τηλεπικοινωνιακής εργασίας μέσα από το ηλεκτρονικό διαδίκτυο (internet) καθιστά αναπόφευκτη την εκπαίδευση των ηλικιωμένων ακόμη και στην χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή (Βάγια, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Στην Ελλάδα αναφορικά με την εκπαίδευση των ηλικιωμένων πρέπει να γίνει συστηματική προσπάθεια. Αυτό διότι, όπως προκύπτει από έρευνες ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα των γυναικών στην σύγχρονη πραγματικότητα είναι αναλφάβητοι.

Συγκεκριμένα, τα πορίσματα έρευνας στα ΚΑΠΗ δεικνύουν ότι ένα πολύ υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων και ιδίως γυναικών δεν ξέρουν γράμματα. Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους που θεωρούνται μορφωμένοι σύμφωνα με την έρευνα είτε έχουν απολυτήριο δημοτικού είτε έχουν παρακολουθήσει κάποιες τάξεις του δημοτικού (Τεπέρογλου, 1990, σελ. 76).

Στην Ελλάδα λειτουργεί ανοιχτό πανεπιστήμιο για όλες τις ηλικίες ενώ κάποιες εθελοντικές οργανώσεις προσφέρουν προγράμματα επιμόρφωσης μόνο ηλικιωμένων. Τέτοια προγράμματα επίσης προσφέρονται μέσα από ομιλίες που οργανώνονται στα ΚΑΠΗ (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 48).

Όλα αυτά τα προγράμματα μπορεί να είναι ενδιαφέροντα, δεν μπορούν όμως να καλύψουν τις ελλείψεις των Ελλήνων ηλικιωμένων στον τομέα της εκπαίδευσής τους. Προκειμένου να γίνει αυτό πρέπει πρωταρχικά να γίνει

συνείδηση όλων των Ελλήνων ότι τα άτομα προχωρημένης ηλικίας μπορούν και πρέπει να μορφώνονται συστηματικά.

### Ψυχαγωγία

Η ψυχαγωγία αποτελεί για τον ηλικιωμένο μία ανάγκη με ιδιαίτερη σημασία, διότι τον βοηθά να παραμένει ενεργό μέλος της κοινωνίας διατηρώντας έτσι την ψυχική του ευημερία.

Στην Ελλάδα γεγονός είναι πως οι ηλικιωμένοι ψυχαγωγούνται κυρίως μέσα από οικογενειακές ή κοινωνικο-θρησκευτικές εκδηλώσεις.

Η έρευνα της ΠΟΥ η οποία διεξήχθη στις αρχές της δεκαετίας του '80 δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι άντρες των αστικών κέντρων συμμετέχουν σε θεατρικές ή άλλες καλλιτεχνικές εκδηλώσεις σε ποσοστό 15%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών αγγίζει το 5% έως 9% περίπου. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή αναφέρθηκε πως οι πιο δημοφιλείς δραστηριότητες είναι οι οικογενειακές εκδηλώσεις και οι κοινωνικές συναντήσεις θρησκευτικού χαρακτήρα. Επίσης, δείχθηκε πως μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων συμμετέχει σε προγράμματα κοινωνικού τουρισμού, πηγαίνοντας σε λουτροπόλεις για θεραπευτικά μπάνια, 20 περίπου ημέρες τον χρόνο (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982, σελ. 32).

Η Μαλικιώτη αναφερόμενη στην ίδια έρευνα υποστηρίζει πως οι ηλικιωμένοι στην επαρχία αρέσκονται να συχνάζουν στα καφενεία, ενώ οι γυναίκες μαζεύονται στα σπίτια της γειτονιάς (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 32).

Μετά από δέκα χρόνια περίπου έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα ΚΑΠΗ δεν παρουσιάζει σοβαρές διαφοροποιήσεις. Οι ηλικιωμένοι άντρες της επαρχίας συνεχίζουν να συχνάζουν σε καφενεία, ενώ οι γυναίκες προτιμούν να παραμένουν σπίτι και να φροντίζουν το νοικοκυριό τους. Οι άντρες των μεγάλων αστικών κέντρων συχνάζουν σε καφενεία εκφράζουν όμως την προτίμησή τους

για εκδρομές και περιπάτους. Η ηλικιωμένη γυναίκα της πόλης εξακολουθεί να προτιμά την ενασχόλησή της με το νοικοκυριό, ενώ, η τηλεόραση κατέχει σημαντική θέση στην διάθεση του χρόνου της. Επίσης, μέσα από αυτή την έρευνα προκύπτει πως δεν υπάρχουν αξιολογες διαφορές στις προτιμήσεις ανάμεσα στην τρίτη και τέταρτη ηλικία (Τεπέρογλου, 1990, σελ. 145).

Σαν απάντηση σε αυτές τις διαθέσεις των ηλικιωμένων για ψυχαγωγία έρχεται ο θεσμός των ΚΑΠΗ. Ο χώρος των ΚΑΠΗ διαμορφωμένος από την μία σαν καφενείο και από την άλλη σαν κάποια γωνιά στο σαλόνι ενός σπιτιού, δίνει στους ηλικιωμένους, άντρες και γυναίκες, την αίσθηση ότι βρίσκονται σε φιλικό τους περιβάλλον. Επίσης, τα προγράμματα πολιτιστικών εκδηλώσεων, οι γιορτές και οι εκδρομές που προγραμματίζονται βοηθούν τους ηλικιωμένους να διατηρήσουν την κοινωνική τους ταυτότητα.

### γ) Ψυχοσυναισθηματικές Ανάγκες

Το άτομο της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, όπως έχει ήδη αναφερθεί, έχει ιδιαίτερη ανάγκη να νιώθει ότι ακόμη είναι ικανό να δημιουργεί και να νιώθει ότι είναι απαραίτητο και αγαπητό, δηλαδή ότι ακόμη είναι κοινωνικά αποδεκτό. Σύμφωνα όμως με τον Maslow, η αναγκαιότητα της βίωσης όλων αυτών των συναισθημάτων περιλαμβάνεται στις δύο τελευταίες βαθμίδες της ιεράρχησης των αναγκών οι οποίες είναι οι ανάγκες του εγώ και της αυτοπραγμάτωσης. Εδώ λοιπόν θα αναπτυχθεί το ζήτημα της ικανοποίησης των αναγκών του εγώ του Έλληνα ηλικιωμένου μέσα από την ανάγκη του να λαμβάνει αγάπη από το οικείο του περιβάλλον και σεβασμό από την κοινωνία που αυτός βιώνει.

### Η Θέση του Ηλικιωμένου στην Ελληνική Οικογένεια

Στο κεφάλαιο που αναφέρεται στην σχέση του ηλικιωμένου με τα μέλη της οικογένειάς του έγινε αναφορά στην σημαντική επίδραση που έχει

πάνω στον ηλικιωμένο η μορφή που παίρνει η σχέση αυτή. Ο ηλικιωμένος που βιώνει την αγάπη και την στοργή της οικογένειάς του νιώθει ασφαλής και ευτυχισμένος. Οι ηλικιωμένοι που συνήθως ζουν για τα παιδιά και τα εγγόνια τους αντλούν ικανοποίηση όταν αισθάνονται ότι δεν αποτελούν βάρος και ταυτόχρονα η αυτοεκτίμησή τους μεγαλώνει μέσα από την αίσθηση ευγνωμοσύνης που λαμβάνουν από την οικογένειά τους για αυτά που προσέφεραν στο παρελθόν και για εκείνα που συνεχίζουν να προσφέρουν.

Οι αλλαγές που επέφερε όμως η σύγχρονη καταναλωτική ελληνική κοινωνία στην δομή της οικογένειας είχε σαν αποτέλεσμα οι σχέσεις με τους ηλικιωμένους συγγενείς της να δοκιμαστούν.

Ο Δοντάς λοιπόν παρουσιάζεται απαισιόδοξος σχετικά με την θέση του ηλικιωμένου στην ελληνική οικογένεια. Αναφέρει πως στην πατριαρχική εκτεταμένη οικογένεια των πολλών γεννεών οι γέροι αποτελούσαν οργανικό και ουσιαστικό μέλος της. Αντίθετα, στην πυρηνική οικογένεια όπου η γνώση μέσα από την πείρα μιας μακρόχρονης πορείας παίζει ελάχιστο ρόλο η θέση του ηλικιωμένου έχει ανεπανόρθωτα κλονιστεί (Δοντάς, 1993, σελ. 14).

Αντιθέτως, ο Ζιώμας υποστηρίζει πως μολονότι επήλθαν αλλαγές στην δομή της ελληνικής οικογένειας εντούτοις η θέση του ηλικιωμένου μέσα σε αυτήν δεν επηρεάστηκε καθόλου. Σύμφωνα με τον συγγραφέα τα παιδιά εξακολουθούν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους ενώ οι περιπτώσεις εγκατάλειψης των ηλικιωμένων όπως δεικνύουν οι έρευνες είναι ελάχιστες (Ζιώμας, 1989, σελ. 3).

Η Μαλικιώτη, 1988, αναφέρει ότι σύμφωνα με την έρευνα της ΠΟΥ δεικνύεται ότι στην περιοχή των Αθηνών το 56% των ηλικιωμένων ζουν με τα παιδιά τους ή πολύ κοντά σε αυτά, το 46% βλέπουν τα παιδιά τους καθημερινά και μόνο το 8% δεν βλέπουν κανένα συγγενικό πρόσωπο σε καθημερινή βάση (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 23).



Από την ίδια έρευνα σχετικά με τους ηλικιωμένους που διαβιούν σε αγροτικές περιοχές προκύπτει ότι το 86% των ηλικιωμένων ζουν με κάποιο συγγενικό πρόσωπο. Από αυτούς το 60% των ηλικιωμένων δηλώνει ότι ζει μαζί με τα παιδιά του ή πολύ κοντά σε αυτά, ενώ υπάρχει ένα 24% που δηλώνει πως δεν έχει κανένα από τα παιδιά κοντά του εξαιτίας της μετανάστευσης των νεότερων στα μεγάλα αστικά κέντρα (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982, σελ. 29).

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι οι Έλληνες ηλικιωμένοι τις περισσότερες φορές δεν βιώνουν την απόρριψη του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ζει μαζί με τα παιδιά τους. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί πως το γεγονός ότι ένα μέρος του ποσοστού των ηλικιωμένων δεν ζουν μαζί με τα παιδιά τους πολλές φορές μπορεί να οφείλεται στο φαινόμενο της «ανακλητέας απομάκρυνσης» που βιώνουν αρκετοί ηλικιωμένοι. Αυτό όμως αποβαίνει πολύ θετικό για τους ηλικιωμένους διότι αποδεικνύεται ότι με αυτό τον τρόπο οι ηλικιωμένοι μπορούν να χαρούν την αυτονομία τους ενώ παράλληλα δέχονται την αγάπη των παιδιών τους τα οποία είναι πρόθυμα να τους φροντίσουν εφόσον αυτό κριθεί αναγκαίο.

### Η Θέση του Ηλικιωμένου στην Ελληνική Κοινωνία

Η θέση του ηλικιωμένου μέσα στην κοινωνία την οποία βιώνει αποτελεί συνισταμένη διαφόρων παραγόντων όπως για παράδειγμα της αντίληψης που επικρατεί από τα άλλα μέλη της κοινωνίας για τους ανθρώπους αυτής της κατηγορίας αλλά και τον βαθμό στον οποίο το κράτος ενδιαφέρεται για αυτούς. Σε άλλες κοινωνίες λοιπόν οι ηλικιωμένοι είναι δυνατόν να χαιρόνται τον σεβασμό των συνανθρώπων τους και την φροντίδα του κράτους την ίδια στιγμή που κάπου αλλού απορρίπτονται επειδή δεν πληρούν τις προσδοκίες για νιάτα και ομορφιά.

Στην Ελλάδα η εποχή που οι ηλικιωμένοι θεωρούνταν αποκλειστικοί κάτοχοι της σοφίας και του εσωτερικού ψυχικού πλούτου αποτελεί παρελθόν. Αυτό άλλωστε φαίνεται από το γεγονός ότι η «γεροντοκρατία» άρχισε να φθίνει και από το 1974 η νέα γενιά παίρνει σημαντικό ρόλο στα πολιτικά πράγματα. Αναφορικά όμως με τον τρόπο αντιμετώπισης του συνόλου του πληθυσμού των Ελλήνων ηλικιωμένων από την ελληνική κοινωνία, πρέπει να ειπωθεί, πως αυτός εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από τις ικανότητες που οι ηλικιωμένοι διατηρούν. Σύμφωνα μάλιστα με την Κανελλοπούλου η ενσωμάτωση του ηλικιωμένου στην κοινωνία του εξαρτάται από τον βαθμό ανάπτυξης των λειτουργικών του ικανοτήτων (Κανελλοπούλου, 1982, σελ. 62).

Μία σύντομη όμως ματιά στην παραπάνω αναφορά των αναγκών των Ελλήνων ηλικιωμένων δίνει την εντύπωση ότι αυτή η ομάδα των πολιτών αποτελεί μία από τις πιο αδύναμες στην ελληνική κοινωνία. Μεγάλη μερίδα των ατόμων αυτών ζουν σε συνθήκες φτώχειας, στερούνται στοιχειώδεις ανέσεις κατοικίας και είναι αγράμματοι. Επιπλέον, πρέπει να αναφερθεί ότι σε συζητήσεις που πραγματώνονται σχετικά με το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα η κατηγορία των ηλικιωμένων περιλαμβάνεται ανάμεσα στις κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες. Προκειμένου όμως να γίνει κατανοητό ποιες ομάδες είναι κοινωνικά αποκλεισμένες, πρέπει να ειπωθεί, ότι το φαινόμενο αυτό για τα άτομα συνίσταται στην κατάσταση της ταυτόχρονης αποξένωσής τους από την αγορά εργασίας, την οικογένεια και το κράτος. Έτσι λοιπόν προκειμένου ένα άτομο να θεωρηθεί κοινωνικά αποκλεισμένο πρέπει συνάμα με την άθλια οικονομική του κατάσταση να μην έχει πρόσβαση σε συμπληρωματικές υπηρεσίες και να είναι απομονωμένο από οποιοδήποτε κοινωνικό δίκτυο μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά σε αυτό (Καραντινός, Κονιόρδος, Τίνιος, 1990, σελ. 6).

Σύμφωνα λοιπόν με τον ορισμό αυτό θα ήταν υπερβολή να θεωρηθεί ότι ολόκληρη η ομάδα των ηλικιωμένων είναι κοινωνικά αποκλεισμένη. Προκειμένου λοιπόν να κρίνει κανείς εάν ένα ηλικιωμένο άτομο είναι κοινωνικά αποκλεισμένο από την ελληνική κοινωνία πρέπει να λάβει υπόψη του τον βαθμό αυτονομίας του ηλικιωμένου, το μηνιαίο εισόδημά του καθώς επίσης την στήριξή του από την οικογένειά του. Πάντως, από όσα έχουν αναφερθεί, προκύπτει ότι το κράτος με την πολιτική που ακολουθεί οδηγεί τους περισσότερους ηλικιωμένους σε προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού.

**Συμπερασματικά**, πρέπει να ειπωθεί, πως οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν σε τίποτα ως προς τις ανάγκες τους από τους νεότερους ανθρώπους. Έχουν κι αυτοί τις ίδιες φυσικές και βιολογικές ανάγκες, τις ίδιες κοινωνικές ανάγκες, παρόμοιες ανησυχίες και παρορμήσεις.

Όπως δείχθηκε μέσα από τη μελέτη οι περισσότεροι Έλληνες ηλικιωμένοι είναι αναγκασμένοι να ζουν σε σπίτια τα οποία είναι κατασκευασμένα να ανταποκρίνονται στις ικανότητες ενός υγιούς ενήλικα και όχι ενός ατόμου προχωρημένης ηλικίας με σαφώς μειωμένες δυνατότητες. Αυτό όμως αποτελεί σοβαρό πρόβλημα καθώς οι ηλικιωμένοι ακόμη και μέσα στο προσωπικό τους χώρο κινδυνεύουν σε κάποιες γωνίες από παγίδες που μπορεί να τους προκαλέσουν κάποιο ατύχημα που θα έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους.

Την δυσκολία όμως και τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες ηλικιωμένοι στα σπίτια τους τούς αντιμετωπίζουν και στο εξωτερικό περιβάλλον σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό. Αυτό συμβαίνει διότι το κράτος δεν έχει ακόμη μεριμνήσει για την προσαρμογή των δημοσίων χώρων στις μειωμένες ανάγκες των ατόμων αυτών.

Όμως οι ηλικιωμένοι δεν κινδυνεύουν μόνο από τις στεγαστικές και χωροταξικές ατέλειες, αλλά και από την εγκληματικότητα καθώς η μειωμένη αντιληπτικότητα που συνεπάγεται η προχωρημένη ηλικία τους καθιστά εύκολη λεία για τέτοια επεισόδια ενώ η πολιτεία δεν έχει λάβει μέτρα πρόληψης του φαινομένου αυτού.

Επιπλέον, αναφορικά με την ανάγκη των Ελλήνων ηλικιωμένων για αξιοπρεπή περίθαλψη, όπως δείχθηκε, η πολιτεία έχει να αντιπαραθέσει νοσοκομεία που δυσλειτουργούν, τον θεσμό των πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τα κέντρα υγείας αποδυναμωμένα, και το σημαντικότερο την ανυπαρξία καθιερωμένης στρατηγικής πρόληψης και αποκατάστασης.

Από την άλλη, στην ανάγκη των Ελλήνων ηλικιωμένων για εξασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης η ελληνική πολιτεία απαντά με την παροχή, σε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού τους πενιχρών συντάξεων. Άλλωστε, σύμφωνα με τα πορίσματα ερευνών δεικνύεται πως η κατηγορία των ηλικιωμένων στην ελληνική πραγματικότητα τοποθετείται ανάμεσα στις πιο φτωχές των πολιτών.

Στην ανάγκη τους για παραμονή στην εργασία τους, εφόσον το επιθυμούν, το κράτος απαντά με την καθιέρωση υποχρεωτικής συνταξιοδότησης χωρίς όμως να φροντίζει με προγράμματα για την ομαλή μετάβασή του από το ρόλο του παραγωγικού σε εκείνον του μη παραγωγικού ατόμου.

Στην ανάγκη των Ελλήνων ηλικιωμένων για εκπαίδευση πρέπει να αναφερθεί πως πέρα από σποραδικά επιμορφωτικά προγράμματα ορισμένων ΚΑΠΗ και κάποιων εθελοντικών οργανώσεων δεν έχουν γίνει συστηματικές προσπάθειες.

Αναφορικά με τον τομέα της ψυχαγωγίας οι ηλικιωμένοι έχουν αρκετές επιλογές κυρίως μέσα από τα ΚΑΠΗ τα οποία οργανώνουν συχνά εκδρομές, κατασκηνώσεις, επισκέψεις σε θέατρα κ.α.

Τέλος, αναφορικά με τις ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες των Ελλήνων ηλικιωμένων πρέπει να ειπωθεί πως τις περισσότερες φορές αυτοί χαίρονται την αγάπη και την στοργή της οικογένειας. Όμως, επειδή οι ηλικιωμένοι στην ψυχική τους κατάσταση επηρεάζονται και από την θέση που κατέχουν στην κοινωνία, από τις δυνατότητες δηλαδή που τους δίνονται και την φροντίδα που λαμβάνουν, πολλές φορές νιώθουν πληγωμένοι διότι πολλές από τις ανάγκες τους δεν βρίσκουν ανταπόκριση από την πολιτεία. Άλλωστε, εάν λάβει κανείς υπόψη πως η κατηγορία των Ελλήνων ηλικιωμένων περιλαμβάνεται ανάμεσα στις κοινωνικά αποκλεισμένες γίνεται κατανοητό πόσο αυτό το γεγονός μπορεί να επιδράσει και σε έναν άλλο αποκλεισμό, τον «ψυχικό αποκλεισμό».

## Γ. Προγράμματα Εξωϊδρυματικής Περίθαλψης των Ηλικιωμένων που έχουν Αναπτυχθεί στο Εξωτερικό

### Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μία συνοπτική αναφορά στα προγράμματα που αναπτύσσονται στο εξωτερικό και τα οποία δίνουν την δυνατότητα στα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας να διαβιούν μέσα στην κοινότητά τους αυτόνομα στον βαθμό, βέβαια, που το κάθε άτομο έχει αυτή τη δυνατότητα.

Γίνεται λοιπόν συνοπτική επισκόπηση της γενικής κατάστασης που επικρατεί στον χώρο της Ευρώπης αναφορικά με τα προγράμματα εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στις υπηρεσίες και τα προγράμματα που λειτουργούν, στις πολιτικές οικονομικής ενίσχυσης των ηλικιωμένων, και τέλος, στην προσπάθεια ενίσχυσης των οικογενειακών φροντιστών, δηλαδή των ατόμων που φροντίζουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους και οι οποίοι αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι του υποστηρικτικού συστήματος των ηλικιωμένων.

Στην συνέχεια ακολουθεί μία συνοπτική παρουσίαση της κοινωνικής πολιτικής που εφαρμόζεται στην Αγγλία για την τρίτη και τέταρτη ηλικία καθώς αυτή όπως αναπτύχθηκε από τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και έπειτα θεωρήθηκε από πολλούς παράδειγμα προς μίμηση (Χριστοδούλου, 1993, σελ. 251).

Πάντως, σε κάθε περίπτωση γίνεται απλή αναφορά των προγραμμάτων χωρίς επιδίωξη κριτικής τους ανάλυσης καθώς οι ανάγκες και η θέση των ηλικιωμένων σε κάθε χώρα που αυτά εφαρμόζονται δεν είναι γνωστά.

## Η Ευρωπαϊκή Πολιτική στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων

Πρωταρχικά, πρέπει να διευκρινιστεί ο όρος εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Η εξωϊδρυματική λοιπόν περίθαλψη η οποία αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης συνίσταται στην ανάπτυξη εναλλακτικών προς την κλειστή ιδρυματική περίθαλψη μορφών προστασίας του ηλικιωμένου. Η τάση αυτή, δηλαδή, υπαγορεύει την παραμονή του ηλικιωμένου στο οικείο περιβάλλον του σε αντιδιαστολή προς τον ψυχρό και απρόσιτο χώρο του ιδρύματος (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 264).

Βέβαια, η προώθηση προγραμμάτων εξωϊδρυματικής περίθαλψης δεν αποκλείει την παράλληλη λειτουργία προγραμμάτων ιδρυματικής προστασίας όταν αυτή δεικνύεται αναπόφευκτη. Έτσι λοιπόν, όλες οι χώρες οι οποίες έχουν κάνει στροφή από την ιδρυματική στις εναλλακτικές προς αυτήν μορφές περίθαλψης δεν προχωρούν σε κατάργηση του παραδοσιακού θεσμού της κλειστής ιδρυματικής προστασίας καθώς και αυτή θεωρείται αναγκαία στις περιπτώσεις ηλικιωμένων με υψηλό βαθμό εξάρτησης (Κυριόπουλος, 1991, σελ. 249).

### Παρεχόμενες Υπηρεσίες και Προγράμματα

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες λειτουργούν υπηρεσίες και προγράμματα φροντίδας στο σπίτι των ηλικιωμένων. Η οργάνωση και λειτουργία τέτοιων προγραμμάτων είναι προτιμότερη από την περίθαλψη που παρέχεται σε ιδρύματα καθώς έχει παγκοσμίως αναγνωριστεί η ευεργετική τους επίδραση στην βιο-ψυχο-κοινωνική ζωή των ηλικιωμένων οι οποίοι αφήνονται να ζήσουν αυτόνομα την ζωή τους (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 38).

Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι συνήθως είναι επανδρωμένες από κοινωνικούς λειτουργούς, ιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και

οικογενειακούς βοηθούς. Έτσι λοιπόν, οι πελάτες των υπηρεσιών μπορούν να δεχθούν ψυχολογική στήριξη και συμβουλευτική, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας αλλά και οικιακής φροντίδας η οποία συνήθως περιλαμβάνει καθαριότητα του σπιτιού, διανομή φαγητού, συνοδεία σε εξωτερικές δραστηριότητες του ηλικιωμένου ακόμη και πεντικιούρ. Εδώ, πρέπει να αναφερθεί πως κάθε χώρα που υλοποιεί τέτοια προγράμματα προσαρμόζει και οριοθετεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανάλογα με τις δικές της ξεχωριστές ανάγκες (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 40).

Μια επιπλέον υπηρεσία που διατίθεται μέσα από αυτά τα προγράμματα σε πολλές χώρες είναι αυτή της τηλε-ειδοποίησης (tele-alarm) που προσφέρεται μέσω της τηλε-πληροφορικής. Η υπηρεσία αυτή μολονότι μπορεί να προσφέρει πολλά στους ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους, όπως για παράδειγμα τη δυνατότητα παρακολούθησης του ατόμου επί 24ωρη βάση, εντούτοις δεν περιλαμβάνεται στα προγράμματα ορισμένων χωρών εξαιτίας του σχετικά υψηλού τους κόστους (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 40).

Πολλές χώρες εφαρμόζουν προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι. Τα προγράμματα αυτά έχουν πρωταρχικό στόχο να ελευθερώσουν τις νοσοκομειακές κλίνες που σε μεγάλο ποσοστό καταλαμβάνουν οι ηλικιωμένοι. Πολλές φορές, αυτά, αποτελούν μέρος των προγραμμάτων φροντίδας στο σπίτι, ενώ, άλλες φορές, υλοποιούνται μέσα από ομάδες ιατρών και νοσηλευτών που έχουν προωθήσει διάφορα νοσοκομεία (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1998, σελ. 41).

Αρκετές χώρες εδώ και πολλά χρόνια λειτουργούν τον θεσμό των κέντρων και νοσοκομείων ημερήσιας φροντίδας των ηλικιωμένων. Τα κέντρα αυτά, τα οποία λειτουργούν σε ημερήσια βάση μπορούν να στεγάζονται είτε στο ισόγειο ενός γενικού νοσοκομείου είτε σε αυτόνομα κτίρια. Τα κέντρα ημέρας έχουν πρωταρχικό στόχο την αποθεραπεία, κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη του ηλικιωμένου ο οποίος παρουσίασε κάποιο σοβαρό πρόβλημα



υγείας. Η χρησιμότητά τους είναι ιδιαίτερη και συνίσταται πρώτιστα στο γεγονός ότι αποτρέπεται το φαινόμενο της υπερβολικής χρήσης των νοσοκομειακών κλινών από ηλικιωμένους οι οποίοι συνηθίζουν αφού ξεπεράσουν τον κίνδυνο να παραμένουν εκεί για διάφορους λόγους και έπειτα επειδή οι ηλικιωμένοι έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν ένα ολοκληρωμένο και εξατομικευμένο στις ανάγκες τους πρόγραμμα αποκατάστασης, κάτι που στα γενικά νοσοκομεία δεν μπορεί να γίνει, συνήθως λόγω έλλειψης κατάλληλου τεχνολογικού εξοπλισμού (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 43).

Τέλος, λειτουργούν τα εντευκτήρια ηλικιωμένων τα οποία αποτελούν έναν θεσμό αντίστοιχο με αυτόν των ΚΑΠΗ. Έτσι λοιπόν, τα κέντρα αυτά συμβάλλουν στην διατήρηση της υγείας των ηλικιωμένων, μέσα από την πρόληψη, στην ψυχαγωγία τους και στην ενίσχυση της κοινωνικής τους ταυτότητας (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 46).

### Προγράμματα Οικονομικής Ενίσχυσης

Είναι διαδεδομένη η αντίληψη πως το άτομο της τρίτης και τέταρτης ηλικίας που ζει αυτόνομα μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του σε μία πενιχρή σύνταξη. Αυτή όμως η αντίληψη δεν αποτελεί παρά μόνο μύθο εφόσον έχει αποδειχθεί ότι το ηλικιωμένο άτομο που ζει στην κοινωνία έχει τις ίδιες οικονομικές υποχρεώσεις με τους νεότερους απέναντι στο κράτος, παράλληλα όμως, επιβαρύνεται από την επιτακτική ανάγκη για συχνές επισκέψεις σε γιατρούς και νοσοκομεία, για ακριβά φάρμακα, ειδικό διατροφολόγιο, κλπ. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες προκειμένου να ενισχύσουν την αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων στην κοινότητα προσπαθούν να καλύψουν τα έξοδα αυτά μέσα από διάφορες μορφές οικονομικής ενίσχυσης (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 47).

Έτσι λοιπόν παρέχουν δωρεάν ή με ελάχιστο κόστος συγκεκριμένες υπηρεσίες και προϊόντα όπως π.χ. νοσηλεία στο σπίτι, ιατρικές επισκέψεις,

ενέσεις, πάνες ακράτειας, κ.α. Άλλες πάλι φορές παρέχουν συντάξεις ή επιδόματα στους ηλικιωμένους ή στις οικογένειές τους που τους φροντίζουν ύστερα από έλεγχο του εισοδήματός τους. Τέλος, ένα μέτρο οικονομικής ενίσχυσης που απευθύνεται ειδικά στους οικογενειακούς φροντιστές προκειμένου να καλύπτουν τα έξοδα που συνεπάγεται η φροντίδα των ηλικιωμένων είναι οι φοροαπαλλαγές ή εκπτώσεις στα έξοδά τους (Μεσθεναίου – Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 47).

### Προγράμματα Ενίσχυσης Οικογενειακών Φροντιστών

Εκτός από τα παραπάνω προγράμματα που ενισχύουν την εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων σε πολλές χώρες του εξωτερικού αναπτύσσονται προγράμματα στήριξης των οικογενειακών τους φροντιστών. Τα προγράμματα αυτά έχουν μεγάλη σημασία και συντελούν στην ενίσχυση της εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων καθώς μέσα από αυτά οι οικογενειακοί φροντιστές αντλούν στήριξη και πολύτιμη βοήθεια στο δύσκολο έργο τους.

Όμως προτού γίνει αναφορά στα προγράμματα αυτά κρίνεται σκόπιμο οι αναγνώστες να γνωρίσουν ποιοι είναι οι φροντιστές και ποια η βοήθεια που παρέχουν. Ο όρος «οικογενειακός φροντιστής» χρησιμοποιείται προκειμένου να δηλώσει το πρόσωπο που παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής φροντίδας σε ένα μερικώς μέχρι και πλήρως εξαρτημένο ηλικιωμένο άτομο χωρίς αμοιβή. Στην αγγλική μάλιστα ορολογία αποκαλούνται «ανεπίσημοι φροντιστές» προκειμένου να διακρίνονται από τους «αμειβόμενους φροντιστές» (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 20).

Τον ρόλο αυτό συνήθως αναλαμβάνουν οι σύζυγοι, τα παιδιά, τα εγγόνια, κάποιοι άλλοι συγγενείς, καθώς επίσης, γείτονες και φίλοι (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 20).

Το έργο αυτό που προσφέρεται στους ηλικιωμένους από τους οικογενειακούς τους φροντιστές μπορεί να απαιτεί προσπάθεια και θυσίες από τους φροντιστές αλλά αποτελεί επιτακτική ανάγκη προκειμένου να εξασφαλιστεί η παραμονή του ατόμου αυτού στην κοινότητα. Όμως, πρέπει να επισημανθεί πως για μεγάλο βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου η προσφορά της οικογένειας γίνεται ιδιαίτερα φορτική και δύσκολη για την ίδια και ανούσια για τον ηλικιωμένο. Έτσι λοιπόν στις περιπτώσεις ηλικιωμένων με μεγάλο δείκτη εξάρτησης η φροντίδα στο σπίτι αλλά και γενικότερα η αντίληψη για παραμονή του ηλικιωμένου στην κοινότητα απορρίπτονται ενώ η ιδρυματική περίθαλψη θεωρείται περισσότερο κατάλληλη.

Από την δεκαετία του '80 που ξεκίνησε στο εξωτερικό η στροφή στην εξωιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων στις περισσότερες χώρες αναπτύχθηκαν προγράμματα που απευθύνονται πρωταρχικά στους ηλικιωμένους και δευτερευόντως στους οικογενειακούς τους φροντιστές. Έτσι λοιπόν τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι και τα κέντρα ημέρας που προαναφέρθηκαν όπως και τα οικονομικά επιδόματα αποτελούν έμμεσα βοήθεια και για τους φροντιστές. Όμως οι συγκεκριμένες ανάγκες τους που συνίστανται στην ψυχολογική αποφόρτιση και την στήριξή τους, καθώς επίσης, στην επιμόρφωσή τους σχετικά με τον τρόπο επικοινωνίας και τις μεθόδους που μπορούν να χρησιμοποιούν στις σχέσεις τους με τους ηλικιωμένους μόνο πολύ πρόσφατα έχουν αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης και σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής. Η αναγνώριση, λοιπόν, της προσφοράς τους συντέλεσε στην ραγδαία ανάπτυξη ενός πλέγματος παροχών και υπηρεσιών για την ενίσχυσή τους (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 30).

Συγκεκριμένα, έχουν αναπτυχθεί κέντρα τα οποία παρέχουν στον φροντιστή σημαντική διευκόλυνση εξασφαλίζοντάς του προσωρινή διακοπή του ρόλου του ως προστάτης του ηλικιωμένου. Η ανάπαυση παρέχεται είτε σε κάποιο ίδρυμα, είτε σπανιότερα στο σπίτι του οικογενειακού φροντιστή ή του

ηλικιωμένου. Κέντρα που παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες είναι τα «Κέντρα παραμονής των ηλικιωμένων». Αυτά είναι υπηρεσίες ιδρυματικής περίθαλψης που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ηλικιωμένων για μικρό χρονικό διάστημα ανακουφίζοντας τους οικογενειακούς φροντιστές οι οποίοι αισθάνονται εξαντλημένοι από το βάρος της συνεχούς φροντίδας (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 43).

Επίσης, υπάρχουν οι «Υπηρεσίες προσωρινής συμπαράστασης» οι οποίες αναλαμβάνουν προσωρινά τον ρόλο του φροντιστή. Το προσωπικό δηλαδή των υπηρεσιών αυτών αναλαμβάνει να φροντίσει τον ηλικιωμένο ενώ ο οικογενειακός φροντιστής ξεκουράζεται (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 43).

Ακόμη σε μερικές χώρες λειτουργούν υπηρεσίες στήριξης απευθυνόμενες στους φροντιστές. Η χρησιμότητα τέτοιων υπηρεσιών είναι μεγάλη καθώς οι φροντιστές, που στην αρχή αυτής τους της σταδιοδρομίας θεωρούν πως η περίπτωση ενός ηλικιωμένου ατόμου αποτελεί απλά μία επέκταση των οικιακών καθηκόντων τους, έπειτα διαψεύδονται καθώς βλέπουν, αφενός μεν, ότι απαιτούνται συγκεκριμένες επιδεξιότητες, αφετέρου, ότι ο ρόλος αυτός μπορεί να κοστίζει στην ψυχική τους ηρεμία. Πάντως, μολονότι οι φροντιστές έχουν ανάγκη τέτοιες υπηρεσίες εντούτοις το κόστος που συνεπάγονται αποτρέπει τις περισσότερες χώρες από την λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος τέτοιων προγραμμάτων ενώ αντίθετα επικρατεί η τάση οι υπηρεσίες αυτές να είναι διάσπαρτες και δυσπρόσιτες για τους πολίτες (Μεσθεναίου, Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 45).

Συμπερασματικά, πρέπει να λεχθεί ότι στις ανεπτυγμένες χώρες του εξωτερικού έχει πλέον γίνει συνειδητή η αναγκαιότητα της εξωιδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων, της παραμονής τους δηλαδή στην κοινότητα σε αντιδιαστολή προς τον παραδοσιακό εγκλεισμό τους σε ιδρύματα.

Παράλληλα όμως έχει γίνει αντιληπτό πως η επιτυχία αυτού του στόχου προϋποθέτει την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών που να ενθαρρύνουν την παραμονή των ηλικιωμένων στην κοινότητα και συγκεκριμένα στις οικογένειές τους όταν αυτές υπάρχουν.

Έτσι λοιπόν έχει αναπτυχθεί ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών και προγραμμάτων βοήθειας και νοσηλείας στο σπίτι τα οποία παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα στον ηλικιωμένο, καθώς επίσης, προγραμμάτων οικονομικής ενίσχυσης προκειμένου να καλύπτονται οι αυξημένες ανάγκες τους. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο θεσμός των νοσοκομείων ημέρας επειδή συντελεί στην αποκατάσταση του ηλικιωμένου ο οποίος ταλαιπωρήθηκε από κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας ενώ παράλληλα αποσυμφορεί τις κλίνες των γενικών νοσοκομείων που σε μεγάλο ποσοστό καταλαμβάνουν οι ηλικιωμένοι. Ακόμη, κάποιες χώρες έχουν προχωρήσει στην ανάπτυξη προγραμμάτων αποκλειστικής στήριξης των οικογενειακών φροντιστών των ηλικιωμένων.

## Η Βρετανική Πολιτική στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη της Τρίτης Ηλικίας

Το σύστημα παροχών κοινωνικών υπηρεσιών της μεταπολεμικής Αγγλίας έχει επικρατήσει να θεωρείται ξεχωριστό για την οργάνωση και την πληρότητά του (Ρουμελιώτης, 1980, σελ. 7). Όμως, ο Χριστοδούλου αναφέρει πως από τις αρχές της δεκαετίας του '80 το αγγλικό κράτος πρόνοιας, για λόγους πολιτικών σκοπιμοτήτων, έχει συστηματικά διαβρωθεί και εξαρθρωθεί (Χριστοδούλου, 1993, σελ. 251). Ωστόσο, στην συγκεκριμένη μελέτη γίνεται συνοπτική αναφορά στην αγγλική εξωϊδρυματική περίθαλψη καθώς θεωρείται πως ακόμη και τώρα έχει να επιδείξει ενδιαφέρουσες δομές.

Ο Ρουμελιώτης, αναφέρει ορισμένες αρχές στις οποίες βασίζεται ο σχεδιασμός της γηριατρικής φροντίδας στην βρετανική χώρα. Υποστηρίζει λοιπόν, πως από τις αρχές της δεκαετίας του '80 στην Αγγλία επικρατεί η αντίληψη ότι ο καλύτερος τρόπος ζωής του ηλικιωμένου είναι να ζει στο οικείο περιβάλλον του. Επομένως, όλες οι υπηρεσίες πρέπει να τείνουν σε αυτή την κατάσταση της ζωής. Ακόμη, μία βασική αρχή είναι αυτή που θέλει τα ηλικιωμένα άτομα να παρουσιάζουν καλύτερες αντιδράσεις όσο πιο μικρό και οικείο είναι το περιβάλλον στο οποίο βρίσκονται. Επομένως, οι εγκαταστάσεις περίθαλψής τους πρέπει να βρίσκονται κοντά στην οικογενειακή στέγη και να είναι οργανωμένες σε μικρές μονάδες και ισόγειους ορόφους ώστε να διευκολύνονται οι ηλικιωμένοι (Ρουμελιώτης, 1980, σελ. 9).

Ο Ρουμελιώτης αναφέρει πως το κράτος πρόνοιας στην Αγγλία παρέχει στους ηλικιωμένους δωρεάν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι. Έτσι, λοιπόν, από τις αρχές της δεκαετίας του '80 έχει αναπτυχθεί στην Βρετανία ο θεσμός της φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους. Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι μπορούν να δέχονται στο σπίτι τους, δωρεάν, την φροντίδα ιατρού,

κοινωνικού νοσηλευτή, οικογενειακού βοηθού ακόμη και συμβουλές δικηγόρου (Ρουμελιώτης, 1980, σελ. 10).

Αναφορικά με την νοσοκομειακή τους περίθαλψη ο Χριστοδούλου αναφέρει ότι οι Άγγλοι ηλικιωμένοι απολαμβάνουν δωρεάν νοσηλεία, όπως άλλωστε, και οι υπόλοιποι πολίτες. Όμως, η πολλαπλή παθολογία τους και πολυσύνθετες ιατροκοινωνικές τους ανάγκες έχουν κάνει πραγματικότητα την δημιουργία ειδικών τομέων στα γενικά νοσοκομεία που ονομάζονται γηριατρικές μονάδες (Χριστοδούλου, 1993, σε. 254).

Το πιο αξιοσημείωτο όμως από όλα, είναι ότι από την δεκαετία του '80 λειτουργεί στην Αγγλία ο θεσμός των νοσοκομείων ημέρας τα οποία χρησιμεύουν ως κέντρα αποκατάστασης και ημερήσιας φροντίδας των ηλικιωμένων. Τα ημερήσια νοσοκομεία έχουν συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην ενίσχυση της εξωϊδρυματικής περίθαλψης των Βρετανών ηλικιωμένων, καθώς μέσα από αυτά δίνεται η ευκαιρία στους ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους να ζουν στο οικείο τους περιβάλλον, ενώ παράλληλα βρίσκονται σε αποθεραπεία έχοντας στην διάθεση της θεραπευτικής αγωγής όλα τα κατάλληλα ιατρικά εργαλεία. Επίσης, καθώς ο χρόνος νοσηλείας των ηλικιωμένων στην γηριατρική μονάδα των γενικών νοσοκομείων περιορίζεται εφόσον την θεραπεία αναλαμβάνει το νοσοκομείο ημέρας οι εξυπηρετούμενοι ενισχύονται στην επανένταξή τους πίσω στην κοινότητα (Ρουμελιώτης, 1980, σελ. 12).

Στην Αγγλία, αντίστοιχα με τον ελληνικό θεσμό των ΚΑΠΗ λειτουργούν τα εντευκτήρια υπερηλίκων και τα γεροντικά κέντρα στα οποία προσφέρεται απασχόληση, κοινωνική δραστηριότητα και συντροφιά (Ρουμελιώτης, 1980, σελ. 10).

Ακόμη, για τους άπορους ηλικιωμένους πέρα από τα γηροκομεία διατίθενται συγκροτήματα από μικρά διαμερίσματα που ονομάζονται «προστατευμένοι οικισμοί» και στα οποία οι ηλικιωμένοι ζουν ανεξάρτητα (Χριστοδούλου, 1993, σελ. 254).

Τέλος, ο Χριστοδούλου αναφέρει πως ένα σχετικά καινούριο μέτρο εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων είναι η τοποθέτησή τους σε ανάδοχες οικογένειες επί πληρωμή, κατά το πρότυπο των υπηρεσιών για τα παιδιά. Το μέτρο αυτό, όμως, δεν έχει ακόμη απήχηση επειδή δεν υπάρχει η αναγκαία κοινωνική παρόρμηση και επειδή χρειάζεται προσοχή στην επιλογή των οικογενειών προκειμένου να αποφευχθεί πιθανή εκμετάλλευση των ηλικιωμένων (Χριστοδούλου, 1993, σελ. 255).

**Συμπερασματικά,** πρέπει να σημειωθεί πως η Βρετανική Κοινωνική Πολιτική έχει να επιδείξει ενδιαφέρουσες δομές εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Έτσι λοιπόν, με βασική αρχή πως ο ηλικιωμένος πρέπει να ζει μέσα στο ζεστό οικογενειακό του περιβάλλον πολύ γρήγορα το αγγλικό κράτος συνειδητοποίησε ότι πρέπει να ενισχυθεί η πολιτική της εξωϊδρυματικής περίθαλψης και να ληφθούν μέτρα ενίσχυσης της παραμονής του ηλικιωμένου στο σπίτι. Αναπτύχθηκαν λοιπόν προγράμματα στο σπίτι, κέντρα ψυχαγωγίας του ηλικιωμένου, κυρίως όμως, κέντρα ημερήσιας φροντίδας τα οποία συμβάλλουν καταλυτικά στην κοινωνικοποίηση του ατόμου. Επίσης, η πληθώρα των ηλικιωμένων που χρειάζονται νοσοκομειακή περίθαλψη οδήγησε το Βρετανικό κράτος στην σωστή κίνηση της δημιουργίας ειδικών γηριατρικών μονάδων νοσηλείας.



## Δ. Κλειστή Ιδρυματική Περίθαλψη των Ελλήνων Ηλικιωμένων

Από την εποχή της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας η πολιτεία, η εκκλησία και πολλοί ιδιώτες έδειξαν το ενδιαφέρον τους για την τρίτη και τέταρτη ηλικία με την ίδρυση γηροκομείων. Τα γηροκομεία μοναδικός φορέας προστασίας των ηλικιωμένων, αποτελούσαν αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος και προσωπικής επίβλεψης από τον ίδιο τον αυτοκράτορα (Καλαντζής, 2000, σελ. 78).

Η παράδοση αυτή του θεσμού της κλειστής ιδρυματικής φροντίδας των ηλικιωμένων συνεχίζεται μέχρι την εποχή μας με την συμβολή δημοσίων και ιδιωτικών φορέων, κυρίως όμως της εκκλησίας.

Έτσι λοιπόν, η Μαλικιώτη<sup>9</sup> αναφέρει ότι στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα και συγκεκριμένα στην δεκαετία του 1980 στην Ελλάδα λειτουργούν περίπου 130 γηροκομεία από τα οποία τα 35 περίπου με 3.500 διατιθέμενες κλίνες βρίσκονται στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα, της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, ενώ τα υπόλοιπα με διαθέσιμες 3.200 περίπου κλίνες στην υπόλοιπη Ελλάδα (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 18).

Σχετικά με την ύπαρξη ιδρυμάτων για τους χρονίως πάσχοντες ηλικιωμένους η Μαλικιώτη αναφέρει πως την ίδια εποχή, στα μέσα δηλαδή της δεκαετίας του '80, υπάρχουν ελλείψεις καθώς μόνο 5 γηροκομεία δέχονται πάσχοντες ηλικιωμένους. Ακόμη αναφέρει πως υπάρχουν 11 μόνο ιδρύματα χρονίων πασχόντων που απευθύνονται σε άτομα κάθε ηλικίας με διατιθέμενες 1.300 περίπου κλίνες την στιγμή που οι ηλικιωμένοι με χρόνιες και σοβαρές ασθένειες υπολογίζεται ότι είναι δέκα φορές περισσότεροι (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 19).

Δέκα χρόνια αργότερα έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) παρουσιάζει την κατάσταση στην κλειστή ιδρυματική

---

<sup>9</sup> Τα στοιχεία που παραθέτει η Μαλικιώτη αναφέρονται σε έρευνα του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργιών που πραγματοποιήθηκε το 1982.

περίθαλψη παρόμοια με εκείνη της δεκαετίας του '80. Αναφέρεται λοιπόν πως υπάρχουν δύο δημόσια γηροκομεία σε όλη την Ελλάδα, στην Ηγουμενίτσα και στην Ρόδο, στα οποία διαμένουν λιγότερα από 100 ηλικιωμένα άτομα. Η εκκλησία και ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί λειτουργούν 100 περίπου γηροκομεία ή αλλιώς οίκους ευγηρίας όπου διαμένουν 6.000 περίπου ηλικιωμένοι. Επίσης, στην περιοχή της Αττικής υπάρχουν 4 άσυλα που προσφέρουν στέγαση σε άτομα ή οικογένειες με μεγάλη οικονομική ανάγκη. Τα κέντρα αυτά παρόλο που δεν δέχονται αποκλειστικά ηλικιωμένους εντούτοις στην πλειοψηφία τους παρέχουν υπηρεσίες σε αυτήν την κατηγορία ατόμων (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 55).

Τέλος, στον τομέα της περίθαλψης των χρονίων πασχόντων οι ελλείψεις εξακολουθούν να υπάρχουν καθώς σε όλη την Ελληνική Επικράτεια υπάρχουν μόνο 20 ιδιωτικές κλινικές που απευθύνονται, μάλιστα, στους πάσχοντες όλων των ηλικιών και οι οποίες διαθέτουν 2.000 περίπου κλίνες (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 55).

#### Συνθήκες Διαβίωσης του Ηλικιωμένου στα Γηροκομεία

Στην Ελλάδα το ποσοστό των ηλικιωμένων που διαβιούν στα ιδρύματα φθάνει το ποσοστό 0,5% όλων των ηλικιωμένων τη στιγμή που σε άλλες βιομηχανικές χώρες ανέρχεται σε 5% έως 8% του συνολικού πληθυσμού τους (Τζωρτζοπούλου, 1993, σελ. 192). Το μικρό αυτό ποσοστό ηλικιωμένων που δέχονται υπηρεσίες κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης εξηγείται από το γεγονός ότι η οικογένεια παίζει πρωταρχικό ρόλο στην φροντίδα τους καθώς ο χαρακτήρας της δεν έχει διαβρωθεί από τις εξελίξεις της σύγχρονης βιομηχανικής κοινωνίας (Καραντινός, 1992, σελ. 57).

Από την στιγμή όμως που ένας ηλικιωμένος μπει στο γηροκομείο βιώνει μια σειρά από αλλαγές στον τρόπο ζωής του καθώς από κοινωνικά ανεξάρτητο άτομο γίνεται τρώφιμος ενός «ολοκληρωτικού ιδρύματος».

Σύμφωνα με τον R. Kastenbaum «ολοκληρωτικό» είναι το ίδρυμα που υποχρεώνει τους τροφίμους να ζουν ομοιόμορφα στον ίδιο πάντα χώρο και το οποίο δεν προσφέρει ευκαιρίες διαφυγής τους σε ένα περιβάλλον που θα τους επιτρέψει να ξαναποκτήσουν την αίσθηση της ατομικής τους ταυτότητας. Επομένως, η ασφάλεια της επιβίωσης που τους εξασφαλίζει το ίδρυμα δεν μπορεί να συγκριθεί με το κενό που δημιουργείται στον ηλικιωμένο εξαιτίας της απόρριψης της εξατομικευμένης του οντότητας και των αναγκών του (Kastenbaum, 1982, σελ. 87).

Έρευνα του ΕΚΚΕ που έχει πραγματοποιηθεί στα ελληνικά γηροκομεία δεικνύει ότι οι ηλικιωμένοι μετά την είσοδό τους στο ίδρυμα χάνουν την δυνατότητα να συνεχίσουν τις δραστηριότητες που αναλάμβαναν όταν βρίσκονταν στο σπίτι τους. Πέρα από αυτό στα ιδρύματα δεν υπάρχει προγραμματισμός για την ανάπτυξη διαφόρων δραστηριοτήτων από τους ηλικιωμένους προκειμένου αυτοί να διατηρήσουν τις διανοητικές και φυσικές τους ικανότητες. Αυτό που στην πραγματικότητα συμβαίνει είναι ότι το προσωπικό καλοπροαίρετα ή όχι αναλαμβάνει όλη την φροντίδα των ηλικιωμένων αντί να τους βοηθά να βρουν τρόπους να φροντίζουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Αυτή όμως η αδράνεια στην οποία περιέρχονται οι ηλικιωμένοι αποβαίνει καταστροφική για τους ίδιους αφού σύμφωνα με τα στοιχεία της ίδια έρευνας φαίνεται πως το ποσοστό 30% έως 50% των ηλικιωμένων τροφίμων γίνονται κατάκοιτα άτομα λίγα χρόνια μετά την εισαγωγή τους (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 56).

Τέλος, ένα σύνθητες σύνδρομο που εμφανίζεται στους έγκλειστους των γηροκομείων είναι αυτό της ιδρυματοποίησης το οποίο επηρεάζει το άτομο σε όλες τις πτυχές της ζωής του.

Οι Behelhein και Sylvester, 1945, προκειμένου να αποδώσουν αυτό το φαινόμενο χρησιμοποίησαν τον όρο «ψυχολογικός ιδρυματισμός» ο οποίος συνίσταται στην αποκοπή, την απομόνωση και την γενική έκπτωση της

προσωπικότητας του ατόμου που βρίσκεται τρόφιμος σε κάποιο ίδρυμα (Barton, 1998, σελ. 33).

Έτσι λοιπόν, ο ηλικιωμένος όταν γίνει τρόφιμος ενός γηροκομείο βιώνοντας μία σειρά από καταστάσεις όμοιες με αυτές που περιγράφησαν για τα ελληνικά γηροκομεία κατά τις οποίες η προσωπική του ταυτότητα δεν λαμβάνεται πλέον υπόψη αλλοτριώνεται πλήρως από το φαινόμενο του ιδρυματισμού.

### Αξιολόγηση του Θεσμού της Κλειστής Ιδρυματικής Περίθαλψης των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Παραπάνω αναφέρθηκε πως η προσφυγή των Ελλήνων ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης ανέρχεται στο ελάχιστο ποσοστό του 0,5% του συνόλου τους. Το μικρό αυτό ποσοστό οφείλεται στο γεγονός ότι η ελληνική οικογένεια παίζει κυρίαρχο ρόλο στην περίθαλψη των ηλικιωμένων. Το ελληνικό κράτος άλλωστε, ευελπιστεί ότι παρά την αύξηση του γεροντικού πληθυσμού το ποσοστό αυτό δεν θα αυξηθεί σημαντικά καθώς στρέφει την προσοχή του στην πολιτική ενίσχυσης της παραμονής του ηλικιωμένου στο σπίτι του. Παρά την στροφή, όμως, στην εξωιδρυματική περίθαλψη του ηλικιωμένου και τα μέτρα που λαμβάνονται από το κράτος ο θεσμός της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης δεν παύει να αποτελεί αναπόφευκτη πραγματικότητα για ορισμένους ηλικιωμένους.

Ο Πετρίδης, μιλώντας για την αναγκαιότητα της ύπαρξης των γηροκομείων στην σύγχρονη ελληνική κοινωνία αναφέρει ότι αυτό κρίνεται αναγκαίο όταν ο ηλικιωμένος έχει φθάσει σε ένα βαθμό πλήρους εξάρτησης. Ακόμη, όταν ο ηλικιωμένος διακατέχεται από ένα έντονο αίσθημα ανασφάλειας και καχυποψίας από τους γύρω του. Ένας επιπλέον σημαντικός λόγος είναι όταν η οικογένειά του δεικνύεται εντελώς ανίκανη να φροντίσει τον ηλικιωμένο και τέλος όταν τα ηλικιωμένα άτομα στερούνται οικογένειας (Πετρίδης, 1991, σελ. 295).

Συμπερασματικά, φαίνεται πως ο θεσμός της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων δεν πρέπει να εκλείψει από την ελληνική κοινωνία μολονότι μόνο το 0,5% του πληθυσμού τους αναζητά αυτή την μορφή περίθαλψης. Αυτό διότι σε περιπτώσεις ατόμων με υψηλό δείκτη εξάρτησης η περίθαλψη δεν μπορεί να είναι άλλη από την κλειστή ιδρυματική. Έτσι λοιπόν αυτό που πρέπει να γίνει είναι να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν μέσα από την αντικατάσταση ή εκπαίδευση του προσωπικού που κρίνεται ακατάλληλο και την αναζήτηση νέων προοπτικών για την αποφυγή του ιδρυματισμού. Επίσης, χρειάζεται μερικά από τα γηροκομεία να τραπούν σε ιδρύματα χρονίων πασχόντων στα οποία θα μεταφέρονται οι ηλικιωμένοι που μετά την εισαγωγή τους στα γηροκομεία γίνονται κατάκοιτοι και χρονίως πάσχοντες προκειμένου έτσι να αποφεύγεται η αρνητική επίδραση που ασκούν στους άλλους, τους υγιείς ηλικιωμένους.

## Ε. Η Ελληνική Πολιτική στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων

### Εισαγωγή

Σε προηγούμενο κεφάλαιο έγινε αναφορά σε προγράμματα της ιδρυματικής περίθαλψης ηλικιωμένων που έχουν αναπτυχθεί στο εξωτερικό με ιδιαίτερη επισήμανση των προγραμμάτων της αγγλικής κοινωνικής πολιτικής. Επίσης δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι η πολιτική που ακολουθείται στις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης προσανατολίζεται στην διατήρηση και ενδυνάμωση των λειτουργικών ικανοτήτων του ηλικιωμένου προκειμένου αυτός να μπορεί να ζει αυτόνομος μέσα στην κοινότητα.

Μέσα λοιπόν από την αναφορά στην διεθνή πραγματικότητα, διαπιστώθηκε η ανάπτυξη τριών εναλλακτικών μορφών περίθαλψης των ηλικιωμένων. Πρωταρχικά αναφέρθηκε η διατήρηση της παραδοσιακής ιδρυματικής φροντίδας η οποία περιλαμβάνει νοσοκομεία μέσης και μακράς νοσηλείας, γηροκομεία και άλλα ιδρύματα που παρέχουν τακτική και οργανωμένη νοσηλευτική φροντίδα. Έπειτα, έγινε αναφορά στην προώθηση της εξωϊδρυματικής φροντίδας των ηλικιωμένων μέσα από προγράμματα ανοικτής προστασίας, όπως για παράδειγμα τα νοσοκομεία ημέρας ή προγράμματα παρόμοια του ελληνικού ΚΑΠΗ και τέλος στην φροντίδα στο σπίτι η οποία περιλαμβάνει την άτυπη φροντίδα από συγγενείς και γείτονες και την τυπική που παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 258).

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής<sup>10</sup> για τους ηλικιωμένους που εφαρμόζονται στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα.

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο για τις ανάγκες των Ελλήνων ηλικιωμένων ένα μεγάλο μέρος της κοινωνικής πολιτικής για αυτήν την κατηγορία ατόμων εξαντλούνταν έως πριν λίγα χρόνια στις συντάξεις και την κοινωνική ασφάλιση που παρέχεται από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία καθώς επίσης σε επιδόματα στέγασης σε άστεγους ηλικιωμένους (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 326).

Αναφορικά με τον τομέα της περίθαλψης μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 το Ελληνικό κράτος είχε να επιδείξει μοναχά προγράμματα κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων με την δημιουργία γηροκομείων, οίκων ευγηρίας κ.α. (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 326).

Τα τελευταία χρόνια, βέβαια, είναι θετικό πως έχει αναπτυχθεί ο θεσμός των θεραπευτηρίων χρόνιων παθήσεων τα οποία απευθύνονται σε άτομα τα οποία έχουν χάσει την σωματική ή πνευματική τους αυτονομία. Τα θεραπευτήρια αυτά μπορεί να μην απευθύνονται αποκλειστικά στους ηλικιωμένους αλλά αποτελούν ένα σημαντικό πρώτο βήμα στον τομέα της περίθαλψής τους διότι παλαιότερα οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι που έπασχαν από σοβαρά χρόνια νοσήματα αναγκαστικά παρέμεναν σπίτι τους καθώς τα γηροκομεία δεν δέχονται άτομα με μεγάλο δείκτη εξάρτησης (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 327).

---

<sup>10</sup> Κοινωνική πολιτική είναι η εσκεμμένη παρέμβαση για την βελτίωση της συμπεριφοράς κοινωνικών ή και οικονομικών συστημάτων και την τροποποίηση μιας κατάστασης προβληματικής (Πηγή: Καβατζά, 1993).

Ο Δ. Ιατρίδης, αναφέρει, πως κοινωνική πολιτική δεν είναι μονάχα αυτή που υπάρχει αλλά και αυτή που δεν υπάρχει και που μπορεί να είναι πιο καθοριστική από αυτή που υπάρχει (Πηγή: Κυριακάκης, 1991, σελ. 280).

Από το 1983, επίσης, η Ελλάδα επιδιώκοντας να ανταποκριθεί στις επιταγές της ευρωπαϊκής πολιτικής επιχείρησε μία δυναμική στροφή, ένα άνοιγμα στην ανοιχτή περίθαλψη των ηλικιωμένων. Έτσι λοιπόν, με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Υπουργείου Εσωτερικών και με χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και την ΕΟΚ δημιουργούνται τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) η ίδρυση και η λειτουργία των οποίων ανατίθεται στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ). Μάλιστα, από το 1989 οι ευθύνες για την λειτουργία και την χρηματοδότηση των ΚΑΠΗ από τους ΟΤΑ αυξήθηκαν, ενώ παράλληλα, μειώθηκαν οι παροχές πόρων για την λειτουργία τους οι οποίοι προέρχονταν άμεσα από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Λυμναίου, 1991, σελ. 259).

Ακόμη, πρέπει να ειπωθεί πως από το 1998 έχει ξεκινήσει η λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» και ένα χρόνο αργότερα λειτουργεί το πρόγραμμα «Κοινωνική Μέριμνα». Τα δύο αυτά προγράμματα τα οποία ταυτίζονται ως προς τον στόχο, την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας τους προσανατολίζονται στην ενίσχυση του θεσμού της παραμονής των ηλικιωμένων στο σπίτι τους. Ο σχεδιασμός των προγραμμάτων αυτών έγινε με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Ασφάλισης και του Υπουργείου Εσωτερικών αλλά η ευθύνη για την ανάπτυξη και την λειτουργία τους δόθηκε στους ΟΤΑ.

Επίσης πρέπει να ειπωθεί ότι οι ανεπίσημοι φροντιστές, δηλαδή η οικογένεια και οι γείτονες, έπαιξαν και εξακολουθούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ηλικιωμένων καθώς αυτή, άτυπη μορφή περίθαλψης ευνοείται από τα έθιμα και τις παραδόσεις της ελληνικής κοινωνίας που διατηρούν ζωντανούς τους δεσμούς της ελληνικής οικογένειας και υπαρκτό το αίσθημα της κοινωνικής αλληλεγγύης (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 327).

Από τα παραπάνω φαίνεται πως το ελληνικό κράτος εγκατέλειψε τον μονόδρομο της στήριξης των ηλικιωμένων μονάχα μέσα από πολιτικές



οικονομικής τους ενίσχυσης και ιδρυματικής προστασίας. Η κρατική κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους με την δημιουργία του θεσμού των ΚΑΠΗ και των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα» κάνει εμφανή την πρόθεσή της να ακολουθήσει την διεθνή τάση αποφυγής του ιδρυματισμού των ηλικιωμένων και της προώθησης της εξωϊδρυματικής τους περίθαλψης με την ανάπτυξη προγραμμάτων εναλλακτικών προς το κλειστό ιδρυματικό μοντέλο. Επίσης, είναι εμφανείς οι προσπάθειες για αναβάθμιση του ρόλου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην λειτουργία προγραμμάτων ανοιχτής περίθαλψης των ηλικιωμένων. Όμως η Βενετάκη αναφέρει πως προκειμένου η επιδίωξη αυτή να μην μείνει μόνο σε απλές εξαγγελίες χωρίς ουσιαστική έμπρακτη εφαρμογή πρέπει οι σχετικές ενέργειες να συνοδευτούν με νομοθετικές και θεσμικές ρυθμίσεις με τις οποίες η Τοπική Αυτοδιοίκηση θα κατοχυρώνεται ως προς την αναβάθμιση του ρόλου της στην εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής (Βενετάκη, 1994, σελ. 31).

**Συμπερασματικά**, στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στα προγράμματα που παρέχονται από το ελληνικό κράτος στις υπηρεσίες των ηλικιωμένων. Φαίνεται λοιπόν πως το ελληνικό κράτος με σχετική βέβαια καθυστέρηση προσανατολίζεται στην ανάπτυξη προγραμμάτων εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων. Επίσης, αυτό που διαπιστώνεται και έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι επιδιώκεται ενίσχυση του ρόλου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής σε αντιδιαστολή προς το ρόλο της κεντρικής διοίκησης που περιορίζεται σε επίπεδο σχεδιασμού<sup>11</sup> των γενικών επιδιώξεων της κοινωνικής πολιτικής. Όμως όπως αναφέρθηκε, προκειμένου να γίνει αυτό η κεντρική διοίκηση πρέπει να προχωρήσει σε αλλαγή του θεσμικού της πλαισίου.

---

<sup>11</sup> Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής είναι η διαδικασία μελέτης, ανάλυσης, σχεδιασμού και εφαρμογής παρεμβάσεων που σκοπό έχουν την τροποποίηση προβληματικών καταστάσεων για την επίτευξη της κοινωνικής πολιτικής (Πηγή: Κυριακάκης, 1991, σελ. 281).

## Η Αναγκαιότητα Στροφής στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων

Μέσα από την αναφορά στην κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους που ακολουθείται στην Ελλάδα και στον ευρύτερο χώρο της Ευρώπης έγινε εμφανής η αναζήτηση νέων μορφών περίθαλψης, εναλλακτικών, προς την κλειστή ιδρυματική. Φαίνεται λοιπόν πως η στροφή αυτή που συμβαίνει σε παγκόσμια κλίμακα δεν σχετίζεται με την αλλαγή απλά της πολιτικής κάθε χώρας αλλά αφορά σε βαθύτερα αίτια που θα αναπτυχθούν παρακάτω.

### Η Αναγκαιότητα Ανάπτυξης Εξωϊδρυματικής Περίθαλψης των Ηλικιωμένων στην Διεθνή Πραγματικότητα

Πρωταρχικά, πρέπει να ειπωθεί, πως ο βαθμός ανάπτυξης της κοινωνικής λειτουργίας των κρατών, δηλαδή η επιλογή της κοινωνικής τους πολιτικής, ως ιδέα και ως έμπρακτη εφαρμογή, μέσα από το πέραμα του χρόνου ακολουθεί διάφορα στάδια και παίρνει ποικίλες μορφές. Έχει λοιπόν, η κοινωνική λειτουργία των κρατών ή αλλιώς το «κράτος πρόνοιας» που εφαρμόζεται στην πρόσφατη ιστορία πέρασε από διάφορα στάδια: αυτό της αρχικής του διεύρυνσης<sup>12</sup>, της χρυσής εποχής<sup>13</sup>, της κρίσης<sup>14</sup> και τέλος αυτό που

---

<sup>12</sup> Περίοδος αρχικής διεύρυνσης της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους και αποσπασματικής ανάπτυξης συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, υγείας, εκπαίδευσης και εργατικής κατοικίας (τέλος 18<sup>ου</sup> αιώνα έως τον β' παγκόσμιο πόλεμο) (Πηγή: Στασινοπούλου, 1997, σελ. 42).

<sup>13</sup> Περίοδος που χαρακτηρίζεται από ευρεία αποδοχή του θεσμικού μοντέλου, ανάπτυξη οργανωμένων συστημάτων και μεθόδων κοινωνικού σχεδιασμού και μεγάλη διεύρυνση στους τομείς προσωπικών υπηρεσιών και ελεύθερου χρόνου (1994, έως το 1969) (Πηγή: Στασινοπούλου, 1997, σελ. 42).

εφαρμόζεται στην σύγχρονη εποχή και αποτελεί το στάδιο του σύγχρονου προνοιακού πλουραλισμού<sup>15</sup> (Στασινοπούλου, 1997, σελ. 42).

Το στάδιο του σύγχρονου προνοιακού πλουραλισμού που εφαρμόζεται από τα μέσα της δεκαετίας του '80 έως και σήμερα αναζητά μία νέα μορφή παρέμβασης του κράτους στα θέματα κοινωνικής πολιτικής σύμφωνα με την οποία ο ρόλος του κράτους περιορίζεται και συνυπάρχει με τον ιδιωτικό, κερδοσκοπικό και μη, τομέα. Αυτό που επιδιώκεται μέσα από τη νέα τάξη πραγμάτων είναι η στροφή σε νέες μορφές κοινωνικής πολιτικής οι οποίες στοχεύουν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών υπηρεσιών με το λιγότερο δυνατό όμως κόστος. Παράλληλα όμως προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτό γίνεται εμφανής η ανάγκη ενίσχυσης του ρόλου της τοπικής αυτοδιοίκησης ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη δυνατότητα ευελιξίας προσαρμοστικότητας και εφαρμογής των προγραμμάτων σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες των κοινοτήτων κάθε χώρας που αυτά εφαρμόζονται (Στασινοπούλου, 1997, σελ. 58).

Αυτή λοιπόν η νέα πραγματικότητα επηρέασε και την κοινωνική πολιτική η οποία ακολουθείται για την ιδιαίτερη κατηγορία των ηλικιωμένων.

Είναι γνωστό πως μέχρι και την δεκαετία του '70 στην παγκόσμια πραγματικότητα η ζήτηση υπηρεσιών για τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας προσανατολιζόταν στην θεραπεία και την περίθαλψη σε νοσοκομεία μακράς και μέσης νοσηλείας, στα γηροκομεία και σε άλλα ιδρύματα. Το κόστος όμως αυτών των μορφών παροχής υπηρεσιών ήταν ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με

---

<sup>14</sup> Περίοδος κρίσης και αμφισβήτησης και έντονης κριτικής στην ιδεολογία και την έμπρακτη εφαρμογή συστημάτων κράτους πρόνοιας (1969 έως τα μέσα της δεκαετίας του '80) (Πηγή: Στασινοπούλου, σελ. 43).

<sup>15</sup> Περίοδος της αναδιάρθρωσης του μηχανισμού του κοινωνικού κράτους και της αναζήτησης νέων σχέσεων στην κάλυψη των αναγκών (Από τα μέσα της δεκαετίας του '80 έως σήμερα (Πηγή: Στασινοπούλου, 1997, σελ. 43).

αυτό της πρόληψης που αφορά σε νεότερες ηλικίες. Από την άλλη, το κόστος αυτό γινόταν ακόμη μεγαλύτερο διότι οι ηλικιωμένοι που ταλαιπωρούνταν σε μεγάλη συχνότητα από χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα και λόγω της πολλαπλής τους παθολογίας χρησιμοποιούσαν και εξακολουθούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες νοσηλευτικών και άλλων κλειστών ιδρυμάτων περισσότερο από κάθε άλλη κατηγορία ανθρώπων. Έτσι λοιπόν, οι παραπάνω λόγοι δεικνύουν το γεγονός ότι οι δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας προς αυτά τα άτομα είναι πολύ μεγάλες. Σε όλους όμως αυτούς τους παράγοντες ήρθε να προστεθεί το γεγονός της συνολικής αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων που χαρακτηρίζει τις τελευταίες δεκαετίες όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Το γεγονός αυτό επέδρασε καταλυτικά στην αύξηση των δαπανών για την υγεία των ηλικιωμένων διότι όλο και μεγαλύτερος αριθμός ατόμων προχωρημένης ηλικίας και κυρίως ατόμων της τέταρτης ηλικίας με τα αυξημένα προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν δημιουργούν αυξημένες ανάγκες στον τομέα της υγείας (Κυριόπουλος, 1991, σελ. 246).

Έτσι λοιπόν, σε μια κοινωνία που επιδιώκει την ύπαρξη κοινωνικών υπηρεσιών με τη μέγιστη αποδοτικότητα και το ελάχιστο δυνατό κόστος τα μεγάλα ιδρύματα, τα οποία για να συντηρηθούν απαιτούν μεγάλο κόστος εξαιτίας του πολυάριθμου προσωπικού και του τεχνολογικού εξοπλισμού τους δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά.

Το φαινόμενο της ραγδαίας αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων και της αναγκαιότητας αναζήτησης νέων εναλλακτικών μορφών περίθαλψης των ηλικιωμένων απασχολούν τους κοινωνικούς επιστήμονες από τα τέλη της δεκαετίας του '70. Συγκεκριμένα, το 1977 πραγματοποιήθηκε μεταξύ διαφόρων ευρωπαϊκών χωρών συνέδριο προκειμένου να διερευνηθεί η προοπτική ανάπτυξης νέων κατάλληλων δομών περίθαλψης των ηλικιωμένων (Τεπέρογλου, 1977, σελ. 51).

Στην σημερινή λοιπόν εποχή οι κοινωνικοί επιστήμονες λαμβάνοντας υπόψη τους όλα όσα αναφέρθηκαν κατέληξαν στην αναγκαιότητα ανάπτυξης μονάδων ανοιχτής περίθαλψης που ενισχύουν την παραμονή των ηλικιωμένων στο οικείο περιβάλλον τους και περιορίζουν, χωρίς όμως να καταργούν την χρησιμότητα των πολυέξοδων ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης.

Πέρα όμως από το γεγονός ότι η αναγκαιότητα ανάπτυξης μορφών εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων σχετίζεται με το νέο ρόλο κοινωνικής λειτουργίας που αναλαμβάνουν τα κράτη το γεγονός αυτό είναι σύμφωνο και με τους στόχους Υγεία για Όλους που έχει θέσει η ΠΟΥ. Σύμφωνα λοιπόν με τις επιδιώξεις της οργάνωσης αναφέρεται πως η φροντίδα που θα πρέπει να κυριαρχεί από κάθε άποψη στην προστασία των ηλικιωμένων θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να εξασφαλίζεται για αυτούς η διατήρηση στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό της αυτονομίας και της αυτάρκειας ώστε να μπορούν να διατηρήσουν την προσωπική τους αξιοπρέπεια. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια λοιπόν η ιδρυματοποίηση πρέπει να αποφεύγεται εκτός από τις περιπτώσεις ατόμων με σοβαρές ανικανότητες όπου θεωρείται αναπόφευκτη (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 30).

### Η Αναγκαιότητα Ανάπτυξης Εξωϊδρυματικής Περίθαλψης των Ηλικιωμένων στην Ελληνική Πραγματικότητα

Η ελληνική κοινωνία επιδιώκοντας την ανάπτυξη και την πρόοδο δεν θα μπορούσε να παραβλέψει την παγκόσμια τάση η οποία επικρατεί στην ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής σύμφωνα με την οποία αναζητούνται νέες δομές κοινωνικών υπηρεσιών οι οποίες να προσφέρουν την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με το μικρότερο δυνατό κόστος. Άλλωστε το γεγονός αυτό αποτελεί επιτακτική ανάγκη όπως προκύπτει από τις εκτιμήσεις του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) στις αρχές της δεκαετίας του '90 σύμφωνα με

τις οποίες το 30% των συνολικών δαπανών του ελληνικού κράτους για την υγεία αφορά στους ηλικιωμένους ενώ το ποσοστό αυτό συνεχώς θα αυξάνεται εξαιτίας του φαινομένου της συνεχούς αύξησης του γεροντικού πληθυσμού και ιδιαίτερα των ατόμων της τέταρτης ηλικίας που χαρακτηρίζει την ελληνική δημογραφική πραγματικότητα (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 255).

Ένας άλλος λόγος που συμβάλλει προς αυτήν την κατεύθυνση είναι το φαινόμενο της υπερβολικής χρήσης, ακόμη και κατάληψης των κλινών των γενικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων από τους ηλικιωμένους κυρίως αυτούς που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως. Αυτό συμβαίνει διότι η Ελλάδα στερείται ειδικών κέντρων αποθεραπείας και αποκατάστασης και μέχρι πριν λίγα χρόνια στερούνταν της τυπικής φροντίδας στο σπίτι η οποία παρέχεται από ειδικευμένους επαγγελματίες. Η ανάπτυξη λοιπόν προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας και νοσηλείας αποτελεί αναπόφευκτη πραγματικότητα προκειμένου να αποσυμφορηθούν τα γενικά νοσηλευτικά ιδρύματα από την άσκοπη νοσηλεία ηλικιωμένων για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Επίσης, μέσα από την προώθηση τέτοιων προγραμμάτων οι Έλληνες ηλικιωμένοι για πρώτη φορά θα έχουν την δυνατότητα να λαμβάνουν υπηρεσίες αποθεραπείας μετά από μία βαριά ασθένεια έτσι ώστε η επανένταξή τους στην κοινότητα να είναι επιτυχημένη (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 255).

Ένα επιπλέον γεγονός που επιβάλλει την στροφή στην εξωϊδρυματική περίθαλψη είναι η συνοχή και η αγάπη που χαρακτηρίζει την ελληνική οικογένεια σε συνδυασμό με την επικράτηση στην ευρύτερη κοινωνία, της αντίληψης ότι η ιδρυματική περίθαλψη ισοδυναμεί με εγκατάλειψη των ηλικιωμένων. Αυτό λοιπόν κάνει πολλές οικογένειες να κρατούν τους ηλικιωμένους στα σπίτια τους ακόμη και όταν οι ίδιοι δεν είναι σε θέση να τους προσφέρουν άτυπη φροντίδα. Όμως η επιλογή αυτή των οικογενειών να φροντίζουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους χωρίς την απαιτούμενη προνοιακή

στήριξη τις περισσότερες φορές επιφυλάσσει δυσάρεστες εκπλήξεις για τις σχέσεις αυτές οι οποίες δοκιμάζονται από την δυσκολία που συνίσταται η άτυπη φροντίδα.

Επίσης, πρέπει να ειπωθεί πως η ενίσχυση του ρόλου της τοπικής αυτοδιοίκησης στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους, η οποία έχει συντελεστεί σε όλες τις χώρες της ΕΟΚ, φαίνεται αναπόφευκτη και για την Ελλάδα. Με την ενίσχυση του θεσμού της τοπικής αυτοδιοίκησης τα νέα προγράμματα θα εφαρμοστούν καλύτερα μέσα στα πλαίσια της αποκέντρωσης των κοινωνικών υπηρεσιών και της αποφυγής του συγκεντρωτικού, μη αποτελεσματικού και υπέρογκου γραφειοκρατικού συστήματος που μαστίζει την ελληνική πραγματικότητα στην παροχή των κοινωνικών υπηρεσιών της. Επιπλέον, το γεγονός ότι η δημογραφική κατανομή του ελληνικού πληθυσμού τοποθετεί το μεγαλύτερο μέρος των ηλικιωμένων να ζουν στην επαρχία συντελεί στην αναγκαιότητα έντονης ευαισθητοποίησης της τοπικής αυτοδιοίκησης στα θέματα των ηλικιωμένων καθώς η κοινότητα γνωρίζει καλύτερα από την κεντρική διοίκηση τις ιδιαιτερότητες των ατόμων αυτής της κατηγορίας (Κυριόπουλος, 1994, σελ. 284).

**Συμπερασματικά**, πρέπει να ειπωθεί πως το μοντέλο προνοιακής πολιτικής που επικρατεί στη σύγχρονη κοινωνία επιδιώκει την εξασφάλιση κοινωνικών υπηρεσιών που προσφέρουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα με το ελάχιστο δυνατό κόστος. Έτσι λοιπόν, το μοντέλο της ιδρυματικής περίθαλψης που απαιτεί μεγάλες δαπάνες ενώ παράλληλα δεν εξασφαλίζει τα καλύτερα αποτελέσματα στους πελάτες που κρίθηκε αναγκαίο να συμπληρωθεί, χωρίς όμως να υποκατασταθεί, από προγράμματα εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων.

Η Ελλάδα που δεν θα μπορούσε να ξεφύγει από αυτό το ευρωπαϊκό ρεύμα προχώρησε, έστω και με σχετική καθυστέρηση, στην υιοθέτηση μίας τέτοιας πολιτικής. Άλλωστε, την ευθυγράμμιση της Ελλάδας με αυτή τη πορεία δεν της επέβαλε μοναχά η διεθνής πραγματικότητα αλλά και τα χαρακτηριστικά της ελληνικής κοινωνίας με την ραγδαία δημογραφική γήρανση του πληθυσμού της, την παρουσία του σημαντικότερου ποσοστού των ηλικιωμένων στην επαρχία και την απόρριψη της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης από τις οικογένειές τους καθώς αυτή ταυτίζεται με εγκατάλειψη των ηλικιωμένων τροφίμων.



## Μορφές Εξωϊδρυματικής Περίθαλψης των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα

### α) Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το ελληνικό κράτος από τα μέσα της δεκαετίας του '80, παρακολουθώντας την ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική στο ζήτημα των ηλικιωμένων και σταθμίζοντας τον παράγοντα της ταχείας αύξησης του πληθυσμού της συγκεκριμένης ομάδας ανθρώπων, έκανε το πρώτο βήμα στην ανοιχτή περίθαλψη με τον θεσμό των ΚΑΠΗ. Τα θεμέλια όμως προς αυτή τη κατεύθυνση είχαν χτιστεί από το 1978 με την δημιουργία ενός ΚΑΠ(Υ), ενός κέντρου ανοιχτής περίθαλψης υπερηλίκων. Το ΚΑΠ(Υ) λειτούργησε σε ένα πολυδύναμο κέντρο, στον Άγιο Ιωάννη Ρέντη, στο οποίο αναπτύσσονταν προγράμματα οικογένειας και νεότητας. Η συνύπαρξη προγραμμάτων που αναφέρονταν σε όλες τις ηλικίες μέσα στο πολυδύναμο κέντρο προωθούσε την σύσφιξη των δεσμών μεταξύ των γενεών. Αυτό αποδεικνύεται μέσα από το γεγονός ότι οι υπερήλικες που έρχονταν σε επαφή με τους νέους τους «υιοθετούσαν» εφόσον οι πρώτοι δεν είχαν εγγόνια και οι δεύτεροι παππού και γιαγιά (Γρηγοροπούλου, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου). Το 1979, όμως, λειτούργησε επίσημα το πρώτο ΚΑΠΗ του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού με μερική κρατική επιχορήγηση. Επίσης, για την ιστορία πρέπει να σημειωθεί πως το 1981 λειτουργούσαν 8 ΚΑΠΗ στη χώρα, ενώ, από το 1983, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ανατέθηκε επίσημα, από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και το Υπουργείο Εσωτερικών, σε όλη την επικράτεια η ίδρυση και λειτουργία των ΚΑΠΗ (Ζιώμας, 1989, σελ. 15).

Στην δεκαετία του '90 ο αριθμός των ΚΑΠΗ ανέρχεται σε 280 περίπου κέντρα τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες σε ποσοστό 6% του γεροντικού πληθυσμού (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 49).

Τα ΚΑΠΗ τα οποία όταν ξεκίνησαν αποτέλεσαν τομή στην κοινωνική πολιτική για τους Έλληνες ηλικιωμένους είχαν πρωταρχικό στόχο τους να ενισχύσουν την διαβίωση των ηλικιωμένων στο οικείο τους περιβάλλον. Σε μελέτη στην οποία παρουσιάζεται έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα ΚΑΠΗ το 1988 με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αναφέρεται η τοποθέτηση της πολιτείας σύμφωνα με την οποία «τα κέντρα αυτά αποτελούν μορφή κρατικής παρέμβασης και πολιτικής που αποσκοπεί στην πρόληψη της περιθωριοποίησης και την διατήρηση των ηλικιωμένων σε κατάσταση ενεργούς κοινωνικής παρουσίας (Τσαούσης, Χατζηγιάννη, 1990, σελ. 66).

Οι δηλωμένοι στόχοι του θεσμού του ΚΑΠΗ, όπως έχουν εκδοθεί από το καταστατικό του προγράμματος, αναφέρονται στα παρακάτω ζητήματα.

Πρωταρχικά, στην πρόληψη των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων έτσι ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ίσα και ενεργά μέλη της κοινωνίας (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 52).

Έπειτα, αναφέρεται η επιδίωξη ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού και των οργανωμένων ομάδων μέσα από προγράμματα ενημέρωσης προκειμένου να επιτευχθεί η συμμετοχή και συνεργασία τους στα θέματα των ηλικιωμένων (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 52).

Επιπλέον στόχος της λειτουργίας των ΚΑΠΗ είναι η διεξαγωγή ερευνών πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 52).

Έτσι λοιπόν προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί τα ΚΑΠΗ ορίστηκε να παρέχουν υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, εκπαίδευσης, αγωγής υγείας, ψυχαγωγίας, φυσιοθεραπείας, εργασιοθεραπείας ακόμη και φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Επιπλέον, προκειμένου να επιτευχθεί ο ευρύτερος στόχος της διατήρησης της ενεργούς παρουσίας των ηλικιωμένων στη κοινωνική ζωή έγινε επιτακτική η ανάγκη τα ΚΑΠΗ μέσα από τις δραστηριότητές τους να μην αποτελούν ένα κοινωνικά κλειστό σύστημα παροχής υπηρεσιών, αλλά αντιθέτως, δίαυλο μιας αμφίδρομης σχέσης των ηλικιωμένων και του ευρύτερου κοινωνικού περιγύρου (Τσαούσης, Χατζηγιάννη, 1990, σελ. 8).

Μέσα στην μακρόχρονη πορεία λειτουργίας του συγκεκριμένου θεσμού ανοιχτής περίθαλψης των ηλικιωμένων έχουν γίνει διάφορες έρευνες και έχουν συζητηθεί αρκετά θέματα σχετικά με την θετική επίδραση αλλά και τις ελλείψεις στην ανάπτυξη των προγραμμάτων των ΚΑΠΗ (ΕΚΚΕ, 1986, Τσαούσης, Χατζηγιάννη, 1988, Τεπέρογλου, 1990, κ.α.). Πάντως, αυτό που προκύπτει τόσο μέσα από τις έρευνες όσο και από την εμπειρική πραγματικότητα είναι το γεγονός ότι ο θεσμός των ΚΑΠΗ απέδρασε θετικά στη ζωή των ηλικιωμένων και έτυχε γενικής αποδοχής από όλους τους πολίτες.

Ο Ζιώμας, αναφερόμενος στα πορίσματα έρευνας του ΕΚΚΕ που πραγματώθηκε το 1986 σε αρκετά ΚΑΠΗ της χώρας υποστηρίζει πως για τους ηλικιωμένους ο καινούριος θεσμός γρήγορα εδραιώθηκε στην εκτίμησή τους ενώ για την κοινωνική πολιτική αποτέλεσε μία νέα προσέγγιση σύμφωνη με την διεθνή τάση για παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι (Ζιώμας, 1989, σελ. 16).

Η επιτυχία του θεσμού των ΚΑΠΗ γίνεται εμφανής και από τα πορίσματα της έρευνας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που πραγματώθηκε το 1988. Στα πορίσματα λοιπόν της έρευνας αυτής δεικνύεται ότι το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας ανεξάρτητα από πολιτική ιδεολογία και κομματικές διαφορές αντιμετωπίζει τα ΚΑΠΗ ως ένα θετικό θεσμό, σε γενικές γραμμές επιτυχημένο και σίγουρα απαραίτητο (Τσαούσης, Χατζηγιάννη, 1990, σελ. 39).

Η Τεπέρογλου επίσης σε μία άλλη έρευνα για τα ΚΑΠΗ δεικνύει με στατιστικά στοιχεία την ευρεία αποδοχή του θεσμού των ΚΑΠΗ από τους ηλικιωμένους. Μέσα από την συγκεκριμένη έρευνα προκύπτει ότι το 42% των μελών των ΚΑΠΗ εκφράζουν την απόλυτη ικανοποίησή τους για την λειτουργία του θεσμού ενώ τα αρνητικά σχόλια είναι ανύπαρκτα (Τεπέρογλου, 1990, σελ. 171).

Παράλληλα όμως με την θετική εκτίμηση για την πορεία των ΚΑΠΗ τόσο η έρευνα του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων όσο και η έρευνα στην οποία αναφέρεται η Τεπέρογλου δεικνύουν την ύπαρξη αρνητικών στοιχείων στην λειτουργία των προγραμμάτων των ΚΑΠΗ που αποτελούν τροχοπέδη στην επιτυχή πλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί.

Σημαντικό στοιχείο που αποτελεί τροχοπέδη στην πλήρωση του πρωταρχικού στόχου της πρόληψης των βιο-ψυχο-κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων είναι η λειτουργία πολλών κέντρων με σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό πολλών ειδικοτήτων σημαντικών για την πλήρωση των στόχων αυτών. Έτσι λοιπόν, αρκετά ΚΑΠΗ λειτουργούν χωρίς φυσιοθεραπευτή ή εργασιοθεραπευτή, για παράδειγμα, μολονότι η ύπαρξή τους χαρακτηρίζεται αναγκαία από το πρόγραμμα και κατά συνέπεια πολλές από τις προβλεπόμενες υπηρεσίες των ΚΑΠΗ δεν βρίσκουν εφαρμογή (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 54).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της πραγματικότητας είναι η αδυναμία εφαρμογής της σημαντικής υπηρεσίας της φροντίδας στο σπίτι από τα ΚΑΠΗ μολονότι προβλέπεται από το πρόγραμμα. Η αδυναμία αυτή αναφέρεται και από την Τεπέρογλου η οποία μάλιστα υποστηρίζει πως το γεγονός αυτό αναγκάζει πολλούς ηλικιωμένους να στρέφονται με μεγάλη συχνότητα στα νοσοκομεία (Τεπέρογλου, 1990, σελ. 171).

Πέρα όμως από αυτό, το σημαντικότερο μειονέκτημα στην πορεία της λειτουργίας των ΚΑΠΗ είναι η σχετική αποτυχία τους στην επίτευξη του κυριότερου στόχου τους που είναι η διατήρηση των δεσμών τους με την ευρύτερη κοινωνία (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 54).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, βασική φιλοσοφία της λειτουργίας του θεσμού των ΚΑΠΗ είναι η ενεργοποίηση τόσο του ενδιαφέροντος της κοινότητας για τα ηλικιωμένα μέλη της όσο και των ηλικιωμένων για τον ευρύτερο κοινωνικό τους περίγυρο, αποσκοπώντας στην άμβλυνση της τάσης για απομόνωση και αδράνεια των ηλικιωμένων. Αυτός ο στόχος, θεωρήθηκε, ότι μπορούσε να πραγματοποιηθεί μέσα από οποιαδήποτε δραστηριότητα προγραμματίζεται στα ΚΑΠΗ και η οποία φέρνει σε επαφή τους ηλικιωμένους με τα μέλη της κοινότητας. Έτσι λοιπόν προγράμματα ενημέρωσης των ηλικιωμένων, προσφοράς και αποδοχής βοήθειας, συμμετοχής σε διάφορες δραστηριότητες της κοινότητας, εκδρομών και επισκέψεων σε πολιτισμικούς χώρους θα μπορούσαν να συντελέσουν καταλυτικά προς αυτή τη κατεύθυνση. Όμως, όπως δεικνύεται μέσα από την έρευνα του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μέσα από το πέρασμα του χρόνου πολλά από τα συγκεκριμένα προγράμματα αποδυναμώθηκαν και τελικά σταμάτησαν, ενώ άλλα, όπως οι εκδρομές, τράπηκαν σε απλές προνοιακές παροχές και αυτοσκοπούς (Τσαούσης, Χατζηγιάννη, 1990, σελ. 76).

Οι ερευνητές που κατέληξαν σε αυτό το συμπέρασμα το απέδωσαν σε παραλείψεις και αδυναμίες στην οργάνωση των προγραμμάτων των ΚΑΠΗ. Ο βασικότερος ανασταλτικός παράγοντας αποτέλεσε και εξακολουθεί μέχρι σήμερα να αποτελεί η έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων για την ολοκληρωμένη λειτουργία των κέντρων. Έτσι λοιπόν, αυτό το γεγονός οδήγησε στην αδυναμία πρόσληψης του απαραίτητου προσωπικού, καθώς επίσης, στην επιλογή προγραμμάτων με κριτήριο όχι την προτίμηση των ηλικιωμένων και των

δυνατοτήτων που αυτά παρέχουν για σύνδεση του ΚΑΠΗ με την κοινότητα αλλά το μικρότερο δυνατόν κόστος που αυτά συνεπάγονται (Τσαούσης, Χατζηγιάννη, 1990, σελ. 77).

Επίσης, πρέπει να σημειωθεί, ότι οι ερευνητές αναφέρονται σε έναν ακόμη λόγο στον οποίο οφείλεται η περιορισμένη έκταση της σύνδεσης του ΚΑΠΗ με την κοινότητα ο οποίος σχετίζεται με την αδιαφορία που σε πολλές περιπτώσεις δείχνει η τοπική αυτοδιοίκηση για την οργάνωση και την λειτουργία των ΚΑΠΗ. Ένας επιπλέον λόγος είναι ο περιορισμένος αριθμός κοινωνικών λειτουργών που προβλέπονται σε κάθε ΚΑΠΗ και στις δραστηριότητες με τις οποίες οι επαγγελματίες αυτοί συνήθως καταπιάνονται. Διαπιστώνεται λοιπόν, μέσα από την έρευνα ότι η αδυναμία απασχόλησης επαρκούς προσωπικού αναγκάζει συχνά τον κοινωνικό λειτουργό να τρέπεται σε απλό διοικητικό υπάλληλο ο οποίος καλείται να διευθετήσει τα γραφειοκρατικά ζητήματα της υπηρεσίας του ΚΑΠΗ περιορίζοντας ουσιαστικά τα περιθώρια δράσης του, όπως αυτά προσδιορίζονται από την επαγγελματική του ειδικότητα (Τσαούσης, Χατζηγιάννη, 1990, σελ. 45). Η σοβαρότητα αυτού του γεγονότος διαφαίνεται από το γεγονός ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο μόνος από όλες τις ειδικότητες που απασχολούνται στα ΚΑΠΗ, ο οποίος γνωρίζει επακριβώς την έννοια του όρου «ανοιχτή περίθαλψη», την φιλοσοφία και τις αρχές της και επομένως η προσφορά ουσιαστικού έργου είναι καταλυτική στην λειτουργία των κέντρων και την σωστή εφαρμογή των προγραμμάτων. Όμως, ο περιορισμένος αριθμός κοινωνικών λειτουργών σε κάθε ΚΑΠΗ, περιορίζει την δυνατότητα να αναπτύξουν το ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων τους όταν μάλιστα το έργο τους επιβαρύνεται από γραφειοκρατικές εργασίες που δεν εμπίπτουν στην αρμοδιότητά τους (Τσαούσης, Χατζηγιάννη, 1990, σελ. 39).

Τέλος, ένα ακόμη στοιχείο που, όπως προκύπτει από την έρευνα του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δυσχεραίνει την

ομαλή και αποδοτική λειτουργία των ΚΑΠΗ είναι το γεγονός ότι η χωροταξική τους τοποθέτηση και η επιλογή των κτιρίων που στεγάζονται δεν γίνεται με βάση κάποια προδιαγεγραμμένα κριτήρια. Έτσι λοιπόν, τα ΚΑΠΗ συχνά τυχαίνει να βρίσκονται σε περιοχές δυσπρόσιτες για τους ηλικιωμένους. Αυτό βέβαια, αποτελεί αναπόφευκτη πραγματικότητα σε περιπτώσεις που υπάρχει ένα μόνο ΚΑΠΗ σε μεγάλες κοινότητες με πολύ πληθυσμό. Επίσης, συχνό είναι το φαινόμενο τα κτίρια που επιλέγονται για να στεγαστούν τα κέντρα να μην ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ηλικιωμένων και όμως να μην εφαρμόζεται σε αυτά η επιστήμη της εργονομίας. Έτσι λοιπόν, η βασική αρχή σύμφωνα με την οποία πρέπει τα ΚΑΠΗ να απευθύνονται σε όλους τους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα δεν ενισχύεται καθώς μια μεγάλη μερίδα ηλικιωμένων αποθαρρύνεται εξαιτίας των δυσχερών παραγόντων πρόσβασης σε αυτά (Τσαούσης, Χατζηγιάννη, 1990, σελ. 80).

### Λέσχες Φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας είναι κέντρα ανοιχτής περίθαλψης των ηλικιωμένων τα οποία παρέχουν υπηρεσίες πρόνοιας ίδιες με αυτές των ΚΑΠΗ. Η διαφοροποίηση του ονόματός τους από τα ΚΑΠΗ έγκειται στο γεγονός ότι η δημιουργία τους οφείλεται αποκλειστικά και μόνο στην πρωτοβουλία της δημοτικής αρχής (Δοντάς, 1990, σελ.17).

Η Μαλικιώτη, αναφέρει ότι η πρώτη Λέσχη Φιλίας λειτούργησε το 1986 με πρωτοβουλία του δήμου Αθηναίων. Από τότε τέτοια κέντρα δημιουργήθηκαν σε πολλές περιοχές της Αθήνας, καθώς επίσης και σε άλλους δήμους (Μαλικιώτη – Λοΐζου, 1988, σελ. 34).

Στις Λέσχες Φιλίας γίνονται κοινωνικές και άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες όμοιες με αυτές των ΚΑΠΗ. Όμως, ο Δοντάς αναφέρει πως η έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας των Λεσχών Φιλίας με τα ΚΑΠΗ έχει

σαν αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις να ιδρύονται οι Λέσχες σε περιοχές που ήδη λειτουργούν ΚΑΠΗ ενώ σε άλλες περιοχές δεν υπάρχουν ούτε ΚΑΠΗ ούτε Λέσχες Φιλίας (Δοντάς, 1993, σελ. 17).

Συμπερασματικά, πρέπει να ειπωθεί, ότι ο θεσμός των ΚΑΠΗ από τα πρώτα του βήματα αγκαλιάστηκε με ενθουσιασμό όχι μόνο από τους ηλικιωμένους αλλά από όλους τους Έλληνες πολίτες.

Τα ΚΑΠΗ προορίστηκε να προσφέρουν στα μέλη τους κοινωνική επιμόρφωση και ψυχαγωγία. Επίσης, πρωταρχικός στόχος τους ήταν η δραστηριοποίηση και ενεργοποίηση των ηλικιωμένων μελών τους και η επιδίωξη διατήρησης των δεσμών τους με την κοινότητα. Όμως, ο στόχος αυτός δεν επιτεύχθηκε και τα ΚΑΠΗ κατέληξαν να αποτελούν κυρίως κέντρα ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων. Βέβαια, το μέρος της ψυχαγωγίας αποτελεί ουσιαστικής σημασίας για τους ηλικιωμένους όμως μοναχά αυτό δεν αρκεί προκειμένου οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν ενεργά μέλη της κοινωνίας τους.



## *β) Φροντίδα στο Σπίτι*

Όπως ήδη αναφέρθηκε μία από τις υπηρεσίες που αναγράφονται στο καταστατικό του προγράμματος των ΚΑΠΗ είναι η φροντίδα στο σπίτι. Η υπηρεσία αυτή όμως δεν προχώρησε ποτέ σε εφαρμογή διότι το προσωπικό των ΚΑΠΗ συνήθως δεν επαρκούσε για την δραστηριοποίηση και σε αυτόν τον τομέα.

Έτσι λοιπόν, η υπαγόρευση της σύγχρονης πραγματικότητας για παραμονή του ηλικιωμένου στο οικείο του περιβάλλον δημιούργησε την αναγκαιότητα ανάπτυξης ξεχωριστών υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι. Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται σε ηλικιωμένους οι οποίοι είναι ικανοί να ζουν στην κοινότητα αλλά η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση ή κάποια προβλήματα υγείας καθιστούν απαραίτητη την φροντίδα τους από κάποιο υποστηρικτικό δίκτυο. Στην Ελλάδα τέτοια προγράμματα λειτούργησαν σε κάποιες περιοχές πιλοτικά από τις αρχές της δεκαετίας του '90. Επίσημα όμως αποτέλεσαν κομμάτι της κρατικής κοινωνικής πολιτικής στην εξωϊδρυματική περίθαλψη από το 1998.

Μόλις πριν δύο χρόνια λοιπόν το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών έθεσε σε λειτουργία το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» σε 102 Δήμους την οργάνωση του οποίου ανέθεσε στους Ο.Τ.Α. και την επίβλεψη στην Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων της Ελλάδος (ΚΕΔΚΕ). Ένα χρόνο αργότερα, το 1999, το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων χρηματοδότησε άλλα 100 προγράμματα με την ίδια οργάνωση, τους ίδιους στόχους και το ίδιο προσωπικό. Τα προγράμματα αυτά διαφοροποιούνται μόνο στο γεγονός ότι ονομάζονται «Κοινωνική Μέριμνα» καθώς επίσης στην ύπαρξη καλύτερου καθεστώτος στην ασφάλιση των εργαζομένων σε αυτά. (Σούντης, ΚΑΠΗ Μεγάρων).

Το προσωπικό που εργάζεται στα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι πλαισιώνεται από έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν νοσηλευτή και ένα οικογενειακό βοηθό. Μολονότι το καταστατικό του προγράμματος δεν διευκρινίζει επακριβώς τις δραστηριότητες που προορίζεται να αναπτύσσει καθένας από τους επαγγελματίες των τριών ειδικοτήτων είναι εμφανές πως ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να εφαρμόσει τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας, ο νοσηλευτής να παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τέλος ο οικογενειακός βοηθός υπηρεσίες πρακτικής οικογενειακής βοηθητικής φροντίδας (ατομική και οικιακή καθαριότητα, κάλυψη καθημερινών αναγκών διαβίωσης κτλ.). (Βλ. Παράρτημα Α', Θεσμικό πλαίσιο προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι».).

Η ανάπτυξη προγραμμάτων στήριξης των ηλικιωμένων που διαμένουν στο οικείο τους περιβάλλον οι οποίοι μέχρι τώρα ένιωθαν ξεχασμένοι από την πολιτεία, όπως είναι φυσικό, είχε σαν αποτέλεσμα την ενθουσιώδη αποδοχή των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Τα προγράμματα αυτά τα οποία εφαρμόζονται με το σύνθημα «κάποιος που σου κτυπά την πόρτα» έδωσαν στους ηλικιωμένους την αίσθηση ότι η πολιτεία επιτέλους ενδιαφέρθηκε για αυτούς και αυτή τους η αίσθηση είχε θετική επίδραση στη ζωή τους πολύ περισσότερο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των προγραμμάτων. Όμως τα θετικά συναισθήματα που διακατέχουν τους ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους από το γεγονός ότι υπάρχουν κάποιοι που τους νοιάζονται, όπως είναι φυσικό, εξαντλούνται σύντομα και την θέση έπειτα θα πάρει η κριτική τους για την ποιότητα των υπηρεσιών του τα προγράμματα παρέχουν.

Έτσι λοιπόν, η αντίδραση των ηλικιωμένων σχετικά με τα προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα» θα εκτιμηθεί σωστά μέσα από την πορεία τους και όχι από τον πρώτο ενθουσιασμό που προκλήθηκε και ο οποίος οφείλεται σε κάλυψη της βασικής ψυχολογικής

ανάγκης των ηλικιωμένων να γίνονται αντικείμενο ενδιαφέροντος από τους συνανθρώπους τους.

Πάντως, πρέπει να σημειωθεί πως το καταστατικό που αναφέρεται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» αφήνει ερωτηματικά και ασάφειες ως προς την υλοποίηση ορισμένων επιδιώξεων του, γεγονός που ίσως προκαλεί τροχοπέδη στην αποτελεσματικότητά του. (Βλ. Παράρτημα Α΄, Θεσμικό Πλαίσιο προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι»).

Πρωταρχικά, είναι αξιοσημείωτη η αδυναμία του προγράμματος να παρέχει στους εξυπηρετούμενούς του συστηματική ιατρική παρακολούθηση, φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία στο σπίτι διότι οι αντίστοιχοι επαγγελματίες που θα μπορούσαν να τις παρέχουν δεν προβλέπεται να εργάζονται σε αυτό. (Βλ. Παράρτημα Α΄, Θεσμικό πλαίσιο του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»).

Ακόμη μέσα από μία απλή ανάγνωση του καταστατικού σχετικά με το σύνολο των στόχων που επιδιώκονται από το πρόγραμμα διαφαίνεται ότι το προσωπικό που εργάζεται σε αυτό είναι ανεπαρκές προκειμένου να τους υλοποιήσει όλους με επιτυχία (Βλ. Παράρτημα Α΄, Θεσμικό Πλαίσιο του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»).

Επίσης, πρέπει να σημειωθεί πως για την επίτευξη των στόχων αυτών το καταστατικό αναφέρει την αναγκαιότητα εμπλοκής εθελοντών στην λειτουργία του προγράμματος. (Βλ. Παράρτημα Α΄, Θεσμικό Πλαίσιο προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»). Η πρόταση αυτή όμως δημιουργεί κενά και ασάφεια στον τρόπο υλοποίησής της την στιγμή που ο εθελοντισμός στην συνείδηση των Ελλήνων συνδέεται μόνο με την παροχή στρατιωτικών υπηρεσιών ή έστω με τον οργανισμό του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. (Δαουτόπουλος, 1995, σελ. 181). Έτσι λοιπόν, στην Ελλάδα που το κίνημα του εθελοντισμού δεν έχει ακόμη προχωρήσει η εμπλοκή εθελοντών σε οποιαδήποτε ενέργεια και οποιοδήποτε πρόγραμμα είναι πολύ δύσκολο να πραγματοποιηθεί και

δεν αρκεί απλώς η υπαγόρευση στο καταστατικό ενός προγράμματος καθώς η συμμετοχή εθελοντών προϋποθέτει μεθοδικά σχεδιασμένη προσπάθεια.

Συμπερασματικά, πρέπει να ειπωθεί πως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που ξεκίνησε από το 1998 και η «Κοινωνική Μέριμνα» που εφαρμόζεται από το 1999 ήταν επιτακτική ανάγκη για την ελληνική πραγματικότητα καθώς μέχρι τότε δεν υπήρχε καμμία υπηρεσία φροντίδας που να ενδιαφέρεται για τους ηλικιωμένους που παραμένουν στο οικείο τους περιβάλλον.

Τα προγράμματα αυτά λοιπόν έχουν γίνει αποδεκτά από τα άτομα στα οποία απευθύνονται καθώς σήμαναν την αφετηρία ενός δικτύου προστασίας που απευθύνεται σε αυτή τη μερίδα ατόμων. Παρόλα αυτά όμως, εντοπίζονται κάποιες αδυναμίες στην υλοποίησή τους των οποίων οι συνέπειες θα δειχθούν μέσα από την πορεία τους στο μέλλον. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την διετή εφαρμογή του «Βοήθεια στο Σπίτι» μπορούν να ληφθούν μέσα από την έρευνα που διεξήχθη με αφορμή την συγκεκριμένη μελέτη και περιλαμβάνεται στις σελίδες της.

## Προγράμματα Εξωϊδρυματικής Περίθαλψης από Διάφορους Φορείς

### *α) Προγράμματα Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων*

Το Ελληνικό κράτος, όπως έχει ήδη δειχθεί, έχει στρέψει από τα μέσα της δεκαετίας του '80 το ενδιαφέρον του για την περίθαλψη των ηλικιωμένων μελών του σε προγράμματα εξωϊδρυματικής περίθαλψης.

Κύριος εκφραστής της αλλαγής αυτής είναι το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και αυτό δεικνύεται μέσα από μία αναφορά στα προγράμματα που προωθεί τα τελευταία χρόνια.

Πρωταρχικά, λοιπόν, πρέπει να αναφερθεί ο γνωστός σε όλους και αναμφισβήτητα πετυχημένος θεσμός των ΚΑΠΗ ο οποίος ξεκίνησε με πρωτοβουλία και επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και που στην Ελλάδα του 2000 αριθμεί τα 280 περίπου κέντρα. Συγκεκριμένη ανάλυση του θεσμού και των υπηρεσιών που προσφέρει έχει προηγηθεί. Στο σημείο αυτό, λοιπόν, εκείνο που πρέπει να προστεθεί είναι η ανάπτυξη μέσα στους κόλπους του μίας νέας υπηρεσίας που με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων θα ξεκινήσει στο άμεσο μέλλον. Η υπηρεσία αυτή η οποία θα τεθεί αρχικά σε πιλοτική βάση στοχεύει στην προληπτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτςχάϊμερ. Ειδικευμένοι επιστήμονες θα συνεργάζονται με τα ΚΑΠΗ της χώρας εξετάζοντας τα ηλικιωμένα μέλη των κέντρων αυτών προκειμένου να διαγιγνώσκουν έγκαιρα και να προλαμβάνουν την εξέλιξη της νόσου και την έκπτωση που αυτή συνεπάγεται. (Κοτσώνης, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου). Το πρόγραμμα αυτό μπορεί να θεωρηθεί ένα σημαντικό βήμα καθώς μέχρι τώρα δεν υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες φροντίδας ανοϊκών ηλικιωμένων, φθάνει βέβαια να λειτουργήσει με προγραμματισμό και συντονισμένες ενέργειες.

Μία ακόμη μορφή εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων που ξεκίνησε με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών

Ασφαλίσεων είναι η φροντίδα στο σπίτι η οποία αναπτύσσεται μέσα από τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα» (Κοτσώνης, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Εκτός από τα δύο αυτά προγράμματα που έχουν ήδη εφαρμοστεί το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων έχει σχεδιάσει και προγραμματίσει για το άμεσο μέλλον την εφαρμογή δύο νέων προγραμμάτων που ενισχύουν την εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων.

Για τους ηλικιωμένους λοιπόν που ζουν απομονωμένοι σε απομακρυσμένα χωριά στα οποία δεν είναι δυνατό να ιδρυθούν ΚΑΠΗ θα λειτουργήσουν προγράμματα κινητών μονάδων περίθαλψης από την έδρα κάθε δήμου. Οι κινητές αυτές μονάδες οι οποίες θα πλαισιώνονται από κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και οικογενειακό βοηθό θα επισκέπτονται δύο φορές την εβδομάδα κάθε χωριό προκειμένου να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους ηλικιωμένους που ζουν εκεί. Οι ηλικιωμένοι λοιπόν άνθρωποι των απομακρυσμένων χωριών δεν θα νιώθουν ξεχασμένοι και παραμελημένοι αλλά θα αισθάνονται ότι κάποιος τους νοιάζεται και τους φροντίζει (Κοτσώνης, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου).

Ένα άλλο πρόγραμμα το οποίο θα ξεκινήσει σύντομα κι αυτό με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι η αναδοχή ηλικιωμένων. Όπως έχει γίνει γνωστό από την αναδοχή των μικρών παιδιών ο θεσμός αυτός συνίσταται στην υποχρέωση που αναλαμβάνει ένα πρόσωπο, φυσικό ή νομικό της φροντίδας ενός εξαρτημένου ατόμου και της εγγύησης για λογαριασμό του (Καλλιγέρη - Βυθούλκα, 1990, σελ. 1).

Ο Σταθόπουλος, ήδη από το 1995, αναφέρει πως «αυτή η μορφή φροντίδας αρχίζει να ενθαρρύνεται μέσα από εθελοντικά προγράμματα ως εναλλακτική λύση φροντίδας των ηλικιωμένων στην κοινότητα, με στόχο την αποτροπή της ιδρυματικής φροντίδας και την ανάπτυξη δεσμών μοναχικών ηλικιωμένων μέσα στη κοινότητα με κάποια οικογένεια». Επίσης, ο

Σταθόπουλος ισχυρίζεται πως η αναδοχή μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα στα μικρά παιδιά των σύγχρονων πυρηνικών οικογενειών να βιώσουν την πολύτιμη εμπειρία της σχέσης με τον ανάδοχο «παππού» και την «γιαγιά», εφόσον οι πραγματικοί δεν υπάρχουν (Σταθόπουλος, 1995, σελ. 239).

Έτσι λοιπόν, στο άμεσο μέλλον θα ξεκινήσει επίσημα πρόγραμμα αναδοχής ηλικιωμένων σύμφωνα με το οποίο ο ηλικιωμένος έναντι αμοιβής θα μπορεί να φιλοξενείται από οικογένειες και έτσι να δημιουργούνται ανταποδοτικές σχέσεις της πείρας και της αγάπης που μπορούν να εγγυηθούν οι ηλικιωμένοι και της φροντίδας που προσφέρουν οι νεότεροι. Όμως, για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος θα πρέπει να εφαρμόζεται τακτικός έλεγχος των ανάδοχων οικογενειών προκειμένου να αποτρέπονται περιπτώσεις εκμετάλλευσης των ηλικιωμένων από τις οικογένειες που θα μπαίνουν στο πρόγραμμα και οι οποίες θα αποβλέπουν μόνο στην οικονομική αμοιβή που αυτό θα συνεπάγεται.

Τέλος, πρέπει να ειπωθεί ότι στις αρχές του 2000 πραγματοποιήθηκε το 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ηλικιωμένων στο οποίο συμμετείχαν ηλικιωμένοι από όλη την Ελλάδα οι οποίοι κατέθεσαν τις απόψεις τους για τα ζητήματα που τους απασχολούν. (Κοτσώνης, 2000, Πρακτικά Συνεδρίου). Βέβαια το γεγονός αυτό δεν αποτελεί μορφή εξωϊδρυματικής περίθαλψης είναι όμως αξιοσημείωτο καθώς είναι δηλωτικό της νέας στάσης που υιοθετείται για τα γηρατεία. Μία στάση η οποία προσβέυει το δικαίωμα της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας τους και την ικανότητα τους να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις που λαμβάνονται για τα θέματα που τους απασχολούν.

### *β) Προγράμματα Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας*

Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (ΕΟΠ) παρέχει στην υπηρεσία των Ελλήνων ηλικιωμένων κάποια προγράμματα εξωϊδρυματικής περίθαλψης

προκειμένου να ενισχύσει την τάση για παραμονή τους στον οικείο χώρο της κοινότητας.

Μέσα λοιπόν σε αυτά τα πλαίσια ο ΕΟΠ λειτουργεί προγράμματα για την ψυχαγωγία, κοινωνική και συναισθηματική στήριξη των ηλικιωμένων τα οποία είναι αντίστοιχα με αυτά των ΚΑΠΗ και των Λεσχών Φιλίας. Ο Σταθόπουλος αναφέρει ότι αυτά τα προγράμματα αναπτύσσονται στα 300 περίπου Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας που λειτουργούν από τον συγκεκριμένο φορέα διάσπαρτα σε αγροτικές περιοχές της Βόρειας Ελλάδας (Σταθόπουλος, 1995, σελ. 241).

Επίσης, ο ΕΟΠ σχετικά νωρίς για την Ελληνική κοινωνία, μόλις το 1990, ξεκίνησε ένα πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι ατόμων που είναι ανάκανοι να φροντίσουν τον εαυτό τους, μένουν μόνοι και δεν μπορούν να βασιστούν στην οικογένειά τους. Το πρόγραμμα αυτό μολονότι δεν προορίζεται αποκλειστικά στην φροντίδα των ηλικιωμένων εντούτοις τα περισσότερα άτομα που δέχονται τις υπηρεσίες του ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία. Το πρόγραμμα αυτό το οποίο συνεχίζει να λειτουργεί μέχρι σήμερα στοχεύει στην διατήρηση της αυτονομίας των ατόμων που εξυπηρετεί και στην προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες, όμοιες με αυτές του «Βοήθεια στο σπίτι» που ήδη αναπτύχθηκαν, είναι συμβουλευτικές υπηρεσίες, παροχή γευμάτων, καθαρισμός κατοικίας και προσωπική υγιεινή του ηλικιωμένου, βοήθεια σε ιατρικά θέματα, καθώς επίσης δραστηριότητες που πραγματοποιούνται έξω από το σπίτι, όπως για παράδειγμα ψώνια και πληρωμές λογαριασμών (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, 49).

### *γ) Προγράμματα Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού*

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ) έχει να επιδείξει σημαντική δραστηριότητα στον τομέα της εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων. Όμως πρέπει να σημειωθεί πως τα προγράμματα που αναπτύσσονται



απευθύνονται μόνο στους ηλικιωμένους που ζουν στην πρωτεύουσα εκτός από δύο προγράμματα που αφορούν την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων της ελληνικής επικράτειας στο σύνολό της.

Έτσι λοιπόν, ο Ε.Ε.Σ. οργανώνει κάθε χρόνο επιμορφωτικά σεμινάρια για όλους τους επαγγελματίες σχετικά με τα ζητήματα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας αλλά και για όλους εκείνους που ευαισθητοποιημένοι πάνω σε αυτό το θέμα εκπαιδεύονται προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εθελοντικά (Ζιώγας, 1989, σελ. 13).

Το άλλο πρόγραμμα που λειτουργεί ο Ε.Ε.Σ και αφορά στους ηλικιωμένους απομακρυσμένων περιοχών της χώρας είναι εφαρμογή της Υποστηρικτικής Τεχνολογίας. Ο Ε.Ε.Σ, πρωτοπόρος στην Ελλάδα, ανέπτυξε τηλεπικοινωνιακά δίκτυα σύνδεσης των ηλικιωμένων που ζουν σε αγροτικές και νησιωτικές περιοχές με τις κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν μόνιμα προβλήματα ή έκτακτες ανάγκες (Βάγια, 1994, σελ. 46).

Στην περιοχή της πρωτεύουσας τώρα, ο Ε.Ε.Σ λειτουργεί στο Νέο Ηράκλειο από το 1981 ένα ΚΑΠΗ το οποίο χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και το οποίο προσφέρει υπηρεσίες στους τομείς της υγείας, πρόνοιας και ψυχαγωγίας (Σταθόπουλος, 1995, σελ. 240).

Επίσης, είναι πολύ σημαντικό ότι ο Ε.Ε.Σ λειτουργεί ειδικό γεροντολογικό τμήμα στο γενικό νοσοκομείο του. Το γεγονός αποκτά ιδιαίτερη σημασία καθώς έτσι φαίνεται πως ο συγκεκριμένος φορέας έχει αντιληφθεί την αναγκαιότητα στον τομέα της υγείας να αντιμετωπίζεται το ζήτημα του γήρατος σαν μία ξεχωριστή κατηγορία της οποίας οι ιδιαιτερότητες καθιστούν αναγκαίες ιδιαίτερες τεχνικές και μεθόδους (Μεσθεναίου - Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 54).

Τέλος, πρέπει να ειπωθεί, ότι ο Ε.Ε.Σ από το 1988 διευθύνει στην περιοχή της Αθήνας πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» στις περιοχές Κυψέλη,

Πατήσια και από το 1990 στον Κολωνό (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 49).

Η Κογιοπούλου, διευθύντρια του προγράμματος στον Κολωνό, αναφέρει πως «είναι ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής φροντίδας σε άτομα ή οικογένειες που κατοικούν στις περιοχές αυτές και αντιμετωπίζουν προσωρινά ή μόνιμα προβλήματα υγείας, μοναξιάς, κακής οικονομικής κατάστασης κ.α. (Κογιοπούλου, 1998, σελ. 1).

Οι ερευνητές του ΕΚΚΕ, αξιολογώντας την αποτελεσματικότητα του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Ε.Ε.Σ, αναφέρουν ότι η ποιότητά του είναι καλή και προσφέρει ουσιαστική βοήθεια στους εξυπηρετούμενους (Ιωάννου, Καβουνίδης, Καραντινός, 1992, σελ. 50).

Πράγματι το πρόγραμμα αυτό καλύπτει ένα ευρύ φάσμα παρεχόμενων υπηρεσιών και πλαισιώνεται από πολλούς επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων καθώς επίσης εθελοντές οι οποίοι αφού εκπαιδευθούν στα επιμορφωτικά σεμινάρια μπορούν να παρέχουν αξιόλογη φροντίδα στα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες, οικογένειες και κοινότητα. Ακόμη, δίνεται η δυνατότητα στους ηλικιωμένους να πληροφορούνται για νομικά θέματα από δικηγόρους γεγονός που μπορεί να τους προφυλάξει από περιπτώσεις εκμετάλλευσής τους. Επίσης, παρέχονται ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες οικιακής βοήθειας. Ακόμη, πρόσφατα τέθηκε σε λειτουργία με συνεργασία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μία νέα υπηρεσία που λειτουργεί με σύγχρονα μέσα πληροφορικής και τηλεπικοινωνίας και η οποία ονομάζεται σύστημα τηλε-ειδοποίησης - τηλεσυναγερμού (tele-alarm) (Κογιοπούλου, 1998, σελ. 2).

Το σύστημα τηλε - ειδοποίησης - τηλεσυναγερμού είναι σημαντικό συμπλήρωμα της εργασίας των επαγγελματιών του προγράμματος καθώς οι

ηλικιωμένοι μπορούν να νιώθουν ασφαλής ολόκληρο το 24ωρο ακόμη και όταν λήγει το ωράριο των επαγγελματιών (Μαλικούτη 1991, σελ. 116).

#### *δ) Προγράμματα Εκκλησίας*

Η Ελληνική Εκκλησία παρέχει σημαντικό έργο στην υπηρεσία των Ελλήνων ηλικιωμένων. Βέβαια, πρέπει να σημειωθεί, πως το μεγαλύτερο μέρος παροχής υπηρεσιών συνίσταται στην λειτουργία ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης των ηλικιωμένων.

Όμως είναι γεγονός, πως η Εκκλησία τα τελευταία χρόνια ακολουθεί κάποιες αρχές στο προνοιακό έργο της που προσανατολίζονται σε μία περισσότερο σύγχρονη αντίληψη κοινωνικής πολιτικής στους ηλικιωμένους.

Σύμφωνα λοιπόν με την τάση αυτή, η Εκκλησία ιδρύει κέντρα υπερηλικών κατά περιφέρειες, ώστε να μην ξεριζώνει τους ηλικιωμένους από το φυσικό τους χώρο. (Καρπάθιος, 1994, σελ. 28).

Ακόμη αποκλείει τα μεγάλα πολυάριθμα ιδρύματα και συνηγορεί σε μικρές μονάδες, ώστε να διασώζονται οι τρόφιμοι από το σύνδρομο του ιδρυματισμού (Καρπάθιος, 1994, σελ. 28).

Τέλος, επιζητά την εθελοντική προσφορά, με σκοπό όχι να παρέχει προνοιακό έργο με μικρότερο κόστος, αλλά, επιδιώκοντας να δώσει στους ανθρώπους την δυνατότητα να ασκούν έργα αγάπης και φιλαλληλίας (Καρπάθιος, 1994, σελ. 27).

Συγκεκριμένα, όμως πρέπει να ειπωθεί, ότι αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών προσανατολιζόμενων στην εξωϊδρυματική περίθαλψη, η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών έχει συστήσει την Διεύθυνση Χριστιανικής Αλληλεγγύης η οποία παρέχει υπηρεσίες όμοιες με αυτές των Κοινωνικών Υπηρεσιών. Στη Διεύθυνση αυτή εργάζονται ιερείς, λαϊκοί εθελοντές και κοινωνικοί λειτουργοί που παρέχουν εξειδικευμένες κοινωνικές υπηρεσίες σε άτομα όλων των ηλικιών, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων (Σταθόπουλος, 1995, σελ. 212).

Επίσης, έχει δημιουργήσει 58 Κέντρα Ενοριακής Αγάπης που παρέχουν υπηρεσίες σίτισης, ψυχαγωγίας και στήριξης από κοινωνικούς λειτουργούς, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο (Καρπάθιος, 1994, σελ. 27).

Τέλος λειτουργούν σε 10 ενορίες «ομάδες ελευθέρως διαβιούντων» οι οποίες δίνουν την ευκαιρία σε ηλικιωμένους οι οποίοι είναι αυτοεξυπηρετούμενοι να βρίσκονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να συζητούν με την παρουσία κοινωνικών λειτουργών για διάφορα θέματα που τους απασχολούν. Ακόμη, πρέπει να ειπωθεί, ότι κοινωνικοί λειτουργοί συχνά επισκέπτονται τα μέλη των ομάδων αυτών στα σπίτια τους για να διαπιστώσουν τις συνθήκες διαβίωσής τους και να εντοπίσουν προβληματικές καταστάσεις που χρήζουν ειδικών υπηρεσιών (Σταθόπουλος, 1995, σελ. 242).

#### *ε) Προγράμματα Εθελοντικών Οργανώσεων*

Οι εθελοντικές οργανώσεις στην κοινωνική πρόνοια αποτελούν φορείς μη κυβερνητικούς οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες στους πολίτες ενός κράτους χωρίς να υποκινούνται από οικονομικές σκοπιμότητες. Αντιθέτως, όπως ισχυρίζεται ο Σταθόπουλος, το βασικό κίνητρο ίδρυσής τους αποδίδεται στο ηθικό αίσθημα που έχουν κάποιοι άνθρωποι προς τον συνάνθρωπό τους που πάσχει (Σταθόπουλος, 1995, σελ. 160).

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες τα τελευταία χρόνια μέσα στα πλαίσια επικράτησης του μοντέλου του σύγχρονου προνοιακού πλουραλισμού, όπου κυριαρχεί η σχέση μικρότερο δυνατό κόστος - μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα οι κυβερνήσεις έχουν συνειδητοποιήσει το όφελος που μπορεί να προσφέρει η ανάπτυξη τέτοιων οργανώσεων. Έτσι λοιπόν προωθούν εθελοντικά προγράμματα σε όλους τους τομείς της κοινωνικής τους πολιτικής και φυσικά και στον τομέα της προστασίας των ηλικιωμένων (Baldock, 1994, σελ. 11).

Η αναγκαιότητα ανάπτυξης τέτοιων προγραμμάτων συνίσταται πρωταρχικά στον συμπληρωματικό τους χαρακτήρα προς τα κενά που παρουσιάζει στην κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων ο δημόσιος τομέας. Έτσι λοιπόν, η ανάπτυξη εθελοντικών οργανώσεων μπορεί να παίξει υποβοηθητικό ρόλο προσφέροντας επιπρόσθετο έργο στην παροχή υπηρεσιών του δημόσιου τομέα (Σταθόπουλος, 1995, σελ. 162).

Επίσης, η χρησιμότητα των εθελοντικών οργανώσεων συνίσταται και στον εκ φύσεως δημιουργικό τους χαρακτήρα. Δηλαδή, τα μέλη των οργανώσεων αυτών τα οποία έχουν καθαρά αλτρουϊστικά κίνητρα για τους συνανθρώπους τους που υποφέρουν διαθέτουν όρεξη και αγάπη για το αντικείμενο της εργασίας τους και αυτό τους δίνει την δυνατότητα να αναπτύσσουν καινοτόμα προγράμματα, να δοκιμάζουν νέες μεθόδους και στη συνέχεια να συμπαρασύρουν και τον δημόσιο τομέα (Σταθόπουλος, 1995, σελ. 162).

Στην Ελλάδα σε όλους τους τομείς κοινωνικής πρόνοιας αλλά και συγκεκριμένα στον τομέα των ηλικιωμένων η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών από εθελοντικές οργανώσεις δεν έχει να επιδείξει σημαντικό έργο. (Μεσθαεναίου - Τριανταφύλλου, 1993, σελ. 56). Εθελοντικές οργανώσεις οι οποίες έχουν να παρουσιάσουν ολοκληρωμένο έργο στην χώρα είναι ο Ε.Ε.Σ και η Εκκλησία των οποίων τα προγράμματα εξωϊδρυματικής περίθαλψης ήδη αναπτύχθηκαν.

Άλλη οργάνωση η οποία έχει αναπτύξει δραστηριότητα στην εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων είναι ο Όμιλος Εθελοντών ο οποίος έχει ιδρύσει, εδώ και πολλά χρόνια, στο Νέο Κόσμο ένα πρότυπο ΚΑΠΗ. Το ΚΑΠΗ αυτό έχει ανταποκριθεί με επιτυχία στον δημιουργικό ρόλο, καθώς έχει πρωτοστατήσει σε δραστηριότητες όπως η αναβίωση από τους ηλικιωμένους παιχνιδιών παλαιότερης εποχής, καθώς επίσης στην αναδοχή των ηλικιωμένων (Σταθόπουλος, 1995, σελ. 245).

Το πρόγραμμα αναδοχής ξεκίνησε το 1990 ύστερα από πρωτοβουλία της Κοινωνικής λειτουργού Καλλιγέρης - Βυθούλκα η οποία εργαζόταν τότε στο κέντρο. Πρωταρχικός στόχος του προγράμματος ήταν η εφαρμογή μεθόδων αποκατάστασης τόσο σε μοναχικά μέλη του ΚΑΠΗ όσο και σε μέλη που μολονότι είχαν οικογένεια η κοινωνική λειτουργός εκτιμούσε ότι για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα έπρεπε να ελαφρυνθεί το οικογενειακό τους περιβάλλον. Η αναδοχή μπορούσε είτε να έχει τον κλασσικό της χαρακτήρα δηλαδή την ανάληψη της φροντίδας του ηλικιωμένου από κάποια οικογένεια, είτε, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ένα χαρακτήρα παραπλήσιο όπου διάφορες υπηρεσίες, επαγγελματίες, εθελοντές ακόμη και τα μέλη του ΚΑΠΗ αναλαμβάνουν «αναδοχικό ρόλο» για τους ηλικιωμένους μέσα από τη στήριξη και την φροντίδα που τους παρείχαν. Όταν λοιπόν δεν υπήρχαν οικογένειες διαθέσιμες να φιλοξενήσουν ηλικιωμένους το ΚΑΠΗ αναλάμβανε το ρόλο του ανάδοχου επιστρατεύοντας όλα τα δυνατά μέσα για την αποκατάστασή του. Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα αυτό ανάλογα με την κάθε περίπτωση μπορεί να ήταν η διεπιστημονική ομάδα του ΚΑΠΗ, άλλες υπηρεσίες, οι εθελοντές του Ομίλου Εθελοντών, και τα ηλικιωμένα μέλη του ΚΑΠΗ. Η Καλλιγέρη-Βυθούλκα αναφερόμενη στην αποδοτικότητα του αναδοχικού ρόλου του ΚΑΠΗ σε σύγκριση με την αποτελεσματικότητα της κλασσικής αναδοχής αναφέρει πως η πρώτη μορφή απαιτεί λιγότερο οικονομικό κόστος από την δεύτερη ενώ το μεγαλύτερο όφελος συνίσταται στο ότι το άτομο παραμένει αυτεξούσιο στον προσωπικό του χώρο και αυτενεργεί. Επίσης, ένα ακόμη πλεονέκτημα της ιδιόμορφης αυτής μορφής της αναδοχής είναι το γεγονός ότι η επιτυχία είναι πιο πιθανή καθώς ο κίνδυνος εκδήλωσης περιστατικών εκμετάλλευσης, παραμέλησης, κακοποίησης του ηλικιωμένου από την ανάδοχη οικογένεια δεν υφίστανται (Καλλιγέρη - Βυθούλκα, 1990, σελ. 1).

Ένα άλλο πρόγραμμα αναδοχής ηλικιωμένων σε εθελοντική βάση πραγματώνεται μέσα από τον εθελοντικό Σύλλογο Ανάδοχων Οικογενειών ο

οποίος έχει ιδρυθεί από μία παρέα νέων ανθρώπων οι οποίοι κάποια στιγμή της ζωής τους ένιωσαν την ανάγκη να αισθανθούν την ζεστασιά των ηλικιωμένων αναλαμβάνοντας την φροντίδα και την στήριξη τους (Λοχαΐτου, 1992, σελ. 82).

Επίσης στην 3<sup>η</sup> Πανευρωπαϊκή Συνάντηση της <sup>16</sup>Euroling Age που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία το 1993 οι αντιπρόσωποι της Ελλάδας αναφερόμενοι στα εθελοντικά προγράμματα που αναπτύσσονται για τους Έλληνες ηλικιωμένους παρουσίασαν την δραστηριότητα του Ε.Ε.Σ, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στα επιμορφωτικά σεμινάρια που οργανώνει ο Ε.Ε.Σ κάθε χρόνο για την τρίτη ηλικία, στα οποία, όμως, συμμετέχουν κυρίως εθελοντές του νοσηλευτικού τομέα και του σώματος των «Σαμαρειτών» (Αθηνιόγλου, 1993, Πρακτικά Συνεδρίου).

Πάντως, είναι γεγονός πως στην ελληνική πραγματικότητα ο θεσμός του εθελοντισμού δεν είναι ανεπτυγμένος ιδιαίτερα. Αυτό μπορεί να γίνει εμφανές από τον καθένα ο οποίος αντιλαμβάνεται την έλλειψη ευαισθητοποίησης των Ελλήνων πολιτών σε θέματα εθελοντισμού. Εδώ, όμως, υπάρχει ένα παράδοξο, καθώς οι Έλληνες ενώ φημίζονται για τα αισθήματα αλληλεγγύης που τρέφουν για τον διπλανό τους σπάνια αποφασίζουν να συμμετάσχουν σε οργανωμένες εθελοντικές υπηρεσίες προσφέροντας ολοκληρωμένο έργο. Ίσως όμως για αυτό να ευθύνεται το κράτος το οποίο μέχρι τώρα δεν έδωσε κίνητρα για μία στροφή των πολιτών σε τέτοια δράση. Όμως, τώρα που η σύγχρονη τάση κοινωνικής πολιτικής επιδιώκει συνύπαρξη και αλληλοσυμπλήρωση των παροχών από την πολιτεία με τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα η επέκταση του εθελοντισμού πρέπει να γίνει αντικείμενο απασχόλησης της ελληνικής πολιτείας (Μαλκούτη, 1994, σελ. 36).

---

<sup>16</sup> Η Euroling Age, είναι μια ευρωπαϊκή ένωση που ασχολείται με θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους και την έκβαση του γήρατος γενικότερα (Πηγή: Αθηνιόγλου, 1993, Πρακτικά Συνεδρίου).

Συμπερασματικά, πρέπει να ειπωθεί, ότι το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ενώ σχετικά νωρίς, στα μέσα της δεκαετίας του '80, έκανε με τα ΚΑΠΗ ένα άνοιγμα στην εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων ακολούθησε ένα μεγάλο χρονικό διάστημα δέκα χρόνων στο οποίο δεν έγινε καμία καινούρια προσπάθεια ενίσχυσης της παραμονής των ηλικιωμένων στο οικείο τους περιβάλλον. Μετά λοιπόν από μεγάλο χρονικό διάστημα στα τέλη της δεκαετίας του '90 ξεκίνησε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Τώρα, το Υπουργείο αναγνωρίζοντας την θετική επίδραση που έχει η παραμονή των ηλικιωμένων στην κοινότητα έχει προγραμματίσει την ανάπτυξη προγραμμάτων κινητών μονάδων βοήθειας για τους απομονωμένους και αναδοχής για τους μοναχικούς.

Ο ΕΟΠ από την άλλη, εδώ και πολλά χρόνια, λειτουργεί σε πολλά μέρη της Ελλάδας προγράμματα ψυχαγωγίας, κοινωνικής και συναισθηματικής στήριξης των ηλικιωμένων όμοια με εκείνα των ΚΑΠΗ. Επίσης από τις αρχές της δεκαετίας του '90 λειτουργούν προγράμματα φροντίδας στο σπίτι για άτομα με ειδικές ανάγκες στα οποία περιλαμβάνονται και οι ηλικιωμένοι.

Ο Ε.Ε.Σ παρουσιάζει το πιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα εξωϊδρυματικής περίθαλψης ηλικιωμένων καθώς περιλαμβάνει πολλά προγράμματα μερικά από τα οποία εφαρμόζονται για πρώτη φορά. Έτσι λοιπόν ο Ε.Ε.Σ διαθέτει ένα ΚΑΠΗ, προγράμματα βοήθεια στο σπίτι, εξοπλισμένα με το σύστημα τηλεσυναγερμού (tele-alarm). Ακόμη οργανώνει σεμινάρια επιμορφωτικά πάνω στα θέματα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας από τα οποία προέρχονται ικανοί εθελοντές. Τέλος, ο Ε.Ε.Σ πρωτοστατεί στην εφαρμογή του συστήματος υποστηρικτικής τεχνολογίας με προγράμματα τηλε-ιατρικής και τηλε-κοινωνικής εργασίας, εικονικής πραγματικότητας, για τους ηλικιωμένους που ζουν σε απομονωμένες περιοχές.



Η Εκκλησία επίσης έχει να παρουσιάσει έργο εξωϊδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων με τα 60 περίπου «Κέντρα Ενοριακής Αγάπης» στα οποία τα μέλη μπορεί να γευματίζουν, να ψυχαγωγούνται και να λαμβάνουν υποστηρικτική φροντίδα.

Τέλος, αναφορικά με την ανάπτυξη προγραμμάτων σε εθελοντικές οργανώσεις αναφέρεται ο Όμιλος Εθελοντών ο οποίος έχει ιδρύσει ένα ΚΑΠΗ στο Νέο Κόσμο στο οποίο έχει εφαρμοστεί το καινοτόμο πρόγραμμα αναδοχής ηλικιωμένων. Ακόμη, αναφέρεται ο Σύλλογος Ανάδοχων Οικογενειών στον οποί προσφερόμενοι εθελοντές μέλη του συλλόγου αναλαμβάνουν ρόλο φροντίδας και προστασίας ηλικιωμένων. Πάντως, πρέπει να σημειωθεί πως ο εθελοντισμός στην Ελλάδα έχει περιορισμένη έκταση γεγονός που πρέπει να αλλάξει μέσα από την νέα τάξη πραγμάτων στον τομέα κοινωνικής πρόνοιας.

## ΣΤ. Κοινωνική Εργασία στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων

### *Ο Κοινωνικός Λειτουργός στην Εργασία με Ηλικιωμένους και Υπερήλικες*

Στο παρελθόν επικρατούσε η αντίληψη ότι η ενασχόληση των επαγγελματιών των ανθρωπιστικών επιστημών με την κατηγορία των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας σήμαινε την αμφισβήτηση της επαγγελματικής τους ικανότητας. Αυτό εκλογικευόταν μέσα από το γεγονός ότι τα άτομα της συγκεκριμένης ηλικίας συνήθως δεν γίνεται να μεταβάλουν τον χαρακτήρα τους, τις συνήθειες και τις καταστάσεις της ζωής τους μετά την παρέμβαση των ιατρών, ψυχολόγων, των κοινωνικών λειτουργών και συνεπώς οι επαγγελματίες των ειδικοτήτων αυτών περιορίζονται στην επιφανειακή κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων μέσα από μεθόδους πρακτικής μόνο βοήθειας. Στην πραγματικότητα όμως τις περισσότερες φορές η στάση αυτή είναι δηλωτική της προκατάληψης<sup>17</sup> που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους για την μακρινή αυτή φάση της ζωής, της δυσφορίας και του φόβου που δημιουργεί η εντύπωση του θανάτου που ζωντανεύει μέσα από τους ηλικιωμένους (Παπαϊωάννου, 1991, σελ. 264)

Τις τελευταίες, όμως, δεκαετίες η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων καθώς επίσης η αύξηση του προσδοκώμενης επιβίωσής τους, πιέζει προς την αλλαγή της στάσης αυτής. Έτσι λοιπόν οι επαγγελματίες, αρχίζουν να

---

<sup>17</sup> Στο ΚΑΠΗ Μεγάρων παράλληλα λειτουργεί Κοινωνική Υπηρεσία μετά από πρωτοβουλία των επαγγελματιών. Ο προϊστάμενος κοινωνικός λειτουργός κος Σούντης υποστηρίζει πως το φαινόμενο αυτό, το οποίο συμβαίνει και σε άλλα ΚΑΠΗ της χώρας, πηγάζει από την ανάγκη των εργαζομένων στα κέντρα να έρχονται σε επαφή με τις περιπτώσεις νεότερων ανθρώπων και όχι μόνο ηλικιωμένων. (Πηγή: Σούντης, ΚΑΠΗ Μεγάρων).

δείχνουν περισσότερη συμπάθεια και ενδιαφέρον στους ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους τους. (Παπαϊωάννου, 1991, σελ. 264)

Συγκεκριμένα, αναφορικά με το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας έχουν γίνει σημαντικά βήματα προς την αναγνώριση της σημασίας του για τους ηλικιωμένους. Έτσι λοιπόν, οι κοινωνικοί λειτουργοί έπαψαν, θεωρητικά τουλάχιστον, να αντιμετωπίζουν τους ηλικιωμένους σαν άβουλα όντα, χωρίς συναίσθημα και ανίκανους να δράσουν μόνοι τους και μέσα σε αυτά τα πλαίσια περιόρισαν την παροχή έτοιμων λύσεων και υλικής βοήθειας που μέχρι τότε πρωτοστατούσε σαν μέθοδο παρέμβασης ενώ ενίσχυσαν μεθόδους εμπάθунσης στην ψυχολογία και τα συναισθήματα αυτής της κατηγορίας των ανθρώπων (Παπαϊωάννου, 1991, σελ. 264).

Προκειμένου όμως οι κοινωνικοί λειτουργοί να αντιμετωπίσουν τους ηλικιωμένους σαν ανθρώπους στους οποίους μπορούν να προσφέρουν πολύ και ουσιαστικό έργο προκύπτει η ανάγκη για ενδοσκόπηση τους προκειμένου να ανακαλύψουν τις προκαταλήψεις που κρύβουν μέσα τους για αυτήν την μερίδα ανθρώπων και έτσι φθάνοντας στην αυτογνωσία να παλέψουν για να απαλλαγούν από αυτές.

Σαν επαγγελματίες λοιπόν οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει μέσα από την μόρφωση που λαμβάνουν, πρώτοι αυτοί να φροντίζουν να ξεπεράσουν τα βιώματά τους από τους δικούς τους ηλικιωμένους και τα όποια συναισθήματα κουβαλούν μέσα τους για αυτήν την κατηγορία ατόμων προκειμένου να δουλέψουν αμερόληπτα βασιζόμενοι στην αλήθεια της αντικειμενικής πραγματικότητας και όχι των προσωπικών τους συναισθημάτων (Παπαϊωάννου, 1991, σελ. 264)

Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι στην εργασία τους με τους ηλικιωμένους δεν είναι δυνατό να αναμένονται γρήγορα αποτελέσματα και πως η αλλαγή μίας προβληματικής κατάστασης που αποτελεί πρωταρχικό στόχο στην εργασία με νεότερες ηλικίες στην περίπτωση

των ηλικιωμένων πρέπει να αντικαθιστάται από την επιδίωξη ανάπτυξης των μηχανισμών προσαρμοστικότητας του πελάτη απέναντι σε αυτή. (Παπαϊωάννου, 1991, σελ. 266)

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να κατανοήσει πως προσφέρει σημαντικό έργο όχι μόνο όταν βοηθά νέους ανθρώπους που στο επόμενο βήμα τους, όταν ξεπεράσουν την δυσκολία, θα μπορούν να προσφέρουν στην παραγωγική διαδικασία της κοινωνίας αλλά πρέπει να τους γίνει συνείδηση πως το ίδιο σημαντική όσο και δύσκολη είναι η εργασία τους όταν βοηθούν ανθρώπους που έχουν πίσω τους καταγράψει μία ολόκληρη ζωή και στους οποίους πρέπει να εξασφαλίζεται το δικαίωμα μίας αξιοπρεπούς διαβίωσης (Λύκκου, 1994, σελ. 43)

Ο κοινωνικός λειτουργός λοιπόν όπως στην εργασία του με όλες τις κατηγορίες ανθρώπων έτσι και με τους ηλικιωμένους μπορεί να προσφέρει έργο σε ατομικό, οικογενειακό, ομαδικό και κοινοτικό επίπεδο.

#### Κοινωνική Εργασία με Ηλικιωμένο Άτομο (ΚΕΑ)

Στην κοινωνική εργασία με τον ηλικιωμένο ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσφέρει ουσιαστική βοήθεια εφόσον ακολουθήσει ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό σχεδιασμό. Ο επαγγελματίας εφόσον απελευθερωθεί από τις προκαταλήψεις και τις λανθασμένες αντιλήψεις περί γήρατος είναι έτοιμος να έρθει σε επαφή με τον ηλικιωμένο, να τον ακούσει προσεκτικά, να προσπαθήσει να τον νιώσει, να καταλάβει τι πραγματικά αυτός αισθάνεται και έπειτα να ορίσει το εξατομικευμένο θεραπευτικό του πρόγραμμα.

Καθώς το πρόβλημα του γήρατος έχει δειχθεί πως αποτελεί συνισταμένη βιολογικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων ο κοινωνικός λειτουργός<sup>18</sup> στις πρώτες του επαφές με τον ηλικιωμένο πρέπει να

---

<sup>18</sup> Η Η.Η. Perlman αναφέρει πως ένα πρόβλημα δεν μπορεί να επιλυθεί εάν, πρώτιστα, οι απαραίτητες χειροπιαστές ανάγκες και τα οικονομικά προβλήματα του πελάτη δεν καλυφθούν (Πηγή: Perlman, 1957, σελ. 82).

τον βοηθήσει να ξεπεράσει όλα εκείνα τα προβλήματα που τον εμποδίζουν να ικανοποιήσει τις πρωταρχικές ανάγκες επιβίωσής του. Ο ηλικιωμένος που πεινά, που δεν έχει σπίτι να μείνει, που κρυώνει σε ένα ακατάλληλο σπίτι χωρίς θέρμανση χρειάζεται πρωταρχικά υλική βοήθεια. Σε καμμία περίπτωση η σημασία της βοήθειας αυτής δεν πρέπει να αμφισβητείται αλλά να θεωρείται ουσιαστική με την προϋπόθεση όμως ότι αποτελεί τμήμα του ευρύτερου θεραπευτικού σχεδίου και όχι αυτοσκοπός. (Παπαϊωάννου, 1991, σελ. 266).

Αφού λυθούν τα προβλήματα καθημερινής επιβίωσης του ηλικιωμένου ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να προχωρήσει πλέον στην εφαρμογή ουσιαστικής κοινωνικής εργασίας. Ο επαγγελματίας προκειμένου να βοηθήσει τον ηλικιωμένο στην επίλυση των προβλημάτων, όσο το δυνατόν καλύτερα, πρέπει να αποκτήσει ολοκληρωμένη εικόνα του ηλικιωμένου πελάτη του μέσα από τον τρόπο, που αυτός προσαρμοζόταν ή αντιδρούσε στο παρελθόν απέναντι στις δυσκολίες του. Οι γνώσεις αυτές γύρω από το παρελθόν του ηλικιωμένου αποτελούν σημαντικό όπλο στα χέρια του κοινωνικού λειτουργού καθώς σε μεγάλο βαθμό υποδεικνύουν στον επαγγελματία την μορφή που θα πάρει η σημερινή του αντίδραση. (Λύκκου, 1994, σελ. 43)

Τέλος, πρέπει να ειπωθεί, πως ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του με ηλικιωμένο πρέπει να προσανατολίζεται στις παρακάτω επιδιώξεις.

Πρωταρχικά, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να τροποποιήσει τις στάσεις του απέναντι στον εαυτό του και το περιβάλλον του έτσι ώστε να συμφιλιωθεί με την νέα πραγματικότητα. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να τον βοηθήσει να χρησιμοποιήσει τις ικανότητές του και τις διατιθέμενες πηγές της κοινότητας ώστε να αποκτήσει καινούριους στόχους και ενδιαφέροντα που θα του δώσουν ενεργητικότητα και αυτοπεποίθηση (Ζαγούρα, 1997, σελ. 10).

Προκειμένου να επιτευχθούν αυτές οι επιδιώξεις ο Κούρος υποστηρίζει πως ο κάθε επαγγελματίας πρέπει στις συναντήσεις του με τον

ηλικιωμένο μπορεί να εφαρμόσει «την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία η οποία προσπαθεί να υποστηρίξει και να ενδυναμώσει τους ενυπάρχοντες αμυντικούς μηχανισμούς του ηλικιωμένου, οι οποίοι είναι προσαρμοστικοί και να τους κάνει ακόμη πιο προσαρμοστικούς ή να εξαλείψει αυτούς οι οποίοι δεν του εξυπηρετούν ικανοποιητικά» (Κούρος, 1994, σελ. 156).

### Κοινωνική Εργασία με την Οικογένεια Ηλικιωμένου (ΚΕΟΚ)

Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια είναι πολύ χρήσιμη μέθοδος όπου ο πελάτης είναι ένα ηλικιωμένο άτομο. Αυτό γίνεται εμφανές από το γεγονός ότι η οικογένεια συνήθως αποτελεί για τον ηλικιωμένο την μοναδική του ελπίδα, το μοναδικό δεσμό του με την ζωή. Είναι λοιπόν λογικό ο κοινωνικός λειτουργός να επιδιώξει να γνωρίσει το οικογενειακό περιβάλλον του ηλικιωμένου, να το αξιολογήσει και τελικά να κρίνει κατά πόσο αυτό ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Πέρα όμως από αυτό, η οικογένεια η οποία έχει ζήσει τον ηλικιωμένο σε όλες τις φάσεις της ζωής του μπορεί να δώσει στον κοινωνικό λειτουργό χρήσιμες πληροφορίες για την προσωπικότητα, τον χαρακτήρα και την γενικότερη πορεία του, στοιχεία που θα χρειαστούν στην μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με άτομο (Τζωρτζοπούλου, 1993, σελ. 136)

Μέσα λοιπόν από την επαφή με την οικογένεια ο κοινωνικός λειτουργός θα προσπαθήσει να καταλάβει τι επιπτώσεις έχει για αυτήν η συμβίωση με τον ηλικιωμένο συγγενή και το αντίστροφο. Επίσης, θα αναζητήσει την πραγματικότητα για τον λόγο που αυτή η συμβίωση υφίσταται, δηλαδή εάν υποκινείται από αισθήματα αγάπης και ενδιαφέροντος ή από το αίσθημα της υποχρέωσης και από το φόβο κοινωνικής κατακραυγής. Έπειτα, αξιολογώντας τα στοιχεία αυτά, αλλά και τις υπάρχουσες δυνατότητες που παρέχει η Ελληνική πολιτεία, ο κοινωνικός λειτουργός θα κρίνει ποια είναι η καλύτερη λύση τόσο

για τον ηλικιωμένο όσο και για την οικογένειά του και θα την προτείνει (Τζωρτζοπούλου, 1993, σελ. 136)

#### Κοινωνική Εργασία με Ομάδα Ηλικιωμένων (ΚΕΟ)

Ιδιαίτερα χρήσιμη όμως μπορεί να αποβεί και η κοινωνική εργασία με ομάδες ηλικιωμένων. Η Μαλικιώτη-Λοίζου αναφέρει ότι η συμβουλευτική με ομάδες ηλικιωμένων βοηθά τα μέλη τους γιατί τους δίνει ευκαιρία να δουν ότι υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα και μέσα από αυτό αντλούν κουράγιο. Επίσης, με την συμμετοχή τους σε ομάδα οι ηλικιωμένοι βρίσκουν την ευκαιρία να έρθουν σε επαφή με διάφορα πρόσωπα και να αναπτύξουν δεσμούς μεταξύ τους ξεφεύγοντας έτσι από την μοναξιά και την απομόνωση (Μαλικιώτη-Λοίζου, 1993, σελ. 310).

Όμως, καθώς ο χαρακτήρας των ηλικιωμένων μεταβάλλεται με τα χρόνια κάνοντας το άτομο τις περισσότερες φορές περισσότερο εσωστρεφή, καχύποπτο και επιφυλακτικό η παρουσία του κοινωνικού λειτουργού είναι απαραίτητη προκειμένου να δίνει ώθηση και κατεύθυνση στην ομάδα και να συντελεί στην καλλιέργεια πνεύματος εμπιστοσύνης προκειμένου τα μέλη να εξωτερικεύουν πιο εύκολα τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους.

#### Κοινωνική Εργασία με την Κοινότητα του Ηλικιωμένου (ΚΕΚ)

Ένας κατεξοχήν τόπος δράσης των κοινωνικών λειτουργών είναι η κοινότητα. Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται με ηλικιωμένους μπορεί να εφαρμόσει και την μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα προκειμένου να επηρεάσει την στάση των πολιτών αναφορικά με την κατηγορία των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας και να τους ευαισθητοποιήσει στα προβλήματά τους. Έτσι λοιπόν ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αποτελέσει μέσα από τις ενέργειές του τον παράγοντα διατήρησης των επαφών των ηλικιωμένων με την κοινότητά τους. (Καβατζά, 1993, σελ. 262).

**Συμπερασματικά**, αυτό που πρέπει να ειπωθεί είναι ότι ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του με άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας μπορεί να εφαρμόσει εξίσου την κοινωνική εργασία με άτομο, με οικογένεια, με ομάδα και με κοινότητα. Όμως προτού γίνει αυτό, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ξεπεράσει τα προσωπικά του βιώματα με άτομα προχωρημένης ηλικίας και τα συναισθήματα ή τις αναστολές που αυτά του δημιουργούν ώστε να εφαρμόσει αμερόληπτα τις μεθόδους και τις αρχές που του υπαγορεύει το επάγγελμά του.



## **Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Εξωϊδρυματική Περίθαλψη των Ηλικιωμένων**

Ο κοινωνικός λειτουργός, όπως δείχθηκε παραπάνω, μπορεί να προσφέρει σημαντικό έργο στην εργασία του με ηλικιωμένους χρησιμοποιώντας όλες τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας με άτομο, οικογένεια, ομάδα και κοινότητα.

Όπως έχει γίνει φανερό από την μελέτη η κοινωνική εργασία ενθαρρύνει την τάση να παραμένει ο ηλικιωμένος στο οικείο του περιβάλλον και επιλέγει ανάμεσα στην ιδρυματική και εξωϊδρυματική περίθαλψη την δεύτερη εκτός βέβαια από ακραίες περιπτώσεις ηλικιωμένων μεγάλου βαθμού εξάρτησης. Άλλωστε, οι κοινωνικοί λειτουργοί αξιοποιώντας την εκπαίδευση που λαμβάνουν μπορούν να αναπτύξουν σημαντική δράση στις διάφορες μορφές εξωϊδρυματικής περίθαλψης.

### Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο ΚΑΠΗ

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο ΚΑΠΗ είναι καταλυτικός καθώς όπως έχει ήδη ειπωθεί είναι ο μόνος που γνωρίζει τι ακριβώς σημαίνει ανοιχτή περίθαλψη και πως αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί. Έτσι λοιπόν μέσα από την σωστή επαγγελματική του δραστηριότητα μέσα στο ΚΑΠΗ επιδιώξει την σύνδεση του κέντρου αυτού με την ευρύτερη κοινότητα εφαρμόζοντας μεθόδους εργασίας που αναφέρονται τόσο στα μέλη του ΚΑΠΗ όσο και στην κοινότητα (Τσατόσης Χτζηγιάννη, 1990, σελ. 75).

Αναφορικά με τα μέλη του ΚΑΠΗ ο κοινωνικός λειτουργός ο οποίος εργάζεται στο κέντρο χρησιμοποιεί την κοινωνική εργασία με άτομο και ομάδα προκειμένου να βοηθήσει τα μέλη να παραμείνουν δραστήρια και ενεργά μέσα στη κοινότητα. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσα από την επαφή με τα ηλικιωμένα μέλη του κέντρου ανακαλύπτει τις ιδιαίτερες ικανότητες και τα ενδιαφέροντά

τους και με την συνεργασία άλλων ειδικοτήτων προσπαθεί να τα αξιοποιήσει προς όφελός τους. (Μαλικιώτη-Λοίζου, 1988, σελ. 36).

Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός αναπτύσσοντας οδούς επικοινωνίας με όλα τα μέλη του ΚΑΠΗ ξεχωριστά ερμηνεύει τα προβλήματά τους και αφού βρει την καλύτερη λύση επιδιώκει να τους <sup>19</sup>εμπλέξει στην διαδικασία προς αυτή την κατεύθυνση. Πολλές φορές όταν κάποια μέλη του ΚΑΠΗ αντιμετωπίζουν προβλήματα οικονομικής φύσης ο κοινωνικός λειτουργός δεν διστάζει να αναλάβει το ρόλο του δημόσιου υπαλλήλου ο οποίος συνεργαζόμενος με τις υπηρεσίες της Πρόνοιας και άλλων φορέων εκδίδει συντάξεις και άλλα βοηθητικά επιδόματα. (Καλλιγέρη-Βυθούλκα, 1994, σελ. 67).

Όμως, όπως έχει ειπωθεί, σημαντική δουλειά έχει να κάνει ο κοινωνικός λειτουργός και με την κοινότητα στην οποία βρίσκεται το ΚΑΠΗ με σκοπό την συμμετοχή του φορέα αυτού στις δραστηριότητες της και συνεπώς την εμπλοκή των μελών του στα δημόσια πράγματα.

Έτσι λοιπόν, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναλαμβάνει ρόλο σχεδιαστή καινοτόμων προγραμμάτων τα οποία προωθούν την συνεργασία ατόμων νεότερης ηλικίας με τα μέλη του ΚΑΠΗ. Σε αυτή την συνεργασία ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναλάβει το ρόλο του εμπνευστή και διαπραγματευτή ανάμεσα στα μέλη του ΚΑΠΗ και τα μέλη της κοινότητας προκειμένου να αποφευχθούν πιθανές συγκρούσεις λόγω του χάσματος των γενεών. (Λυμναίου, 1991, σελ. 256).

Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε ΚΑΠΗ οφείλει να συνεργάζεται με την δημοτική διοίκηση προκειμένου να τους πληροφορεί για τα θέματα που αφορούν το κέντρο και συνάμα να εξασφαλίζει την ανάπτυξη

---

<sup>19</sup> Η Η.Η. Perlman, αναφέρει ότι στην διεργασία λύσης προβλημάτων ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει να ελκύσει το ίδιο το πρόσωπο στην εργασία για την αντιμετώπιση του προβλήματος. (Πηγή: Perlman, 1957, σελ. 86).

θετικών σχέσεων που θα βοηθήσουν το ΚΑΠΗ να επιτύχει τους στόχους του (Λυμναίου, 1991, σελ. 259).

Βέβαια, προκειμένου να συντελεστούν όλες αυτές οι δραστηριότητες με επιτυχία η εμπλοκή μόνο του κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται στο ΚΑΠΗ δεν επαρκεί. Έτσι λοιπόν, είναι απαραίτητη η συνεργασία του με το υπόλοιπο προσωπικό που εργάζεται στο κέντρο ενώ εδώ πρέπει να ειπωθεί πως ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να αναλάβει ένα ακόμη ρόλο, της εκμάθησης δεξιοτήτων στο προσωπικό, προκειμένου αυτό να ανταποκρίνεται με επιτυχία στις σχέσεις του με τους ηλικιωμένους (Λημναίου, 1991, σελ. 259).

#### Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι εφαρμόζει κυρίως τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας με άτομα και οικογένεια. Έτσι λοιπόν προσπαθεί να ανταποκριθεί στις οποιεσδήποτε ανάγκες κοινωνικο-οικονομικής φύσης των ηλικιωμένων με επιτυχία (Κογιοπούλου, 1998, σελ. 5).

Επίσης, μπορεί να εργαστεί με την κοινότητα του ηλικιωμένου, το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του, για να τους ευαισθητοποιήσει στις ανάγκες των ανθρώπων αυτών (Κογιοπούλου, 1998, σελ. 5).

Τέλος, ομοίως με τον κοινωνικό λειτουργό του ΚΑΠΗ αλλά και συνεργαζόμενος με αυτόν μπορεί να αναπτύξει δεσμούς συνεργασίας με τους τοπικούς φορείς και την δημοτική διοίκηση προκειμένου να αναπτυχθούν προγράμματα που θα βελτιώσουν την διαβίωση των ηλικιωμένων στην κοινότητα (Κογιοπούλου, 1998, σελ. 6).

**Συμπερασματικά**, πρέπει να ειπωθεί, πως ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε ΚΑΠΗ έχει τη δυνατότητα να αναπτύξει πληθώρα δραστηριοτήτων οι οποίες θα κάνουν το έργο του ενδιαφέρον και όχι ανιαρό

όπως συνήθως χαρακτηρίζεται η ενασχόληση με τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Μπορεί λοιπόν να ανιχνεύει τα προβλήματα των ηλικιωμένων και να συνεργάζεται μαζί τους για την λύση τους καθώς επίσης να εντοπίζει τα ενδιαφέροντά τους και να τα ενεργοποιεί προκειμένου να διατηρεί την αυτονομία και την δραστήρια παρουσία τους στην κοινότητα. Ακόμη, μπορεί να προωθήσει καινοτόμα προγράμματα που θα συνδέουν τα μέλη των ΚΑΠΗ με τα άτομα της ευρύτερης κοινότητας καθώς επίσης είναι αναγκαίο να αναπτύξει δεσμούς συνεργασίας και φιλίας με την δημοτική διοίκηση προκειμένου να αποσπά θετικές αντιδράσεις σε οποία πρωτοβουλία παίρνει.

Προκειμένου όμως όλες αυτές οι ενέργειες να επιτυγχάνονται ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να γνωρίζει καλά τον ρόλο του συντονιστή και της συνεργασίας και της συνεργασίας του με τις άλλες ειδικότητες που εργάζονται εκεί.

Τέλος, πρέπει να ειπωθεί πως όλα αυτά ισχύουν και για τον κοινωνικό λειτουργό που εργάζεται σε προγράμματα φροντίδας στο σπίτι και μπορεί να τα πετύχει είτε με δική του πρωτοβουλία είτε με συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό του ΚΑΠΗ.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

---

### *Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «Βοήθεια στο σπίτι»*

#### **A. Μεθοδολογία Έρευνας**

##### **Στόχοι - Υποθέσεις**

Βασικός στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι να αξιολογηθεί η οργάνωση και η λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» μέσα από την διετή πορεία του καθώς αυτό αποτελεί εκφραστή της εξωϊδρυματικής μορφής περίθαλψης φροντίδα στο σπίτι. Η έρευνα λοιπόν που διεξάγεται είναι «περιγραφική» καθώς βασική πρόθεσή της είναι η εκτίμηση των χαρακτηριστικών μίας δοσμένης κατάστασης.

Δεδομένο της παρούσας έρευνας είναι το γεγονός ότι η φροντίδα στο σπίτι, εκφραστής της οποίας είναι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τους Έλληνες ηλικιωμένους. Εδώ, το ζητούμενο είναι να αξιολογηθεί ο τρόπος υλοποίησης του προγράμματος.

Πρωταρχικός λοιπόν στόχος είναι να διαπιστωθεί εάν τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» όπως εφαρμόζονται και με το προσωπικό που διαθέτουν επαρκούν στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού των ηλικιωμένων κάθε περιοχής. Η υπόθεση λοιπόν είναι πως ένα μόνο πρόγραμμα σε κάθε περιοχή (Δήμος) πλαισιωμένο μόνο από τρεις επαγγελματίες δεν επαρκεί στην κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων (Υπόθεση 1).

Δεύτερος στόχος είναι να διαπιστωθεί εάν η εκπαίδευση του προσωπικού που απασχολείται στο πρόγραμμα είναι η κατάλληλη. Αυτό αφορά κυρίως την εκπαίδευση των οικογενειακών βοηθών που δεν έχουν κάνει

συγκεκριμένες σπουδές. Η υπόθεση λοιπόν είναι πως υπάρχει η πιθανότητα στο πρόγραμμα να εργάζονται άτομα τα οποία δεν έχουν γνώσεις στην εργασία με άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας (Υπόθεση 2).

Τρίτος στόχος είναι να διαπιστωθεί η εμπλοκή στα προγράμματα εθελοντών ή εθελοντικών οργανώσεων οι οποίοι αποτελούν πολύτιμο συμπλήρωμα στην εργασία των επαγγελματιών, όπως αναφέρεται στο καταστατικό. Η υπόθεση λοιπόν είναι ότι η εμπλοκή εθελοντών και εθελοντικών οργανώσεων είναι περιορισμένη λόγω του γεγονότος ότι ο θεσμός του εθελοντισμού δεν είναι αναπτυγμένος στην Ελλάδα (Υπόθεση 3).

Τέταρτος στόχος είναι να διαπιστωθεί εάν τα προγράμματα είναι γνωστά σε όλους τους πολίτες και τους φορείς της κάθε περιοχής. Η υπόθεση είναι ότι η ελλιπής διαφήμιση των προγραμμάτων στερεί από κάποιους την δυνατότητα να συμμετέχουν σε αυτό και σε κάποιους φορείς να συνεργαστούν με αυτό (Υπόθεση 4).

Πέμπτος στόχος είναι να διερευνηθεί εάν τα προγράμματα, όπως εφαρμόζονται, είναι δυνατόν να διατηρούν καθημερινή επικοινωνία με τους εξυπηρετούμενους έτσι ώστε να τους προσφέρουν άμεση βοήθεια όταν είναι αναγκαίο. Η υπόθεση λοιπόν είναι ότι τα προγράμματα αυτά όπως εφαρμόζονται δεν μπορούν να εξασφαλίσουν την δυνατότητα καθημερινής επαφής με όλους τους εξυπηρετούμενους. (Υπόθεση 5).

Έκτος στόχος είναι να διαπιστωθεί εάν οι υπηρεσίες που τελικά παρέχονται από τους επαγγελματίες καλύπτουν τις υπηρεσίες που υπαγορεύονται από το καταστατικό καθώς επίσης εάν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων. Η υπόθεση είναι ότι η αδυναμία απασχόλησης περισσότερων επαγγελματικών ειδικοτήτων στο πρόγραμμα συνεπάγεται την αδυναμία πλήρωσης ορισμένων υπηρεσιών που προβλέπονται από το καταστατικό και οι οποίες είναι αναγκαίες για τους ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους (Υπόθεση 6).

Έβδομος στόχος είναι να αναζητηθεί η άποψη των επαγγελματιών για τις σχέσεις τους με τους εξυπηρετούμενους αλλά και για το πως αντιμετωπίζουν οι εξυπηρετούμενοι το πρόγραμμα και έτσι να δημιουργηθεί κάποια εντύπωση για την πορεία του προγράμματος. Η υπόθεση λοιπόν είναι ότι εάν οι σχέσεις των εργαζομένων με τους εξυπηρετούμενους χαρακτηρίζονταν αρνητικές και εάν οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίσουν το πρόγραμμα με καχυποψία τότε αυτό θα είναι δηλωτικό μιας αποτυχημένης πορείας του προγράμματος. (Υπόθεση 7).

Όγδοος στόχος είναι να διερευνηθούν πιθανά προβλήματα στην οργάνωση και λειτουργία του προγράμματος τα οποία αναστέλλουν την ομαλή διεξαγωγή του και αποτελούν εμπόδιο στην μέγιστη αποδοτικότητα των εργαζομένων. Η υπόθεση είναι ότι το πρόγραμμα παρουσιάζει ελλείψεις ως προς την οργάνωση και την λειτουργία του οι οποίες αποτελούν τροχοπέδη στην ομαλή διεξαγωγή του (Υπόθεση 8).

## **Κατάρτιση Σχεδίου Έρευνας**

### ***α) Το Δείγμα***

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η έρευνα αυτή διεξήχθη εξαιτίας της απουσίας άλλων ερευνών μέσα από την βιβλιογραφία αναφορικά με την αξιολόγηση των προγραμμάτων φροντίδα στο σπίτι που εφαρμόζονται στην ελληνική κοινωνία. Η έρευνα αναφέρεται μόνο στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι». Τα προγράμματα «Κοινωνική Μέριμνα» αποκλείστηκαν από την έρευνα μολονότι ταυτίζονται ως προς την οργάνωση και τους στόχους με το «Βοήθεια στο σπίτι» διότι αυτά ξεκίνησαν το 1999 ένα χρόνο αργότερα από το «Βοήθεια στο σπίτι». Έτσι λοιπόν τα στοιχεία που θα συγκεντρώνονταν και τα οποία θα αφορούσαν τον πρώτο χρόνο εφαρμογής τους ίσως αλλοίωναν τα αποτελέσματα καθώς σε αυτά θα περιλαμβάνονταν και οι διαδικασίες οργάνωσης του

προγράμματος και προσαρμογής των εργαζομένων και των εξυπηρετούμενων σε αυτά.

Έτσι λοιπόν από τα 102 προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» που ξεκίνησαν το 1998 στην έρευνα το αρχικό δείγμα επιλέγεται να απαρτίζεται από 15 προγράμματα. Το δείγμα αυτό προκειμένου να είναι αντιπροσωπευτικό πλαισιώθηκε από 7 προγραμμάτων που επιλέχθηκαν τυχαία από την ευρύτερη περιοχή της Αττικής και άλλα 8 που επιλέχθηκαν τυχαία από την νησιωτική και ευρύτερη ηπειρωτική Ελλάδα. από το αρχικό αυτό δείγμα ανταποκρίθηκαν στην έρευνα τα 2/3 τα οποία αποτέλεσαν τον ερευνώμενο πληθυσμό. Το 1/3 των προγραμμάτων δεν ανταποκρίθηκε είτε προφασιζόμενο φόρτο εργασίας είτε για λόγους δυσπιστίας ως προς τα αίτια διεξαγωγής της έρευνας. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι εφόσον στην παρούσα έρευνα η πορεία του προγράμματος κρίνεται με βάση την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας του και όχι με βάση τα αποτελέσματα που έχει για τους εξυπηρετούμενους τα ερωτηματολόγια απευθύνονται στους εργαζόμενους του προγράμματος και όχι στους εξυπηρετούμενους του.

### *β) Απόφαση για τον Τρόπο Συλλογής των Πληροφοριών*

Σαν εργαλείο για τον τρόπο συλλογής των πληροφοριών επιλέχθηκε και χρησιμοποιήθηκε το γραπτό ερωτηματολόγιο που αποστέλλεται ταχυδρομικά. Το γραπτό ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε μολονότι είναι γνωστά τα μειονεκτήματά του διότι ήταν ο μοναδικός τρόπος συγκέντρωσης των πληροφοριών αφού ο ερευνώμενος πληθυσμός δεν βρισκόταν σε μία συγκεκριμένη περιοχή αλλά διάσπαρτα σε όλη την ελληνική επικράτεια γεγονός που καθιστούσε αδύνατη την χρήση άλλων μεθόδων έρευνας. Το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή περιείχε τα εξής είδη ερωτήσεων: πραγματικές, προκατασκευασμένες και ανοιχτές. Επίσης, το μέγεθος του ερωτηματολογίου επιδιώχθηκε να είναι το αποτέλεσμα ενός συμβιβασμού



ανάμεσα στην όσο το δυνατόν πληρέστερη κάλυψη του ερευνώντος θέματος και στον περιορισμένο χρόνο που υπολογίζεται ότι θα διέθετε ο κάθε ερωτώμενος εργαζόμενος στο πρόγραμμα.

### *γ) Η Διαδικασία*

Η έρευνα για την εκτίμηση της διετούς πορείας του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2000 με την διατύπωση και αποστολή των ερωτηματολογίων και ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του ίδιου χρόνου με την ολοκλήρωση της παραλαβής των ερωτηματολογίων και την επεξεργασία των στοιχείων που προέκυψαν.

Προκειμένου να βρεθεί κατάλογος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι» που λειτουργούν στην χώρα και από αυτά να επιλεγεί τυχαία το αντιπροσωπευτικό δείγμα έγινε επικοινωνία με τον σύλλογο εργαζομένων του «Βοήθεια στο σπίτι» που βρίσκεται στο Περιστέρι. Από το σύλλογο δόθηκε ένας κατάλογος με τις διευθύνσεις και τα τηλέφωνα των 102 προγραμμάτων. Αφού επιλέχθηκε το αντιπροσωπευτικό δείγμα εστάλησαν στο κάθε πρόγραμμα 3 ερωτηματολόγια ένα για κάθε επαγγελματία. Μάλιστα, αφού ζητήθηκε άδεια από τους εργαζόμενους στο πρόγραμμα στα Μέγαρα και από τον κοινωνικό λειτουργό του ΚΑΠΗ Μεγάρων, η διεύθυνση που δόθηκε στον ερευνώμενο πληθυσμό για την αποστολή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ήταν αυτή του ΚΑΠΗ. Αυτό αποσκοπούσε στο να ανταποκριθούν στην έρευνα οι εργαζόμενοι στα προγράμματα με περισσότερη προθυμία.

Λίγες μέρες αργότερα όταν πλέον όλα τα ερωτηματολόγια είχαν σίγουρα φθάσει στον προορισμό τους έγινε τηλεφωνική επικοινωνία με τους επαγγελματίες των προγραμμάτων προκειμένου να δηλωθεί προφορικά ο σκοπός για τον οποίο γίνεται η έρευνα και να διευκρινιστούν πιθανές απορίες.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως τα ερωτηματολόγια προτού σταλούν δώθησαν στους εργαζομένους του προγράμματος στα Μέγαρα προκειμένου να συμπληρωθούν και έτσι να διαπιστωθούν πιθανές ασάφειες.

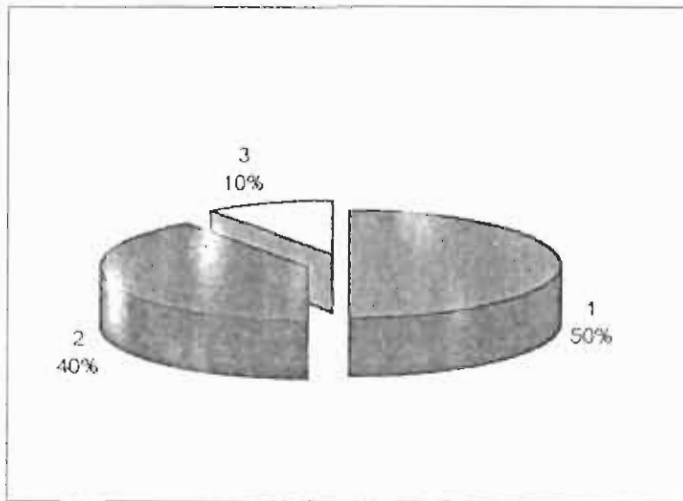
*δ) Επεξεργασία και ανάλυση Δεδομένων*

Η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση Ηλεκτρονικού Υπολογιστή επομένως δεν χρησιμοποιήθηκε συγκεκριμένη στατιστική μέθοδος.

## Β. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

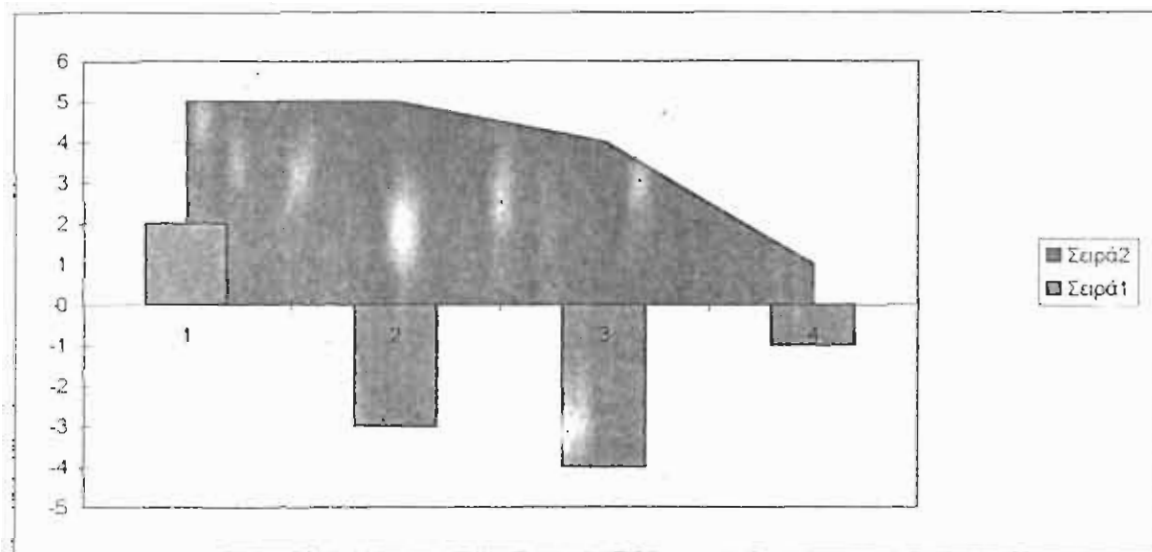
ΑΝΩ ΤΩΝ 30.000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ	5
ΑΠΟ 30.000 ΕΩΣ 10.000 ΚΑΤ.	4
ΜΙΚΡΟΤΕΡΟ ΤΩΝ 10.000 ΚΑΤ.	1



Στο γράφημα αυτό φαίνεται ότι το 50% των περιοχών που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα έχουν πληθυσμό άνω των 30.000 κατοίκων, το 40% έχει πληθυσμό από 30.000 κατοίκους έως 10.000 κατοίκους, ενώ μόνο το 10% έχει πληθυσμό κάτω των 10.000 κατοίκων.

## ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΑΡΧΟΝΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ

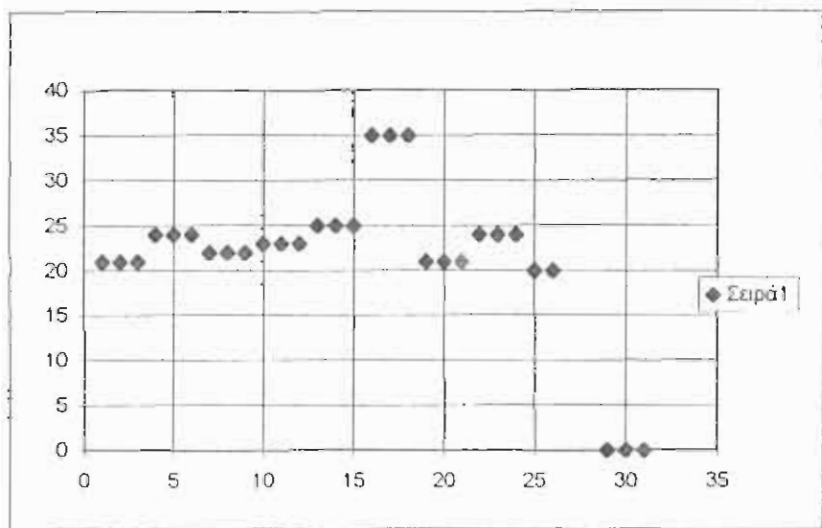
ΑΝΩ ΤΩΝ 30.000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ	5	2
ΑΝΩ ΤΩΝ 30.000 ΚΑΤΟΙΚΩΝ	5	-3
ΑΠΟ 30.000 ΕΩΣ 10.000 ΚΑΤ.	4	-4
ΜΙΚΡΟΤΕΡΟ ΤΩΝ 10.000 ΚΑΤ.	1	-1



Από το γράφημα φαίνεται πως μόνο δύο περιοχές από τις συνολικά πέντε του δείγματος που έχουν πληθυσμό άνω των 30.000 κατοίκων διαθέτουν δεύτερο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Στις υπολοίπες περιοχές με πληθυσμό κάτω των 30.000 κατοίκων δεν υπάρχει δεύτερο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Ένα, όμως, πρόγραμμα σε πολυπληθείς περιοχές δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες όλων των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

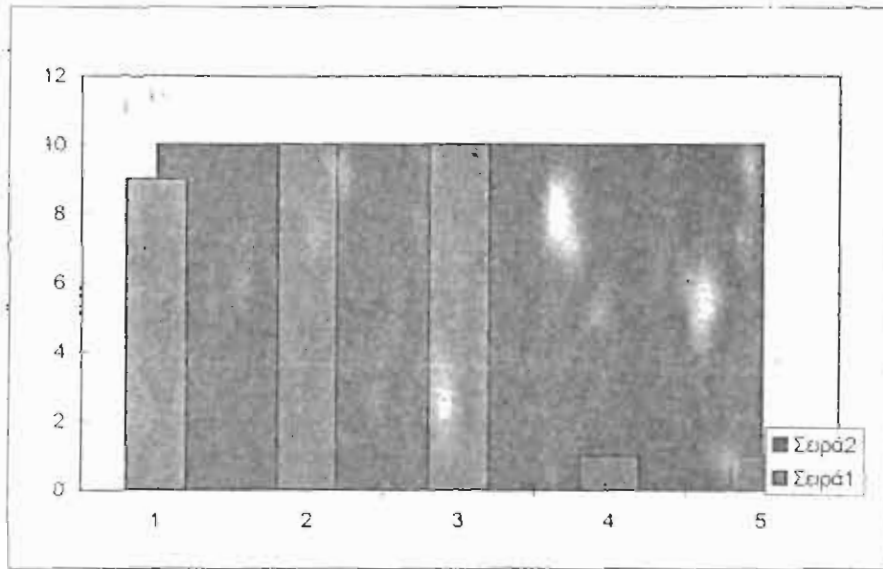
20  
20  
20  
21  
21  
21  
24  
24  
24  
22  
22  
22  
23  
23  
23  
25  
25  
25  
35  
35  
35  
21  
21  
21  
24  
24  
24  
20  
20



Επο παραπάνω γράφημα φαίνεται ότι η έναρξη λειτουργίας των προγραμμάτων δεν έγινε την ίδια χρονική στιγμή για όλα τα προγράμματα, ενώ έπρεπε να ξεκινήσουν είτε το Μάρτιο του 1998 είτε τον Ιούλιο του 1998. Μόνο ένα απ' αυτά ξεκίνησε στην πρώτη φάση και δύο στη δεύτερη φάση. Η καθυστέρηση αυτή μπορεί να αποδοθεί είτε σε αδυναμία της τοπικής αυτοδιοίκησης, η οποία εμπλέκεται σε χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες είτε στην αναβλητικότητα της κεντρικής διοίκησης να εκχωρήσει ουσιαστικές αρμοδιότητες στους Ο.Τ.Α.

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ

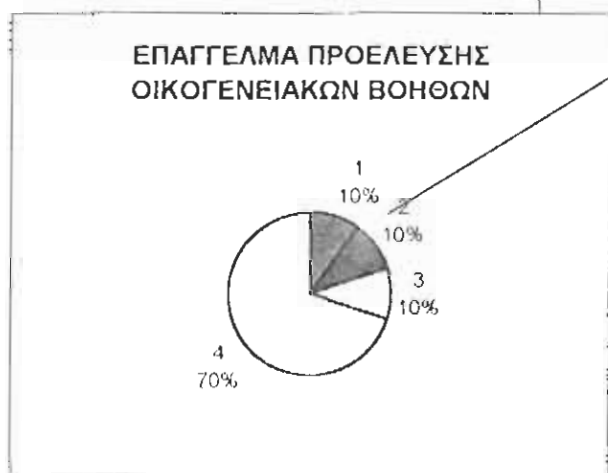
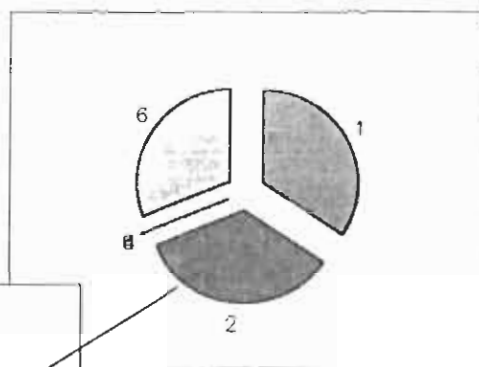
ΣΕ 10 ΠΡΟΓΡ.	9 ΚΛ	10	9
ΣΕ 10 ΠΡΟΓΡ.	10 ΝΟΣ	10	10
ΣΕ 10 ΠΡΟΓΡ.	10 ΟΙΚ.Β	10	10
ΣΕ 1 ΠΡΟΓΡ.	ΦΥΣΙΟΘ.	10	1
ΣΕ 1 ΠΡΟΓΡ.	ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ	10	1



Από τα στοιχεία προκύπτει ότι στα δέκα προγράμματα απασχολούνται συνολικά εννέα κοινωνικοί λειτουργοί. Αυτό σημαίνει ότι σε κάποιο από τα προγράμματα δεν υπάρχει κοινωνικός λειτουργός. Στα δέκα προγράμματα απασχολούνται δέκα νοσηλευτές, ένας για κάθε πρόγραμμα. Το ίδιο ισχύει και για τους οικογενειακούς βοηθούς. Επίσης, σε ένα μόνο πρόγραμμα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εθελοντές, ενώ σε ένα ακόμη ο φυσιοθεραπευτής του Κ.Α.Π.Η. της ίδιας περιοχής παρέχει σ' αυτό εθελοντικά τις υπηρεσίες του.

## ΣΠΟΥΔΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΝΟΣΗΛΕΥ	10	10
Δ.ΥΠΑΛΛ.	1	10
ΧΕΙΡ. Η/Υ	1	
ΦΥΣΙΟΘΕΡ	1	
ΔΙΚ. ΒΟΗΘΟΣ	7	
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤ	9	9



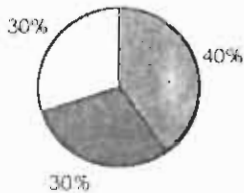
Από τα στοιχεία προκύπτει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλεύτες που εργάζονται στα προγράμματα έχουν όλοι σπουδές αντίστοιχες με την ειδικότητά τους. Στις σπουδές, όμως, των εργαζομένων ως οικογενειακών βοηθών δεν ισχύει το ίδιο. Από τα δέκα άτομα που εργάζονται στα προγράμματα επτά δηλώνουν ότι έχουν ειδικευτεί σ' αυτό το επάγγελμα, ένα άτομο δηλώνει ότι έχει σπουδάσει φυσιοθεραπευτής, ένα χειριστής ηλεκτρονικών υπολογιστών, ενώ ένα άλλο δηλώνει ως προϋπηρεσία την εργασία του ως ιδιωτικός υπάλληλος. Από τα παραπάνω είναι αμφισβητήσιμο το κατά πόσο ένα πρόγραμμα στο οποίο η πολιτεία έχει βασιστεί πολύ μπορεί να επιτύχει εφόσον προσλαμβάνονται σε αυτό άτομα χωρίς την αναγκαία εκπαίδευση.

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΧΟΥΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΙ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΒΟΗΘΟΙ
ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ Ε.Ε.Σ.	3	4	3
ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ Γ.Γ.Ε.	3	3	1
ΟΧΙ	3	3	6



**ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**



■ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ Ε.Ε.Σ. ■ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ Γ.Γ.Ε. □ ΟΧΙ

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΒΟΗΘΟΙ**



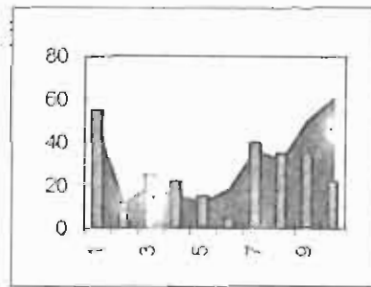
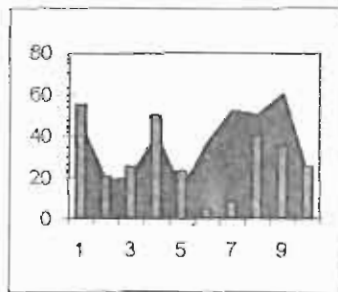
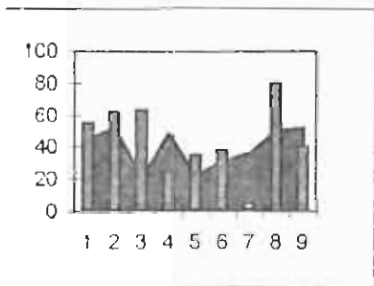
■ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ Ε.Ε.Σ. ■ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ Γ.Γ.Ε. □ ΟΧΙ

Από τα στοιχεία προκύπτει ότι το 67% των κοινωνικών λειτουργών έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια ενώ το 33% δεν έχει παρακολουθήσει. Αντίστοιχα, για τους νοσηλευτές ποσοστό 70% έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια ενώ 30% δεν έχει παρακολουθήσει. Τέλος, για τους οικογενειακούς βοηθούς τα ποσοστά αυτά είναι 40% και 60% αντίστοιχα.



**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΑΝ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΤΟΣ**

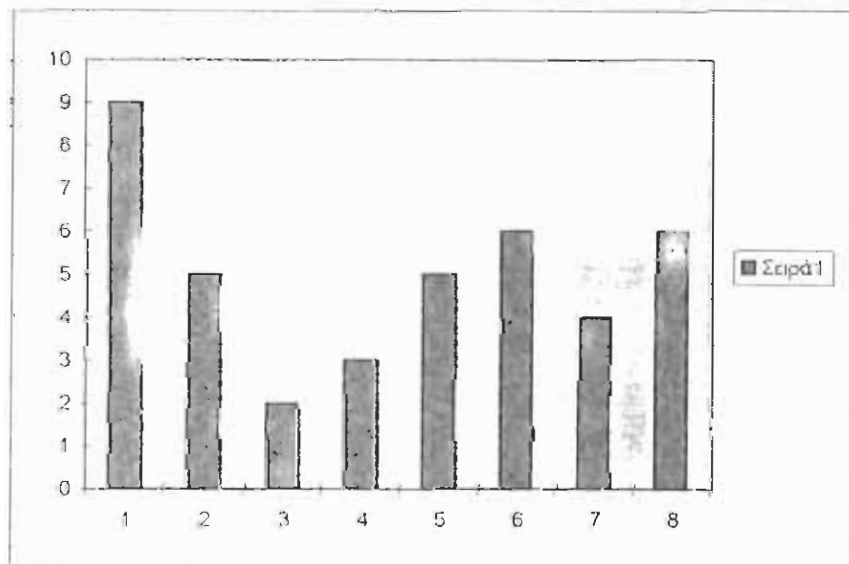
1998	1999	1998	1999	1998	1999
Κ.Α	Κ.Α	ΝΟΣ	ΝΟΣ	ΟΙΚ.Β	ΟΙΚ.Β
45	55	45	55	45	55
52	62	18	20	11	12
20	63	20	25	20	25
48	25	40	50	15	22
22	35	13	23	12	15
31	38	36	5	18	5
36	5	52	8	36	40
50	80	50	40	31	35
52	40	60	35	50	35
		20	25	60	22



Στα παραπάνω γραφήματα φαίνεται ο αριθμός των περιπτώσεων που ανέλαβαν σε κάθε πρόγραμμα τον πρώτο και το δεύτερο χρόνο ξεχωριστά κάθε ειδικότητα. Σχετικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς τον πρώτο χρόνο ανέλαβαν κατά μέσο όρο 35,9 περιπτώσεις και το δεύτερο χρόνο το ποσοστό αυξήθηκε σε 44,7 περιπτώσεις. Αντίστοιχα για τους νοσηλευτές, τον πρώτο χρόνο το ποσοστό κυμαινόταν σε 35,4 περιπτώσεις και το δεύτερο χρόνο σε 28,6 περιπτώσεις. Τέλος, για τους οικογενειακούς βοηθούς ο μέσος όρος των περιπτώσεων κυμαινόταν σε 29,8 τον πρώτο χρόνο και το δεύτερο χρόνο σε ποσοστό 26,6 περιπτώσεις. Από τα στοιχεία παρατηρείται πως οι κοινωνικοί λειτουργοί αύξησαν το μέσο όρο των περιπτώσεων τους το δεύτερο χρόνο, ενώ οι νοσηλευτές και οι οικογενειακοί βοηθοί παρουσίασαν μικρή μείωση. Η αύξηση των περιπτώσεων από τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι σημαντική, καθώς μέσα στα ποσοστά του δεύτερου χρόνου περιλαμβάνεται η μείωση των περιπτώσεων σε δύο προγράμματα, η οποία προήλθε από ανάπτυξη και δεύτερου προγράμματος στην ίδια περιοχή. Έτσι λοιπόν, και για τους νοσηλευτές και για τους οικογενειακούς βοηθούς στη μείωση των περιπτώσεων πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν το παραπάνω γεγονός. Φαίνεται, λοιπόν, πως σε γενικές γραμμές τα προγράμματα διατήρησαν τις περιπτώσεις τους και τις αύξησαν έως κάποιο βαθμό, γεγονός που δηλώνει ότι οι εξυπηρετούμενοι δεν έπαψαν να ζητούν τις υπηρεσίες τους.

## ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

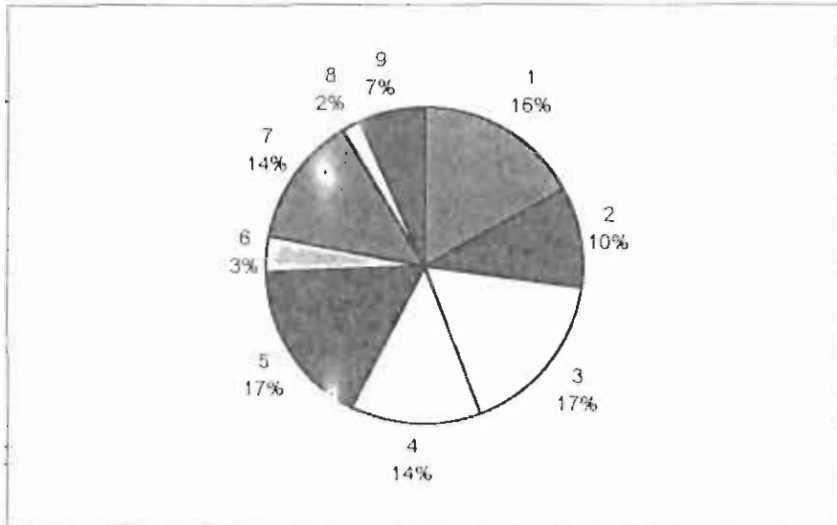
ΦΗΜΕΡ.	ΡΑΔΙΟ	ΤΗΛΕΟΡ.	ΣΤΟΜΑ	ΦΥΛΛΑΔ	ΤΟΠ. ΦΟΡ	ΚΑΠΗ	ΑΓΝΩΣΤΟ
9	5	2	3	5	6	4	6



Από τα στοιχεία προκύπτει ότι συνηθέστερος τρόπος διαφήμισης του προγράμματος είναι η ανακοίνωση σε τοπικές εφημερίδες, ακολουθεί η διαφήμιση των προγραμμάτων από τους τοπικούς φορείς, πηγαίνει η ενημέρωση από τους τοπικούς ραδιοφωνικούς σταθμούς και φυλλάδια. Σε τρία προγράμματα σημαντικό ρόλο έπαιξε η διαφήμιση του προγράμματος από στόμα σε στόμα, ενώ σε δύο προγράμματα έγινε ανακοίνωση από τοπικά τηλεοπτικά κανάλια. Παρ' όλες, όμως, τις ενέργειες, έξι προγράμματα συμφωνούν στο γεγονός ότι αυτά δεν είναι γνωστά σε όλους τους κατοίκους της περιοχής. Αυτό, όμως, το γεγονός επηρεάζει την αποδοτικότητα του προγράμματος, καθώς δεν είναι δυνατό να ανταποκριθεί στις ανάγκες όλων των ηλικιωμένων της περιοχής, αλλά και να ευαισθητοποιήσει όσους θα ήθελαν να εμπλακούν στην πραγμάτωσή του. Επιπλέον, τίθεται ζήτημα κατά πόσο η εμπεδωμένη αυτοαξιολόγηση ανταποκρίνεται επαρκώς στο ρόλο της, όταν γνωρίζει πως η διαφήμιση του προγράμματος δεν είναι επαρκής κι όμως δεν κάνει κάτι γι' αυτό.

## ΣΥΝΗΘΗΣ ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

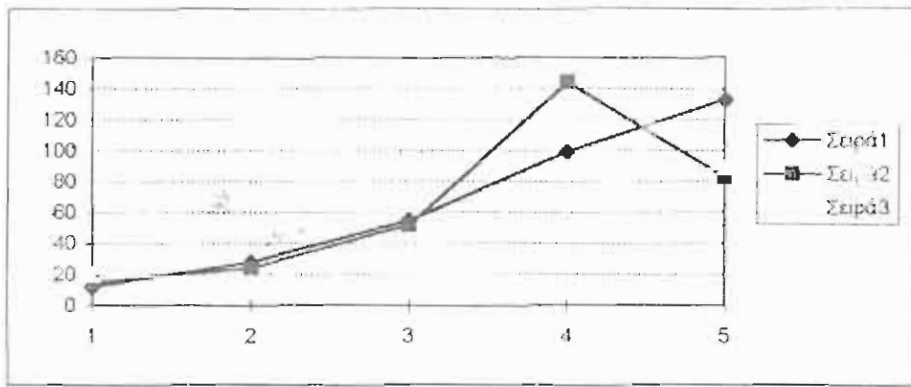
ΚΑΠΗ	ΝΟΣΟΚ	ΟΙΚΟΓ	ΠΡΟΝ	ΓΕΙΤΟΝ	ΑΙΤΗΣΗ Π	ΕΚΚΛ	ΟΙΚ.ΙΑΤΡ	ΤΟΠ.ΦΟΡ
10	6	10	8	10	2	8	1	4



Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι περισσότερες παραπομπές γίνονται από τα Κ.Α.Π.Η., από την οικογένεια και από τη γειτονιά. Οι παραπομπές από τα νοσοκομεία, την πρόνοια και τους τοπικούς φορείς παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά. Αυτό, όμως, ίσως υποδηλώνει το γεγονός ότι το πρόγραμμα φροντίδα στο σπίτι δεν έχει ακόμα γίνει πλήρως αποδεκτό από άλλες υπηρεσίες που παρέχουν προστασία και περίθαλψη, ώστε να το συνηθίσουν οι ηλικιωμένους που εξυπηρετούν. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί το γεγονός ότι το μεγάλο ποσοστό που παρουσιάζει η οικογένεια σε αυτό το ρόλο φανερώνει την ανάγκη της για προγράμματα στήριξης κι ενημέρωσής της στο δύσκολο έργο της φροντίδας των ηλικιωμένων που αναλαμβάνει.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

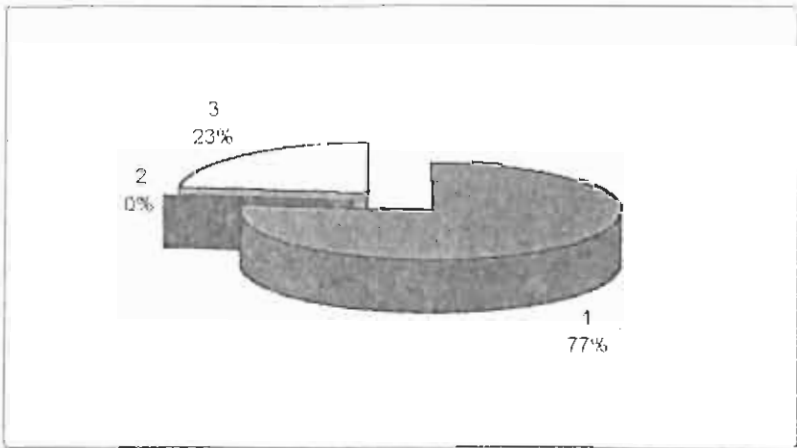
	7\7	3\7	2\7	1\7	1\15
ΚΑ	12	28	55	99	133
ΝΟΣ	15	24	52	144	83
ΔΙΚ Β	20	16	36	76	89



Από τα στοιχεία προκύπτει ότι οι επαγγελματίες πολύ σπάνια παρακολουθούν περιπτώσεις καθημερινά ή έστω τρεις φορές την εβδομάδα. Ο αριθμός των περιπτώσεων αυξάνει κάπως όταν πρόκειται για συχνότητα επισκέψεων δύο φορές την εβδομάδα ενώ γίνεται πολύ περισσότερος όταν αφορά σε συχνότητα επισκέψεων μία φορά την εβδομάδα και πολύ περισσότερο μία φορά στις δεκαπέντε.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

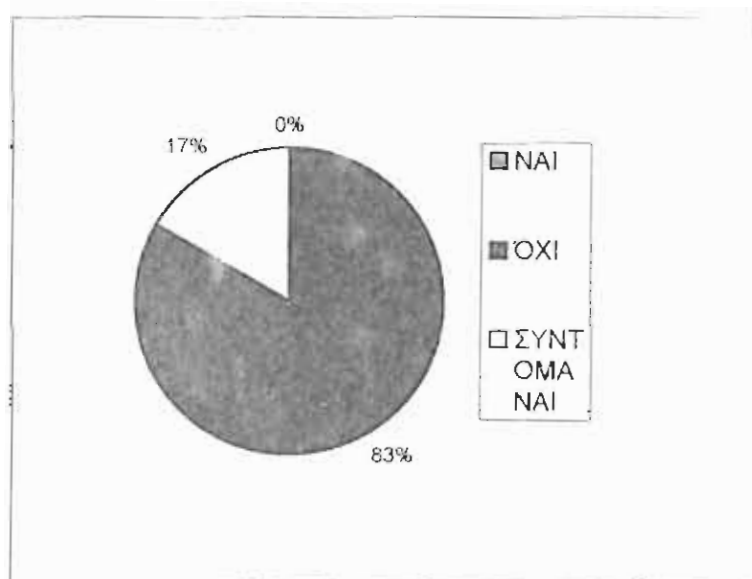
ΠΑΓΚΗ ΤΕΛΑΤΗ	ΙΔΙΟ ΟΛΟΙ	ΆΛΛΟ
10	0	3



Από τα στοιχεία προκύπτει ότι σε όλα τα προγράμματα οι επαγγελματίες θέτουν ως πρωταρχικό παράγοντα για τη συχνότητα των επισκέψεων τις ανάγκες που έχουν οι εξυπηρετούμενοι, ενώ τρία από τα προγράμματα αναφέρουν έναν ακόμη παράγοντα, αυτόν της απόστασης των κατοικιών των ηλικιωμένων-εξυπηρετούμενων από την περιοχή στην οποία εργάζονται.

## ΧΡΗΣΗ ΤΗΛΕ ΕΥΝΑΓΕΡΜΟΥ (TELEALARM)

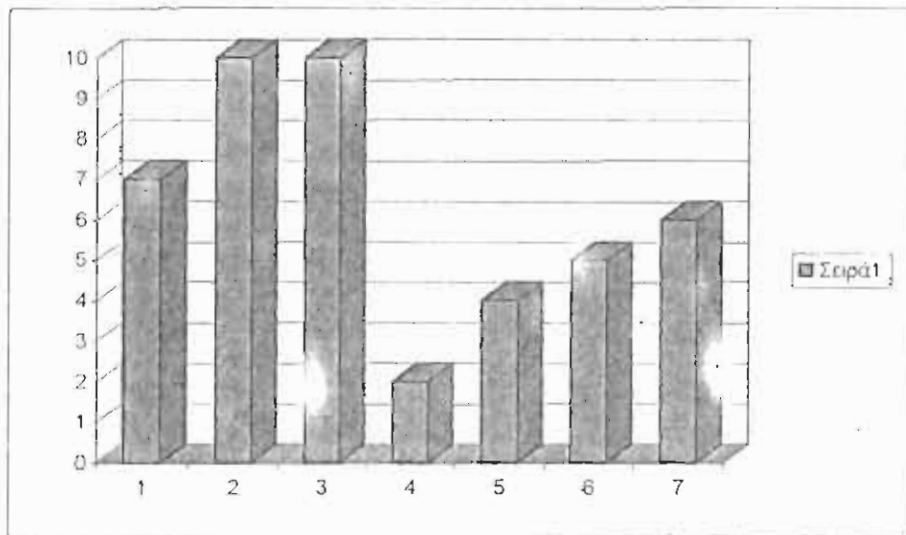
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΤΟΜΑ Α ΝΑΙ
0	10	2



Από τα στοιχεία φαίνεται ότι κανένα πρόγραμμα δε διαθέτει το ηλεκτρονικό σύστημα τηλε-ειδοποίησης (tele-alarm). Δύο μόνο προγράμματα αναφέρουν ότι σύντομα η υπηρεσία αυτή θα περιλαμβάνεται στα προγράμματά τους. Από αυτό προκύπτει η αδυναμία των προγραμμάτων να μπορούν να διατηρούν επικοινωνία με τους εξυπηρετούμενους κάθε στιγμή για οποιαδήποτε ανάγκη προκύψει.

## ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ

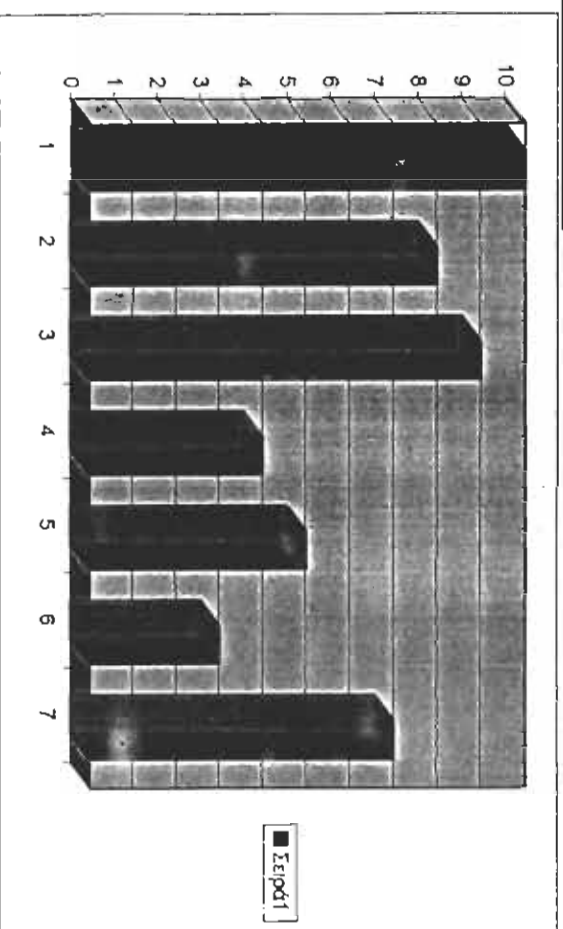
ΗΛΙΚΙΑ	ΜΟΝΑΞΙΑ	ΦΤΩΧΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΥΓΕΙΑ	Β.ΕΞΑΡ	ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤ.
7	10	10	2	4	5	6



Σε όλα τα προγράμματα οι επαγγελματίες αναφέρουν ως κριτήριο επιλογής των εξυπηρετούμενων τη μοναξιά και την άσχημη οικονομική κατάσταση. Σε επτά προγράμματα αναφέρεται ως κριτήριο η ηλικία, σε έξι η οικογενειακή κατάσταση, σε πέντε ο βαθμός εξάρτησης των ηλικιωμένων, σε τέσσερα η υγεία και σε δύο η περιοχή κατοικίας των ηλικιωμένων. Τα προγράμματα, λοιπόν, απευθύνονται πρώτιστα σε μοναχικά άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα κι έπειτα σε άτομα που παρουσιάζουν κάποια προβλήματα υγείας που δυσκολεύουν την παραμονή τους στην ηλικιωμότητα. Γι' αυτό ευθύνεται η απουσία από την επαγγελματική ομάδα ειδικοτήτων όπως ο ιατρός ή ο φυσιοθεραπευτής.

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΜΟΝΑΔΙΑ	ΟΙΚ.ΠΡΟΒΛΗ.	ΠΡΟΒΛ ΥΓΕΙΑΣ	ΚΑΤΑΘΛ.	ΨΥΧΟΛ. ΠΡΟΒΛΗΜ	ΚΑΘΗΜΕΡ ΑΝΑΓΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ	ΑΝΟΙΑ
10	8	9	4	5	3	7

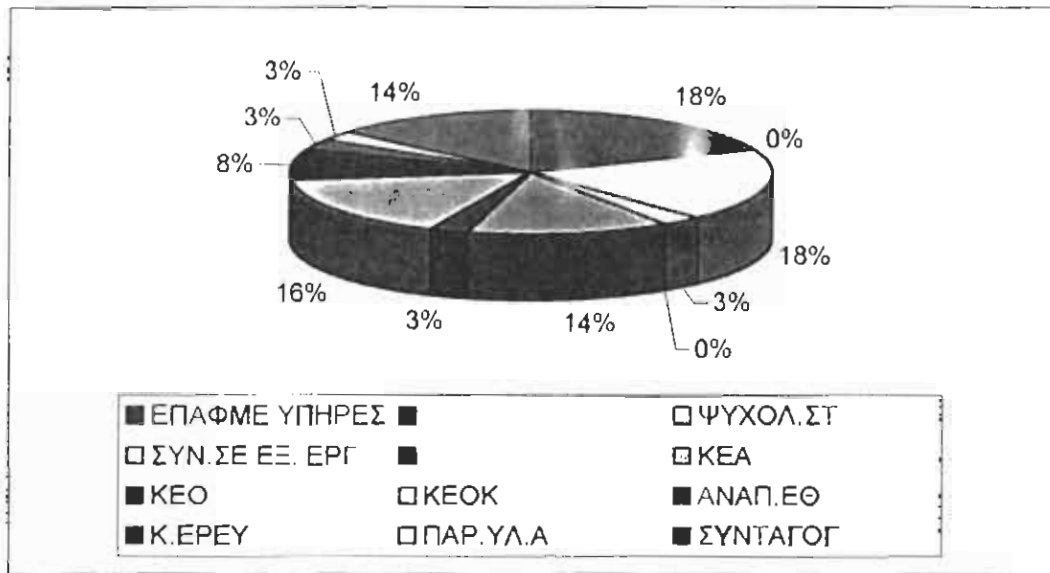


Τα συνηθέστερα προβλήματα που παρουσιάζουν οι περιπτώσεις με την συχνότητα που απαντήθηκαν από τους εργαζόμενους είναι η μοναξιά, έπειτα προβλήματα υγείας, στη συνέχεια οικονομικά προβλήματα, έπειτα άνοια, στην συνέχεια ψυχολογικά προβλήματα και κυρίως κατάθλιψη και τέλος προβλήματα καθημερινής επιβίωσης. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα περισσότερα άνοιας και έπειτα των ψυχολογικών προβλημάτων δημιουργούν σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς στους ηλικιωμένους και συνεπώς χρειάζονται ειδικές γνώσεις για την ανάπτυξη υγιών σχέσεων με τους επταγενεαίτες. Το γεγονός λοιπόν ότι τέτοιες περιπτώσεις παρουσιάζονται σε μεγάλη συχνότητα μπορεί να δημιουργεί προβλήματα στην αποδοτικότητα των προγραμμάτων, καθώς οι επταγενεαίτες που δεν έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα δεν μπορούν να αντιμετωξθούν στις σχέσεις αυτές με επιτυχία.



## ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

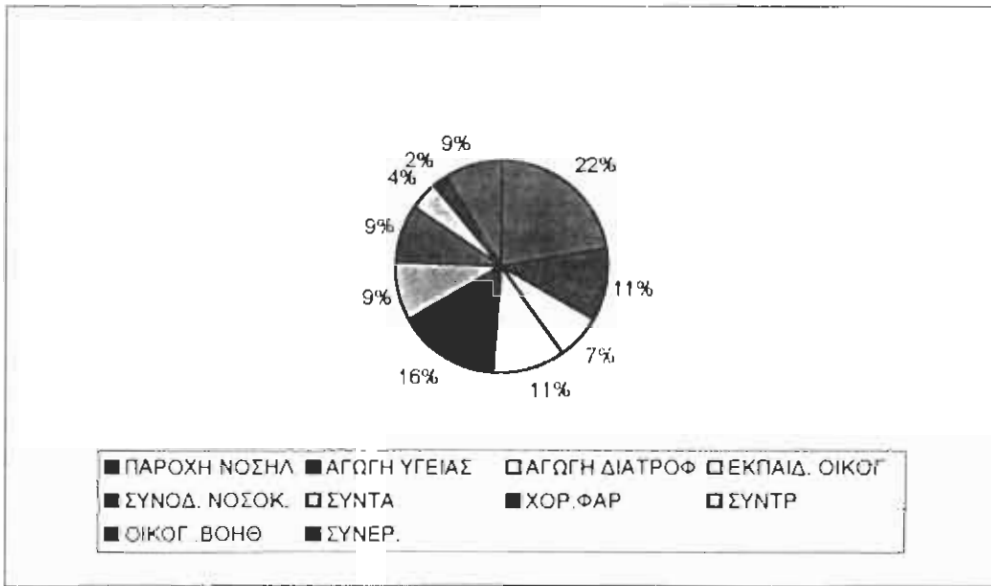
ΕΠΑΦΜΕ ΥΠΗΡΕΣ	ΨΥΧΟΛ ΣΤ	ΣΥΝ.ΣΕ ΕΞ. ΕΡΓ	ΚΕΑ	ΚΕΟ	ΚΕΟΚ	ΑΝΑΠ.ΕΘ	Κ.ΕΡΕΥ	ΠΑΡ.ΥΛ.Α	ΣΥΝΤΑΓΟΓ
7	7	1	5	1	6	3	1	1	5



Το ποσοστό 18% από τους κοινωνικούς λειτουργούς του δείγματος αναφέρουν πως παρέχουν στους ηλικιωμένους ψυχολογική στήριξη, καθώς επίσης τους βοηθούν να έρθουν σε επαφή με διάφορες υπηρεσίες για επίλυση των προβλημάτων τους. Το 16% των κοινωνικών λειτουργών αναφέρει πως εφαρμόζει Κ.Ε.Ο.Κ. και το 14% εφαρμόζει Κ.Ε.Α. και ασχολείται με τη συνταγογράφηση φαρμάκων. Το 8% αναφέρει πως ασχολείται με προγράμματα ανάπτυξης εθελοντισμού και το 3% αναφέρει τη συνοδεία των ηλικιωμένων σε εξωτερικές εργασίες, την εφαρμογή της Κ.Ε.Ο., τη διεξαγωγή ερευνών για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων και, τέλος, την εξυπηρέτηση πρακτικών αναγκών.

## ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

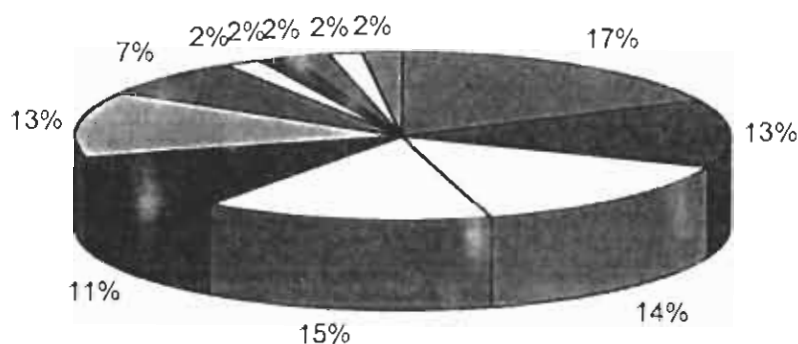
ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛ	ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΓΩΓΗ ΔΙΑΤΡΟΦ	ΕΚΠΑΙΔ. ΟΙΚΟΓ	ΣΥΝΟΔ. ΝΟΣΟΚ.	ΣΥΝΤΑ	ΧΟΡ.ΦΑΡ	ΣΥΝΤΡ	ΟΙΚΟΓ. ΒΟΗΘ	ΣΥΝΕΡ.
10	5	3	5	7	4	4	2	1	4



Ποσοστό 22% των νοσηλευτών αναφέρουν πως παρέχουν στους εξυπηρετούμενους νοσηλευτικές υπηρεσίες, ποσοστό 16% συνοδεύει τους εξυπηρετούμενους στα νοσοκομεία, όταν αυτοί παρουσιάζουν προβλήματα υγείας, ποσοστό 11% παρέχουν αγωγή υγείας στους εξυπηρετούμενους και συμβουλεύουν τις οικογένειές τους για τη φροντίδα που πρέπει να δίνουν στους ηλικιωμένους. Ποσοστό 9% ασχολείται με συνταγογράφηση και χορήγηση φαρμάκων, ποσοστό 7% φροντίζει για το διαιτολόγιο των ηλικιωμένων, ενώ το 4% των νοσηλευτών του δείγματος τους κρατά συντροφιά και το 2% τους παρέχει οικιακή βοήθεια και επιπλέον συνεργάζεται με το προσωπικό του νοσοκομείου για την περίπτωση κάθε ηλικιωμένου.

## ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΒΟΗΘΟΣ

ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	10
ΨΩΝΙΑ	7
ΣΥΝΟΔ. ΣΕ ΕΞΩΤ.ΕΡ.	8
ΣΥΝΤΡΟΦΙΑ	8
ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	6
ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΦΑΓΗΤΟΥ	7
ΠΛΗΣΥΜΟ ΡΟΥΧΩΝ	4
ΕΚΠΑΙΔ. ΣΕ ΘΕΜ.ΥΓ.	1
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ	1
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	1
ΣΥΝΟΔ. ΣΕ ΝΟΣΟΚ.	1
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	1

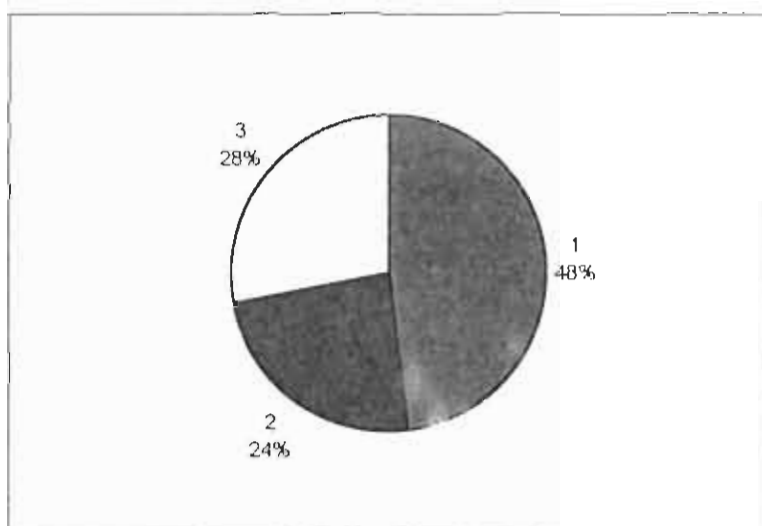


■ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	■ ΨΩΝΙΑ	□ ΣΥΝΟΔ. ΣΕ ΕΞΩΤ.ΕΡ.
□ ΣΥΝΤΡΟΦΙΑ	■ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	□ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΦΑΓΗΤΟΥ
■ ΠΛΗΣΥΜΟ ΡΟΥΧΩΝ	□ ΕΚΠΑΙΔ. ΣΕ ΘΕΜ.ΥΓ.	■ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ
■ ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	□ ΣΥΝΟΔ. ΣΕ ΝΟΣΟΚ.	■ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας προκύπτει ότι το 17% ασχολούνται με την καθαριότητα των επιτιμών των ηλικιωμένων. Το 15% των επαγγελματιών συνοδεύει τους ηλικιωμένους σε εξωτερικές εριπές και τους κρατά συντροφιά. Το 13% τους συνοδεύει σε ψώνια ή ψωνίζει για αυτούς και τους ετοιμάζει φαγητό. Το 11% φροντίζει για την ατομική τους υγιεινή και το 7% για το πλήσιμο των ρούχων. Τέλος το 2% φροντίζει για την εκπαίδευση των ηλικιωμένων σε θέματα υγιεινής, για συνταγογράφηση και αγορά φαρμάκων και τους συνοδεύει σε νοσοκομεία όταν χρειάζεται. Τέλος ποσοστό 2% παρέχει υπηρεσίες φυσιοθεραπείας στους ηλικιωμένους.

## ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

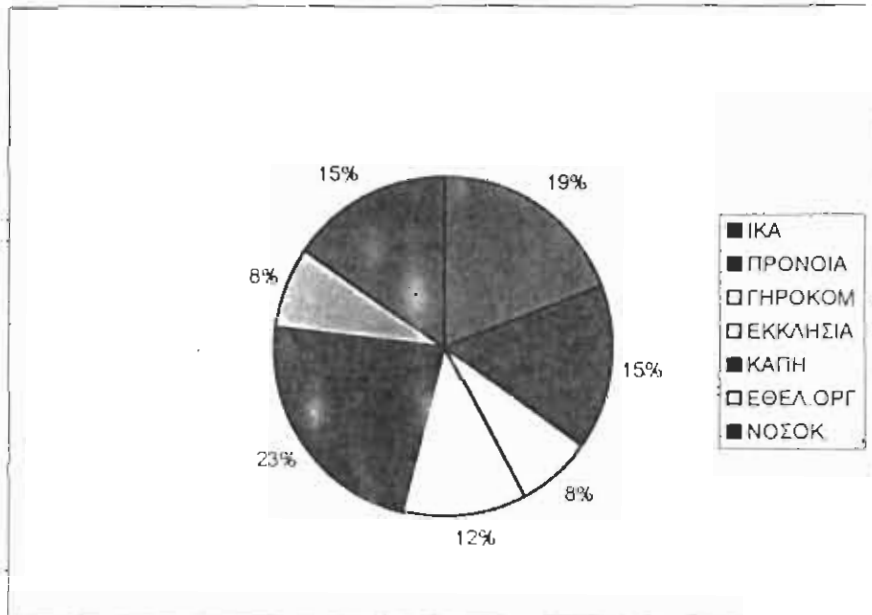
ΙΕΖΙΚΩΣ	ΔΗΜ.Μ.Μ	ΙΔΙΩΤ.Μ.Μ
24	12	14



ύμφωνα με τις απαντήσεις των εργαζομένων στα προγράμματα προκύπτει ότι το 48% αυτών που πάντησαν αναγκάζονται να μετακινούνται από περίπτωση σε περίπτωση με τα πόδια, το 24% με-  
■κές φορές με αυτοκίνητο που παρέχει ο δήμος και το 28% με αυτοκίνητο που διαθέτουν οι ίδιοι οι  
■παγγελματίες.

**ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΆΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

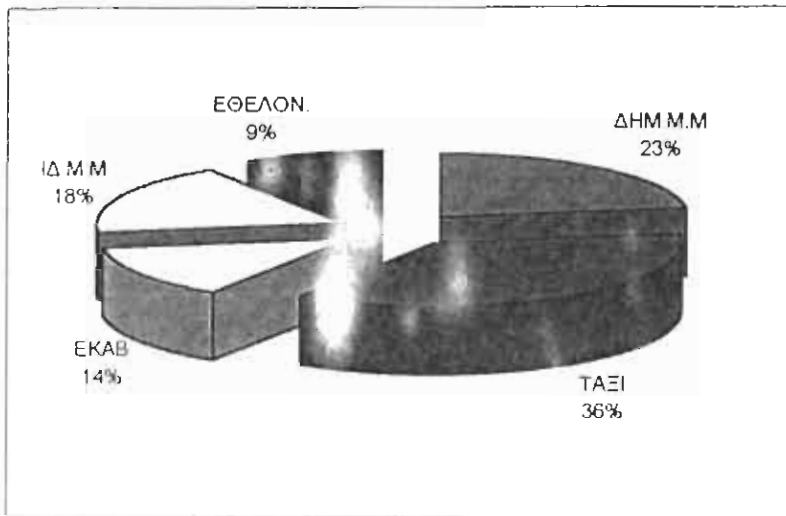
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΙΚΑ	ΠΡΟΝΟΙΑ	ΓΗΡΟΚΟΜ	ΕΚΚΛΗΣΙΑ	ΚΑΠΗ	ΕΘΕΛ.ΟΡΓ	ΝΟΣΟΚ.
10	0	5	4	2	3	6	2	4



Όλοι οι επαγγελματίες απάντησαν ότι τα προγράμματα συνεργάζονται με άλλες υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες αυτές με τη συχνότητα που απαντήθηκαν από τους επαγγελματίες είναι: το Κ.Α.Π.Η., το Ι.Κ.Α., η Πρόνοια και τα Νοσοκομεία, η Εκκλησία και, τέλος, τα Γηροκομεία και διάφορες εθελοντικές οργανώσεις. Η συνεργασία με εθελοντικές οργανώσεις περιορίζεται μόνο σε δύο προγράμματα παρόλο που από το καταστατικό φαίνεται πως μία από τις κυριότερες επιδιώξεις της πολιτείας για τη λειτουργία του προγράμματος θα έπρεπε να είναι η εμπλοκή εθελοντικών φορέων για την παροχή συμπληρωματικού έργου.

## ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΔΗΜ.Μ.Μ	ΤΑΞΙ	ΕΚΑΒ	ΙΔ.Μ.Μ	ΕΘΕΛΟΝ.
5	8	3	4	2

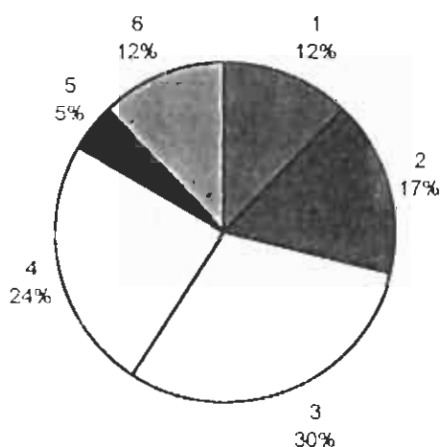


Από τα πορίσματα της έρευνας προκύπτει ότι σε ποσοστό 23% των προγραμμάτων του δείγματος η μεταφορά των ηλικιωμένων από τα σπίτια τους στις υπηρεσίες γίνεται με μεταφορικό μέσο που διαθέτει ο δήμος, σε ποσοστό 36% με ταξί, σε ποσοστό 14% με το Ε.Κ.Α.Β., σε ποσοστό 18% με μεταφορικό μέσο που διαθέτουν οι εργαζόμενοι και, τέλος, σε ποσοστό 9% από εθελοντές.

## ΤΙ ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΤΑΙ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΞΥΠ. ΚΟΙΝ. ΑΝΑΓ.	8
ΞΥΠ. ΒΙΟΛ. ΑΝΑΓΚ.	11
ΞΥΠ. ΠΡΑΚΤΙΚ. ΑΝ.	20
ΕΠΙΒ. ΣΕ ΟΙΚ. ΧΩΡΟ	16
ΒΟΗΘ. ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓ.	3
ΨΥΧΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ	8
ΞΥΠΗΡ. ΜΟΝΑΧΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ	15

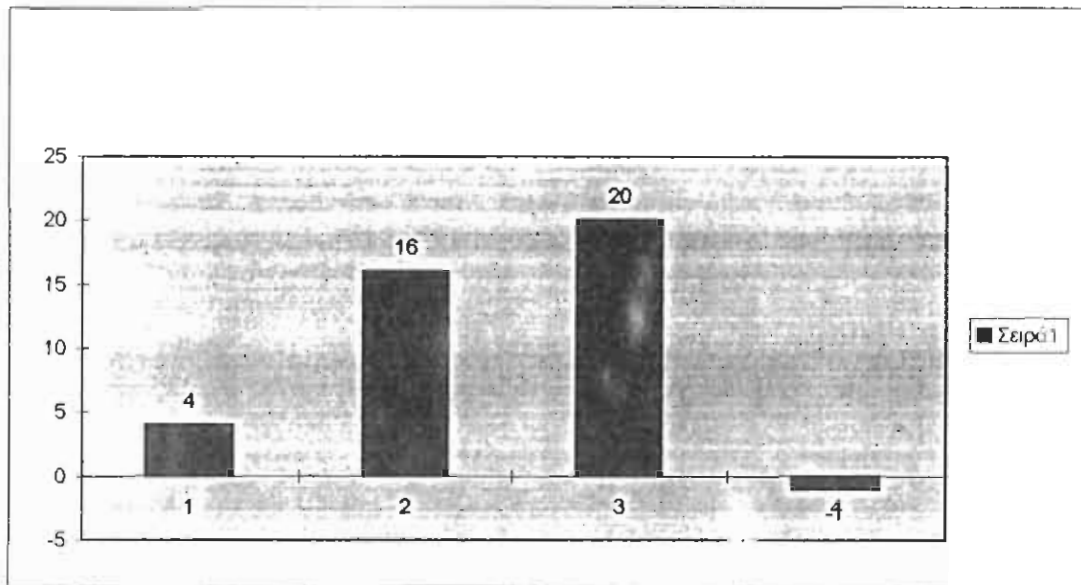
### ΤΙ ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από τις απαντήσεις των εργαζομένων φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμφωνούν πως το πρόγραμμα βοηθά τους ηλικιωμένους απλώς στην κάλυψη πρακτικών αναγκών που επηρεάζουν την καθημερινή τους ζωή. Έπειτα οι επαγγελματίες θεωρούν πως το πρόγραμμα έτσι, όπως εφαρμόζεται, μπορεί να καλύψει τις ανάγκες μοναχικών, κυρίως, ηλικιωμένων. Έπειτα αναφέρουν ότι το πρόγραμμα καλύπτει τις βιολογικές ανάγκες των ηλικιωμένων (ατομική υγιεινή), στη συνέχεια πως το πρόγραμμα φροντίζει για τη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων των ηλικιωμένων και, τέλος παρέχει σε αυτούς ψυχολογική στήριξη. Πρέπει, εδώ, να σημειωθεί ότι τρεις μόνο επαγγελματίες πιστεύουν ότι μέσα από το πρόγραμμα προσφέρεται ουσιαστική βοήθεια και στις οικογένειες των εξυπηρετούμενων. Αυτό, όμως, σημαίνει πως το πρόγραμμα δεν μπορεί να ενισχύσει τους οικογενειακούς φροντιστές στο δύσκολο έργο τους και να τους παροτρύνει στην απόφαση να κρατήσουν τους ηλικιωμένους συγγενείς σπίτι τους. Επίσης, είναι σημαντικό ότι πιστεύουν πως το πρόγραμμα έτσι, όπως εφαρμόζεται τελικά βοηθά τους ηλικιωμένους στην κάλυψη απλών καθημερινών αναγκών τους, ενώ μπορεί να κάνει πολύ λίγα πράγματα για ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα υγείας που δεν τους προκαλούν, όμως, εξάρτηση σε μεγάλο βαθμό.

## ΠΩΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

ΜΕΤΡΙΕΣ	ΚΑΛΕΣ	ΑΡΙΣΤΕΣ	ΑΣΧΗΜΕΣ
4	16	20	-1

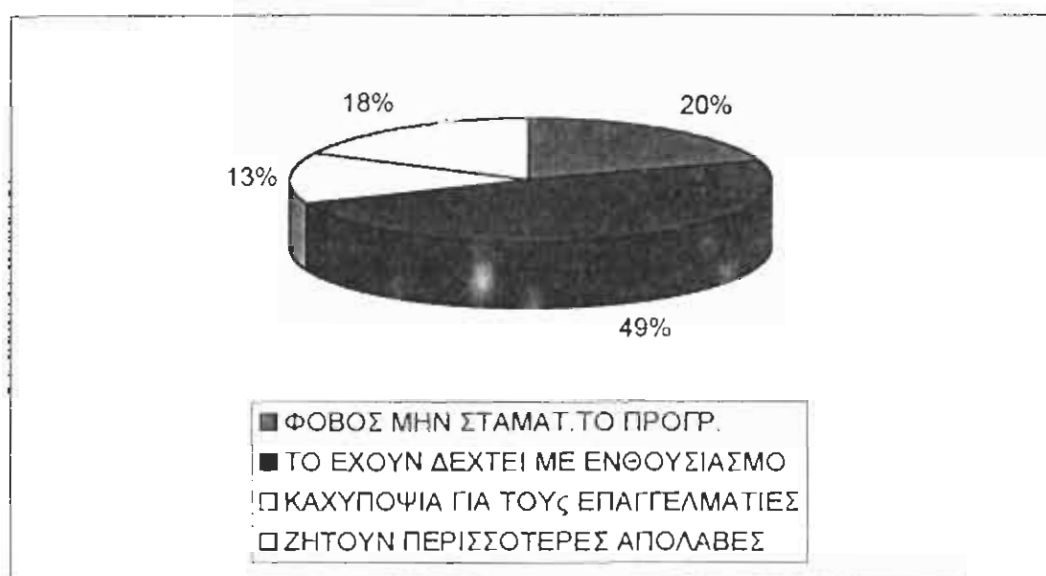


Εύμφωνα με τις απαντήσεις των επαγγελματιών προκύπτει ότι 20 επαγγελματίες χαρακτηρίζουν τις σχέσεις τους με τους εξυπηρετούμενους άριστες, 16 τις χαρακτηρίζουν καλές, 4 από αυτούς μέτριες ενώ ένας μόνο επαγγελματίας αναφέρει πως οι σχέσεις του με κάποιους ηλικιωμένους είναι άσχημες. Τα στοιχεία αυτά είναι ενθαρρυντικά για την πορεία του προγράμματος, καθώς δείχνουν πως οι σχέσεις επαγγελματιών και εξυπηρετούμενων είναι, στη συντριπτική πλειοψηφία, θετικές.



## ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

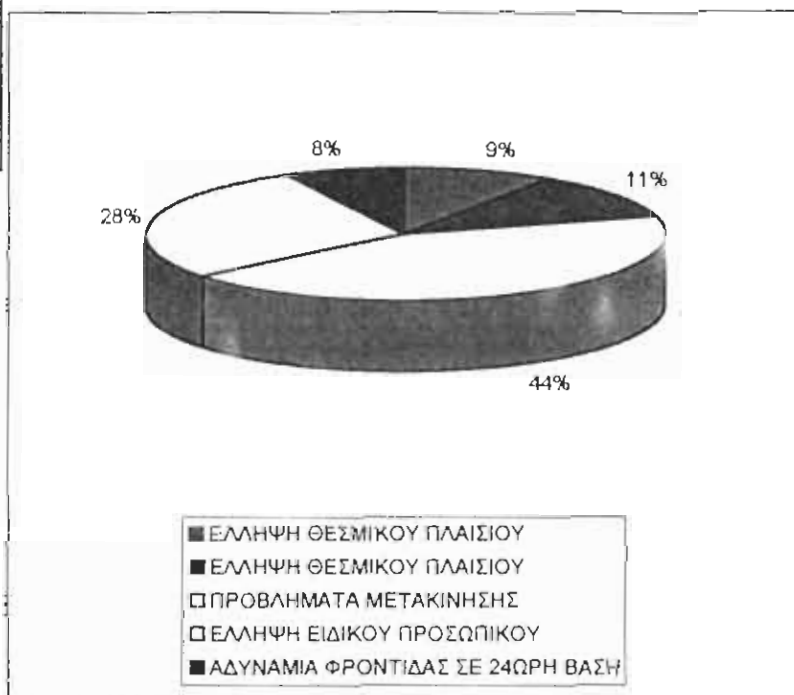
ΦΟΒΟΣ ΜΗΝ ΣΤΑΜΑΤ. ΤΟ ΠΡΟΓΡ.	9
ΤΟ ΕΧΟΥΝ ΔΕΧΤΕΙ ΜΕ ΕΝΘΟΥΣΙΑΣΜΟ	22
ΚΑΧΥΠΟΨΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	6
ΖΗΤΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΛΑΒΕΣ	8



Σύμφωνα με τις απαντήσεις προκύπτει ότι ποσοστό 49% των επαγγελματιών θεωρεί πως οι ηλικιωμένοι έχουν αποδεχτεί το πρόγραμμα με ενθουσιασμό, ποσοστό 20% αναφέρει ότι οι ηλικιωμένοι φοβούνται μήπως το πρόγραμμα σταματήσει κάποια στιγμή, ποσοστό 18% αναφέρει πως οι εξυπηρετούμενοι προσδοκούν περισσότερες απολαβές από το πρόγραμμα, ενώ ποσοστό 13% αναφέρει πως οι ηλικιωμένοι στην αρχή τουλάχιστον τους αντιμετώπιζαν με δυσπιστία και καχυποψία. Εδώ πρέπει να σημειωθεί πως το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι ζητούν περισσότερα από αυτά που παρέχονται στο πρόγραμμα οφείλεται στην ασάφεια που χαρακτηρίζει το καταστατικό του προγράμματος για το ποιες είναι οι υπηρεσίες που είναι στην αρμοδιότητα της κάθε ειδικότητας.

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

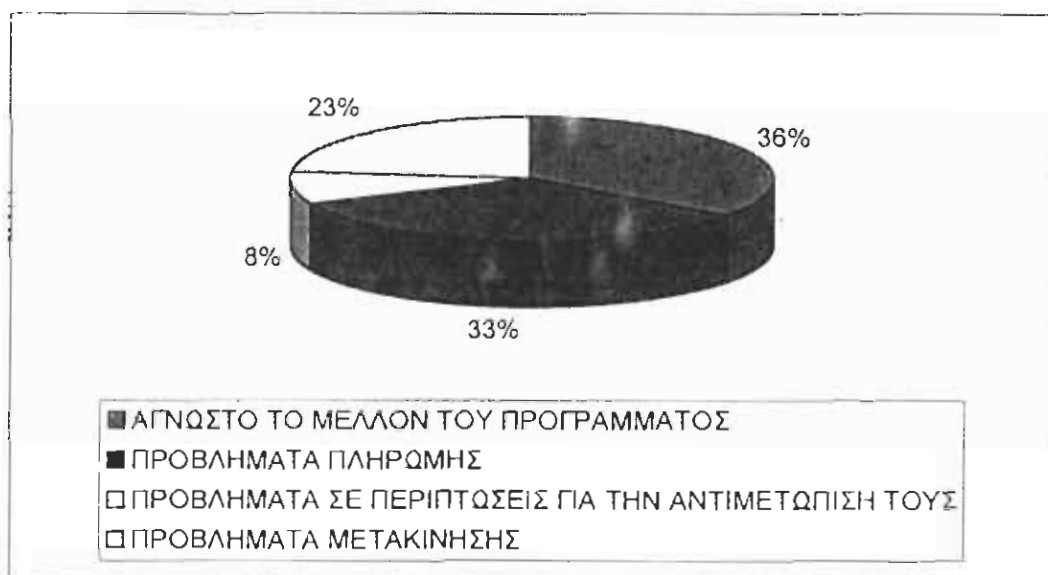
ΕΛΛΗΨΗ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ	5
ΕΛΛΗΨΗ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ	6
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ	23
ΕΛΛΗΨΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	15
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ 24ΩΡΗ ΒΑΣΗ	4



Το 44% των επαγγελματιών απάντησαν ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αναστέλλει την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος είναι η έλλειψη μεταφορικού μέσου με το οποίο το προσωπικό θα μπορεί να μετακινείται με ευκολία από περίπτωση σε περίπτωση. Το επόμενο πρόβλημα που αναφέρεται είναι η έλλειψη άλλων επιπλέον ειδικοτήτων, όπως του ιατρού και του φυσιοθεραπευτή για παράδειγμα, οι οποίοι με τις υπηρεσίες τους θα μπορούσαν να προσφέρουν πολλά στους ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους του προγράμματος. Το 11% των επαγγελματιών θεωρεί πως ένα άλλο πρόβλημα είναι η έλλειψη σεμιναρίων τα οποία θα προσανατόλιζαν τους επαγγελματίες για τις ακριβείς αρμοδιότητές τους. Αυτή η παρατήρηση αναφέρεται κυρίως από τους οικογενειακούς φροντιστές οι οποίοι δεν έχουν αποκτήσει ιδιαίτερες γνώσεις για το χειρισμό περιπτώσεων με ηλικιωμένους. Το 9% αναφέρει πως ένα άλλο πρόβλημα είναι η έλλειψη θεσμικού πλαισίου των υπηρεσιών που σφείλει να παρέχει ο επαγγελματίας ανάλογα με την ειδικότητά του. Τέλος, ένα ποσοστό 8% αναφέρει πως ένα ακόμη πρόβλημα οργάνωσης του προγράμματος είναι η αδυναμία του να διατηρεί συνεχή επικοινωνία με τους ηλικιωμένους, όταν αυτοί το έχουν ανάγκη.

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ

ΑΓΝΩΣΤΟ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	21
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ	20
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ	5
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ	14



Σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν προκύπτει ότι το 36% του προσωπικού νιώθει ανασφάλεια, που πηγάζει από την αβεβαιότητα για το μέλλον του προγράμματος. Το 33% παραπονιέται για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει στην πληρωμή και στο ασφαλιστικό καθεστώς. Επίσης, το 23% των επαγγελματιών αναφέρει την αδιαφορία της τοπικής αυτοδιοίκησης να τους διαθέσει μεταφορικό μέσο, γεγονός που δυοχεραίνει τις συνθήκες εργασίας τους. Τέλος, το 9% αναφέρει πως αντιμετωπίζει συχνά προβλήματα ως προς τον τρόπο χειρισμού διαφόρων περιπτώσεων. Πολλές φορές, δηλαδή, οι εξυπηρετούμενοι κατηγορούν τους επαγγελματίες για απροθυμία κι αδιαφορία, επειδή δεν εκπληρώνουν όλες τις απαιτήσεις τους.

## *Γ. Συμπεράσματα Έρευνας*

Στο προηγούμενο κεφάλαιο παρουσιάστηκαν αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη για την εκτίμηση της διατεούς πορείας του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι». Μέσα από τα αποτελέσματα αυτά προέκυψαν κάποια στοιχεία για την οργάνωση, λειτουργία και αποδοχή του προγράμματος μέσα στους κόλπους της ελληνικής κοινωνίας. Σύμφωνα λοιπόν με τα πορίσματα της έρευνας τα συμπεράσματα για την διατήρηση πορείας του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» είναι τα ακόλουθα.

Πρωταρχικά, προκύπτει πως τα προγράμματα αυτά τις περισσότερες φορές καλούνται μόνον τους να καλύψουν τις ανάγκες πολυπληθών περιοχών μολονότι το περιορισμένο σε αριθμό προσωπικό δεν μπορεί παρά να αναλάβει έναν περιορισμένο αριθμό περιστατικών, εφόσον βέβαια επιδιώκει να παρέχει ολοκληρωμένο δίκτυο φροντίδας των εξυπηρετούμενων.

Έπειτα, φαίνεται το γεγονός ότι το προσωπικό που εργάζεται στα προγράμματα πολλές φορές δεν έχει παρακολουθήσει ενημερωτικά σεμινάρια σχετικά με την εργασία με τους ηλικιωμένους επομένως ίσως να αντιμετωπίζουν δυσκολία στις σχέσεις τους με ηλικιωμένους ανοϊκούς, ανάπηρους ή ηλικιωμένους με κατάθλιψη. Βέβαια θα σκεφθεί κανείς πως ένας ανοϊκός ηλικιωμένος δεν θα αναζητήσει φροντίδα στο σπίτι καθώς ο μεγάλος βαθμός εξάρτησης του τον παραπέμπει σε άλλες σε άλλες μορφές περίθαλψης. Όμως όπως δείχθηκε από την έρευνα υπάρχουν πολλοί ανοϊκοί εξυπηρετούμενοι σε αυτά τα προγράμματα καθώς δεν υπάρχουν άλλες δομές περίθαλψης κατάλληλες για αυτούς. Επίσης, αναφορικά με την εκπαίδευση των εργαζομένων στα προγράμματα διαπιστώθηκε σε ορισμένες περιπτώσεις πως οι οικογενειακοί βοηθοί που προσλαμβάνονται μπορεί να μην έχουν παρακολουθήσει εκπαιδευτικά σεμινάρια για τους ηλικιωμένους μολονότι τα επαγγέλματά τους κάποιες φορές είναι εντελώς ξένα στον κλάδο των ανθρωπιστικών επιστημών πράγμα που σημαίνει ότι δεν έχουν καθόλου γνώσεις γύρω από την ανθρώπινη ψυχολογία και συμπεριφορά.

Έπειτα, διαπιστώθηκε πως το προσωπικό από το οποίο πλαισιώνεται το πρόγραμμα δεν μπορεί να καλύψει τις πολλαπλές ανάγκες των ηλικιωμένων εξυπηρετούμενων οι οποίες μπορεί να είναι προβλήματα υγείας, κινητικών δυσκολιών, μειωμένης αντιληπτικότητας των αισθητηρίων οργάνων και άλλα που καθιστούν αναγκαία την καθημερινή επαφή με τους ηλικιωμένους. Επομένως, το

ελάχιστο σε αριθμό προσωπικό με τις περιορισμένες ειδικότητες και την έλλειψη στην διάθεσή του ηλεκτρονικού συστήματος τηλε-συναγερμού δεν μπορεί να καλύψει τις πολυποίκιλες ανάγκες των ηλικιωμένων και να φροντίσει για την καθημερινή και ουσιαστική επικοινωνία με αυτούς όταν είναι αναγκαίο. Επίσης, όπως φαίνεται από τα πορίσματα της έρευνας η επιδίωξη της πολιτείας για σημαντική προσφορά βοήθειας στα προγράμματα από δίκτυα εθελοντών απέτυχε καθώς μόνο σε ένα από τα προγράμματα του δείγματος συμμετέχουν εθελοντές. Επίσης, σύμφωνα με το πόρισμα ότι 8% μόνο των κοινωνικών λειτουργών του δείγματος ασχολείται με την εκπαίδευση εθελοντών και αυτή τους η ενέργεια καθώς γίνεται μεμονωμένα χωρίς την στήριξη των Ο.Τ.Α προκύπτει ότι δεν μπορεί να συντελεστεί η ανάπτυξη ολοκληρωμένων δικτύων εθελοντισμού.

Έτσι λοιπόν, οι ελλείψεις αυτές σε προσωπικό και σε επιπλέον ειδικότητες καθώς επίσης η αδυναμία εμπλοκής εθελοντών στα προγράμματα επαληθεύει την υπόθεση ότι πολλές από τις υπηρεσίες που αναφέρονται στο καταστατικό δεν πληρούνται. Άλλωστε αυτό φαίνεται και από τις υπηρεσίες που παρέχουν τελικά οι εργαζόμενοι στα προγράμματα, μια και ορισμένες από αυτές που αναφέρονται στο καταστατικό είτε δεν υπάρχουν καθόλου, είτε παρουσιάζουν πολύ μικρά ποσοστά. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί πως στην ερώτηση στην οποία οι επαγγελματίες καλούνται να απαντήσουν τι πιστεύουν ότι τελικά επιτυγχάνεται μέσα από την πορεία του προγράμματος οι περισσότεροι απάντησαν πως η βοήθεια που δίνεται στους εξυπηρετούμενους αφορά πρώτιστα στην κάλυψη πρακτικών αναγκών καθημερινής διαβίωσης και στην εξυπηρέτηση μοναχικών ατόμων ενώ η στήριξη στην οικογένεια παρουσιάζει πολύ μικρότερο ποσοστό παρόλο που μία από τις βασικές επιδιώξεις της φροντίδας στο σπίτι είναι αυτή της στήριξης και εκπαίδευσης των οικογενειακών φροντιστών καθώς δεν διατίθενται άλλα κατάλληλα προγράμματα από την πολιτεία για αυτό τον σκοπό.

Αναφορικά με την επιδίωξη αξιολόγησης της πορείας των προγραμμάτων μέσα από τις αντιδράσεις των ηλικιωμένων σχετικά με αυτά, όπως τις μεταφέρουν οι εργαζόμενοι στα προγράμματα του δείγματος, βγαίνει το συμπέρασμα ότι τα προγράμματα αυτά έχουν γίνει αποδεκτά με ενθουσιασμό από την πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων. Επίσης ένα άλλο στοιχείο είναι ότι οι σχέσεις των ηλικιωμένων με τους περισσότερους επαγγελματίες είναι άριστες, κάπως λιγότεροι τις χαρακτηρίζουν καλές, ελάχιστοι μέτριες, ενώ άσχημες τις χαρακτηρίζει ένας μόνο επαγγελματίας.

Ακόμη, όπως προέκυψε από την έρευνα υπάρχουν κάποια προβλήματα στην οργάνωση του προγράμματος, όπως αυτά αναφέρονται από τους επαγγελματίες. Έτσι λοιπόν, το σημαντικότερο πρόβλημα στην οργάνωση του προγράμματος είναι η έλλειψη μεταφορικού μέσου, έπειτα η έλλειψη άλλων ειδικοτήτων που θα μπορούσαν να προσφέρουν βοήθεια στο πρόγραμμα, ακολουθεί η έλλειψη εκπαιδευτικών σεμιναρίων για τους εργαζομένους, έπειτα η αδυναμία σαφούς διεκκρίνησης και κατοχύρωσης των αρμοδιοτήτων που έχει ο κάθε επαγγελματίας από το καταστατικό γεγονός που προκαλεί σύγχυση καθώς υπάρχουν περιπτώσεις που και οι τρεις ειδικότητες παρέχουν τις ίδιες υπηρεσίες ενώ δεν καλύπτονται άλλες καθώς οι εργαζόμενοι ισχυρίζονται πως δεν είναι της αρμοδιότητάς τους. Άλλες πάλι φορές η σύγχυση αυτή περνά και στους ηλικιωμένους οι οποίοι ζητούν περισσότερες απολαβές από αυτές που δικαιούνται. Τέλος, αναφέρεται πως ένα ακόμη πρόβλημα είναι η αδυναμία παρακολούθησης των περιστατικών σε εικοσιτετράωρη βάση. Αναφορικά με τα προσωπικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες είναι η ανασφάλεια που τους προκαλεί η άγνοια για το μέλλον του προγράμματος, η αδιαφορία που δείχνει η τοπική διοίκηση στο θέμα των πληρωμών καθώς επίσης το ασφαλίστικο καθεστώς που υπάρχει, έπειτα αναφέρουν το πρόβλημα μετακίνησής τους στα περιστατικά, ενώ κάποιοι επαγγελματίες αναφέρουν την εμφάνιση προβλημάτων αναφορικά με την αντιμετώπιση ορισμένων περιστατικών.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας έγινε εμφανής σε κάποιες περιπτώσεις η αδυναμία ή αδιαφορία της τοπικής διοίκησης να επληφθεί κάποιων προβλημάτων των προγραμμάτων. Αυτό το γεγονός θα μπορούσε να αποδοθεί στην αδιαφορία των τοπικών φορέων οι οποίοι αντιμετωπίζουν πολλά άλλα προβλήματα της κοινότητάς τους. Όμως τα αίτια θα μπορούσαν εξίσου να αναζητηθούν στην ευθύνη της κεντρικής διοίκησης η οποία συχνά παρεμβαίνει στο έργο των Ο.Τ.Α εμποδίζοντας τους υπεύθυνους των προγραμμάτων αυτών να λάβουν ουσιαστικά μέτρα στην λύση των προβλημάτων που παρουσιάζονται.

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

---

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός στόχος της μελέτης αυτής ήταν να παρουσιαστεί η θέση του ηλικιωμένου στην σύγχρονη ελληνική κοινωνία με ιδιαίτερη έμφαση στο φαινόμενο της στροφής της ελληνικής κοινωνικής πολιτικής στην εφαρμογή εξωϊδρυματικής του περίθαλψης.

Όπως προέκυψε από την μελέτη, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων στον πλανήτη μας αυξάνει με καλπάζοντα ρυθμό. Μάλιστα, η αύξηση αυτή αφορά κυρίως σε άτομα πολύ προχωρημένων ηλικιών τα οποία αποτελούν πλέον την τέταρτη ηλικία. Οι άνθρωποι της τρίτης και τέταρτης ηλικίας προκειμένου να φθάσουν στα γηρατειά και μέσα από τα χαρακτηριστικά τους να ανταποκρίνονται στη βαρύτητα που έχει ο όρος αυτός διανύουν την πορεία της γήρανσης κατά την οποία τόσο οι βιολογικές όσο και οι διανοητικές λειτουργίες υφίστανται φθορές. Επίσης οι άνθρωποι αυτοί γίνονται ιδιαίτερα ευάλωτοι με αποτέλεσμα οτιδήποτε συμβαίνει γύρω τους να έχει επίπτωση στην ψυχική τους ισορροπία. Όλοι αυτοί οι παράγοντες όμως τους καθιστούν ως άτομα με ιδιαιτερότητες τα οποία χρειάζονται ιδιαίτερη μεταχείριση από το περιβάλλον τους και φροντίδα από τις οικογένειές τους γεγονός που συχνά έχει δυσάρεστες επίδραση στην στάση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου ακόμη και των στενών συγγενών απέναντί τους.

Η δυσφορία αυτή για τους ηλικιωμένους μπορεί να δειχθεί από την μειονεκτική θέση που αυτοί κατέχουν στην ελληνική κοινωνία. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι έλληνες ηλικιωμένοι είναι αναγκασμένοι να ζουν σε κατοικίες που στερούνται στοιχειωδών ευκολιών (εσωτερικό αποχωρητήριο, εσωτερική ύδρευση, τηλέφωνο, κ.τ.λ) ενώ στους δημόσιους χώρους αντιμετωπίζουν προβλήματα μετακίνησής τους. Επίσης, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στον τομέα της περίθαλψής τους, καθώς η πολιτεία παρέχει για τις ανάγκες

τους μοναχά τα γενικά νοσοκομεία με μη εκπαιδευμένο στην επιστήμη της γηριατρικής προσωπικό και για τους ηλικιωμένους της επαρχίας τα αποδυναμωμένα κέντρα υγείας. Ακόμη, έχουν στην διάθεσή τους ελάχιστα ιδρύματα χρονίων πασχόντων και γηροκομεία αμφισβητούμενα για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Επίσης τα εισοδήματα τους τις περισσότερες φορές κυμαίνονται κάτω από τα όρια της φτώχειας ενώ πολλοί από αυτούς κάποια στιγμή της ζωής τους πέφτουν θύματα κακοποίησης. Τέλος, μολονότι οι ελληνικές οικογένειες δείχνουν προθυμία στο να κρατήσουν υπό την προστασία τους ηλικιωμένους συγγενείς, εντούτοις δεν είναι λίγες οι φορές που στις σχέσεις αυτές δημιουργούνται πολλά προβλήματα καθώς οι οικογενειακοί φροντιστές στο δύσκολο αυτό έργο δεν λαμβάνουν καμία υποστήριξη από την κοινωνία.

Όπως αναφέρθηκε στην μελέτη, οι κυβερνήσεις των ευρωπαϊκών χωρών που παρακολουθούσαν το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού αντιλήφθηκαν πως ένα κοινωνικό πρόβλημα δημιουργείται και ανέλαβαν δράση προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις συνέπειές του. Η νέα κοινωνική πολιτική που ακολουθήθηκε λοιπόν από τα τέλη της δεκαετίας του '70 συνίσταντο στον παραμερισμό της πολυδάπανης κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων και στην προώθηση προγραμμάτων εξωιδρυματικής τους περίθαλψης τα οποία υπαγορεύουν την σχέση μικρότερο δυνατόν κόστος – μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα. Έτσι λοιπόν, σε πολλές χώρες αναπτύχθηκαν προγράμματα φροντίδας και νοσηλείας στο σπίτι, νοσοκομεία ημέρας, εντευκτήρια ηλικιωμένων, καθώς επίσης προγράμματα οικονομικής ενίσχυσης των ηλικιωμένων και ενημέρωσης και στήριξης των οικογενειακών φροντιστών.

Στην ελληνική κοινωνία όπου επίσης παρατηρείται το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης έγινε αντιληπτό πως η κλειστή ιδρυματική περίθαλψη, με τις αναχρονιστικές υπηρεσίες που παρέχει και το κόστος που



απαιτεί, δεν μπορεί να αποτελέσει το μοναδικό προσανατολισμό στην περίθαλψη των ηλικιωμένων.

Στα μέσα, λοιπόν, της δεκαετίας του '80 αναπτύχθηκαν τα Κ.Α.Π.Η. με τα οποία η πολιτεία έκανε το πρώτο βήμα στην εξωιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Όμως, όπως προέκυψε από η μελέτη τα Κ.Α.Π.Η., μολονότι έτυχαν γενικής αποδοχής από την ελληνική κοινωνία και καθιερώθηκαν ως θεσμός, εντούτοις στη σημερινή εποχή ανταποκρίνονται μόνο στον ψυχαγωγικό τους χαρακτήρα, χωρίς να εκπληρώνουν τους πρωταρχικούς στόχους της πρόληψης των βιο-κοινωνικών προβλημάτων και της διατήρησης των δεσμών των ηλικιωμένων με την κοινωνία. Αυτό οφείλεται στη λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. με τις ελλείψεις σε προσωπικό, με τους ανεπαρκείς οικονομικούς πόρους, την αδυναμία των κοινωνικών λειτουργών για ανάληψη ουσιαστικού έργου, καθώς πολλοί απ' αυτούς αναλαμβάνουν γραφειοκρατικές εργασίες, καθώς επίσης με την απόρριψη ενός μέρους των ηλικιωμένων κάθε κοινότητας για συμμετοχή στα προγράμματα λόγω δυσκολιών πρόσβασης στα Κ.Α.Π.Η.

Το 1998 η ανάπτυξη προγραμμάτων φροντίδας στο σπίτι αποτέλεσε μια θετική εξέλιξη στην περίθαλψη των ηλικιωμένων Ελλήνων που ζουν στην κοινότητα, καθώς, όπως φάνηκε από τη μελέτη, μέχρι τότε τα άτομα αυτά στηρίζονταν μόνο από τα περιορισμένα σε αριθμό προγράμματα φροντίδας στο σπίτι του Ε.Ο.Π. και του Ε.Ε.Σ. Τα προγράμματα αυτά, σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη με αφορμή τη μελέτη αυτή, έγιναν αποδεκτά από τους ηλικιωμένους με ενθουσιασμό, ενώ λίγες είναι οι περιπτώσεις που αυτά και οι εργαζόμενοι σε αυτά αντιμετωπίστηκαν με δυσπιστία. Μέσα, όμως, από τα πορίσματα της έρευνας προέκυψαν κάποιες αδυναμίες στην εφαρμογή των προγραμμάτων, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στη μετέπειτα πορεία τους. Παρατηρείται, λοιπόν, πως τα προγράμματα αυτά πλαισιώνονται από λίγους επαγγελματίες τις περισσότερες φορές ανειδίκευτος σε θέματα εργασίας με ηλικιωμένους.

αδυναμία εμπλοκής εθελοντών σε αυτά, καθώς στην Ελλάδα ο εθελοντισμός δεν είναι ανεπτυγμένος, αδυναμία του προγράμματος να διατηρεί επικοινωνία με τους εξυπηρετούμενους ηλικιωμένους σε εικοσιτετράωρη βάση και άλλα προβλήματα που καθιστούν το έργο των επαγγελματιών δυσκολότερο και περιορίζουν την αποδοτικότητα του προγράμματος.

Όμως, όπως έγινε φανερό από τη μελέτη, τα προγράμματα αυτά μαζί με τα προγράμματα κινητών μονάδων βοήθειας και αναδοχής ηλικιωμένων, που θα εφαρμοστούν στο άμεσο μέλλον, δεν μπορούν να καλύψουν τις πολύπλευρες ανάγκες των ηλικιωμένων στην κάθε κοινότητα και, κατά συνέπεια, να ενισχύσουν τη διαβίωσή τους σ' αυτήν. Αυτό που χρειάζεται να γίνει είναι διερεύνηση των αναγκών των ηλικιωμένων κάθε κοινότητας μέσα από τους Ο.Τ.Α. κι έπειτα εφαρμογή προγραμμάτων που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτές και θα αποτελούν μέρος μιας ολοκληρωμένης, προσεκτικά σχεδιασμένης κοινωνικής πολιτικής.

## *ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΜΕΛΕΤΗΣ*

Προκειμένου η εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων να εφαρμοστεί στην Ελληνική κοινωνία και να έχει επιτυχή έκβαση πρέπει η Πολιτεία να λάβει μία σειρά από μέτρα που θα αποσκοπούν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του Έλληνα ηλικιωμένου πολίτη. Πρέπει δηλαδή η Πολιτεία να μεριμνήσει για την ασφαλή διαβίωση του υγιούς ηλικιωμένου μέσα στην κοινότητα προκειμένου αυτός να παραμείνει αυτόνομος για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα καθώς επίσης να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών περίθαλψης που τους παρέχει και να προχωρήσει στην δημιουργία νέων δομών αναγκαίων για την ελληνική κοινωνία. Όλα αυτά όμως δεν πρέπει να είναι αποτέλεσμα επιφανειακών σπασμωδικών ενεργειών της πολιτείας αλλά απόρροια ενός σχεδίου δράσης το οποίο να προκύπτει έπειτα από διϋπουργειακή και διεπιστημονική συνεργασία.

Οι εισηγήσεις λοιπόν όπως προκύπτουν από την παρούσα ερευνητική προσέγγιση είναι οι ακόλουθες.

**A.** Αναφορικά με τον σχεδιασμό και την εφαρμογή Κοινωνικής Πολιτικής για τους ηλικιωμένους προτείνεται:

*α) ως προς τον σχεδιασμό*

– Η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να συγκαλέσει σε συμβούλιο αντιπροσώπους του Υπουργείου Εσωτερικών, του Υπουργείου Οικονομικών, επιστήμονες ιατρούς που δουλεύουν με ηλικιωμένους, ερευνητές ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς προκειμένου όλοι αυτοί αφού συσχεφθούν και ανταλλάξουν τις απόψεις τους να σχεδιάσουν την Κοινωνική Πολιτική που θα χαράξει η Πολιτεία αναφορικά με τους ηλικιωμένους πολίτες της.

– Στο συμβούλιο να συμμετέχουν ηλικιωμένοι, πολίτες του Ελληνικού κράτους, προκειμένου να ακουστεί και η άποψή τους στα θέματα αυτά που τους αφορούν άμεσα.

*β) ως προς την εφαρμογή*

– Η κεντρική διοίκηση να προχωρήσει στην ανάθεση ουσιαστικών αρμοδιοτήτων στους Ο.Τ.Α έτσι ώστε αυτοί να μπορούν να προσφέρουν ολοκληρωμένο έργο, εξειδικευμένο και προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ηλικιωμένων της κάθε κοινότητας.

Συγκεκριμένα:

– Η κεντρική διοίκηση να προχωρήσει στην αλλαγή του νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου έτσι ώστε να κατοχυρώνεται η μεταβίβαση ουσιαστικών αρμοδιοτήτων και πόρων από αυτήν στους Ο.Τ.Α.

– Έπειτα, να αναθέσει σε όλους τους Ο.Τ.Α την ίδρυση διεύθυνσης προστασίας των ηλικιωμένων η οποία θα λειτουργεί μέσα στην κοινωνική υπηρεσία που θα υπάρχει σε κάθε κοινότητα. Η υπηρεσία αυτή πλαισιωμένη από ερευνητές ιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και ηλικιωμένους πολίτες της κοινότητας θα διερευνά τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων της συγκεκριμένης περιοχής και με βάση τον προσανατολισμό της Κοινωνικής Πολιτικής που έχει οριστεί να προχωρά στην λήψη των κατάλληλων μέτρων.

**Β. Αναφορικά με τα μέτρα βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στην κοινότητα προτείνεται:**

– Οι διευθύνσεις προστασίας των ηλικιωμένων να αναθέτουν σε ομάδα ειδικών την διεξαγωγή έρευνας σχετικά με τις συνθήκες στέγασης των ηλικιωμένων στην κοινότητα προκειμένου να εντοπίζονται τα διάφορα προβλήματα, να επιδιορθώνονται και έπειτα στα σπίτια όλων των ηλικιωμένων να εφαρμόζεται η

επιστήμη της εργονομίας ώστε οι πιθανότητες πρόκλησης ατυχήματος μέσα στο σπίτι να περιορίζονται.

– Να εφαρμοστεί η επιστήμη της εργονομίας σε όλα τα δημόσια κτήρια και να προσαρμοστεί το εξωτερικό περιβάλλον στις ανάγκες ανθρώπων με ιδιαιτερότητες ανάμεσα στους οποίους είναι και οι ηλικιωμένοι.

– Να ενδυναμωθεί ο θεσμός των Κέντρων Υγείας και κάθε ένα από αυτά να επανδρωθεί από γηγίατρο και ειδικευμένο στα γηρατειά βοηθητικό προσωπικό έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι επαρχιακών περιοχών να μην αναγκάζονται να μεταφέρονται στα μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος υγείας.

– Οι διευθύνσεις προστασίας των ηλικιωμένων μέσα από έρευνες να εντοπίζουν τους ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα και να εισηγούνται στους τοπικούς φορείς την παροχή σε αυτούς υλικής βοήθειας σε τρόφιμα, είδη ρουχισμού καθώς επίσης μειωμένες τιμές στους λογαριασμούς δημοσίων υπηρεσιών (ΔΕΗ, ΟΤΕ κτλ.).

– Να δημιουργηθεί ανοιχτή γραμμή κακοποίησης των ηλικιωμένων (line-abuse) η οποία να λειτουργεί σε 24ωρη βάση.

– Να αναπτυχθεί ο θεσμός της σταδιακής συνταξιοδότησης και να οργανώνονται στην κοινότητα προγράμματα προετοιμασίας των εργαζομένων για το επερχόμενο γεγονός της συνταξιοδότησης ώστε να επιτυγχάνεται η ομαλή προσαρμογή τους στη ζωή του συνταξιούχου.

– Να οργανώνονται από τις διευθύνσεις προστασίας ηλικιωμένων σε συνεργασία με τα ΚΑΠΗ εκπαιδευτικά και επιμορφωτικά σεμινάρια των ηλικιωμένων ώστε να μπορούν να παρακολουθούν τις σύγχρονες εξελίξεις και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας.

– Οι κοινωνικές υπηρεσίες των κοινοτήτων να επιδοθούν στην ανάπτυξη προγραμμάτων εθελοντισμού στις περιοχές τους προκειμένου οι εθελοντές να

αποτελέσουν σημαντικό συμπλήρωμα στην λειτουργία διαφόρων τοπικών προγραμμάτων προνοιακού χαρακτήρα. Έτσι οι εθελοντές θα μπορούν να προσφέρουν την πολύτιμη βοήθειά τους και στα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας κυρίως μέσα από τα προγράμματα φροντίδα στο σπίτι ώστε να καλύπτονται οι ελλείψεις που παρουσιάζουν τα προγράμματα αυτά.

Γ. Αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες:

*α) ως προς τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης προτείνεται:*

– Να γίνεται έλεγχος του προσωπικού που εργάζεται σε αυτά έτσι ώστε όσοι κρίνονται ακατάλληλοι επαγγελματίες για τον τομέα της γηριατρικής να παρακολουθήσουν ειδικά σεμινάρια εκπαίδευσής τους ή να αντικατασταθούν από άλλους.

– Να αλλάξει το καθεστώς στα γηροκομεία ώστε να δίνεται πλέον η δυνατότητα στους ηλικιωμένους τροφίμους να καταπιάνονται με δραστηριότητες που τους ευχαριστούν και να οργανώνονται ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, εκδρομές, ολιγοήμερες διακοπές σε τακτικά χρονικά διαστήματα έτσι ώστε να αποτρέπεται το φαινόμενο του ιδρυματισμού.

– Ορισμένα γηροκομεία να μετατραπούν σε ιδρύματα χρονίων πασχόντων αποκλειστικά για τους ηλικιωμένους έτσι ώστε να εισάγονται εκεί ηλικιωμένοι βαριά άρρωστοι από ανίατες ασθένειες που διαβιούν στην κοινότητα αλλά και ηλικιωμένοι οι οποίοι αρρώστησαν βαριά μετά την είσοδό τους σε γηροκομεία αλλά παραμένουν εκεί ασκώντας αρνητική επιρροή για τους άλλους τους υγιείς τροφίμους.

– Η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να διεξάγει τακτικούς ελέγχους στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης προκειμένου να αξιολογείται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν.

*β) ως προς τα ΚΑΠΗ προτείνεται:*

- Οι διευθύνσεις προστασίας ηλικιωμένων αφού εντοπίζουν τις ελλείψεις των ΚΑΠΗ σε προσωπικό να εισηγούνται στους τοπικούς φορείς την πρόσληψη των αναγκαίων επαγγελματιών.
- Τα ΚΑΠΗ να στεγάζονται σε πολυδύναμα κέντρα στα οποία θα υπάρχουν παιδικοί σταθμοί και κέντρα νεότητας έτσι ώστε άτομα όλων των ηλικιών να συνυπάρχουν στον ίδιο χώρο και να εμπλέκονται στις δραστηριότητές τους και έτσι να αμβλύνεται το χάσμα γενεών και η τάση των ηλικιωμένων για απομόνωση.
- Να εκπαιδεύονται τα μέλη των ΚΑΠΗ στην παροχή φροντίδας στο σπίτι ηλικιωμένων ομηλίκων τους που έχουν ανάγκη έτσι ώστε μέσα από την εθελοντική τους προσφορά να αισθάνονται χρήσιμοι ενώ παράλληλα η βοήθεια που θα προσφέρουν στα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι θα είναι μεγάλη.
- Να οργανώνονται και να υλοποιούνται προγράμματα που θα συμβάλλουν στην διατήρηση της κοινωνικότητας των ηλικιωμένων.
- Οι διευθύνσεις προστασίας ηλικιωμένων να εποπτεύονται της λειτουργίας των ΚΑΠΗ έτσι ώστε αυτά να παρέχουν ουσιαστικό έργο.

*γ) ως προς τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι προτείνεται:*

- Οι διευθύνσεις προστασίας ηλικιωμένων ανάλογα με τις ανάγκες των ηλικιωμένων της κάθε κοινότητας να εισηγούνται την ανάπτυξη και άλλων προγραμμάτων φροντίδας στο σπίτι.
- Να οργανώνονται εκπαιδευτικά σεμινάρια για όλες τις ειδικότητες των προγραμμάτων κυρίως όμως για τους οικογενειακούς βοηθούς.
- Οι διευθύνσεις προστασίας να μεριμνούν προκειμένου το πρόγραμμα φροντίδα στο σπίτι να γίνεται γνωστό σε όλο τον πληθυσμό της κοινότητας και κυρίως σε όλους τους προνοιακούς οργανισμούς προκειμένου να συνεργάζονται και να συντονίζονται με το πρόγραμμα.

- Να εφαρμοστεί σε όλα τα προγράμματα η υπηρεσία τηλε-ειδοποίησης-τηλεσυναγεργμού (tele-alarm) ώστε οι εξυπηρετούμενοι να έχουν την δυνατότητα επικοινωνίας με το προσωπικό επί 24ωρη βάση.
- Οι ιατροί, φυσικοθεραπευτές και εργασιοθεραπευτές που εργάζονται στα ΚΑΠΗ να υποχρεώνονται από το θεσμικό πλαίσιο ώστε να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους εξυπηρετούμενους των προγραμμάτων όταν είναι αναγκαίο.
- Να δοθεί στη διάθεση του προσωπικού των προγραμμάτων μεταφορικό μέσο ώστε αυτοί να μετακινούνται άνετα στα περιστατικά και οι εξυπηρετούμενοι να μεταφέρονται στις εξωτερικές δουλειές τους.
- Να διευκρινιστεί επακριβώς το θεσμικό πλαίσιο των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχει κάθε επαγγελματίας ώστε από τη μία οι επαγγελματίες να γνωρίζουν με σαφήνεια ποιες είναι οι αρμοδιότητές τους και από την άλλη να μην δημιουργείται σύγχυση από τους εξυπηρετούμενους για το τι έχουν δικαίωμα να περιμένουν από το πρόγραμμα.
- Να αξιοποιείται το δίκτυο των εθελοντών που θα εκπαιδεύονται στην κοινότητα ώστε να καλύπτουν τις ελλείψεις των προγραμμάτων.
- Η διεύθυνση προστασίας ηλικιωμένων να πιέζει την τοπική αυτοδιοίκηση ώστε να διευθετούνται άμεσα τα ζητήματα πληρωμής και ανανέωσης των συμβάσεων εργασίας έτσι ώστε οι εργαζόμενοι να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους χωρίς η ψυχική τους ηρεμία να διαταράσσεται από τέτοιου είδους προβλήματα.
- Οι διευθύνσεις προστασίας ηλικιωμένων να εποπτεύονται των εργαζομένων στα προγράμματα ώστε να παρέχεται ουσιαστικό έργο.



Δ. Αναφορικά με την ανάπτυξη νέων δομών εξωϊδρυματικής περίθαλψης προτείνεται:

- Εισαγωγή του εξειδικευμένου μαθήματος της γηριατρικής στην εκπαίδευση των ανθρωπιστικών επαγγελμάτων στα ελληνικά πανεπιστήμια.
- Να δημιουργηθούν σε κάποιο χώρο, κατά προτίμηση στο ισόγειο, των γενικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων ειδικές γηριατρικές μονάδες νοσηλείας με προσωπικό ειδικά εκπαιδευμένο ώστε η περίθαλψη που θα παρέχεται στους ηλικιωμένους να είναι εξειδικευμένη.
- Να ιδρυθούν νοσοκομεία ημέρας ώστε να παρέχεται στους ηλικιωμένους εξειδικευμένο πρόγραμμα αποθεραπείας και η επανένταξή τους στο οικείο περιβάλλον να γίνεται με περισσότερη επιτυχία.
- Να αναπτυχθούν υπηρεσίες ενίσχυσης, ενημέρωσης και ψυχολογικής συμπαράστασης των οικογενειακών φροντιστών ώστε να αποτρέπονται οι προβληματικές καταστάσεις στις σχέσεις τους με τους ηλικιωμένους συγγενείς.
- Να αναπτυχθούν προγράμματα τηλε-ιατρικής και τηλεκοινωνικής εργασίας από τα νοσοκομεία, μέσω internet, ώστε οι ηλικιωμένοι που ζουν σε απομονωμένες περιοχές να ενημερώνονται για το τι πρέπει να κάνουν όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας ή κοινωνικό.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Α. Βιβλίο

Αμηνρά Α. Για να γεράσουμε όλοι καλύτερα, εκδόσεις Ακαδημία Αθηνών, Αθήνα 1986.

Αντωνοπούλου - Καλούρη Ρ. Παιδαγωγική ψυχολογία, τόμος 1, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1994.

Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία Τι είναι η άνοια Αλτςχάϊμερ, 1997.

Δαουτόπουλος Γ.Α. Κοινοτική - Τοπική Ανάπτυξη, Θεσσαλονίκη 1995.

Δοντάς Α. Γηριατρική για νοσηλευτές, εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1993.

Ελληνική εθνική επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος του 1982. Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Εθνική έκθεση, Αθήνα 1982.

Καβουνίδη Τζ., Καραντινός Δ., Ιωάννου Χ. Οι κοινωνικές υπηρεσίες και η κοινωνική πολιτική καταπολέμησης του Κοινωνικού Αποκλεισμού, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1992.

Κανελλοπούλου Ι. Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Αθήνα 1982.

Καραντινός Δ., Κονιόρδος Μ., Τίνιος Π. Παρατηρητήριο πολιτικών καταπολέμησης Κοινωνικού Αποκλεισμού, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1990.

Kastenbaum R. Η τρίτη ηλικία, εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1982.

Κοσμόπουλος. Στοιχεία ψυχολογίας και ανθρωπαγωγικής στην ώριμη ηλικία. Πάτρα 1981.

Κούρος Ι. Ψυχικά προβλήματα και θεραπείες, Αθήνα 1994.

Κυριόπουλος Ι. Υγεία και κοινωνική προστασία στην τρίτη ηλικία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1994.

Laroque P. Κοινωνική προστασία ηλικιωμένων πάνω από 75, (μετάφραση Ζωγρομαλίδη Μ.Α.), Αθήνα 1981.

Λοΐζου - Μαλικιώτη Μ. Συμβουλευτική Ψυχολογία, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1993.

Μαλικούτη Μ. «Ο ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων και του εθελοντισμού στην φροντίδα για τους ηλικιωμένους», Εκλογή 1994, τεύχος 100.

Μεσθεναίου Λ., Τριανταφύλλου Τζ. «Συστήματα παροχής υπηρεσιών πρόνοιας για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Παπαϊωάννου Κ. «Ψυχοκοινωνική διάγνωση και εξατομικευμένη προληπτική/θεραπευτική παρέμβαση», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Πετρίδης Κ.Π. «Τρόποι βελτίωσης της διαμονής σε κλειστές μονάδες περίθαλψης», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Pijl M.A. «Καλύτερη φροντίδα για εξαρτημένα άτομα που παραμένουν στο σπίτι» (μετάφραση Παπαϊωάννου Κ.), Εκλογή 1992, τεύχος 93.

Πίτσιου Ε., Σπινέλλη Κ.Δ. «Ηλικιωμένοι: θύματα κακοποίησης και παραμέλησης», Εκλογή 1991, τεύχος 89.

Πουλοπούλου Ε.Η. «Δημογραφική γήρανση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα» Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Τεπέρογλου Α. «Συγκριτική μελέτη ευρωπαϊκών χωρών για την «ανοιχτή περίθαλψη υπερηλίκων» Εκλογή 1977, τεύχος 43.

Τζωρτζοπούλου Μ. «Ηλικιωμένος και οικογένεια: Διαπλεκόμενοι ρόλοι», Εκλογή 1993, τεύχος 98.

Χριστοδούλου Κ. «Η Βρετανική κοινωνική πολιτική και η τρίτη ηλικία», Κοινωνική Εργασία 1993, τεύχος 32.

#### Γ. Συγγράμματα που δεν έχουν δημοσιευθεί

Μαλικιώτη - Λοίζου Μ. Οι επιπτώσεις της κοινωνικής αλληλεγγύης και του διατιθέμενου χρόνου επί της αρωγής των ηλικιωμένων, Φιλοσοφική σχολή - Τομέας Ψυχολογίας, Αθήνα 1988.

Μεσθεναίου Τζ., Τριανταφύλλου Λ. Ποιος Φροντίζει, εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 1993.

Παρασκευόπουλος Ι.Ν. Εξελικτική ψυχολογία (Η ψυχική ζωή από την σύλληψη έως την ενηλικίωση), τόμος 1, Αθήνα 1985.

Perlman H.H. Κοινωνική εργασία με άτομα (Μία διεργασία - λύσης προβλημάτων), (μετάφραση Καλούτση Α.), εκδόσεις Ατλαντίς, Αθήνα 1957.

Πλατής Χρ. Γεροντολογική - νοσηλευτική, Αθήνα 1993.

Rapoport R., Rapoport R. Τα στάδια της ζωής, εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1981.

Ρουμελιώτης Δ.Α. Αποκατάσταση Υπερηλίκων, Αθήνα 1980.

Σταθόπουλος Π. Κοινωνική πρόνοια (μία γενική θεώρηση), εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1995.

Στασινοπούλου Ο. Κράτος πρόνοιας, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1997.

Τεπέρογλου Α. Αξιολόγηση της προσφοράς των ΚΑΠΗ, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1990.

Τσαούσης Δ.Γ., Χατζηγιάννη Α. Κοινωνικές και χωροταξικές προϋποθέσεις λειτουργίας των ΚΑΠΗ ως θεσμών σύνδεσης των ηλικιωμένων με τη κοινότητα, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων, Αθήνα 1990.

## **Β. Περιοδικά**

Βάγια Χρ. «Η τεχνολογία της πληροφορικής στις υπηρεσίες για εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων», Εκλογή 1994, τεύχος 100.

Βάγια Χρ., Κρεμάλης Κ. «Ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα των ηλικιωμένων: Κίνδυνοι παραβίασης και προστασία», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Baldock J. «Προγράμματα και υπηρεσίες για την τρίτη ηλικία με προοπτική το 2000» Εκλογή 1994, τεύχος 100.

Βεζυράκης Δ., Ηλιοπούλου Ε., Πουλικάκος Λ. «Η τρίτη ηλικία, Κοινωνικό-ιατρικές παράμετρον», Κοινωνική Εργασία 1993, τεύχος 32.

Βενετάκη Κ. «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους» Εκλογή 1994, τεύχος 100.

Βυθούλκα - Καλλιγέρη Π. «Κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων που νοσηλεύονται στα γενικά νοσοκομεία και η εκτός νοσοκομείου αντιμετώπιση», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Βυθούλκα - Καλλιγέρη Π. «Δικαιώματα ηλικιωμένων», Κοινωνική Εργασία 1994, τεύχος 34.

Βυθούλκα - Καλλιγέρη Π. «Κοινωνική εργασία με ηλικιωμένους στην κοινωνική ασφάλιση», Εκλογή 1994, τεύχος 100.

Γείτονα Μ. «Ο ρόλος του κράτους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών για την τρίτη ηλικία», Εκλογή 1994, τεύχος 100.

Γεννηματά Α., Κυριόπουλος Γ., Μπαλασοπούλου Α., Μπουρσανίδης Χ. «Τρίτη ηλικία και οικονομικά της υγείας», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Ιωαννίδου Α. Jouson - Τουρνά «Η νόσος του Alzheimer: μία αθόρυβη επιδημία, προτάσεις για διεπιστημονική συνεργασία», Εκλογή 1993, τεύχος 99.

Καβατζά Μ.Δ. «Κοινωνική εργασία με οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με άτομα ηλικιωμένα και άρρωστα», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Καρπάθιος Στ. «Το προνοιακό έργο της Εκκλησίας για τον άνθρωπο της τρίτης ηλικίας», Εκλογή 1994, τεύχος 100.

Κοτζαμάνης Β. «Δημογραφική γήρανση στη μεταπολεμική Ελλάδα», Κοινωνική Εργασία 1993, τεύχος 32.

Κυριακάκης Β. «Εναλλακτικές μορφές στην προστασία ηλικιωμένων», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Λοχαίτου Χρ. «Προς την αναδοχή της τρίτης ηλικίας», Εκλογή 1992, τεύχος 92.

Λύκκου Αικ. «Κοινωνική εργασία με ηλικιωμένους στο νοσοκομείο», Εκλογή 1994, τεύχος 100.

Λυμναίου Ν. «Ενίσχυση της κοινωνίας για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Μαλικούτη Μ. «Σύστημα τηλε-ειδοποίησης - tele - alarm», Εκλογή 1991, τεύχος 89.

Μαλικούτη Μ. «Ο ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων και του εθελοντισμού στην φροντίδα για τους ηλικιωμένους», Εκλογή 1994, τεύχος 100.

Μεσθεναίου Λ., Τριανταφύλλου Τζ. «Συστήματα παροχής υπηρεσιών πρόνοιας για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Παπαϊωάννου Κ. «Ψυχοκοινωνική διάγνωση και εξατομικευμένη προληπτική/θεραπευτική παρέμβαση», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Πετρίδης Κ.Π. «Τρόποι βελτίωσης της διαμονής σε κλειστές μονάδες περίθαλψης», Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Rijl M.A. «Καλύτερη φροντίδα για εξαρτημένα άτομα που παραμένουν στο σπίτι» (μετάφραση Παπαϊωάννου Κ.), Εκλογή 1992, τεύχος 93.

Πίτσιου Ε., Σπινέλλη Κ.Δ. «Ηλικιωμένοι: θύματα κακοποίησης και παραμέλησης», Εκλογή 1991, τεύχος 89.

Πουλοπούλου Ε.Η. «Δημογραφική γήρανση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα» Κοινωνική Εργασία 1991, τεύχος 24.

Τεπέρογλου Α. «Συγκριτική μελέτη ευρωπαϊκών χωρών για την «ανοιχτή περίθαλψη υπερηλίκων» Εκλογή 1977, τεύχος 43.

Τζωρτζοπούλου Μ. «Ηλικιωμένος και οικογένεια: Διαπλεκόμενοι ρόλοι», Εκλογή 1993, τεύχος 98.

Χριστοδούλου Κ. «Η Βρετανική κοινωνική πολιτική και η τρίτη ηλικία», Κοινωνική Εργασία 1993, τεύχος 32.

#### Γ. Συγγράμματα που δεν έχουν δημοσιευθεί

Μαλικιώτη - Λοίζου Μ. Οι επιπτώσεις της κοινωνικής αλληλεγγύης και του διατιθέμενου χρόνου επί της αρωγής των ηλικιωμένων, Φιλοσοφική σχολή - Τομέας Ψυχολογίας, Αθήνα 1988.

#### Δ. Σημειώσεις

Αθηνιόγλου Ι. Σημειώσεις από την 3<sup>η</sup> Πανευρωπαϊκή συνάντηση εργασίας Euroling Age, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1993.

Βυθούλκα - Καλλιγέρη Π. Αναδοχή ηλικιωμένων, σημειώσεις, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1990.

Ζιώμας Δ., Κοινωνική και οικονομική πολιτική και ηλικιωμένα άτομα στην Ελλάδα, σημειώσεις, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1989.

Maslow A. H., Η θεωρία της Υποκίνησης, Σημειώσεις του μαθήματος Οργάνωση και Διοίκηση Κοινωνικών Υπηρεσιών Ι, Τ.Ε.Ι. Πάτρα 1997

#### Ε. Ανακοινώσεις από συνέδρια

Αλεξάκη Λ. «Ομιλία της κα Αλεξάκη Λ., κοινωνικής λειτουργού του ΚΑΠΗ του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού», Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1990.

Ανδρούτσος Γ.Ι. «Η ιστορική εξέλιξη της μακροζωίας», 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 1997.

Βοργιά - Δάλλου Π. «Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα στην τρίτη ηλικία», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

Γρηγοροπούλου Ε. «Ομάδα ευαισθητοποίησης ατόμων της τρίτης ηλικίας», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

Καβατζά Μ. «Εναλλακτικές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων», Συνδιάσκεψη - Πανελλήνιο Συνέδριο ΣΚΛΕ - ΤΕΔΚΝΑ, Αθήνα.

Κογιοπούλου Μ. «Εισήγηση της κοινωνικής λειτουργού Κογιοπούλου Μ. για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» του Ε.Ε.Σ.», Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1998.

Κοτσώνης Ι. «Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

#### Δ. Σημειώσεις

Αθηνιόγλου Ι. Σημειώσεις από την 3<sup>η</sup> Πανευρωπαϊκή συνάντηση εργασίας Euroling Age, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1993.

Βυθούλκα - Καλλιγέρη Π. Αναδοχή ηλικιωμένων, σημειώσεις, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1990.

Ζαγούρα Σ. Κοινωνική εργασία με Ιδρύματα, σημειώσεις Τ.Ε.Ι, Πάτρα 1997.

Ζιώμας Δ., Κοινωνική και οικονομική πολιτική και ηλικιωμένα άτομα στην Ελλάδα, σημειώσεις, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1989.

Παπαδοπούλου Χρ. Οργάνωση και διοίκηση κοινωνικών υπηρεσιών 1, σημειώσεις Τ.Ε.Ι, Πάτρα 1997.

#### Ε. Ανακοινώσεις από συνέδρια

Αλεξάκη Λ. «Ομιλία της κα Αλεξάκη Λ., κοινωνικής λειτουργού του ΚΑΠΗ του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού», Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1990.

Ανδρούτσος Γ.Ι. «Η ιστορική εξέλιξη της μακροζωίας», 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 1997.

Βοργιά - Δάλλου Π. «Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα στην τρίτη ηλικία», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

Γρηγοροπούλου Ε. «Ομάδα ευαισθητοποίησης ατόμων της τρίτης ηλικίας», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

Καβατζά Μ. «Εναλλακτικές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων», Συνδιάσκεψη - Πανελλήνιο Συνέδριο ΣΚΛΕ - ΤΕΔΚΝΑ, Αθήνα.

Κογιοπούλου Μ. «Εισήγηση της κοινωνικής λειτουργού Κογιοπούλου Μ. για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» του Ε.Ε.Σ.», Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 1998.

Κοτσώνης Ι. «Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.



Κοτταρίδη-Σουτζόγλου Γ. «Ο ηλικιωμένος ασθενής και η οικογένεια», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

Κυριόπουλος Ι. Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα στην τρίτη ηλικία: Κόστος υπηρεσιών, 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

Μαραγκάκη Α. «Η συμβολή της κοινωνικής εργασίας στην βελτίωση της κοινωνικής πολιτικής για την φροντίδα των ηλικιωμένων», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

Παρασκευοπούλου Α. «Η κοινωνική εργασία στην προάσπιση ατομικών - κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

Σαλμανίδης Σ. «Η γήρανση του Ελληνικού πληθυσμού», 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Τεύχος Περιλήψεων, Αθήνα 1997.

Σούντης Σ. «Η μείωση του άγχους του θανάτου κατά τη ψυχολογική κλιμακτήριο για επίτευξη ανεξαρτησίας στη τρίτη ηλικία», Μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα στελεχών ΚΑΠΗ και εργαζομένων στην ανοιχτή προστασία ατόμων 3<sup>ης</sup> ηλικίας, Αθήνα 1990.

Συνετού Ν. «Υπηρεσίες για ανοϊκούς στην Ελλάδα», 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 2000.

Τσίμπος Κ.Χ. Δείκτες υγείας στην τρίτη ηλικία, 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Τεύχος Περιλήψεων, Αθήνα 1997.

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

---

**A. Ερωτηματολόγιο Έρευνας**

**B. Νομοθεσία**

*- Θεσμικό Πλαίσιο για τα ΚΑΠΗ*

*- Θεσμικό Πλαίσιο για το «Βοήθεια στο σπίτι»*

**« Ερωτηματολόγιο για την συλλογή πληροφοριών σχετικά με την λειτουργία του προγράμματος: «Βοήθεια στο σπίτι» για ηλικιωμένους».**

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σκοπεύει στην συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με με το «Βοήθεια στο σπίτι» για ηλικιωμένους σε 102 Δήμους. Τα στοιχεία που θα προκύψουν θα συντελέσουν σε μια πρόχειρη εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Σας στέλνουμε ένα για κάθε επαγγελματία.

Θα σας παρακαλούσαμε τα ερωτηματολόγια να έχουν σταλεί μέχρι την Πέμπτη 9 Μαρτίου του 2000 ,στην διεύθυνση:

Η συμβολή σας μας είναι πολύτιμη. Σας ευχαριστούμε.

9. Αναφέρατε την περιοχή ανάπτυξης του προγράμματος.

Απ.

10. Αναφέρατε τον πληθυσμό της περιοχής.

Απ.

11. Υπάρχει και άλλο παρόμοιο πρόγραμμα στην περιοχή;

Απ.

12. Αναφέρατε τη χρονική περίοδο λειτουργίας του προγράμματος.

Απ.

13. Αναφέρατε όλο το προσωπικό που απασχολείται στο πρόγραμμα συμπεριλαμβάνοντας και τους συμμετέχοντες εθελοντές.

Απ.

14. Στο πρόγραμμα εργάζεστε με την ιδιότητα του:

Απ.

A) Κοινωνικού λειτουργού

B) Νοσηλεύτη

Γ) Οικογενειακού βοηθού.

Δ) Κάτι άλλο.

15. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Απ.

16. Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια για την εργασία με ηλικιωμένους, πριν εργαστείτε στο πρόγραμμα;

Απ.

17. Πόσα περιστατικά παρακολουθήσατε τα έτη:

Απ.

A) 1998-1999

B) 1999-2000

18. Με ποιο τρόπο γίνεται γνωστό το πρόγραμμα στην κοινότητα;

Απ.

A) Με ανακοίνωση στις εφημερίδες.

B) Με ανακοίνωση σε ραδιοφωνικούς σταθμούς.

Γ) Με άλλο τρόπο.

Δ) Θεωρώ πως η λειτουργία του προγράμματος δεν είναι γνωστή σε όλη την κοινότητα.

19. Πώς γίνεται συνήθως η παραπομπή των εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα;

Απ.

A) Κ.Α.Π.Η.

B) Νοσοκομείο

- Γ) Πρόνοια
- Δ) Οικογένεια
- Ε) Γειτονιά
- ΣΤ) Εκκλησία
- Ζ) Κάτι άλλο.

2. Με ποια συχνότητα επισκέπτεστε τα περιστατικά;

Απ. Συχνότητα επισκέψεων: Αριθμός εξυπηρετούμενων:

Καθημερινά

Τρεις φορές την εβδομάδα

Δύο φορές την εβδομάδα

Μία φορά την εβδομάδα

Μία φορά ανά δεκαπενθήμερο

3. Η συχνότητα των επισκέψεων στα περιστατικά

Απ. Α) Επηρεάζεται από τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Β) Επηρεάζεται από άλλο παράγοντα.

Γ) δε διαφέρει· είναι ίδια για όλους.

4. Το πρόγραμμα διαθέτει ηλεκτρονικό σύστημα Τηλεσυναγερμού (Tele – alarm);

Απ.

5. Υπάρχουν κριτήρια με τα οποία κάποιος γίνεται δεκτός στο πρόγραμμα (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κλπ);

Απ.

6. Συνήθως ποια είναι τα προβλήματα που συναντάτε στα διάφορα περιστατικά;

Απ.

7. Τι υπηρεσίες παρέχετε στις περιπτώσεις σας;

Απ.

8. Πώς μετακινείστε από περιστατικό σε περιστατικό;

Απ.

9. Το πρόγραμμα συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες;

Απ.

10. Αν ναι, πώς γίνεται η μεταφορά των ηλικιωμένων από τα σπίτια τους στις υπηρεσίες;

Απ.

1. Τι πιστεύετε ότι τελικά επιτυγχάνεται μέσα από τη λειτουργία του προγράμματος;

Απ.

2. Πώς θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους εξυπηρετούμενους;

Απ.

3. Ποιες είναι οι αντιδράσεις των εξυπηρετούμενων για το πρόγραμμα;

Απ.

4. Αναφέρατε πιθανά προβλήματα στην οργάνωση και λειτουργία του προγράμματος που αναστέλλουν την ομαλή διεξαγωγή του.

Απ.

5. Αναφέρατε κάποια προβλήματα που αντιμετωπίζετε εσείς ως επαγγελματίες στο πρόγραμμα.

Απ.

## Άρθρο 1

ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η. είναι: α) η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, και ενεργά μέλη του Κοινωνικού Συνόλου β) η διαφώτιση και συνεργασία ευρύτερου κοινού και ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα ανάγκες των ηλικιωμένων και γ) η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους.

## Άρθρο 2

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Για την υλοποίηση του σκοπού του Κ.Α.Π.Η., προσλαμβάνεται το εξής προσωπικό:

Κοινωνικός Λειτουργός

Ψυχολογική Θεραπευτής

Κοινωνική Θεραπευτής

Φυσιάτρος ή Γηρύατρος ή ειδικός Παθολόγος

Ψυχολογική Επισκέπτρια ή Νοσοκόμα

Κοινωνική Βοηθός

## Άρθρο 3

### ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

#### Κοινωνική (ος) Λειτουργός

1. -Της Κοινωνικής Υπηρεσίας προϊστάται ο Κοινωνικός Λειτουργός και συντονιστής της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του Κ.Α.Π.Η. 2. -Πόττερα έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α) Συνεργάζεται με τα μέλη με σκοπό να συμβάλλει στην αντιμετώπιση βιολογικών, ατομικών ή οικογενειακών προβλημάτων, σεβόμενος την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των μελών.

β) Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του Κέντρου και έχει την ευθύνη της καλής λειτουργίας των υπηρεσιών του Κέντρου, δηλ. του φυσιοθεραπευτηρίου, και των άλλων ειδικοτήτων που αποσκοπούν στην εξυπηρέτηση των προστατευομένων μελών. Σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος του Κοιν. Λειτουργού το ΔΣ. με απόφασή του μπορεί να αναθέσει τη διεύθυνση σε υπάλληλο των παρακάτω ειδικοτήτων: Φυσιοθεραπευτή, Εργολογικό ή ή Αδελφή Επισκέπτρια. (γυν.)

3. -Αποφασισθεί Γραμματέας στο Κ.Α.Π.Η., ο Κοινωνικός Λειτουργός απαλλάσσεται από διοικητική ευθύνη της καλής λειτουργίας των Υπηρεσιών του Κέντρου.

γ) Συμμετέχει στις τακτικές συνεδριάσεις του ΔΣ. του Κ.Α.Π.Η. (χω-  
δικαίωμα ψήφου) για να ενημερώνει για την πορεία των προγραμμάτων  
να εισηγείται θέματα σχετικά με την λειτουργία του Κέντρου.

δ) Συνεργάζεται με την Διοίκηση του Κ.Α.Π.Η. και έχει την ευθύνη  
την Οργάνωση, εκπαίδευση και αξιοποίηση των εθελοντών καθώς και την  
μητική και μόνο παρακολούθηση της πρακτικής άσκησης των σπουδαστών  
Σχολών Κοιν. Εργασίας και άλλων σπουδαστών των παραϊατρικών επαγγελ-  
ων, που τυχόν θα εκπαιδεύονται στο Κ.Α.Π.Η.

ε) Έχει την ευθύνη της επικοινωνίας με τους τοπικούς παράγοντες  
περιοχής και το Δημοτικό Διαμέρισμα που ανήκει το Κέντρο με σκοπό  
ενημέρωση και συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.

ς) Οργανώνει σύμφωνα με το εγκεκριμένο από το ΔΣ. πρόγραμμα τις διά-  
ες εκδηλώσεις ψυχαγωγίας, μορφωτικές κλπ. του κέντρου στα πλαίσια κα-  
συνεργασίας με τους Δημότες ή Ιδιώτες εθελοντές, εφόσον υπάρχουν,  
και με τα μέλη και γενικά αντιμετωπίζει κάθε έκτακτο θέμα που  
ρά στην λειτουργία του Κέντρου.

η) Επιλέγει τις περιπτώσεις που χρειάζονται οικογενειακή βοήθεια και  
αρτίζει πρόγραμμα εργασίας για την οικογενειακή βοήθ. επ. επιμέλεια με τη  
9.6.7, ε.ε.β.

### 2.- Γιατρός

Του Ιατρείου προΐσταται ο γιατρός ο οποίος παρέχει τις Ιατρικές του  
ρεσίες, φροντίζει για την ύστερα από εξέτασή τους, παραπομπή των με-  
σε άλλες ειδικότητες, συνιστά διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων και  
έχει οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή, επισκεπτόμενος σ' έκτακτες περιπτώ-  
ς και στο σπίτι το μέλος που έχει ανάγκη. Προτεραιότητα θα δίνεται σε  
οφάλιστα άτομα και συνταξιούχους του ΟΓΑ.

### 3.- Επισηκέπτρια Υγείας

Στο Ιατρείο του Κέντρου εργάζεται Επισηκέπτρια Αδελφή κατά προτίμηση  
οηλεύτρια της οποίας το έργο είναι:

α) Να βοηθά τον γιατρό κατά τις μέρες και τις ώρες που λειτουργεί το  
ορείο.

β) Μαζί με τον γιατρό έχει την ευθύνη για την φύλαξη και διαχείριση  
φαρμακευτικού υλικού του Κέντρου.

γ) Επισηκέπτεται κατόπιν συνεργασίας της με το γιατρό ή και με δική  
πρωτοβουλία τα μέλη στο σπίτι τους και παρέχει νοσηλευτικές φροντίδες  
οδηγίες.

δ) επιμέλεια ασθενών επ. επιμέλεια με τη κ.π.

ε) αρωτική βοήθεια



δ) Επισημαίνει τις περιπτώσεις των μελών που χρειάζονται οδηγίες και πληροφορίες σε θέματα ατομικής και δημόσιας υγείας. Γενικά επιλαμβάνει με κάθε θέμα υγείας που αφορά τα μέλη.

#### 4.- Φυσιοθεραπευτής

α) Στο φυσιοθεραπευτήριο προΐσταται ο φυσιοθεραπευτής ο οποίος ύστερα από εντολή του ιατρού εφαρμόζει φυσιοθεραπευτική αγωγή στα μέλη του κέντρου που έχουν ανάγκη από αυτήν.

β) Φυσιοθεραπευτική αγωγή μπορεί να εκτελεστεί στο σπίτι των μελών με ιδιαίτερα ΟΓΑ και ανασφάλιστων, εφόσον το επιτρέπει ο χρόνος του φυσιοθεραπευτή και σε πολύ έκτακτες και ειδικές ανάγκες τους.

γ) Ορίζεται ο αριθμός των εξυπηρετούμενων μελών από την φυσιοθεραπευτική ημερήσια, με ανώτατο αριθμό 12 ατόμων.

δ) Ο αριθμός των ασθενών είναι συμπληρωμένος (12 άτομα) τότε δημιουργείται μια λίστα αναμονής απ' τον φυσιοθεραπευτή. Στη λίστα αυτή θα προηγουμένως κατά σειρά: α) οι ανασφάλιστοι, β) οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ, γ) του κέντρου και δ) των λοιπών ταμείων. Βέβαια η βαρύτητα του περιστατικού θα είναι ο κριτής για να προηγηθεί ο ασθενής.

ε) Διασφαλίζεται ο χώρος του φυσιοθεραπευτηρίου από αυθαίρετες παρεμβάσεις τρίτων και απαγορεύεται η είσοδος σε οποιονδήποτε στο φυσιοθεραπευτήριο την ώρα που ο φυσιοθεραπευτής ασκεί το έργο του και όταν δεν παρευρίσκονται.

στ) Ο φυσιοθεραπευτής ενημερώνεται για οποιαδήποτε εκδήλωση του Κ.Α.Π.Η. που έχει ενεργά σε ότι αφορά την αρμοδιότητά του π.χ. διαλέξεις για θέματα πρόληψης, πρόληψης, διάφορα θεραπευτικά προγράμματα κλπ. Ενώ για τις υπόλοιπες εκδηλώσεις μετέχει εφόσον κρίνει ότι ο χρόνος του το επιτρέπει και δεν κατατάσσεται το πρόγραμμα του φυσιοθεραπευτηρίου.

ζ) Το φυσιοθεραπευτήριο του Κ.Α.Π.Η. μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν χώρο πρακτικής άσκησης και όχι κλινικής άσκησης των σπουδαστών της σχολής Φυσιοθεραπείας.

#### 5.- Εργοθεραπευτής

α) Στο εργοθεραπευτήριο προΐσταται ο Εργοθεραπευτής, ο οποίος έχει ως σκοπό του την αξιοποίηση και τη δραστηριοποίηση του μέλους για δημιουργία απασχόλησης και παραγωγικό έργο, τη βελτίωση και διατήρηση της φυσικής

κατάστασης (σωματικής - αισθητικής - πνευματικής) και την αξιοποίηση του δυναμικού του. Βοηθά το μέλος στην άσκηση για αυτοεξυπηρέτηση, στην ανάπτυξη ειδικών ενδιαφερόντων και επιπλέον, εφαρμόζει κατ'ελάχιστον προγράμματα και επιμορφωτικά που απευθύνονται στο σύνολο των μελών.

β) Ο εργοθεραπευτής αναλαμβάνει τη θεραπευτική αντιμετώπιση ειδικών παθήσεων των μελών μετά από σύσταση και παραπομπή του Ιατρού.

γ) Ο εργοθεραπευτής μπορεί να παρέχει υπηρεσίες αναλόγως με την ειδικότητά του στο σπίτι του μέλους όταν υπάρχει, ειδική, γι' αυτό ανάγκη, η οποία θα προκύπτει από αξιολόγηση που θα κάνει ο ίδιος και μετά από συνεννόηση με τον Κοιν. Λειτουργό.

δ) Ευθύνεται για την κάλυψη των λειτουργικών αναγκών του τμήματος και για την επίτευξη της εύρυθμης λειτουργίας του γενικότερα, αλλά και για την διευθέτηση χώρων κίνησης, των ηλικιωμένων γενικά. Διασφαλίζεται ο χώρος του εργοθεραπευτή από αυθαίρετες παρεμβάσεις τρίτων, καθώς και η είσοδος τους σ' αυτό την ώρα εργασίας ή απουσίας του εργοθεραπευτή.

#### 6.- Οικογενειακή Βοηθός

Η οικογενειακή βοηθός διαφέρει από την οικιακή βοηθό γιατί είναι η αγγελματίας, που έρχεται σε άμεση επικοινωνία με μέλη του ΚΑΠΗ που είναι μόνοι τους και έχουν ιδιαίτερες ανάγκες βοήθειας.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από την οικογενειακή βοηθό συνίστανται σε: ψώνια, πληρωμή λογαριασμών, αγορά φαρμάκων, συνοδία σε υπηρεσίες νοσοκομείων.

Το πρόγραμμα της οικογ. βοηθού εφαρμόζεται σε συνεργασία με την Κοιν. Λειτουργό. (Υ. 688.

Άρθρο 4

α) Μια φορά την εβδομάδα όλο το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η με την φροντίδα του Κοιν. Λειτουργού έχει μια ώρα κοινής συζήτησης για θέματα που αφορούν το Κέντρο.

β) Όλο το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η μπορεί να έχει τακτικές συζητήσεις μια φορά την εβδομάδα με τον εκπρόσωπο των μελών όταν χρειάζεται να αντιμετωπισθούν θέματα από κοινού.

Την ευθύνη για την οργάνωση αυτών των συναντήσεων και στις δύο περιπτώσεις την έχει η Κοινωνική Λειτουργός.

Άρθρο 5

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η.

Το Κ.Α.Π.Η. λειτουργεί καθημερινά εκτός των επισήμων Αργιών. Το Κ.Α.Π.Η. λειτουργεί το Σάββατο και την Κυριακή με την ευθύνη του εκπροσώπου των μελών.

Οι ώρες λειτουργίας καθορίζονται για μεν το θερινό ωράριο από 7 π.μ. μέχρι 9μ.μ. για δε το χειμερινό ωράριο από 7.30 π.μ. μέχρι 8.30 μ.μ. Ειδικά για τα μέλη του το Κ.Α.Π.Η. ανοίγει ανεξάρτητα από εποχή στις 9 το πρωί.

## Άρθρο 6

### ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΜΕΛΩΝ

Στο Κ.Α.Π.Η. εγγράφονται άτομα ηλικίας 60 χρόνων και πάνω, τοιοκοί της περιοχής που λειτουργεί το Κέντρο, γυναίκες και άνδρες, χωρίς διάκριση οικονομικών, κοινωνικών και σωματικών δυνατοτήτων. Η εγγραφή τους θα γίνεται ύστερα από την ενημέρωσή τους σχετικά με τον Κανονισμό Εσωτερικής Λειτουργίας του Κ.Α.Π.Η.

Τα μη μέλη (σύζυγοι) επιβαρύνονται να καλύψουν το κόστος για την συμμετοχή τους στις εκδηλώσεις του Κέντρου.

Όλα τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις.

Έίναι ισοτίμα και δικαιούνται όλων των υπηρεσιών που προσφέρει

το Κ.Α.Π.Η. Στις εκδηλώσεις του Κέντρου γίνονται δεκτά μόνον τα

μέλη. Σε περίπτωση που οι σύζυγοι μελών δεν έχουν τις προϋποθέ-

σεις για να εγγραφούν μέλη του Κ.Α.Π.Η. κατ'εξαίρεση συμμετέχουν

στις εκδηλώσεις του Κέντρου.

Όταν το Κ.Α.Π.Η. δεν μπορεί να συμπεριλάβει στις υπηρεσίες του

όλα τα μέλη του, το ΔΣ. θέτει κριτήρια επιλογής.

Τα μέλη δικαιούνται να εκλέγουν τον εκπρόσωπό τους, να ενημερώ-

νται μέσα από τις ανακοινώσεις του πίνακα ανακοινώσεων του Κ.Α.Π.Η.

και σε ειδικές περιπτώσεις δια μέσου του τύπου.

## Άρθρο 7

### ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΜΕΛΩΝ

Τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. καταβάλλουν ετήσια συνδρομή κατά την

πρώτη τους εγγραφή και κατά την ανανέωση της εγγραφής τους, που

παρατηρείται τους μήνες Ιανουάριο και Φεβρουάριο κάθε χρόνο. Δικαιώ-

μα παράτασης δίδεται κατόπιν απόφασης ΔΣ. Το ύψος της συνδρομής

καθορίζεται από το ΔΣ. του Κ.Α.Π.Η. Επίσης, τα μέλη τηρούν τους

κανονισμούς και τις αποφάσεις του ΔΣ. του Κ.Α.Π.Η. και αποφεύγουν

να δημιουργούν γεγονότα ή καταστάσεις που δυσκολεύουν την ομαλή

λειτουργία του Κέντρου. Εάν κάποιος μέλος παρά τις συστάσεις δημιουρ-

γεί επανειλημμένως προβλήματα έχει το δικαίωμα τότε το ΔΣ. να απο-

ρρασίσει για τη διαγραφή του από το Κ.Α.Π.Η.

## Άρθρο 8

### ΕΚΛΟΓΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ

Ο Εκπρόσωπος των μελών στο ΔΣ. του Κ.Α.Π.Η. εκλέγεται με μυστι-

κή ψηφοφορία και με σύστημα της απλής πλειοψηφίας από τα εγγεγραμ-

μένα μέλη που ψήφισαν.

Μαζί με τον εκπρόσωπο εκλέγεται και ένας αναπληρωτής του.

ητεια του εκπροσωπου ακολουθει την ητεια του ΔΣ. του Κ.Α.Π.Η.  
εκλογη εκπροσωπου των μελων δεν ακολουθει τις διαδικασίες και  
ονισμούς που εφαρμόζονται στους συλλόγους ή σωματεία λόγω της  
αιτερότητας του Κέντρου (Ν.Π.Δ.Δ.)

την εκλογη του εκπροσωπου το ΔΣ. του Κ.Α.Π.Η. ή ο υπεύθυνος  
κωνικός λειτουργός συγκαλεί Γενική Συνέλευση των μελών με ανακοι-  
εις στον τοπικό ημερήσιο τύπο και με ανακοινώσεις στον χώρο του  
Π.Η.

Η Γενική Συνέλευση εκλέγει πενταμελή εφορευτική επιτροπή της  
ίας το έργο είναι:

Ορίζει ημέρα και ώρες εκλογών, συγκεντρώνει τα ονόματα των υ-  
ηφίων, τυπώνει το ψηφοδέλτιο, διενεργεί αντικειμενικά τις εκλογές,  
ει καταμέτρηση των ψήφων, ανακοινώνει τα αποτελέσματα, συντάσσει  
υπογράφει τα πρακτικά και κατόπιν διαλύεται.

Οι αποφάσεις των Γενικών Συνελεύσεων των μελών που αφορούν γε-  
ότερα θέματα λειτουργίας του Κ.Α.Π.Η., ισχύουν μόνο μετά από έγκρι-  
τους από το ΔΣ.

#### Άρθρο 9

##### ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

Εκπροσωπεί τα μέλη του Κ.Α.Π.Η.

Συγκαλεί Γενικές Συνελεύσεις των μελών προκειμένου να ενημερώ-  
σει, ή να ζητήσει απόψεις και προτάσεις τους για θέματα που α-  
φορούν το Κέντρο.

Συνεργάζεται με την Κοινωνική Λειτουργό για θέματα του Κ.Α.Π.Η.  
που άπτονται των αρμοδιοτήτων της.

Εισηγείται θέματα στο ΔΣ. του Κ.Α.Π.Η. που δεν μπορούν να επιλυ-  
θούν σε συνεργασία με το προσωπικό του Κέντρου (γιατί είναι έξω  
από τις αρμοδιότητές τους).

Διαχειρίζεται τα χρήματα του Κυλικείου και σε συνεργασία με την  
Επιτροπή Κυλικείου αποφασίζει για την χρησιμοποίηση των χρημά-  
των για σκοπούς ανεξάρτητους του Κυλικείου μετά από πρόταση των  
μελών και με σύμφωνη γνώμη του ΔΣ.

Ο εκπρόσωπος των μελών μπορεί να έχει τακτικές συζητήσεις με ό-  
λο το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η., όταν χρειάζεται να αντιμετωπίσει  
θέματα από κοινού.

#### Άρθρο 10

##### ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ Η ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στο Κ.Α.Π.Η. λειτουργούν επιτροπές ή ομάδες αυτενέργειας που  
ορίζονται από το ΔΣ. κατόπιν συνεργασίας με τον Κοινωνικό Λειτουργό  
και έχουν σαν σκοπό την ουσιαστική ενεργοποίηση των μελών του.

Το είδος των επιτροπών που λειτουργούν εξαρτάται από τις ιδιαίτερες ανάγκες και επιδεξιότητες των μελών.

Οι Επιτροπές λειτουργούν με ευθύνη του προσωπικού του Κ.Α.Π.Η. και ανάλογα με το αντικείμενο της ομάδας και ο αριθμός των μελών κυμαίνεται από 5-10 άτομα. Ο αριθμός μπορεί να αυξομειωθεί ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε Επιτροπής.

Κάθε Επιτροπή συνεδριάζει σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τα μέλη των Επιτροπών ή Ομάδων τηρούν τους κανονισμούς που διαμορφώνει η Ομάδα για να διευκολύνει το έργο της.

Άτομα που εμποδίζουν με την συμπεριφορά τους το έργο της Επιτροπής, διαγράφονται μετά από απόφαση της ομάδας.

Ο υπεύθυνος κάθε επιτροπής εκλέγεται από τα μέλη της επιτροπής. Οι υπεύθυνοι όλων των επιτροπών συνέρχονται κάθε μήνα σε κοινή συνεδρίαση με το αρμόδιο προσωπικό για τον προγραμματισμό των δραστηριοτήτων τους.

### Άρθρο 11

#### ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΥΛΙΚΕΙΟΥ

Στο Κ.Α.Π.Η. λειτουργεί κυλικείο για την εξυπηρέτηση των μελών. Ο σκοπός του γίνεται στην εξυπηρέτηση των μελών περισσότερο και είναι μη κερδοσκοπικός.

Το κυλικείο προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά και είδη που δεν βλάπτουν την υγεία των μελών.

Το κέρδος σε κάθε είδος δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 7 δραχ.

Τα κέρδη από την κατανάλωση του κυλικείου ανήκουν σ'όλα τα μέλη τα εγγεγραμμένα στο Κ.Α.Π.Η. και διατίθενται για διάφορους σκοπούς που αποφασίζονται από την Επιτροπή Κυλικείου σε συνεργασία με την Κοινωνική Λειτουργό και εκπρόσωπο των μελών.

Οι ώρες λειτουργίας του κυλικείου είναι 9-1 το πρωί και 4-8 το απόγευμα.

Την λειτουργία του κυλικείου αναλαμβάνει η επιτροπή κυλικείου με ευθύνη του Κοινωνικού Λειτουργού και είναι εξαμελής.

Καθημερινά παραδίδει τις εισπράξεις στον εκπρόσωπο των μελών, ο οποίος τηρεί βιβλία εσόδων και εξόδων.

Όλα τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. που έχουν τις σωματικές και νοητικές προϋποθέσεις μπορούν να συμμετέχουν κατά διαστήματα στην επιτροπή λειτουργίας του κυλικείου. Όσον αφορά την σύνθεση της Επιτροπής ισχύει ότι και στο άρθρο 10 του παρόντος κανονισμού.

Το κυλικείο παραμένει κλειστό όταν δεν υπάρχουν εθελοντές για προσωρά εργασίας.

Άρθρο 12

ΕΝΤΕΥΚΤΗΡΙΟ

Το εντευκτήριο ή σαλόνι εί ναι χώρος πολλαπλών χρήσεων.

Τα επιτραπέζια παιχνίδια επιτρέπονται μόνο τις μέρες και ώρες που δεν γίνεται κάποια εκδήλωση μέσα στο Κ.Α.Π.Η. και τις ώρες που ορίζει το ΔΣ.

Τα παιχνίδια με χρήματα δεν επιτρέπονται.

Το τάβλι μόνον πρωινές ώρες.

Τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. πρέπει να φροντίζουν να μην γίνονται απώλειες αντικειμένων μέσα από τον χώρο του Κ.Α.Π.Η.

Ο χώρος εντευκτηρίου είναι κοινός για γυναίκες και άνδρες.

Άρθρο 13

Το ΔΣ. του Κ.Α.Π.Η. μπορεί να τροποποιήσει με απόφασή του διατάξεις του παρόντος κανονισμού εσωτερικής λειτουργίας.

Επίσης, για κάθε θέμα που δεν ρυθμίζεται από τον κανονισμό αρμόδιο να αποφασίσει είναι το ΔΣ. του Κ.Α.Π.Η.

σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονο-

#### ΕΛΙΓΑΛΑ

σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονο-

κή δόκιμη των σπουδαστών Τ.Ε.Ι. πραγμα-  
τι εξόμνη κάθε ακαδημαϊκού έτους, αρχίζο-  
ντι 197.

ημώσεις και ασφαλιστικές εισφορές των  
σπουδαστών Τ.Ε.Ι βαρύνουν τον προϋπολογι-  
σμό.

Διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
έξοδος του προϋπολογισμού του Δήμου Κερκυ-  
ραίων ύψους 756.000 δρχ. (2 θέσεις X 63.000 X 6 μήνες)  
εξόμνη για το τρέχον και για καθένα από τα  
επόμενα έτη.

Η ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
λογαριασμό του Δήμου Κερκυραίων, ύψους 744.000  
δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 012.98.

Διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
έξοδος του προϋπολογισμού του Δήμου Ιλίου  
ύψους 200 δρχ. (2 θέσεις X 63.000 X 6 μήνες) περι-  
ορισμένη για το τρέχον και για καθένα από τα επόμε-  
να έτη.

Η ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
λογαριασμό του Δήμου Ιλίου ύψους 5.000.000 δρχ. με  
Κ.Α. 05/112.2.

Διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
έξοδος του προϋπολογισμού του Δήμου Αθη-  
νών ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες)  
εξόμνη για το τρέχον και για καθένα από τα  
επόμενα οικονομικά έτη.

Η ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
λογαριασμό του Δήμου Αθηναίων ύψους 372.000 δρχ.  
με τα στοιχεία Κ.Α. 0359/φ.10.

Διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
έξοδος του προϋπολογισμού του Δήμου Ροδίων  
ύψους 600 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες) περι-  
ορισμένη για το τρέχον και για καθένα από τα επόμενα  
οικονομικά έτη.

Η ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
λογαριασμό του Δήμου Ροδίων ύψους 420.000 δρχ.  
με τα στοιχεία Κ.Α. 021.9.

Διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
έξοδος του προϋπολογισμού του Δήμου Φιλίπ-  
πων ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες)  
εξόμνη για το τρέχον και για καθένα από τα  
επόμενα οικονομικά έτη.

Η ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
λογαριασμό του Δήμου Φιλίππων ύψους 372.000  
δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 05/112.4.

Διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
έξοδος του προϋπολογισμού της Νομαρχιακής  
Αυτοδιοίκησης Ιωνίων ύψους 1.134.000 δρχ. (3 θέσεις X  
63.000 X 6 μήνες) περι-ορισμένη από εξόμνη για το τρέχον και  
για καθένα από τα επόμενα οικονομικά έτη.

Η ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
λογαριασμό της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Ιωνίων  
ύψους 9.000 δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 0265, 0251.

Διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
έξοδος του προϋπολογισμού της Κοινότητας  
Αρδίων ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μή-

νες) περίπου ανά εξόμνη για το τρέχον και για καθένα  
από τα επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
προϋπολογισμό της Κοινότητας Ζαγοράς ύψους 372.000  
δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 113.9.

11. Από τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Νάου-  
σας ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες) πε-  
ρίπου ανά εξόμνη για το τρέχον και για καθένα από τα  
επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
προϋπολογισμό του Δήμου Νάουσας ύψους 372.000 δρχ.  
με τα στοιχεία Κ.Α. 05/112.10.

12. Από τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Πολι-  
χνής Θεσ/νίκης ύψους 1.134.000 δρχ. (3 θέσεις X  
63.000 X 6 μήνες) περίπου ανά εξόμνη για το τρέχον και  
για καθένα από τα επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
προϋπολογισμό του Δήμου Πολίχνης Θεσ/νίκης ύψους  
3.500.000 δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 027.4.

13. Από τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Μελι-  
γαλά ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες)  
περίπου ανά εξόμνη για το τρέχον και για καθένα από τα  
επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
προϋπολογισμό του Δήμου Μελιγαλά ύψους 372.000 δρχ.  
με τα στοιχεία Κ.Α.Ε. 0/02/021/9γ.

14. Από τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται  
δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Καλα-  
μαριάς ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες)  
περίπου ανά εξόμνη για το τρέχον και για καθένα από τα  
επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον  
προϋπολογισμό του Δήμου Καλαμαριάς ύψους 378.000  
δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 05/112.1 και 032.1.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της  
Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 6 Οκτωβρίου 1997

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Α. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΕΘΝΙΚΟΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ

ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΙΩΑΝΝ. ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ

Αριθ. Π4/5814

(2)

Πρόγραμμα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. Δ/τος 162/73 «περί μέτρων Προ-  
στασίας υπερηλικών και χρονίως πασχόντων».

2. Τις διατάξεις του Π. Δ/τος 138/92 περί του «Οργα-  
νισμού του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών



...των, όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε  
γενεστερά.

Το άρθρο 22 και 3 του Ν. 2362/95 περί «Δημοσίου  
ποτικού κ.λπ.».

Το άρθρο 5 του Ν. 2082/92 περί «Αναδιοργάνωσης  
Κοινωνικής Πρόνοιας και καθιέρωσης νέων θεσμών  
κοινωνικής Προστασίας» (ΦΕΚ 158/92).

5. Τον Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38/97) «Περιορισμός και βελ-  
ση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών  
άλλες διατάξεις».

5. την αριθ. ΔΥ3ς/α.κ. 878/8.10.96 (ΦΕΚ 924/8)  
κή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού  
είας & Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυ-  
πουργούς Υγείας και Πρόνοιας Μανώλη Σκουλάκη και Θε-  
ωρο Κοτσώνη».

7. Το άρθρο 136 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α/  
7.92) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος  
είας».

8. Το γεγονός ότι από την απόφαση αυτή προκαλείται  
ιπέννη: α) για την α' φάση του προγράμματος, ύψους  
εκατοσίων τριάντα ενός εκατομμυρίων (331.000.000)  
ρχ., για το έτος 1997, και (562.000.000) δρχ., για κάθε  
ια έτος από 1998 - 2001, σε βάρος του λογαριασμού  
του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και  
ποκέντρωσης (κοινή απόφ. των Υπουργών Εσωτερικών,  
ημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών  
ριθ. πρωτ. 5252/6.2.1997) που τηρείται στο Ταμείο Πα-  
ρακαταθηκών και Δανείων με το τίτλο «Κεντρικοί Αυτοτε-  
εις Πόροι Δήμων και Κοινοτήτων», και β) για την β' φάση  
ου προγράμματος, ύψους τριακοσίων τριάντα ενός εκα-  
ομμυρίων (331.000.000) δρχ., για το έτος 1997, που θα  
πιβαρύνει την πίστωση του ΚΑΕ 2569 του Φ.15/220 του  
ροήπ/εμού του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας (σχετική  
1 αριθ. 2066746/2.10.97 απόφαση του Γ.Α.Κ.) και  
562.000.000) δρχ., για κάθε ένα έτος από 1998-2001,  
σε βάρος του Φ.15/220 ΚΑΕ 2569 Υπουργείου Υγείας &  
Πρόνοιας, για την κάλυψη των αναγκών του προγράμμα-  
ος.

9. Την αριθ. 1107147/1239/00064/4.10.96 κοινή  
πόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονο-  
ομικών «περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων του Υπουργού Οικ-  
ονομικών στους Υφυπουργούς Οικονομικών».

10. Την αριθ. ΔΙΔΚ/Φ44.1/211588/10.10.1996 κοινή  
πόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερι-  
ών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Περί αναθέ-  
σεως αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Λάμπρο Παπα-  
ήμα».

11. Την αριθ. Π45/οικ. 4514/12.8.96, κοινή απόφαση  
του Υπουργού Οικονομικών και του Υφυπουργού Υγείας  
και Πρόνοιας για την «Εφαρμογή Πιλοτικού Προγράμματος  
ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΠ στο Δήμο Περιστερίου».

12. Το έγγραφο με αριθ. πρωτ. 1818/26.8.97 της  
ΚΕΔΚΕ, αποφασίζουμε:

**Άρθρο 1**

1. Την εφαρμογή προγράμματος "Βοήθεια στο σπίτι" για  
ηλικιωμένους σε 102 ΚΑΠΗ, ανά ένα ΚΑΠΗ σε κάθε  
Δήμο, σε δύο φάσεις και συγκεκριμένα:

α. Σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημό-  
σιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, στην α' φάση οι 51 πα-  
ρακάτω Δήμοι:

1. Αγ. Ανάργυροι Αττικής.

2. Αρταίοι (Β' ΚΑΠΗ) Αττικής.
3. Καισαριανή (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
4. Μεσσήνη Αττικής.
5. Καλλιθέα (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
6. Ηλιούπολη (1ο ΚΑΠΗ) Αττικής.
7. Χαϊδάρη (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
8. Καμωτερό Αττικής.
9. Αγ. Δημήτριος (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
10. Μελάριο Αττικής.
11. Ν. Φιλοθέεια (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
12. Ζωγράφου (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
13. Άλιμος (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
14. Αχαρνές (1ο ΚΑΠΗ) Αττικής.
15. Ηρόλιον (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
16. Αμαρουσίου (Κεντρικό ΚΑΠΗ) Αττικής.
17. Αθηναίων Λέσχη Φιλίας (Γκύζη) Αττικής.
18. Χαλάνδρι Αττικής.
19. Άνω Λιόσια Αττικής.
20. Χανιά (Β' ΚΑΠΗ) Χανίων.
21. Αρχάνες Ηρακλείου Ηρακλείου.
22. Σητεία Λασιθίου.
23. Νεάπολη Λασιθίου.
24. Ρόδος (1ο ΚΑΠΗ) Δωδεκανήσου.
25. Χίος Χίου.
26. Αργαστάρι Κεφαλληνίας.
27. Τρίπολη Αρκαδίας.
28. Πάτρα Αχαΐας.
29. Πύργος Ηλείας.
30. Αγρίο Αιτωλοακαρνανίας.
31. Πρέβεζα Πρεβέζης.
32. Βόλος (Β' Παρόρημα ΚΑΠΗ) Μαγνησίας.
33. Κορδίσια Κορδισίας.
34. Ν. κωνία Μαγνησίας.
35. Ελευθερούπολη Κοβάλας.
36. Δρόμο Δρόμο.
37. Διδυμόταχο Έβρου.
38. Γιαννιτιά Πέλλας.
39. Σέρρες Σερρών.
40. Βέροια Ημαθίας.
41. Τριαντέρια Θεσσαλονίκης.
42. Νέα Μουδανιά Χαλκιδικής.
43. Συκιάς Θεσσαλονίκης.
44. Κολομαρά (Α' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης.
45. Λαγκαδός Θεσσαλονίκης.
46. Σκύδρα Πέλλας.
47. Σταυρούπολη Θεσσαλονίκης.
48. Αζιοπούλη Κιλκίς.
49. Κοζάνη Κοζάνης.
50. Λαμία Θωάκας.
51. Αθηναίων Λέσχη Φιλίας (Σεπολίων) Αττικής.

**στην β' φάση οι 51 παρακάτω Δήμοι:**

1. Αρτέμιδος Αττικής.
2. Αγ. Βασίλειο (1ο ΚΑΠΗ) Αττικής.
3. Λαύριο Αττικής.
4. Αγ. Ιωάννης Ρέντη Αττικής.
5. Δραπετσώνα (Β' ΚΑΠΗ) Αττικής.
6. Παύλη Αττικής.
7. Χολογός Αττικής.
8. Πειραιάς (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
9. Ν. κωνία (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
10. Αγάλα (1ο ΚΑΠΗ) Αττικής.

κής.  
 Αττικής.  
 Αιτικής.  
 (Β' ΚΑΠΗ) Αττικής.  
 (Β' ΚΑΠΗ) Αττικής.  
 (ΑΠΗ) Αιτικής.  
 Αττικής.  
 ΚΑΠΗ) Αττικής.  
 κής.  
 Λαοσίου.  
 ΚΑΠΗ) Ηρακλείου.  
 Κυκλάδων.  
 Μδεκανήσου.  
 σβου.  
 υ.  
 ρκυρος.  
 λίδας.  
 Ιεσηνίας.  
 Αιτωλοακαρνανίας.  
 Αιτωλοακαρνανίας.  
 λείας.  
 ΚΑΠΗ) Ιωαννίνων.  
 Θεσπρωτίας.  
 ΚΑΠΗ) Τραπεζών.  
 βόλας.  
 οδόπη.  
 Α' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης. *Μινιμίνης*  
 Πέλλας, Γκιτιτίων  
 λλας.  
 οι (Α' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης.  
 σαλονίκης.  
 σαλονίκης.  
 ιερίας.  
 σαλονίκης.  
 η (5ο ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης.  
 - Κορδελιό Θεσσαλονίκης.  
 σαλονίκης.  
 εβενών.  
 αωτίος.  
 Ευρυτανίας.  
 θιώπδος.  
 του προγράμματος θα ξεκινήσει μετά  
 θα συναρθεί μεταξύ του Υπουργείου  
 ς, του Υπουργείου Εσωτερικών Δημό-  
 Αποκέντρωσης, της ΚΕΔΚΕ, του Δη-  
 ρου ΚΑΠΗ και τις Δημοτικές Επιταρ-  
 ερομένων Δήμων σύμφωνα με το συν-  
 ρξης του προγράμματος ορίζεται η ημε-  
 ς της παρούσης απόφασης και η διάρ-  
 ) τη.  
 Άρθρο 2  
 οποι του προγράμματος.  
 ς του προγράμματος, είναι η κάλυψη  
 κών κοινωνικής φροντίδας για την αξιο-  
 η διαβίωση των ηλικιωμένων, με προτε-  
 ς που:  
 τηρούνται πλήρως.  
 διατετα φροντίδα.  
 στικά +  
 παρκές πόρους ώστε να βελτιωθεί η

ιαότητα ζωής τους αφενός και αφετέρου να διατηρηθούν  
 οι ίδιοι και οι οικογένειές τους στον κοινωνικό ιστό, παρα-  
 μένοντας στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.  
 2. Επιδίωξη του προγράμματος είναι:  
 α. Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των  
 αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων στο  
 σπίτι.  
 β. Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας  
 στους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, από ειδικούς  
 επιστήμονες, καταρτισμένα στελέχη και εθελοντές για να  
 καλύψουν τις άμεσες ανάγκες αξιοπρεπούς επιβίωσης.  
 γ. Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του  
 Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φο-  
 ρέων για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων δημο-  
 τών.  
 δ. Η συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτο-  
 βουλιών, η ανάπτυξη της Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η  
 διορκής ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης  
 κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυ-  
 νατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη  
 των γενεών.  
 ε. Η σύνδεση των ηλικιωμένων, εξυπηρετούμενων του  
 προγράμματος, με το ΚΑΠΗ και η ταυτόχρονη αξιοποίηση  
 και δραστηριοποίηση των μελών του ΚΑΠΗ προς τους  
 εξυπηρετούμενους στο σπίτι.  
 στ. Η οργάνωση και η συστηματική παροχή υπηρεσιών  
 Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής Φροντίδας, Φυσικο-  
 Θεραπείας, Εργοθεραπείας και Οικογενειακής Βοήθειας  
 για τη κάλυψη βασικών αναγκών των ηλικιωμένων.  
 ζ. Η διαρκής μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των  
 ηλικιωμένων, ώστε να υποβάλλονται σχετικές εισηγήσεις  
 προς τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να λαμβάνονται  
 μέτρα προς κάλυψη αυτών των αναγκών.  
 η. Η διαρκής επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων  
 εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος  
 για την επανατροφοδότηση του σχεδίου και των μεθό-  
 δων που εφαρμόζονται.

Άρθρο 3

Παρεχόμενες υπηρεσίες.

1. Η διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους προαναφερόμενους Δήμους του άρθρου 1 και η κοινωνική χαρακτηριστική τους.
2. Η εκπαίδευση εθελοντών και διοργάνωση δράσεων Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
3. Η Κοινωνική Εργασία με άτομα, ομάδες και οικογένειες.
  - 3.1. Η ενημέρωση για τα προνομικά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.
  - 3.2. Η διασυνδετική με υπηρεσίες, Υγείας - Πρόνοιας και άλλες που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων (Ασφαλ. Οργανισμοί κλπ.).
4. Η ιατρική παρακολούθηση, Νοσηλευτική φροντίδα και Φυσικοθεραπεία στο σπίτι ή όπου αλλού παρέχεται.
5. Οι υπηρεσίες οικογενειακής βοηθητικής φροντίδας (ατομική και οικιακή καθορότητα, κάλυψη καθημερινών αναγκών διαβίωσης, κ.ά.).
6. Η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, βρη-σκευτικές, ευχαγωγικές, και κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων.
7. Η συστηματικοποίηση του δικτύου υπηρεσιών του

