

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η. -
Μελέτη στα Κ.Α.Π.Η. Πάτρας και Μεγάρων»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Βετούλα Σταυρούλα

Ρενιέρη Ιωάννα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Κ. Παπαδημητρίου Θάνος

Επίκουρος Καθηγητής

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

ΠΑΤΡΑ 2004

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε θερμά τον υπεύθυνο καθηγητή της μελέτης κ. Παπαδημητρίου Θάνο, για τον χρόνο που μας διέθεσε καθώς και για τις κατευθύνσεις που μας έδωσε.

Ευχαριστούμε την κ. Γκοτσοπούλου Νικολίτσα, διευθύντρια και κοινωνική λειτουργό του ΚΑΠΗ Πάτρας, και τον κ. Σούντη Σπύρο, κοινωνικό λειτουργό του ΚΑΠΗ Μεγάρων και προϊστάμενο της κοινωνικής υπηρεσίας του Δήμου Μεγάρων, για την συμβουλή τους στην ολοκλήρωση της μελέτης μας. Ευχαριστούμε, επίσης τον κ. Σαμούρη, οικονομολόγο, για την βοήθεια που μας έδωσε όσον αφορά την έρευνα και την ανάλυση των στοιχείων της.

Τέλος, πρέπει να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την ηθική και υλική συμπαράσταση.

Περίληψη Μελέτης

Σκοπός της εργασίας μας είναι να εντοπίσουμε τα προγράμματα που έχει υιοθετήσει ο θεσμός του ΚΑΠΗ για τα μέλη του , και να προτείνουμε νέα προγράμματα που μπορούν να αντεπεξέρθουν στις προσδοκίες των μελών του.

Η πτυχιακή εργασία μας χωρίζεται σε βιβλιογραφικό και ερευνητικό μέρος.

Στο βιβλιογραφικό μέρος γίνεται αρχικά μια εκτενής αναφορά στους ηλικιωμένους και στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Ειδικότερα, αναφέρεται η ιστορική εξέλιξη του ηλικιωμένου στην Ελληνική Παράδοση, τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας, οι βασικές ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων, καθώς και η κοινωνική πολιτική που προβλέπεται για τους ηλικιωμένους.

Ακολουθεί η δομή και η οργάνωση των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και η παρουσίαση των προγραμμάτων των ΚΑΠΗ Δήμου Πατρέων και Δήμου Μεγάρων.

Στο ερευνητικό μέρος περιλαμβάνεται η έρευνα με ερωτηματολόγιο στα ενεργά μέλη έως 70 ετών των ΚΑΠΗ Πάτρας και Μεγάρων. Συγκεκριμένα, περιέχεται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και τα συμπεράσματα και οι εισηγήσεις μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<u>Σελ.</u>
<u>Αναγνώριση</u>	ΠΙ
<u>Περίληψη Μελέτης</u>	ΙV
<u>Κεφάλαιο 1</u>	
A. Σκοπός Μελέτης	1
B. Ορισμοί όρων	2-3
<u>Κεφάλαιο 2</u>	
A. Η θέση του ηλικιωμένου στην Ελληνική παράδοση – ιστορική εξέλιξη.	4-6
B. Δημογραφική γήρανση	7-8
Γ. Η διαδικασία της γήρανσης	9-10
Δ. Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας	
I. Βιοσωματικές αλλαγές	12-13
II. Νοητικές ικανότητες	13-14
III. Προσωπικότητα	14-15
IV. Ψυχολογικές αλλαγές	16-17
E. Βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων	18
ΣΤ. Προβλήματα των ηλικιωμένων	19
I. Κοινωνικά προβλήματα	20-21
II. Ψυχολογικά προβλήματα	22
α. Μοναξιά	23
β. Κατάθλιψη	24-25
γ. Ανασφάλεια	25-26
δ. Φόβος του θανάτου	27-28
ε. Γεροντική άνοια.	29
<u>Κεφάλαιο 3</u>	
A. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων	30-31
B. Η Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική για τους ηλικιωμένους	32-33
Γ. Κοινωνική Ασφάλιση	34-36
Δ. Η θέση του ηλικιωμένου στην αγορά εργασίας	37
<u>Κεφάλαιο 4</u>	
A. Μέτρα Πρόνοιας για τους ηλικιωμένους – ιστορικά	38-39
B. Δομή και οργάνωση των ΚΑΠΗ	40-42
Γ. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο ΚΑΠΗ	43-44
Δ. Προγράμματα του ΚΑΠΗ Πάτρας	45-46
E. Προγράμματα του ΚΑΠΗ Μεγάρων.	47-48

Κεφάλαιο 5

Μεθοδολογία

α. Είδος έρευνας	49
β. Σκοπός έρευνας	49
γ. Υποθέσεις	49
δ. Πληθυσμός – Δείγμα έρευνας.	49
ε. Ερωτηματολόγιο	49-50
στ. Ανάλυση συλλεχθέντων στοιχείων	50-56

Κεφάλαιο 6

A. Αποτελέσματα έρευνας	57-58
B. Συμπεράσματα	59
Γ. Εισηγήσεις	60

Παράρτημα Α

Παράρτημα Β

Βιβλιογραφία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Α. Σκοπός Μελέτης

Το ΚΑΠΗ θεωρείται πλέον ένας πετυχημένος θεσμός στη χώρα μας. Προσφέρει δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία στους ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα να αποφεύγεται η απομόνωσή τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντά τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην ενεργό δράση.

Κατά την πρώτη περίοδο που συστάθηκε, κύριο μέλημά του προσωπικού ήταν η καταγραφή των αναγκών των ηλικιωμένων.

Με το πέρασμα του χρόνου, ο θεσμός αναπτύχθηκε. Έγιναν πολλά βήματα, ώστε να πάρει τη σημερινή μορφή του. Μερικά από αυτά είναι η πραγματοποίηση διαλέξεων και ελεύθερων συζητήσεων για θέματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους, ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, κοινωνική εργασία, φυσικοθεραπεία και άλλα. Το αποτέλεσμα ήταν να σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Σήμερα λοιπόν έχει επιτευχθεί ένα μεγάλο μέρος του σκοπού του, όχι όμως και όλο. Υπάρχουν ακόμη πολλά αποθέματα στο ενεργητικό του, τα οποία θα πρέπει να εντοπιστούν και να αξιοποιηθούν.

Ο σκοπός της έρευνάς μας λοιπόν είναι αυτός ακριβώς. Να εντοπίσουμε, να διερευνήσουμε και να προτείνουμε νέα προγράμματα που θα μπορούσε να υιοθετήσει ο θεσμός του μέλλοντος. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναφερθεί πως η ανάγκη για νέα προγράμματα είναι απόρροια της αλλαγής του δυναμικού οποίες και θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη.

Για το λόγο αυτό και η έρευνά μας εστιάστηκε σε άτομα έως 70 ετών, τα οποία θεωρούνται ως τα πιο νέα και ενεργά μέλη του ΚΑΠΗ, προκειμένου να εκφράσουν τις σκέψεις και ανησυχίες τους για το μέλλον του θεσμού.

B. Ορισμοί όρων

Γέρος

∅ Οι λέξεις «γέρος» και «γριά» προέρχονται ετυμολογικά από τη λέξη «γη». Η λέξη «γέρος» στο εξωτερικό ασυνείδητο φέρεται ως εκείνος προς τον οποίο γερνώντας αποδίδονται τιμές «γη και ύδωρ», ενώ η λέξη «γριά» δείχνει τη γυναίκα γερνώντας να οδεύει προς τη γη, δηλαδή προς τη φθορά και το θάνατο. Η φθορά εμφανίζεται ετυμολογικά και σε λέξεις άλλων γλωσσών που εκφράζουν την έννοια του «γηράσκω» (vieillir/παλιώνω), I grow old (καθίσταμαι παλιός), altern (παλιώνω). Καθρεπτίζεται, λοιπόν, το ασυνείδητο κοινωνικό σκέπτεσθαι, μέσα στη δόμηση των λέξεων που κατασκευάζει». (Παγοροπούλου, 1993)

Γήρανση

∅ Οι συνεχείς αλλοιώσεις που υφίσταται ένας οργανισμός στην πορεία του προς τα γηρατειά (Γ. Μπαμπινιώτης, Λεξικό Νέας Γλώσσας, 1998)

∅ Μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (Cauley, Dormon κ' Ganguli, 1996)

Γήρας

∅ Είναι η προχωρημένη βιολογικά ηλικία ενός οργανισμού με τις συνακόλουθες αλλοιώσεις που επιφέρει σ' αυτόν. (Μπαμπινιώτης, Λεξικό Νέας Γλώσσας, 1998)

∅ Είναι η ηλικιακή περίοδος της ανθρώπινης ζωής που χαρακτηρίζεται από υποστροφή των σωματικών και πνευματικών ικανοτήτων του ατόμου. Η έναρξη του συχνά τοποθετείται στην ηλικία των 60 ή 65 ετών. (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος, Τόμος 17, 1994, σελ. 207)

Γηρατειά

∅ Δεν υπάρχει συγκεκριμένος ορισμός για τα γηρατειά, μιας που αυτά αποτελούν μια συνεχιζόμενη και εξελισσόμενη διαδικασία, που αρχίζει σε διαφορετική στιγμή, εξελίσσεται με διαφορετικό ρυθμό και συνοδεύεται από διαφορετικές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές για τον κάθε άνθρωπο. Επομένως, κάθε επιστήμη ορίζει τα

γηρατειά από τη δική της σκοπιά. (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, Τόμος 8-9, σελ. 4838).

Ø Πολύ προχωρημένη ηλικία ή ακόμη πληρέστερη ωριμότητα (Παπανούτσος, 1980 σελ. 167)

Ø Τα γηρατειά είναι μια νοητική κατάσταση. Γίνεται, επομένως, αντιληπτή από τον καθένα με διαφορετικό τρόπο και καθορίζεται είτε από διάφορα εξωτερικά κριτήρια, όπως η χρονολογική ηλικία, είτε από την προσωπική κρίση του καθενός. (Kastenbaum, 1982 σελ. 15)

Δημογραφική Γήρανση

Ø Η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό μιας χώρας (Εκμέ-Παυλοπούλου 1991, σελ. 221)

Ηλικιωμένος

Ø Κάποιος που βρίσκεται σε προχωρημένη ηλικία (συνήθως άνω των 60 ετών). (Κριαράς, Νέο Ελληνικό Λεξικό, 1995)

Ø Ηλικιωμένοι ή υπερήλικες είναι το σύνολο των ατόμων που περιλαμβάνονται στη λεγόμενη «Τρίτη ηλικία» που διανύουν, δηλαδή τα τελευταία στάδια της ανθρώπινης ζωής. Μολονότι δεν υπάρχει βιολογικός, δημογραφικός ή κοινωνικός καθορισμός της τρίτης ηλικίας, για στατιστικούς λόγους, έχει γίνει δεκτό ότι στους ηλικιωμένους ανήκουν άτομα που έχουν υπερβεί το 65^ο έτος της ηλικίας τους. Για τις περισσότερες Δυτικές χώρες η ηλικία των 60-65 ετών συνδυάζεται με τη συνταξιοδότηση και τα προγράμματα προστασίας των ηλικιωμένων. (Πάπυρος Παρούς Μπριτάννικα, 1984, τόμος 26)

Υπερήλικες

Ø Είναι η ομάδα εκείνη των ατόμων που συμπλήρωσαν το 65^ο έτος της ηλικίας τους, το νόμιμο όριο συνταξιοδότησης και κατά κανόνα υποχρεωτικής διακοπής της εργασίας λόγω ορίου ηλικίας (Τεπέρογλου, 1986, σελ. 7)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Α. Η θέση του ηλικιωμένου στην Ελληνική παράδοση – Ιστορική Εξέλιξη

Τα «γηρατεία» είναι το μέστωμα της ζωής, αποθησαυρισμένη πείρα, καταλάγιασμα και ειρήνευση της ψυχής, αναφέρει ο Παπανούτσος (1980). Όλοι οι λαοί του κόσμου, τους γέροντες τους τίμησαν και σ' αυτούς εμπιστεύτηκαν τη διακυβέρνησή τους. Η «γερουσία» αποτελεί το κύριο νομοθετικό και συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι οι «πρέσβεις» έχουν δανειστεί τον τίτλο τους από τους «πρεσβύτες».

Οι γερωντότεροι στέλνονται ως αντιπρόσωποι για να διαπραγματευθούν δύσκολα ζητήματα με συμμάχους και εχθρούς. Ανέκαθεν, η ηθική αξία των ανθρώπων προσδιορίζεται κατά τέτοιο τρόπο σε συνάρτηση με την ηλικία τους. Αυτό συμβαίνει γιατί με τη μακρά ζωή ο άνθρωπος αποθησαυρίζει πολύτιμη πείρα που τον βοηθά να βλέπει τα πράγματα οξύτερα και ψυχραιμότερα. Για αυτό και στις δύσκολες περιστάσεις, τα άτομα, οι οικογένειες και οι κοινότητες καταφεύγουν στους μεγαλύτερους για συμβουλή και καθοδήγηση. Στην πολύ προχωρημένη ηλικία ο άνθρωπος δεν έχει αποκτήσει μόνο πλούσια πείρα, αλλά μπορεί και να την εκτιμήσει. (Παπανούτσος, 1980 σελ. 173-174).

Στα πλαίσια της παραδοσιακής κοινότητας, η βασική κοινωνική μονάδα ήταν ο «κύκλος των δικών» που αποτελείται από τα μέλη της οικογένειας και από επιλεγμένους συγγενείς, φίλους και γνωστούς που είχαν κοινές αξίες και στόχους με την οικογένεια. Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της κοινωνικής μονάδας ήταν το «ενδιαφέρον» που εκφραζόταν με αγάπη, φροντίδα, ενδιαφέρον για τους άλλους, ετοιμότητα για βοήθεια και διαθεσιμότητα (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993, σελ. 279)

Οι ηλικιωμένοι, τόσο στο επίπεδο της κοινότητας όσο και στο επίπεδο της οικογένειας, η οποία ήταν εκτεταμένου τύπου και αποτελείτο από τρεις γενεές (παππούδες, γονείς, παιδιά) αποτελούσαν σημαντικά πρόσωπα. Οι ηλικιωμένοι λειτουργούσαν μέσα από πλήθος ρόλων, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Συχνά, καλούνταν να ανταποκριθούν σε πλήθος απαιτήσεων και αναγκών, και να δώσουν λύσεις σε υπάρχοντα προβλήματα. Μέσα από τους ρόλους παρέμεναν ενεργητικοί και δραστήριοι μέχρι τα βαθιά γηρατεία.

Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι το άτομο λειτουργούσε μέσα από ρόλους σαφώς καθορισμένους από την κοινότητα και έτσι το πέρας των ενηλίκων μελών στην Τρίτη Ηλικία συντελείτο σε ένα

χώρο που παρείχε ασφάλεια, σεβασμό και δυνατότητες προσαρμογής στο νέο τρόπο ζωής.

Η παραδοσιακή κοινότητα είχε τη μεγάλη αρετή να παρέχει εναλλακτικές λύσεις στα ηλικιωμένα μέλη της, με τη δυνατότητα συμμετοχής στα κοινά και την ύπαρξη κοινών τόπων συνάθροισης, είτε αυτό γινόταν στις γειτονίες των μεγάλων πόλεων είτε στα χωριά της Ελληνικής επαρχίας. Αλλά και η ίδια η οικογένεια, με την ανοιχτή επικοινωνία, έδινε ευκαιρίες στους ηλικιωμένους για συμμετοχή, ακόμη και με τη μορφή της περιορισμένης συμμετοχής στις οικονομικές της δραστηριότητες. Το ηλικιωμένο άτομο τελείωνε τη ζωή του μέσα σε ένα περιβάλλον οικογενειακό και κοινωνικό που του παρείχε τη δυνατότητα προσωπικής συμμετοχής, τη δυνατότητα επιλογών και παρείχε υποστήριξη και ασφάλεια ώστε να αντιμετωπίζει τις εκάστοτε δυσκολίες (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993, σελ. 279-280).

Η κατάσταση των ηλικιωμένων σήμερα ποικίλλει ανάλογα με την κοινωνική τάξη και το φύλο. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που ζουν σε βιομηχανικές κοινωνίες παρουσιάζουν αυξημένη επικράτηση χρόνιων παθήσεων, οι οποίες αυξάνονται με την ηλικία και επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική τους συμπεριφορά. Από την άλλη, η διάλυση της πρωτογενούς οικογένειας με το γάμο των παιδιών και την αναχώρηση τους από το πατρικό σπίτι επιτείνει την αίσθηση της μείωσης του γοήτρου των γονέων. Οι γονείς χάνουν έναν από τους σημαντικότερους κοινωνικούς τους ρόλους, αυτόν που είχαν συνηθίσει να ασκούν για πολλά χρόνια. (Παγοροπούλου, 1993).

Το πέραςμα της Ελληνικής κοινωνίας στην σύγχρονη κοινωνική της οργάνωση, με τις πυρηνικές οικογένειες (πατέρας, μητέρα, παιδί), οδήγησαν την κοινωνία σε υψηλού βαθμού συμπλοκότητα των ανθρωπίνων σχέσεων. Οι συγκρουσιακές και ανταγωνιστικές σχέσεις που αντιμετωπίζουμε σε κοινωνικό επίπεδο αντανακλώνται και στο επίπεδο της οικογενείας (Vassiliou, Vassiliou V, 1982). Αποτέλεσμα αυτών είναι η δυσλειτουργία των ατόμων, η οποία εκφράζεται πιο έντονα στις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, δηλαδή τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι.

Οι ηλικιωμένοι βρίσκονται να αντιμετωπίζουν καθημερινά τη σύγκρουση του χθες και του σήμερα, την ανατροπή των αξιών, τη μεταβολή των κανόνων συμπεριφοράς που καθοδήγησαν τη ζωή τους. (Παγοροπούλου, 1993).

Σήμερα με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, τα μέσα που η σύγχρονη ιατρική διαθέτει για την καταπολέμηση της ασθένειας και η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού συνέβαλε στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων άρα και της διάρκειας της ζωής. (Μουσούρου, 2000).

Η Μουσούρου (2000) αναφέρει ότι στις σύγχρονες κοινωνίες, οι ηλικιωμένοι προτιμούν να διατηρούν όσο είναι δυνατόν την αυτονομία

τους διαμένοντας μόνοι τους. Μόνοι αλλά όχι απομονωμένοι από την οικογένεια τους, αφού ένα σημαντικό ποσοστό, ζει συχνά κοντά στην κατοικία κάποιου παιδιού.

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, στην σημερινή κοινωνία, έχει θετικές επιπτώσεις πάνω στη συζυγική οικογένεια. Η προσφορά των ηλικιωμένων συμπληρώνει αλλά και αλλοιώνει την εικόνα της εξάρτησης τους από την οικογένεια. Πρώτον, οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν σημαντική συμβολή στις δυνατότητες της σύγχρονης συζυγικής οικογένειας να αντιμετωπίζει τις ανάγκες μέριμνας των μικρών παιδιών, ιδίως όταν η μητέρα εργάζεται. Δεύτερον, η αυξανόμενη συχνότητα διαζυγίων και τα έντονα προβλήματα ανασφάλειας που αυτά δημιουργούν, αποκαλύπτει το σημαντικότερο ρόλο των ηλικιωμένων στη στήριξη των μελών της οικογένειας που διαλύθηκε, παιδιού και εγγονών τους. Τρίτον, οι ηλικιωμένοι προσφέρουν οικονομικά στην οικογένεια από την σύνταξη τους. Τέταρτον, προσφέρουν σημαντική συναισθηματική σχέση μεταξύ εγγόνων και των παππούδων τους. (Μουσούρου, 2000).

B. Δημογραφική γήρανση

Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω, παρουσιάζει τις τελευταίες δεκαετίες σημαντική και συστηματική αύξηση στην Ελλάδα, με αποτέλεσμα να είναι μεταξύ των πιο γερασμένων πληθυσμών της Ευρώπης. Στη χώρα μας, οι ηλικιωμένοι αυξάνονται όχι μόνο αριθμητικά αλλά και σαν ποσοστό στο συνολικό πληθυσμό. (ΚΕΠΕ, 1978).

Οι παράγοντες της δημογραφικής γήρανσης βρίσκονται στις συνιστώσες δυνάμεις της δημογραφικής μεταβολής, οι οποίοι αναφέρονται στην θνησιμότητα τη γεννητικότητα, την εξωτερική μεταναστευτική κίνηση και την εσωτερική μετανάστευση (Σιάμπος Γ. 2000, σελ 30).

Στην κατά χρόνο παρατηρούμενη αύξηση της γήρανσης, επέδρασαν οι εξής παράγοντες:

- i. Η μείωση της θνησιμότητας και η επιμήκυνση της ζωής («γήρανση από την κορυφή»)
- ii. Η μείωση της γεννητικότητας, από την οποία ενσωματώθηκαν στα κατώτερα κλιμάκια ηλικιών, ελλειμματικές γενεές και συρρίκνωσαν.
- iii. Την πυραμίδα του πληθυσμού στις νέες ηλικίες («γήρανση από τη Βάση»).
- iv. Η εξωτερική μεταναστευτική κίνηση, η οποία με την αποδημία αφαίρεσε από τις παραγωγικές και αναπαραγωγικές κυρίως ηλικίες νέους και συρρίκνωσε την πυραμίδα του πληθυσμού στις ηλικίες αυτές, ενώ με την παλιννόστηση πρόσθεσε κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες πληθυσμό.
- v. Ειδικότερα, η εισροή αλλοδαπών βραχυχρονίως φαίνεται ότι διογκώνει τον πληθυσμό στις παραγωγικές ηλικίες, πράγμα το οποίο ερμηνεύεται ως ανασταλτικό της γήρανσης του πληθυσμού (Σιάμπος, 2000, σελ. 30-31).

Επίσης, τις τελευταίες δεκαετίες, έλαβε χώρα σημαντική αστικοποίηση του πληθυσμού, η οποία επηρέασε την κατανομή των ηλικιωμένων ανάλογα με το βαθμό αστικότητας τόπου κατοικίας τους. Έτσι, ενώ το 1961 το 46,9% των ηλικιωμένων κατοικούσαν σε αγροτικές περιοχές, το 1971 το ποσοστό περιορίστηκε στο 41,7%. Οι αριθμοί των ηλικιωμένων αυξήθηκαν σε όλες τις περιοχές, αλλά με υψηλότερο ποσοστό στις αστικές (58%) απ' ότι στις αγροτικές (21%) (Κανελλόπουλος, 1983, σελ 18-19).

Σε ειδική σύνοδο του Ο.Η.Ε, στις αρχές της δεκαετίας του 1980, που είχε ως αντικείμενο τις τάσεις της δημογραφικής γήρανσης του

παγκόσμιου πληθυσμού, έγιναν οι εξής επισημάνσεις (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982):

1. Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα ανέλθει το 2025 σε 1.121.000.000 από 214.000.000, που ήταν το 1950.

2. Από το 1975 έως το 2050, ο Παγκόσμιος Πληθυσμός θα τριπλασιαστεί, ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών θα πενταπλασιαστεί και ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών θα αυξηθεί κατά 7 φορές.

3. Η δημογραφική δομή των αναπτυσσόμενων χωρών θα συγκλίνει σταδιακά προς το σχήμα της πυραμίδας των αναπτυγμένων χωρών (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999, σελ 33).

Γ. Η διαδικασία της γήρανσης

Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (Cauley, Dorman κ' Gunguli, 1996). Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλλει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου.

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος» υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65ετων και άνω (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος, 1982). Σήμερα έχει επικρατήσει η ηλικία των 54 ετών και άνω, η οποία δεν ταυτίζεται πάντοτε με την συνταξιοδότηση, γιατί υπάρχουν συνταξιούχοι που δεν είναι ηλικιωμένοι αλλά και ηλικιωμένοι που δεν λαμβάνουν σύνταξη (Εκμέ – Πουλοπούλου, 1999).

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης είναι οι εξής (Hayflick, 1996):

1. Η κληρονομικότητα
2. Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
3. Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
4. Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
5. Η υγιεινή διαβίωση (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999, σελ 34).

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες οι οποίες έχουν ασχοληθεί με την γήρανση. Μια από αυτές είναι η θεωρία της Σταδιακής Απραξίας την οποία διατύπωσαν οι Cumming και Henry (1961). Θεωρεί το γηρασμό ως μια κατάσταση που αναλαμβάνει να απομακρύνει το άτομο από το περιβάλλον του και το προετοιμάζει για το θάνατο του.

Η προβλεπόμενη σταδιακή αποχή πιστεύεται ότι επιτρέπει τη μεταφορά «δύναμης» από τα μειωμένης αποδοτικότητας έργου, μέλη σε δυναμικό. Η συνέπεια είναι να διατηρείται η απαιτούμενη σχέση, που δημιουργεί συνθήκες ισορροπίας και τάξης. Οι τελευταίες θεωρούνται αναγκαίες για την συνεχή ύπαρξη μιας κοινωνίας. (Victor, 1987)

Οι Marsal και Huyck (1979) είναι οι υποστηρικτές της κοινωνικοπεριβαλλοντικής θεωρίας. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται στο περιεχόμενο της καθημερινής ζωής των ηλικιωμένων. Πιστεύουν ότι υπάρχουν κάποιες καταστάσεις που επιβάλλουν την προσαρμογή των ηλικιωμένων στο περιβάλλον τους για να γίνουν πιο αποδεκτοί από αυτό. (Hendricks, 1986).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τη θεωρία της συνέχειας, δεν υπάρχουν μοντέλα επιτυχούς ή μη γηρασμού. Αυτή θεωρία υποστηρίζει πως ο προτεινόμενος τρόπος ζωής κατά το γηρασμό, εξαρτάται από τον τρόπο ζωής κάποιου ατόμου βάσει προηγούμενων εμπειριών του. Η συγκεκριμένη θεωρία, όμως, δεν λαμβάνει υπόψη της το εκάστοτε οικονομικό-κοινωνικό μηχανισμό που περιορίζει τα άτομα. (Victor, 1987).

Μια άλλη θεωρία είναι αυτή της ηλικιακής διαστρωμάτωσης, στην οποία τα άτομα διαχωρίζονται σε διάφορες ηλικιακές κατηγορίες ανάλογα με το ρόλο και τη θέση τους στην κοινωνία. Θα πρέπει να σημειωθεί πως από τέτοιου είδους διαχωρισμό δεν βγαίνουν γενικά συμπεράσματα, γιατί δεν παρουσιάζουν όλα τα άτομα της ίδιας ηλικίας πλήρης ομοιογένεια. (Victor, 1987).

Δ. Χαρακτηριστικά Τρίτης ηλικίας

Η γεροντική ηλικία γνωρίζει δυο φάσεις. Η πρώτη αρχίζει από το 64 ή 65 μέχρι το 75-76. Δεύτερη είναι η κάμψη που είναι τόσο έντονη και ταχεία και έχει πολλές αλλοιώσεις και ποικιλίες κατ' άτομο. Είναι η ηλικία των έσχατων γηρατειών, της φθοράς και του θανάτου (Κοσμόπουλος, 1980, σελ 35).

Σύμφωνα με τους Busse (1969) και Lemme (1995), το γήρας διακρίνεται σε πρωτογενές και δευτερογενές. Το πρωτογενές γήρας αναφέρεται στις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης. Αυτές οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν παρά την ύπαρξη καλής υγείας και παρά την έλλειψη ασθενειών. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999, σελ. 71).

Ειδικότερα, το πρωτογενές γήρας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Lemme, 1995):

1. Είναι μια πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου
2. Η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη επισυμβεί.
3. Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
4. Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωση του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
5. Οφείλετε σε εσωτερικές αιτίες.
6. Δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
7. Είναι καθολικό.
8. Δεν μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.
9. Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
10. Καταλήγει στο θάνατο.

Το δευτερογενές γήρας αναφέρεται σε μεταβολές που είναι παθολογικές και απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις, η ίδια η συμπεριφορά του ατόμου αλλά και η προσωπικότητα και η αυτό-εικόνα του ατόμου καθώς και οι ασθένειες. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999, σελ. 71-73).

I. Βιοσωματικές αλλαγές

Στη διάρκεια της τρίτης ηλικίας σημειώνονται σαφείς και σημαντικές βιοσωματικές αλλαγές. Μετά την ηλικία των 60 ή 65 ετών, οι φθορές τόσο στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου όσο και στα εσωτερικά του όργανα και οργανικά συστήματα γίνονται αισθητές (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993, σελ. 115)

Εξωτερικά Χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό είναι τα άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες και η δομή του σώματος. Το σώμα γίνεται βραχύτερο και το σχήμα και η μορφή του σταδιακά μεταβάλλονται. Το ύψος ελαττώνεται κατά 7,5 εκατοστά κατά μέσο όρο, για τους άνδρες, ενώ για τις γυναίκες κατά 5,5 εκατοστά. Η εξωτερική εμφάνιση του σώματος φανερώνει τη διαδικασία του «γεράσματος» (Kastenbaum, 1982, σελ 20-21).

Εσωτερικά Χαρακτηριστικά

Μυοσκελετικό σύστημα

Η Κωσταρίδου – Ευκλείδη (1999) αναφέρει ότι υπάρχει μείωση στη μυϊκή δύναμη κατά 30-40% στα 70 και 80 χρόνια. Η λειτουργία των αρθρώσεων, μετά τα 60 χρόνια, φθίνει συνεχώς με επιταχυνόμενους ρυθμούς. Τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και δυσκολεύουν το άτομο. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια μπορούν να επιβραδύνουν το βάδισμα, να δυσκολέψουν το ανέβασμα σε σκάλες ή το κάθισμα στην καρέκλα. Επίσης, κάνουν το άτομο πιο επιρρεπές στην πτώση και στα κατάγματα ιδιαίτερα τις γυναίκες.

Κυκλοφοριακό σύστημα

Σύμφωνα με την Αβεντισιάν – Παγοροπούλου (1993), ο καρδιακός χτύπος ατροφεί και έτσι οι χτύποι της καρδιάς μειώνονται σε αριθμό και γίνονται ασταθής. Η πίεση του αίματος αυξάνεται, ενώ παράλληλα μειώνεται η παροχή αίματος στην καρδιά που μπορεί να οδηγήσει σε πόνους στο στήθος, γρήγορη αναπνοή και καρδιακή ανεπάρκεια.

Αναπνευστικό σύστημα

Ο Kastenbaum (1982) αναφέρει ότι στα ηλικιωμένα άτομα μειώνεται η ποσότητα του αέρα που εισπνέετε και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα επίπεδα. Οι μεταβολές στο Αναπνευστικό σύστημα μπορούν να προκαλέσουν αισθήματα δύσπνοιας και κόπωσης όταν το άτομο κάνει κάποια σωματική προσπάθεια.

Εκκριτικό σύστημα

Η Κωσταρίδου – Ευκλείδη (1999) αναφέρει ότι με την αύξηση της ηλικίας, η αποτελεσματικότητα της εκκριτικής λειτουργίας μειώνεται. Τα νεφρά δεν μπορούν να ανταποκριθούν όταν υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στα επίπεδα υγρών του σώματος. Οι μεταβολές αυτές έχουν θα συνέπεια το βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων από το σώμα και την ακράτεια ούρων.

Αισθητήρια όργανα

Σύμφωνα με την Αβεντισιάν – Παγοροπούλου (1993), η λειτουργία των αισθητήριων οργάνων (όραση, ακοή, γεύση, όσφρηση και αφή) των ηλικιωμένων ατόμων μεταβάλλονται. Οι βλάβες που σημειώνονται στην όραση (καταρράκτης, πρεσβυωπία, γλαύκωμα) και στην ακοή (πρεσβυακωσία) των ατόμων της τρίτης ηλικίας έχουν αντίκτυπο στην ψυχολογική λειτουργία και συμπεριφορά των ατόμων αυτών. Η γεύση και η οσμή γίνονται λιγότερο οξείες και αυτό έχει επιπτώσεις στην ποιότητα της διατροφής των ατόμων.

II. Νοητικές Ικανότητες

Η τρίτη ηλικία μπορεί να είναι περίοδος δημιουργικής έκφρασης για πολλά άτομα. Πολλά αριστουργήματα που έχουν καταγραφεί στην ιστορία του πολιτισμού μας έχουν δημιουργηθεί από άτομα τρίτης ηλικίας π.χ. ο Μιχαήλ Άγγελος σε ηλικία 70 ετών ανέλαβε τη Βασιλική του Αγίου Πέτρου (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου (1993)).

Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι νοητικές ικανότητες που καλλιεργούνται κατά την ενήλικη ζωή παρουσιάζουν μικρές και σταδιακές αυξήσεις σε όλο το διάστημα που το άτομο παραμένει διανοητικά υγιές. Η κάμψη της ευφυΐας, αντίθετα, οφείλετε σε παράγοντες βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς. Επομένως, η μέτρηση της νοητικής ικανότητας στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι σχετικά δυσχερής (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου, 1993).

Η Κωσταρίδου – Ευκλείδη (1999) τονίζει τη διάκριση ανάμεσα στη ρέουσα και αποκρυσταλλωμένη νοημοσύνη. Η ρέουσα νοημοσύνη έχει να κάνει με την ανακάλυψη σχέσεων σε νέες, μη οικείες καταστάσεις,

ενώ η αποκρυσταλλωμένη με τη χρήση των γνώσεων και εμπειριών που αποκτά το άτομο στη ζωή του. Η ρέουσα νοημοσύνη αυξάνει μέχρι τα 20 χρόνια, ενώ η αποκρυσταλλωμένη αυξάνει με την ηλικία μέχρι και μετά τα 60 χρόνια. Πτώση της αποκρυσταλλωμένης εμφανίζεται μετά τα 80 χρόνια.

Η νοητική απόδοση του ατόμου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, όπως η σωματική και ψυχική υγεία, η καλή λειτουργία του εγκεφάλου, η μόρφωση και οι ιστορικές – πολιτισμικές συνθήκες στις οποίες έζησε, η χρήση που κάνει των ευκαιριών του περιβάλλοντος κ.ο.κ. Έτσι, το άτομο μπορεί να κρατά ένα πολύ ικανοποιητικό επίπεδο και ακόμη να αναπτύξει τη σοφία του.

III. Προσωπικότητα

Η Ράνυ Καλούρη – Αντωνοπούλου (1999) αναφέρει ότι η προσωπικότητα είναι η δυναμικά οργανωμένη ολότητα και ιδιαιτερότητα του ατόμου που εκδηλώνει κάποια μοναδική συμπεριφορά στο περιβάλλον στο οποίο κινείται και παρουσιάζει κάποια προσαρμογή. Η προσωπικότητα, αναφέρει η Α. Παγοροπούλου (1993), εξελίσσεται διαρκώς καθ' όσον το άτομο βιώνει καινούργιες εμπειρίες και αντιμετωπίζει καινούργιες προκλήσεις.

Ο Kastenbaum (1982) αναφέρει τρεις τύπους προσωπικότητας του ηλικιωμένου ατόμου:

1. Ο «ώριμος» τύπος προσωπικότητας: Τα άτομα αυτά αναγνωρίζουν την πραγματικότητα του γεράσματος, τόσο στον εαυτό τους όσο και στην κοινωνία.

2. Οι «θυμωμένοι» άντρες αποτελούν τον πιο συνηθισμένο απροσάρμοστο τύπο προσωπικότητας. Οι άνθρωποι αυτοί νιώθουν ότι η ζωή δεν τους έχει φερθεί καλά. Κατηγορούν τους άλλους για τις δικές τους δυσκολίες και αρνούνται να αποδεχτούν το πλησίασμα του γεράσματος.

3. Οι «μισούμενοι» είναι ένας άλλος απροσάρμοστος τύπος. Όπως οι «θυμωμένοι», έτσι και αυτοί μπαίνουν στα γηρατειά με μια βαθιά αίσθηση απογοήτευσης για ολόκληρη τη ζωή τους. Μόνο που αυτοί θεωρούν υπεύθυνο μάλλον τον εαυτό τους παρά τους άλλους.

Σύμφωνα με την Αβεντισιάν – Παγοροπούλου (1993), η διατήρηση του υψηλού και θετικού αυτοσυναίσθηματος στην τρίτη ηλικία έχει μεγάλη σημασία. Χάρη στο αυτοσυναίσθημα, το ηλικιωμένο άτομο αυξάνει την αντοχή του στο άγχος και τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις και θωρακίζει την φυσική και ψυχολογική του υγεία.

Το αίσθημα της κατωτερότητας και το αίσθημα μη ελέγχου του προορισμού αναπτύσσονται έντονα στην τρίτη ηλικία. Το ηλικιωμένο

άτομο αισθάνεται ότι ο εξωτερικός κόσμος γίνεται σταδιακά απειλητικός, αφιλόξενος και δύσκολος και δεν επιθυμεί να διαπραγματευτεί μαζί του. Από την άλλη το αίσθημα της κατωτερότητας και μη ελέγχου του προορισμού μπορεί να βιωθούν με μεγάλη ανακούφιση.

Η ακαμψία της προσωπικότητας των ηλικιωμένων συνιστά ένα στερεότυπο ευρέως διαδεδομένο. Στην πραγματικότητα πρόκειται για επιφυλακτικότητα και ρεαλιστική συμπεριφορά. Οι ηλικιωμένοι είναι ευέλικτοι και ευεπίφοροι σε αλλαγές αλλά το πεδίο της ευελιξίας τους έχει καθοριστεί από τους ίδιους και τις προγενέστερες εμπειρίες τους. (Αβεντισιάν – Παγοροπούλου 1993)

Ο Παπασπυρόπουλος (1991) αναφέρει ότι το γήρας με τις επιβαρύνσεις του επηρεάζει το άτομο όσον αφορά στην προσωπικότητα και συμπεριφορά. Διάφορες καταστάσεις που προκαλούν stress, όπως π.χ. η συνταξιοδότηση, η απώλεια συγγενών και φίλων και οι σωματικές ασθένειες επηρεάζουν τη προσωπικότητα και τη συμπεριφορά. Η εξέλιξη του γέροντα οδηγεί προς μια αποκοινωνικοποίηση. Η προσωπικότητα αδυνατίζει και η συμπεριφορά αλλάζει. Ελαφριές διαταραχές παρατηρούνται σε όλους σχεδόν τους γέροντες, αλλά μερικές φορές οδηγούν σε νοσηρές καταστάσεις.

Ειδικότερα, οι πιο γνωστές διαταραχές είναι τα εξής:

1. Τσιγγουνιά: Πολλοί γέροντες γίνονται με τον καιρό όλο και πιο οικονομικοί. Το γέροντα τον βασανίζει η έλλειψη σιγουριάς, και μαζεύει χρήματα για να νιώθει πιο σιγουριά. Αυτή η κατάσταση μπορεί να γίνει παθολογική όταν ο γέροντας σταματήσει να τρώει για να κάνει οικονομία.
2. Απομονωτισμός: Τάση προς απομόνωση εμφανίζουν πολλοί γέροντες. Αυτό γίνεται υπερβολικό όταν ο γέροντας απομονώνεται εντελώς και κλείνεται από τον έξω κόσμο. Επέρχεται πλήρης «αποκοινωνικοποίηση»
3. Επιμονή – Ανελαστικότητα: Πολλοί γέροντες γίνονται ανελαστικοί στις αντιλήψεις τους και έντονα επίμονοι. Με δυσκολία αντιλαμβάνονται ότι πρέπει να κάνουν διάφορα πράγματα υποχρεωτικά στην καθημερινή ζωή.
4. Έλλειψη αυτοελέγχου: Είναι γνωστό ότι δεν μπορεί κανείς να είναι όσο θέλει επιθετικός, αδιάκριτος ή απερίσκεπτος, αλλά πρέπει να συμπεριφέρεται με έναν κοινωνικά σωστό και παραδεκτό τρόπο. Αυτός ο κοινωνικός αυτοέλεγχος που έχουμε, μπορεί να ελαττωθεί με το γήρας και ο γέροντας γίνεται τόσο ασυγκράτητος και απερίσκεπτος. Επίσης, η ευερεθιστικότητα γίνεται μεγάλη (Παπασπυρόπουλος, 1991, σελ. 143-145)

IV. Ψυχολογικές αλλαγές

Αυτή η περίοδος είναι αρκετά δύσκολη, διότι κάποιος παύει να εργάζεται επαγγελματικά και γίνεται ξαφνικά συνταξιούχος. Σύμφωνα με το Βασιλείου I, (1981) δεν είναι εύκολο να ξεχάσει πως μια ολόκληρη ζωή εργαζόταν κανονικά και πως έφτασε η στιγμή να συμβιβαστεί και να ταιριάζει με τη νέα του διαφορετική υπόσταση.

Αναστατώνεται από την απότομη αλλαγή στον τρόπο και ρυθμό της ζωής του, στις καθημερινές του συνήθειες και στην παλαιά του νοοτροπία.

Πιστεύει πως ολάκερη η ικανότητα και δυνατότητά του για εργασία είναι αμείωτη. Σε ολόκληρη τη ζωή του είχε τη δουλειά του, σαν μοναδική ίσως απασχόληση του, ψυχαγωγία και ευχαρίστηση. Περιοριζόταν και ήταν αφοσιωμένος αποκλειστικά σε αυτή. Δεν τον ενδιέφερε τίποτα άλλο.

Τώρα λοιπόν έρχεται η στιγμή που νιώθει πικρία, μελαγχολία και πως καταδικάζεται σε παντοτινή αδράνεια, περνώντας στο περιθώριο. Δεν ξέρει τι να κάνει το διαθέσιμο χρόνο που έχει στη διάθεση του, χάνει την πεποίθηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό του και σκέφτεται πως η ζωή του δεν έχει πια νόημα.

Σαφώς, υπάρχουν και άλλοι, οι οποίοι ανυπομονούν και περιμένουν να φτάσουν στη σύνταξη με χαρά. Βιάζονται να αποδεσμευτούν και να ελευθερωθούν από τα εμπόδια και τους περιορισμούς, που επιβάλλουν οι υποχρεώσεις της εργασίας. Φτάνοντας στο τέλος της σταδιοδρομίας τους, αναζητούν ή έχουν κιόλας αποφασίσει, πως θα δημιουργήσουν καινούργιες ασχολίες. Όσον αφορά, αυτό το διαφορούμενο τρόπο συμπεριφοράς στην Τρίτη Ηλικία, οι ψυχαναλυτικοί πιστεύουν πως ο τρόπος, με τον οποίο συμπεριφέρεται σε αυτή την Ηλικία, έχει άμεση σχέση με το στυλ της συμπεριφοράς και προσωπικότητας που το άτομο αυτό έχει υιοθετήσει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Έτσι, αν το άτομο έχει αντιμετωπίσει με επιτυχία τις προκλήσεις της προηγούμενης ζωής του, τότε με παρόμοια επιτυχία θα αντιμετωπίσει και τις νέες προκλήσεις, που του επιφυλάσσει η Τρίτη Ηλικία. Τα αγχογόνα γεγονότα, που ενδημούν στην Τρίτη Ηλικία, όπως η συνταξιοδότηση, η χηρεία και η ασθένεια, αποτελούν δοκιμασίες για την ψυχική υγεία του ηλικιωμένου.

Ο E. Erickson (1975) υποστηρίζει ότι η πορεία του ανθρώπου στηρίζεται στις 8 αναπτυξιακές κρίσεις του Εγώ, που η καθεμία αντιστοιχεί σε ορισμένη περίοδο.

Το ενδιαφέρον μας επικεντρώνεται, στην προκειμένη περίπτωση, στην όγδοη και τελευταία αναπτυξιακή κρίση, που ονομάζεται «Καταξίωση – Απόγνωση» και συναντάται στην γεροντική ηλικία. Εκεί, το άτομο ελεύθερο πια από οικογενειακές και επαγγελματικές δραστηριότητες και υποχρεώσεις, έχει την άνεση να ανατρέχει στο

παρελθόν και να αξιολογεί την όλη πορεία και το έργο που πραγματοποίησε. Αν λοιπόν, διαπιστώσει ότι σημείωσε επιτυχίες ή αξιόλογους στόχους, τότε νιώθει το συναίσθημα της καταξίωσης. Η καταξίωση αυτή βοηθά το άτομο να συμφιλιωθεί με τη φθορά και να αντιμετωπίσει με αξιοπρέπεια το θάνατο. Αν όμως, το άτομο, διαπιστώσει ότι απέτυχε στη ζωή του και ότι δεν ολοκλήρωσε αξιόλογους στόχους, με ανεκπλήρωτες βασικές του επιθυμίες και φιλοδοξίες, τότε βιώνει το αίσθημα της απόγνωσης, δηλαδή την πικρία της αποτυχίας στη ζωή. (Κούρας, 1994)

Κατά τον C. Jung, η μετάβαση που εκτελείται στην διάρκεια της μέσης ηλικίας έχει μεγάλη ψυχολογική σημασία. Μέσα από αυτήν, το άτομο προετοιμάζει την είσοδο του στην Τρίτη Ηλικία, και έτσι η πορεία της ώριμης πια προσωπικότητας του, στο στάδιο της τρίτης ηλικίας είναι ανεμπόδιστη.

Μαζί του συμφωνεί και η Α. Αβεντισιάν – Παγοροπούλου (1993), όπου θεωρεί την Τρίτη Ηλικία ως την πιο σημαντική περίοδο για την πνευματική εξέλιξη του ατόμου. Το ποιοτικό στοιχείο που τη διαφοροποιεί από τις άλλες ηλικίες του ανθρώπου, είναι που αποδίδει την περισσότερη αίγλη και το μεγαλείο στην προχωρημένη φάση της ζωής.

Ε. Βασικές ανάγκες των Ηλικιωμένων

Οι ανάγκες των Ηλικιωμένων, όπως αναφέρει η Εκμέ – Πουλοπούλου (1999), δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης.

Ειδικότερα, οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι οι ακόλουθες:

- α) Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια.
- β) Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς να αισθάνεται ότι είναι βάρος. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό.
- γ) Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.
- δ) Δραστηριότητα, απασχόληση, επικοινωνία, πρόσφορα και αναγνώριση της προσφοράς τους, κοινωνικές επαφές, προσδοκίες.
- ε) δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητα στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται βοήθεια στην κίνηση τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα.
- στ) Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση για θέματα που τους αφορούν.
- ζ) Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή κατ'οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- η) δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα στα αγαπημένα πρόσωπα (Εκμέ – Πουλοπούλου 1999, σελ 24)

ΣΤ. Προβλήματα των ηλικιωμένων

Τα προβλήματα των ηλικιωμένων, όπως αναφέρει η Εκμέ – Πουλοπούλου (1999), είναι συχνά συνέπεια των χαρακτηριστικών που απέκτησαν αυτοί στην προηγούμενη ζωή τους όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, η οικονομική κατάσταση, η υγεία, η οποία συνδέεται με τον τρόπο ζωής.

Γενικότερα, τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι:

α) Μοναξιά: η απώλεια στενών συγγενών δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα στενεύει ο κύκλος των φίλων και γνωστών. Η μοναξιά μεγαλώνει καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου.

β) Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο.

γ) Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες.

δ) Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων και εμποδίζει τους αναλφάβητους να παρακολουθήσουν τα μη μεταγλωττισμένα προγράμματα της τηλεόρασης.

ε) Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας.

στ) Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη Πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια.

ζ) Η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και την άνιση κατανομή τους στο χώρο.

η) Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους.

θ) Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των Ηλικιωμένων.

ι) Η απώλεια της αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας τρίτου προσώπου (Εκμέ – Πουλοπούλου, 1999).

I. Κοινωνικά Προβλήματα των Ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται ως επιβαρυντικοί παράγοντες και ως μη αποδοτική παραγωγικά, αναφέρει η Κωσταρίδου – Ευκλείδη (1999), με αποτέλεσμα να τίθενται έμμεσα ή άμεσα στο κοινωνικό περιθώριο.

Τα σημαντικότερα από τα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι τα εξής:

1. Οικονομικά προβλήματα:

Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των ηλικιωμένων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών τους από τα ασφαλιστικά ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους, όσο και το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον.

2. Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος.

Η διαβίωση των υπερήλικων σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα.

3. Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης.

Οι υπερήλικες δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση (National Safety Council, 1978). Εάν ο υπερήλικας βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς. Διαφορετικά, δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα, που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία.

4. Προβλήματα επικοινωνίας και ψυχαγωγίας.

Το γεγονός ότι οι περισσότερες υπερήλικες είναι αναλφάβητοι έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία τους με άτομα νεαρής ηλικίας και έτσι οδηγούνται σε κοινωνική απομόνωση. (Δαρδαβέσης, 1988).

Ως προς την ψυχαγωγία, οι υπερήλικες που δεν βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα. Υπάρχουν, όμως και οι υπερήλικες που δεν έχουν δυνατότητες ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. έτσι, Υπάρχουν τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) που παρέχουν ψυχαγωγία στους ηλικιωμένους.

II. Ψυχολογικά Προβλήματα

Το γεγονός ότι τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας έχουν καταφέρει να επιβιώσουν επιτυχώς μέχρι αυτή την ηλικία, σημαίνει ότι είναι όλοι τους αρκετά ικανοί, ώστε να χειρίζονται επιτυχώς τα προβλήματα της ζωής του. Το γεγονός αυτό είναι κάτι που το γνωρίζουν και οι ίδιοι και ενδόμυχα αντλούν χαρά και ικανοποίηση από αυτό.

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι, συχνά, υπερήφανα άτομα, όποτε η ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων αντιμετωπίζεται από τα ίδια ως ένδειξη αδυναμίας και δειλίας.

Η προσωπικότητα του ηλικιωμένου φαίνεται να έχει άμεση σχέση με την εκδήλωση της ψυχικού νόσου, καθώς άτομα με προνοσηρή προσωπικότητα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν ψυχικές διαταραχές κατά το γήρας.

Σαφώς, θα πρέπει να αναφερθεί πως έρευνες έχουν δείξει πως η εκδήλωση ψυχικών διαταραχών σχετίζεται άμεσα και με την κοινωνική απομόνωση και περιθωριοποίηση.

Οι κυριότερες ψυχολογικές αλλαγές, που επηρεάζουν όλη την συμπεριφορά και ικανότητα προσαρμογής τους, έχουν αναπόφευκτα και συναισθηματικές επιπτώσεις.

Αν μπορούσε κανείς να καταγράψει τις κυριότερες ψυχολογικές αλλαγές, θα τις ταξινομούσε όπως παρακάτω:

- α. Η μοναξιά
- β. Η κατάθλιψη
- γ. Η ανασφάλεια
- δ. Η γεροντική άνοια
- και ε. ο φόβος του θανάτου

α. Μοναξιά

Η Μοναξιά υποδηλώνει έλλειψη αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης φίλιας και χαρακτηρίζεται από αίσθημα εγκαταλείψεως και δυσαρέσκειας. Ορισμένες φορές συμβάλλει στην ανάπτυξη άγχους και άλλοτε προδιαθέτει σε κατάθλιψη.

Το μοναχικό άτομο, όπως υποστηρίζει η Χρυσάνθη Δ. Πλάτη (1997), είναι ιδιαίτερα ευάλωτο, κατά τη διάρκεια των γηρατειών και μπορεί εύκολα να οδηγηθεί σε αδιέξοδο, στην εξαθλίωση, στην κατάθλιψη και στην κακή υγεία.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στο φαινόμενο αυτό, σύμφωνα με τον Ζάρρα (1974), είναι οι παρακάτω:

α. Η χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών (λόγω βιομηχανικής, αστικοποίησης κ.τ.λ.)

β. Η απώλεια του συντρόφου της ζωής.

και γ. Η εξαφάνιση των φίλων.

Σύμφωνα με έρευνες, αποδεικνύεται ότι το 65% των ανδρών και το 69% των γυναικών από τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους είναι κοινωνικά απομονωμένοι και συνήθως είναι ανύπαντροι, χήροι ή άκληροι.

Επιπρόσθετα, την μοναξιά την βιώνουν άτομα που συνήθως ζουν σε ιδρύματα, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές με ανεπαρκή μέσα συγκοινωνίας και σε πολυθόρυβες πόλεις, όπου επικρατούν το απρόσωπο και η αδιαφορία.

Το αποτέλεσμα είναι να αισθάνονται ότι είναι άχρηστοι και η εμπειρία της ζωής τους ανώφελη. Φοβούνται ότι θα εγκαταλειφθούν στην τελική φάση της ζωής τους, τη στιγμή που μάλιστα πλησιάζει ο θάνατος, όπως ποτέ ξανά.

Οπότε, για αυτούς, η αντιμετώπιση της μοναξιάς θα πρέπει να επιτευχθεί με την αντιστροφή της κοινωνικής αφομοίωσης, η οποία βεβαίως πρέπει να γίνεται μέσα στα πλαίσια της κοινωνίας και όχι στα περιθώρια της.

β. Κατάθλιψη

Η «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων, που μπορεί να είναι φυσιολογικές ή παθολογικές. Η κατάθλιψη λοιπόν μπορεί να αποτελεί: α. Μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση μιας σημαντικής απώλειας ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, β. ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση, όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο stress ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και τέλος, γ. μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική διαταραχή ή οι Διπολικές διαταραχές (Δρ. Τζονιχάκη Ιωάννα, 2000, σελ. 758).

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης, σε κλινικά επίπεδα, σύμφωνα με τη Δρ. Τζονιχάκη Ιωάννα (2000), είναι τα ακόλουθα:

α. Καταθλιπτική Διάθεση

β. Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχάριστης από δραστηριότητες, που συνήθιζαν να είναι ευχάριστες.

γ. Ψυχοκινητική Επιβράδυνση (λόγος, σκέψη, κίνηση)

δ. Συναισθήματα απελπισίας, αδυναμίας και αναξιότητας.

ε. Χαμηλή αυτοεκτίμηση.

στ. Αυτομομφές, ενοχές και σκέψεις θανάτου.

σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 100 εκατομμύρια άνθρωποι στον πλανήτη εκδηλώνουν αυτή τη στιγμή καταθλιπτικά συμπτώματα, γεγονός που την κατατάσσει σε ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις πως σχετίζεται: α. με την αύξηση του μέσου όρου ζωής και των χρόνιων διαταραχών που συνδέονται δευτερογενώς από κατάθλιψη.

β. Με τη χρήση φαρμάκων, που έχουν ως δευτερογενές σύμπτωμα την κατάθλιψη και

γ. Με τις απότομες ψυχοκοινωνικές και κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές, που συνδέονται με την έναρξη και διατήρηση της κατάθλιψης. (Δρ. Τζονιχάκη Ιωάννα, 2000, σελ 57-58).

Ο Καραχάλιος (1997), υποστηρίζει ότι το πιο συχνό αίτιο της κατάθλιψης είναι το ψυχολογικό stress, οι διάφορες απώλειες, που μπορεί να έχει ένας ηλικιωμένος, όπως είναι η απώλεια της θέσης, του εισοδήματος, της υγείας, της συντροφιάς του ή της ανεξαρτησίας του, μπορεί να του προκαλέσουν κατάθλιψη. Η χηρεία, είναι πάντως ο κυριότερος παράγοντας και υπάρχει

αυξημένο ποσοστό θανάτων στους χήρους, κατά τους έξι (6) πρώτους μήνες μετά την απώλεια της συζύγου τους.

Στα συμπτώματα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, ο Καραχάλιος Γ. (1997), θεωρεί πως περιλαμβάνεται και η έλλειψη αυτοπεποίθησης. αισθάνεται μέσα του ένα κενό, θεωρώντας τον εαυτό του ανάξιο και άχρηστο. Συνηθίζει να έχει μειωμένη όρεξη, αϋπνία και απώλεια βάρους. Επιπλέον, μιλάει με βραδύτερο ρυθμό, λιγότερο και σαν να σκέφτεται πιο αργά. Παύει να περιποιείται τον εαυτό του συστηματικά και δεν διαθέτει, πια ούτε την απαραίτητη ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες. Κυριαρχείται από ένα συναίσθημα απαισιοδοξίας και η ζωή του φαίνεται χωρίς νόημα.

Στα παραπάνω, μπορεί να υπάρξουν και απάθεια – περιθωριοποίηση ή εχθρικότητα – ευερεθιστότητα ενάντια στον εαυτό του και καμιά φορά ξεσπά με θυμό και στους άλλους. Σε μια κατάσταση όπως αυτή, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για τη ζωή του ηλικιωμένου καθώς η αυτοκτονία είναι μια διέξοδος και το ποσοστό αυτοκτονίας στα γηρατειά είναι σχετικά υψηλό.

γ. Ανασφάλεια

Η αναμονή, ότι η βασική αίσθηση της ασφάλειας του ηλικιωμένου ατόμου κάποια στιγμή θα κλονιστεί ανεπανόρθωτα, δημιουργεί μεγάλη αναστάτωση. Την παραπάνω άποψη ενισχύει και ο P. Kastenbaum(1982) θέτοντας το παρακάτω παράδειγμα:

Τα άτομα που έχουν συνηθίσει να καθορίζουν με τη γνώμη και τις επιθυμίες τους τη ζωή της οικογένειάς τους. Όταν φτάσει η ημέρα, όπου κανείς πια δε θα ακούει στις προσταγές τους τότε σίγουρα θα νιώσουν τα άτομα αυτά άσχημα. Η αίσθηση της ασφάλειας που πηγάζει από την ικανότητα τους να ελέγχουν ή να επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή του γύρω τους. Οποιοσδήποτε υπαινιγμός γύρω από την πιθανή απώλεια του διαπροσωπικού έλεγχου και οποιαδήποτε αλλαγή στην οικογενειακή ιεραρχία μπορεί να οδηγήσει σε φοβερή ανασφάλεια.

Επιπλέον, κάποιοι άλλοι νιώθουν ασφάλεια μέσα από την σταθερή συναισθηματική τροφοδότηση που τους παρέχει ο σύντροφος τους. Άλλοι πάλι βασίζονται σε οικονομικά στηρίγματα, έχοντας την αίσθηση ότι έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν τωρινές και μελλοντικές ανάγκες.

Ο P. Kastenbaum (1982) επιπρόσθετα επισημαίνει πως η αίσθηση ασφάλειας στους ηλικιωμένους είναι ορατή: Το μέρος κατοικίας τους, τα προσωπικά τους αντικείμενα, η γειτονία και φυσικά και τα πρόσωπα που τους περιστοιχίζουν, την υποδηλώνουν. Αν και μπορεί να παραπονιούνται συνεχώς για την κακή θέρμανση, τους πολυθρόνους

γείτονες ή για καθετί άλλο. Ο,τι λοιπόν συμβάλλει στη συνέχιση της καθημερινής ζωής, συμβάλλει και στη διατήρηση της ασφάλειας τους.

Θα πρέπει να αναφερθεί πως μερικοί άνθρωποι επενδύουν σε κάτι που γι' αυτούς είναι διέξοδο έκφρασης και εποικοδομητικής δραστηριότητας, όπως είναι η εργασία τους. Ο P. Kastenbaum (1982) λοιπόν υποστηρίζει πως όταν τη χάσουν, βιώνουν το αίσθημα της απειλής. Και δεν μπορούν πια να καθορίσουν τον εαυτό τους με βάση το επάγγελμα τους. Ακόμη και η υποψία ή η ανησυχία μήπως τη χάσουν, είναι αρκετή για να επισπεύσει μια εσωτερική κρίση.

Μια άλλη πιθανή απειλή που ίσως αισθανθούν οι ηλικιωμένοι για την ασφάλεια τους, είναι το γεγονός ότι ζουν για την οικογένεια τους και για τις νέες γενεές. Έτσι, μπορεί να ζουν μέσα από τα παιδιά και τα εγγόνια τους, στον ίδιο βαθμό που ζουν μέσα από τις δικές τους εμπειρίες. Αν συμβεί κάτι άσχημο όμως στην οικογένεια τους ή σε κάποιο μέλος της, τότε πιθανότατα να καταρρεύσει ολόκληρη η ζωή τους. Και η ανησυχία μιας επόμενης καταστροφής ίσως να αποτελέσει και μόνιμη πηγή αναστάτωσης.

Τέλος, ο P. Kastenbaum (1982) αναφέρει πως υπάρχει τελικά συσχέτιση ανάμεσα στην υγεία και στην συναισθηματική ασφάλεια, καθώς σοβαρές αρρώστιες και διαταραχές βιώνονται ως απειλές για την ασφάλεια των ηλικιωμένων και μπορεί να διαταράξουν σοβαρά την ψυχολογική ισορροπία τους.

Τα γηρατεία επομένως δεν είναι αποκλειστικά υπεύθυνα για την ανασφάλεια του βιώνουν οι ηλικιωμένοι αλλά προκύπτει από καταστάσεις και οι οποίες είναι αυτές τελικά που συμβάλλουν, ώστε οι ηλικιωμένοι να βιώνουν αυτές τις απειλές ως πραγματικές.

δ. Φόβος του θανάτου

Ο Σ. Σούντη σε λόγο του σε διημερίδα του ΣΚΛΕ για τα ΚΑΠΗ, το 1990 αναφέρθηκε στο φοβο/αγχος του θανάτου στην τρίτη ηλικία και καταθέτει πως κάποιοι συγγραφείς ονομάζουν αυτή την περίοδο σαν «ψυχολογική κλιμακτήριος».

Πιο αναλυτικά, η ψυχολογική αυτή κλιμακτήριος έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου. Έτσι, τα κυριότερα προβλήματα που παρουσιάζει, σύμφωνα με τον Μαλακιώση – Λοΐζου είναι τα παρακάτω:

(i) Η απομόνωση, που οφείλεται στη μεγάλη λύπη, που αισθάνεται το άτομο από διάφορα πλήγματα, που έχει υποστεί στη ζωή του (λόγου χάρη θάνατος αγαπημένων προσώπων ή χαλάρωση οικογενειακών δεσμών).

(ii) Ο μαρασμός, που είναι συνέπεια της απομάκρυνσης του ατόμου από τον εργασιακό του χώρο λόγω συνταξιοδότησης του και της αναγκαστικής αδράνειας, που πλέον υφίσταται.

(iii) Η πλήρης κατάπτωση, λόγω των βιοσωματικών αλλαγών, όπως είναι η σημαντική μείωση της όρασης και της ακοής.

(iv) Οι διεκδικητικές τάσεις που έχει προς την οικογένεια του και την κοινωνία. Και οφείλονται στην αγανάκτηση που κατακλύζει το άτομο απέναντι στο περιβάλλον του διότι το αναγκάζει να ζει στην απομόνωση και στην αδράνεια.

Στην προσπάθεια να γίνει αντιληπτός ο φόβος του θανάτου ο Freud θέτει τρεις (3) βασικές απόψεις στο θέμα αυτό:

α. Ο θάνατος είναι ο θάνατος του ιδίου του εαυτού του ατόμου. Ο θάνατος του άλλου είναι δευτερογενής.

β. Η έννοια «της ενόρμησης» του θανάτου είναι συνδεδεμένη με την επιστροφή στην κατάσταση «απουσίας ερεθισμού» μάλιστα μέσα από τον πιο σύντομο δρόμο (έτσι εξηγούνται και οι γρήγορες συναισθηματικές εκφορτίσεις σε περιπτώσεις φόνου ή αυτοκτονίας).

γ. Ο θάνατος του άλλου είναι δευτερογενής, και μια παρέκκλιση του δικού μας θανάτου. Σκοτώνοντας το αντικείμενο (άλλο), προστατεύουμε ουσιαστικά τον εαυτό μας, καταστρέφοντας μόνο ένα μέρος του (Σούντης, 1990).

Γίνεται λόγος για το δίπολο των εννομησεων Ζωής – Θανάτου, όπου οι έννοιες αυτές διέπουν την ύπαρξη μας από την πρώτη στιγμή της γέννησης και επιπλέον υπάρχει άλλη μια έννοια. Είναι η έννοια των «ματαιώσεων», όπου το άτομο δίνει αγώνα για τη ζωή, προκειμένου να αποφευχθούν οι τελευταίες. Κατά τη ψυχολογική κλιμακτήριος, οι «ματαιώσεις» αυτές είναι μεγάλες και αφορούν όλες σχεδόν τις πτυχές

της ζωής ενός ατόμου, οπότε είναι φυσικό, και το άγχος του θανάτου να φτάνει στο κατακόρυφο (Σ. Σούντης, 1990).

Το άτομο της Τρίτης Ηλικίας ακολουθεί μια εξελικτική διαδικασία, όπως αναφέρει και ο Σ. Σούντης (1990), η οποία διαδικασία ακολουθείται και μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερις φάσεις:

α. Την άρνηση: Το άτομο αρνείται να δεχτεί την κατάσταση του και συμπεριφέρεται σαν μεσόκοπος. Ουσιαστικά έχει την αίσθηση ότι χάνει ως ένα βαθμό τον έλεγχο της πραγματικότητας, παρατείνοντας φαντασιωσικά την ισορροπία των προηγούμενων ετών.

β. Την αντίδραση: Το άτομο εμφανίζει μια επιθετικότητα, που στρέφεται είτε προς τα έξω (εκνευρισμοί – συχνοί καβγάδες – καγχασμός), είτε προς τα μέσα (ψυχοσωματικά συμπτώματα – ψυχογενής πολυφαγία ή ανορεξία κ.τ.λ)

Ουσιαστικά, με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται η μερική καταστροφή είτε του εαυτού του, είτε καταστροφή τμήματος του σώματος.

γ. Την υποταγή: Η μειωμένη αυτοεκτίμηση έρχεται να διαδεχθεί την αντίδραση. Το άτομο εγκαταλείπεται και αφήνεται στο να το μεταχειρίζονται σαν άρρωστο – γερασμένο – ανίκανο. Έτσι οδηγείται στον θάνατο με βήματα πιο γρήγορα από ότι φυσιολογικά.

δ. Την νέα ισορροπία: Το άτομο βρίσκει μια νέα ισορροπία μέσα από νέες δραστηριότητες, που μπορούν να ξανατονίσουν την χαμένη αυτοεκτίμηση του. Οι μηχανισμοί άμυνας αρχίζουν να λειτουργούν πάλι ικανοποιητικά, ελέγχοντας τις επιθυμίες, ώστε οι ματαιώσεις να είναι λιγότερο οδυνηρές. (Σούντης, 1990)

Καλό λοιπόν για τον ηλικιωμένο είναι να συνεχίσει τις επαφές με τους φίλους του, να δημιουργεί νέες φιλίες και να βρίσκει νέα ενδιαφέροντα. Επιπρόσθετα, η Α. Παγοροπούλου (1993) προτείνει την ενθάρρυνση του ηλικιωμένου να κάνει μια ζωή δραστήρια, να ενημερώνεται για τα γεγονότα της επικαιρότητας και να κάνει μελλοντικά σχέδια, ξεχνώντας το παρελθόν.

ε. Γεροντική Άνοια

Ο όρος «γεροντική άνοια» χρησιμοποιείται από γεροντολόγους και γιατρούς και τη σχετίζουν με κάποιες διαταραχές και ασθένειες του εγκεφάλου. Αρκετοί γιατροί και ψυχολόγοι θεωρούν την «γεροντική άνοια» και την «γεροντική ψύχωση» ως ξεχωριστές καταστάσεις, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η γεροντική εγκεφαλική πάθηση αποτελεί βασική διαταραχή, που εκδηλώνεται μέσα από μια ποικιλία συμπτωμάτων, ανάλογα με το άτομο και τις συνθήκες ζωής του.

Η Αβεντισιάν – Παγοροπούλου (1993) υποστηρίζει ότι ο όρος «άνοια» δεν αναφέρεται σε μία και μόνη ασθένεια, αλλά σ' ένα σύνολο χρόνιων ασθενειών, που έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: όλες προκαλούν την προοδευτική κάμψη του συνόλου των νοητικών λειτουργιών.

Τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου που υποφέρει από «γεροντική άνοια» σχετίζονται με τον τομέα της σκέψης. Έτσι, το άτομο επαναλαμβάνει συνεχώς τις ίδιες φράσεις, το οποίο ονομάζεται «εμμονή» και συνδέεται με αρκετά γνωστικά προβλήματα όπως είναι η έλλειψη ιδεών και η βραδύτητα της σκέψης. Επιπρόσθετα, το άτομο έχει την ικανότητα να δημιουργεί και να συλλαμβάνει αφηρημένες έννοιες, όμως σκέφτεται με ένα μόνο συγκεκριμένο τρόπο (Α. Παγοροπούλου, 1993).

Ο Ν. Μάνου (1988) κάνει λόγο για έκπτωση της βραχύχρονης μνήμης και παρουσιάζει το γεγονός μεμονωμένες αναμνήσεις του παρελθόντος να επανέρχονται στη μνήμη. Επιπλέον, το άτομο έχει ελλιπή προσοχή. Δεν μπορεί δηλαδή να διοχετεύσει καλά την προσοχή του, χάνει την ευστροφία και τη δυνατότητα συγκέντρωσης που απαιτούνται για την καταγραφή νέων εμπειριών. Μπορεί λοιπόν να μη θυμάται τι λέχτηκε πριν μερική ώρα, γιατί δεν κατάφερε να συγκεντρώσει την προσοχή του και να συγκρατήσει στο μυαλό του την πληροφορία.

Τέλος, το άτομο δυσκολεύεται να αντεπεξέλθει σε καθημερινά καθήκοντα και προβλήματα, με αποτέλεσμα να αποσύρεται από τις κοινωνικές του σχέσεις, δυσκολεύεται να διατηρήσει τον εαυτό του καθαρό και ευπρεπή και υποφέρει από συχνά ατυχήματα λόγω της δικής του απροσεξίας ή παρανόησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Α. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι, όπως όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του ΟΗΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στην νομοθεσία κάθε χώρας. Τα περισσότερα κείμενα περιέχουν αμέσως ή εμμέσως την αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων.

Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ. 1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μια κοινωνία όλων των ηλικιών, επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις, την κατοικία, τις υπηρεσίες και την οικογένεια, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση. Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει αλλά μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του (Εκμέ – Πουλοπούλου 1999 σελ. 29)

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος αναφέρεται εκτός από τα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Όσον αφορά τις υποχρεώσεις – ευθύνες των ηλικιωμένων, όσο το επιτρέπει η υγεία τους και η προσωπική τους κατάσταση είναι:

- α) Να παραμένουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι.
- β) Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
- γ) Να επωφελούνται από την εκπαίδευση και την ειδίκευση.
- δ) Να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και την συνταξιοδότηση.
- ε) Να ενημερώνουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητες τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης.
- στ) Να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν.
- ζ) Να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενιές.
- η) Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας.

θ) Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα.

ι) Να αποφασίζουν για την περίθαλψη τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια (Εκμέ – Πουλοπούλου, 1999, σελ. 29-30)

Ο Σακελλαρόπουλος (2002), μεταξύ άλλων, παραθέτει και το Σχέδιο Κοινωνικού Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, σύμφωνα με το οποίο «τα πρόσωπα και ιδίως οι ηλικιωμένοι, που δεν διαθέτουν επαρκή μέσα διαβίωσης, πρέπει να δικαιούνται ελάχιστο εισόδημα, που θα προσαρμόζεται και θα συμπληρώνεται με την αρμόζουσα κοινωνική βοήθεια».

B. Η Ευρωπαϊκή Κοινοτική Πολιτική για τους ηλικιωμένους

Σύμφωνα με τον Χατζηδάκη (1997), το 1995 το τμήμα του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω αντιστοιχούσε στο 23% του ενεργού πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης και, σύμφωνα με τις τελευταίες προβολές, το ποσοστό αυτό θα ανέλθει στο 26% το 2005, το 2015 σε 30% και το 2025 στο 35%.

Οι αρνητικές αυτές δημογραφικές εξελίξεις στις Βιομηχανικές κοινωνίες αποτελούν «ωρολογιακή βόμβα» και είναι πλέον γεγονός ότι το δημογραφικό πρόβλημα τροφοδοτεί πλέον ένα φαύλο κύκλο γιατί η γήρανση του πληθυσμού οδηγεί σε διόγκωση των δαπανών υγείας και συνάμα σε συρρίκνωση της βάσης χρηματοδότησης για την κάλυψη αυτών των δαπανών.

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως ενώ το 1995 για τη στήριξη κάθε συνταξιοδοτούμενου ατόμου στην Ευρωπαϊκή Ένωση απαιτούνταν 4-5 άνθρωποι εργάσιμης ηλικίας, το 2025 υπολογίζεται πως θα αντιστοιχούν λιγότερα από 3 οικονομικώς ενεργά άτομα.

Ως συνέπεια της γήρανσης σε συνδυασμό και μ' άλλες αιτίες, το 1993 οι συνταξιοδοτικές παροχές έφτασαν το 14,3% του ΑΕΠ, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 52% των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας (ενώ το 1960 το Α.ΕΠ ήταν μόλις 5%). Οι ειδικοί λοιπόν της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμέτωποι με το δημογραφικό πρόβλημα και τις συνέπειες του, καλούνται ως το 2045 να προχωρήσουν στις ακόλουθες τακτικές: θα πρέπει λοιπόν ή να αυξήσουν τις εισφορές γήρατος κατά 49% ή να μειώσουν τις συντάξεις κατά 43% ή να αυξηθεί το όριο ηλικίας για τη συνταξιοδότηση κατά 10 χρόνια, ή τέλος, να υπάρξει ένας συνδυασμός αυτών των μέτρων.

Πράγματι, η κρατούσα τάση σ' όλες τις χώρες – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι να αυξηθεί η κανονική ηλικία συνταξιοδότησης τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες στα 65 έτη.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως είναι έντονη η αναγκαιότητα αναπροσαρμογών στα πλαίσια του υπάρχοντος συστήματος, προκειμένου να δοθούν νέες λύσεις.

Όσο αναφορά το θέμα των συντάξεων, σε άρθρο του ο Ι. Δ. Κουκιάδης (1997) λέει πως αρχικά η Κ.Α (Κοινωνική Ασφάλιση) είχε προγραμματιστεί για την τρίτη ηλικία. Σε εποχές ευφορίας, επεκτάθηκε και στη δεύτερη ηλικία, όπου η τάση αυτή ενισχύθηκε εν τω μεταξύ από τα νέα δεδομένα της αγοράς εργασίας. Πιο πρόσφατα, καλείται να καλύψει πλέον και την τέταρτη ηλικία, η οποία αναπτύσσεται ραγδαία

λόγω της παράτασης της βιωσιμότητας του ανθρώπου, που υπολογίζεται πως ίσως φτάσει σύντομα ακόμα και τα 100 χρόνια.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει το δυσβάσταχτο βάρος των νέων γενεών που χρηματοδοτούν τις παλιές, οι οποίες λόγω της μακροζωίας είναι περισσότερες από μια.

Σαφώς, η θεσμική κρίση της Κ.Α (Κοινωνικής Ασφάλισης) σχετίζεται άμεσα με τις αλλαγές στην αγορά εργασίας, στην οικογένεια και στο οικονομικό περιβάλλον.

Πράγματι, οι μεγάλες αλλαγές στην νέα αγορά εργασίας δημιουργούν για την Κ.Α (Κοινωνική Ασφάλιση) πρωτόγνωρα προβλήματα. Η πολιτική της πλήρους και διαρκούς απασχόλησης όσο επιβαλλόταν με επιτυχία, το σύστημα χρηματοδότησης των ασφαλιστικών κινδύνων και ιδίως της ανεργίας λειτουργούσε.

Σήμερα, χρειάζονται νέοι τύποι δράσεων, νέες πηγές χρηματοδότησης και νέοι όροι για απόκτηση δικαιωμάτων κοινωνικής ασφάλισης. Η δια βίου εκπαίδευση, η κινητικότητα από επάγγελμα σε επάγγελμα και από κλάδο σε κλάδο και ο πολλαπλασιασμός των νέων μορφών απασχόλησης δημιουργούν νέες ανάγκες κοινωνικής μέριμνας. Όλο το σύστημα χρηματοδότησης με βάση τις εισφορές των εργαζομένων τίθεται υπό αμφισβήτηση, με αποτέλεσμα να επιβάλλεται η αναθεώρηση όλου του συστήματος των δημοσίων δαπανών.

Κατά τον Κ. Χατζηδάκη (1997), η κοινωνική αλληλεγγύη δεν μπορεί να είναι μερική, είναι εξ' ορισμού καθολική, αλλιώς είναι συντεχνιακή. Έτσι, το ασφαλιστικό σύστημα τύπου Bismark βασισμένο στη σχέση ασφαλιστρού και παροχής, δεν μπορεί να αντεπεξέλθει μόνο τους στις νέες ανάγκες και πρέπει να συνδυαστεί με ένα καθολικό σύστημα χρηματοδοτούμενο από φόρους, το σύστημα Beveridge.

Ωστόσο, βαθιές αλλαγές υφίστανται και οι οικογενειακές σχέσεις, οι οποίες με τη δική τους σειρά επηρεάζουν όλο το σύστημα Κ.Α (Κοινωνικής Ασφάλισης).

Έτσι, η διάσπαση της οικογενείας, η αύξηση μονογονεϊκών οικογενειών, η συμμετοχή στην αγορά εργασίας της γυναίκας που την καθιστά υποκείμενο του ασφαλιστικού δικαιώματος, σε συνδυασμό με την παράταση του βίου των συνταξιούχων και τις νέες σχέσεις παιδιών και γονέων αλλά και των φύλων μεταξύ τους, δημιουργούν ανάγκη νέων υπηρεσιών. Νέες υπηρεσίες, λοιπόν, όπως είναι οι υπηρεσίες φροντίδας, αποτελούν ένα υπόβαθρο, το οποίο το παραδοσιακό σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων δεν έχει λάβει υπόψη!

Συνοπτικά, θα λέγαμε πως το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό μοντέλο για να επιβιώσει, θα πρέπει να βρει τα σημεία ισορροπίας που απαιτούνται, ώστε να υπάρχει η συμμετοχή της βάσης για να επιτευχθεί η απαιτούμενη κοινωνική συνοχή μέσα στο πλαίσιο της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας.

Γ. Κοινωνική Ασφάλιση

Μιλώντας για το μέλλον της κοινοτικής πολιτικής στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, ο Κ. Χατζηδάκης (1997) αναφέρεται μεταξύ άλλων και στη διόγκωση του λεγόμενου «εσωτερικού» ή «κρυφού» χρέους των ασφαλιστικών ταμείων. Για να γίνει πιο κατανοητό, πρέπει να εξηγήσουμε ότι οι εργαζόμενοι καταβάλλουν ασφαλιστικές εισφορές, δημιουργώντας την προσδοκία κάποιου μελλοντικού εισοδήματος. Συνήθως, η μελλοντική αξία των συντάξεων είναι μεγαλύτερη από το σύνολο των προσδοκώμενων εσόδων των ταμείων, με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται ασταμάτητα ένα «κρυφό» χρέος, το οποίο θα αντιμετωπίσουν οι επόμενες γενεές. Το 1990, το «κρυφό» χρέος υπολογίστηκε σε 145% του ΑΕΠ στο σύνολο των 12 κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, ενώ στην Ελλάδα έφθασε το 196%.

Στη χώρα μας, λοιπόν, η ταχεία γήρανση του Ελληνικού πληθυσμού αφενός, η οποία επιβαρύνει ολοένα και περισσότερο το σκέλος των συνταξιοδοτικών δαπανών και αφετέρου η μείωση της αναλογίας ασφαλισμένων/συνταξιούχων κάποια στιγμή θα οδηγήσει σε εκρηκτική αύξηση των ελλειμμάτων των ταμείων. Η τάση αυτή πιθανότατα θα ενισχυθεί από της διαρθρωτικές αλλαγές που σημειώνονται στην αγορά εργασίας, με την αυξανόμενη ανεργία και τις ευέλικτες μορφές απασχόλησης, που συνεπάγονται μειωμένες ασφαλιστικές εισφορές. Εάν λοιπόν διατηρηθεί το σημερινό διανεμητικό σύστημα της χώρας μας, καθίσταται αναπόφευκτη η αύξηση του ορίου συνταξιοδότησης, παράλληλα με την μείωση των συνταξιοδοτικών παροχών.

Στο σημερινό διανεμητικό σύστημα, η νεοφιλελεύθερη αντίληψη αντιπροτάσει το κεφαλαιοποιητικό σύστημα, το οποίο στηρίζεται/βασίζεται σε 3 άξονες:

1. Κατ' αρχήν, σε ένα υποχρεωτικό Δημόσιο Πρόγραμμα συνταξιοδότησης, διανεμητικού χαρακτήρα υπέρ των οικονομικά ασθενέστερων. Το σκέλος αυτό θα μπορούσε να καλύπτει ανέργους ή άλλες ευπαθείς ομάδες, που δεν έχουν τη δυνατότητα να συσσωρεύσουν επαρκές αποθεματικό στον προσωπικό τους λογαριασμό.
2. Συνταξιοδοτικά προγράμματα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα για το σύνολο του οικονομικώς ενεργού πληθυσμού. Αυτός ο άξονας θα αποτελέσει και την «ραχοκοκαλιά» του ασφαλιστικού μας συστήματος, με τα

ευεργητικά ατομικά, αλλά και μακροοικονομικά, αποτελέσματα.

3. Επικουρική ιδιωτική ασφάλιση για όσους το επιθυμούν στο βαθμό που ο ασφαλισμένος αισθάνεται την ανάγκη να συμπληρώσει τον ατομικό του λογαριασμό.

Με δυο λόγια γίνεται λόγος για ιδιωτικές εταιρίες, που θα αναλαμβάνουν τη διαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων, κατόπιν διαγωνισμού, με αυστηρούς όρους και θα δραστηριοποιούνται ως επενδυτές. Στόχος τους θα είναι η μεγιστοποίηση των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων, χωρίς κάποια μείωση στις ανειλημμένες υποχρεώσεις τους έναντι των ασφαλισμένων. (Κ. Χατζηδάκης, 1997).

Οι βασικοί λόγοι που συνηγορούν υπέρ του παραπάνω κεφαλαιοποιητικού συστήματος στην Ελλάδα είναι οι εξής:

1. Θα εξαιρεθεί η ανάγκη στήριξης των ταμείων από τον τακτικό προϋπολογισμό και η μεταφορά ληξιπρόθεσμων οφειλών τους προς το Δημόσιο χρέος.
2. Η αύξηση της ιδιωτικής αποταμίευσης θα διευκολύνει τη συσσώρευση κεφαλαίου και τις επενδυτικές δραστηριότητες.
3. Θα τονωθεί η ανάπτυξη κεφαλαιαγοράς με εγχώριους θεσμικούς επενδυτές.

Η Νικολοπούλου – Στεφάνου (2002) μιλώντας για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης αναφορικά με τους διακινούμενους πολίτες στην Ευρώπη, κάνει λόγο για το κανονισμό 1408/71. Ισχύει για τους κλάδους κοινωνικής ασφάλισης, που αφορούν στις παροχές ασθενείας, μητρότητας, αναπηρίας, γήρατος, επιζώντων εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών, ανεργίας καθώς και τις οικογενειακές παροχές και τα επιδόματα θανάτου. Ο κανονισμός εφαρμόζεται σε γενικά και ειδικά συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης, καθώς και στα συστήματα σχετικά με τις υποχρεώσεις του εργοδότη ή του πλοιοκτήτη. Ο κανονισμός δεν ισχύει για την κοινωνική πρόνοια, ούτε για ειδικά συστήματα δημοσίων υπαλλήλων και των προς αυτών εξομοιούμενων.

Έτσι, το Δεκέμβριο του 1998, η Επιτροπή παρουσίασε πρόταση με στόχο να διαφοροποιήσει και να απλοποιήσει τους κοινοτικούς κανονισμούς περί συντονισμού των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και να προσαρμόσει τον κανονισμό (ΕΟΚ) 1408/71 με βάση τις εξελίξεις στις Εθνικές νομοθεσίες και τις ερμηνείες από τις αποφάσεις του δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων.

Η πρόταση κανονισμού περιλαμβάνει μεταξύ των άλλων τροποποιήσεων και την ακόλουθη:

«...αύξηση των κλάδων κοινωνικής ασφάλισης, που υπόκεινται στο καθεστώς του συντονισμού, προκειμένου να συμπεριληφθούν νέα είδη παροχών (π.χ., παροχή προσύνταξης). Ο κατάλογος δεν είναι εξαντλητικός, ώστε να μπορέσουν να συμπεριληφθούν και νέα είδη παροχών».

Δ. Η θέση του ηλικιωμένου στην αγορά εργασίας

Σύμφωνα με την σύσταση του συμβουλίου της 10^{ης} Δεκεμβρίου 1982 (82/857/ΕΟΚ), σχετικά με τις αρχές μιας κοινοτικής πολιτικής όσον αφορά την ηλικία συνταξιοδότησης, τα μέτρα – προϋποθέσεις με τα οποία οι μισθωτοί εργαζόμενοι δικαιούνται να συνταξιοδοτηθούν είναι:

α) Συνίσταται στα κράτη/μέλη ότι οι κανόνες που αφορούν το όριο ηλικίας για την απονομή σύνταξης γήρατος πρέπει να γίνουν ελαστικότεροι ώστε:

- Ο μισθωτός εργαζόμενος, μετά από μια καθορισμένη ηλικία και εφόσον συντρέχει λόγος, να έχει το δικαίωμα να επιλέγει ελεύθερα την ηλικία συνταξιοδότησης του.
- Ο μισθωτός εργαζόμενος να δύναται να ζητήσει να συνταξιοδοτηθεί νωρίτερα ή αργότερα από την προκαθορισμένη ηλικία.
- Ο μισθωτός εργαζόμενος να δύναται να συνταξιοδοτηθεί λόγω αρχαιότητας, δηλαδή ύστερα από ένα αριθμό ετών ασφάλισης ή επαγγελματικής δραστηριότητας.

β) Τα μέτρα που αποσκοπούν με χρηματικά κίνητρα να επιτύχουν την πρόωγη αποχώρηση των ηλικιωμένων εργαζόμενων, τα οποία έχουν θεσπιστεί προσωρινά, λόγω έκτακτων οικονομικών συνθηκών, δεν πρέπει να θεωρούνται ότι ανήκουν σε ένα ελαστικό συνταξιοδοτικό σύστημα.

γ) Οι μισθωτοί εργαζόμενοι, στους οποίους χορηγήθηκε σύνταξη γήρατος δεν πρέπει να αποκλείονται από κάθε μορφή αμειβόμενης δραστηριότητας.

δ) Συνίσταται να εφαρμοστούν προγράμματα προετοιμασίας για τη συνταξιοδότηση κατά τα έτη που προηγούνται της λήξης της επαγγελματικής ζωής, με συμμετοχή οργανώσεων εργοδοτών και εργαζόμενων (Μιχαλοπούλου – Δώρη και Πιέρρου ,1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Α. Μέτρα Πρόνοιας των Ηλικιωμένων – Ιστορικά.

Το θέμα της φτώχειας και περίθαλψης των ηλικιωμένων ατόμων στη χώρα μας, άρχισε να απασχολεί σχεδόν αμέσως το νεοσύστατο Ελληνικό κράτος. Το 1833 δημοσιεύθηκε το Βασιλικό Διάταγμα του προέβλεπε τη σύσταση κρατικών γηροκομείων.

Το 1865 η οργάνωση «Ελεήμων Εταιρεία Αθηνών» ίδρυσε το πρώτο γηροκομείο και το 1912 ιδρύθηκε η «Εταιρεία Προστασίας Γήρατος». Σκοπός της τελευταίας ήταν η δωρεάν παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε άπορους ηλικιωμένους. Θα πρέπει να σημειωθεί, πως η ίδια εταιρεία ίδρυσε και το εξωτερικό παθολογικό ιατρείο στο νοσοκομείο «Ελπίς» για άπορους ηλικιωμένους.

Ωστόσο, μέσα από το πέρασμα του χρόνου γινόταν όλο και περισσότερο επιτακτική η ανάγκη για μια πιο εξειδικευμένη κοινωνική δράση. Ο ρόλος του κράτους απέναντι στον ηλικιωμένο αποτελούσε ως τότε μέρος μόνο μιας γενικότερης πολιτικής κατά της φτώχειας (κυρίως με επιδοματική μορφή) και η φροντίδα του ηλικιωμένου θεωρείτο «οικογενειακή υπόθεση». Το αποτέλεσμα ήταν να υπάρχει μια περιστασιακή μόνο αντιμετώπιση του από την πολιτεία, εντασσόμενη στην κοινωνική πολιτική κατά της φτώχειας.

Το 1960 διαφαίνονται οι πρώτες προσπάθειες για μια πολιτική που «θα σκύψει» στα προβλήματα των ηλικιωμένων. Το 1964 δημοσιεύτηκε νόμος που προέβλεπε την επιχορήγηση των φιλανθρωπικών ιδρυμάτων και των Γηροκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό.

μετά το 1980, πάντως, η πολιτική μεγάλων διεθνών οργανισμών όπως είναι ο Ο.Η.Ε., το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Π.Ο.Υ, στρέφουν το ενδιαφέρον τους για προγράμματα για τους ηλικιωμένους, αφού αποτελούν πλέον μια πληθυσμιακή ομάδα του ενεργού πληθυσμού.

Την πολιτική αυτή, ακολούθησε και το Ελληνικό κράτος. Έτσι το 1979, η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων απευθύνθηκε στον όμιλο εθελοντών ζητώντας τη συνεργασία του για την δημιουργία ενός πειραματικού κέντρου ανοιχτής Προστασίας των ηλικιωμένων. Το κέντρο αυτό θα ήταν στελεχωμένο από ένα γιατρό μερικής απασχόλησης, κοινωνικό λειτουργό, φυσικοθεραπευτή, επισκέπτρια υγείας ή νοσηλεύτρια, εργοθεραπευτή καθώς και οικογενειακή βοηθό.

Ενώ λοιπόν ως τότε λειτουργούσε με την επωνυμία «Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς», έκλεισε και επαναλειτούργησε ως «πρότυπο ΚΑΠΗ Νέου Κόσμου», το οποίο ήταν το πρώτο ΚΑΠΗ στην Ελλάδα. Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησε υποδειγματικά και έγινε αιτία για να λειτουργήσουν αλλά 8 ΚΑΠΗ με φορείς τον Ελληνικό Ερυθρό

Σταυρό, τη ΧΕΝ, εθελοντικές οργανώσεις, το κέντρο μέριμνας Οικογένειας και παιδιού και τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας.

Το 1982, τα Κέντρα ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) περνούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και σε όλη τη χώρα έχουν ιδρυθεί έως σήμερα περίπου 360 ΚΑΠΗ.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως έως το τέλος του 1988, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, μέσω της Διευθύνσεως Προστασίας Ηλικιωμένων, κάλυπτε τις ανάγκες μισθοδοσίας και λειτουργίας των ΚΑΠΗ και εφόσον οι δήμοι διέθεταν οικόπεδα επιχορηγούσε χρηματικά ποσά για την ανέγερση κτιρίων.

Από το 1989 και μετά, οι Δήμοι και οι κοινότητες υποχρεώθηκαν να αναλάβουν τις δαπάνες μισθοδοσίας και λειτουργίας των ΚΑΠΗ. Το γεγονός αυτό επηρέασε αρνητικά την εξέλιξη του θεσμού, αφού οι δήμοι μείωσαν τόσο τις μισθοδοσίες όσο και τα λειτουργικά έξοδα.

Πάντως μέχρι το 1990 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνέχισε να επιχορηγεί για τον εξοπλισμό των ΚΑΠΗ καθώς επίσης και να εποπτεύει και να φροντίζει για το θεσμό.

Β. Δομή και Οργάνωση των Κ.Α.Π.Η.

Τα Κέντρα ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) λειτουργούν σε πολλούς δήμους της χώρας και είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ). Σύμφωνα με τα άρθρα 2 του Οργανισμού Λειτουργίας και Διοικήσεως, σκοπός των Κέντρων είναι:

α) Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη της κοινότητας.

β) Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

γ) Η έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους.

επίσης, ευρύτεροι στόχοι των Κ.Α.Π.Η είναι η κοινωνικοποίηση, η προληπτική υγιεινή και η ενεργοποίηση των πολιτών της τρίτης ηλικίας.

Στα «ΚΑΠΗ» έχουν δικαίωμα συμμετοχής άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, άνδρες και γυναίκες, που κατοικούν στην περιοχή του Δήμου που βρίσκεται το ΚΑΠΗ, χωρίς καμία διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων. Για την εγγραφή του το κάθε μέλος πληρώνει μια συμβολική συνδρομή, περίπου 1€ Η εγγραφή ανανεώνεται κάθε χρόνο. Επίσης για την εγγραφή απαιτούνται 2 πρόσφατες φωτογραφίες του μέλους, η αστυνομική ταυτότητα και η συμπλήρωση του κοινωνικού ιστορικού από τον Κοινωνικό Λειτουργό.

Τα έσοδα του κάθε Κ.Α.Π.Η. πηγάζουν από το χρηματικό ποσό που παρέχει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, σε συνδυασμό με το κονδύλι που δαπανά ο εκάστοτε δήμος της χώρας και το οποίο προέρχεται από τον προϋπολογισμό του. Θα πρέπει σ' αυτό το σημείο να τονιστεί πως ενώ επιχορηγείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ωστόσο τη Διοικητική και Επιστημονική Εποπτεία την ασκεί το Υπουργείο Εξωτερικών.

Το Διοικητικό Συμβούλιο αποτελείται από επτά μέλη τα οποία είναι:

1. Ο εκάστοτε δήμαρχος ή αντιδήμαρχος.
2. Ένας δημοτικός σύμβουλος.
3. Ο κοινωνικός λειτουργός.
4. Ένας αιρετός εκπρόσωπος των πολιτών.
5. Ένας αιρετός εκπρόσωπος του ΚΑΠΗ.
6. Ένας αιρετός εκπρόσωπος των ηλικιωμένων.
7. Ένας αιρετός εκπρόσωπος των εργαζομένων.

Τώρα που τα ΚΑΠΗ ανήκουν στο Υπουργείο Εσωτερικών στο Διοικητικό Συμβούλιο μπορεί να έχει όσα άτομα αποφασίσει το Δημοτικό Συμβούλιο στην ιδρυτική πράξη και να ορίζονται από το Δήμο.

Από τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου εκλέγεται στην αρχή κάθε δημοτικής περιόδου ο αντιπρόεδρος και ο γραμματέας θα πρέπει να επισημανθεί πως τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου αποτελούνται από τους κατοίκους της κάθε περιοχής, με εξαίρεση τον κοινωνικό λειτουργό.

Επιπρόσθετα, το Διοικητικό Συμβούλιο φροντίζει για την επιτυχία του θεσμού του ΚΑΠΗ, διαχειρίζεται την περιουσία του και γενικώς τα συμφέροντα του, διοικεί, εποπτεύει και ελέγχει όλη την λειτουργία του. Την τελευταία καθορίζει το Πρόγραμμα εξωιδρυματικής προστασίας καθώς και οι διατάξεις του δημοτικού και κοινωνικού κώδικα, όπως ισχύουν κάθε φορά, καθώς και τα διατάγματα και οι υπουργικές αποφάσεις που εκδίδονται σε εκτέλεση τους και ο εκάστοτε κανονισμός του.

Για την εύρυθμη λειτουργία και παροχή των υπηρεσιών του προσλαμβάνεται προσωπικό διάφορων επαγγελμάτων με συνακόλουθες αρμοδιότητες. Έτσι:

1. Ο κοινωνικός λειτουργός, σύμφωνα με το άρθρο 3 του καταστατικού του ΚΑΠΗ:

- Προϊσταται της κοινωνικής υπηρεσίας και συντονίζει την καλή λειτουργία του ΚΑΠΗ
- Έρχεται σε επαφή με τα μέλη του ΚΑΠΗ, προκειμένου να αντιμετωπίσουν από κοινού τυχόν οικονομικά, οικογενειακά ή ψυχολογικά προβλήματα.
- Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του ΚΑΠΗ και φροντίζει για την καλή λειτουργία όλων των υπηρεσιών.
- Συμμετέχει στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου (χωρίς όμως να έχει δικαίωμα ψήφου), περιορίζεται στην ενημέρωση για την εξέλιξη των προγραμμάτων και για την εισήγηση νέων.
- Παράλληλα, αναλαμβάνει την οργάνωση, εκπαίδευση και αξιοποίηση τυχόν εθελοντικής ομάδας, ενώ συνάμα αναλαμβάνει την παρακολούθηση της πρακτικής άσκησης σπουδαστών – στριων κοινωνικής εργασίας αλλά και άλλων παραϊατρικών επαγγελμάτων.
- Κρίνει ποιες περιπτώσεις χρήζουν ανάγκη οικογενειακής βοήθειας.
- Τέλος, οργανώνει, κατόπιν απόφασης του διοικητικού συμβουλίου, Πρόγραμμα με εκδηλώσεις ψυχαγωγίας, μορφωτικές κ.τ.λ. στα πλαίσια της καλής συνεργασίας του ΚΑΠΗ με τους κατοίκους της κοινότητας.

2. Ο γιατρός παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες στα μέλη του ΚΑΠΗ. Παραπέμπει τα μέλη σε άλλες ειδικότητες αν αυτό κριθεί

αναγκαίο και παρέχει οδηγίες ιατροφαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, μπορεί να διεξάγει κατ' οίκον επίσκεψη, αν υπάρχει ανάγκη, και οφείλει να δίνει προτεραιότητα πάντα στα ανασφάλιστα άτομα και στους συνταξιούχους του ΟΓΑ.

3. Ο φυσικοθεραπευτής εφαρμόζει φυσικοθεραπευτική αγωγή στα μέλη αφού πρώτα λάβει το ιατρικό παραπεμπτικό. Ο ανώτερος αριθμός μελών που μπορεί να εξυπηρετηθεί ημερησίως είναι 12. Παράλληλα, ο χώρος του φυσικοθεραπευτηρίου πρέπει να διασφαλίζεται από αυθαίρετες παρεμβάσεις τρίτων την ώρα που γίνεται φυσικοθεραπεία. Επίσης, ενημερώνεται για οποιαδήποτε εκδήλωση του κοινωνικού λειτουργού και αν αφορά την αρμοδιότητα του συμμετέχει ενεργά (π.χ. διαλέξεις). Τέλος, το φυσικοθεραπευτήριο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν κέντρο πρακτικής άσκησης των σπουδαστών φυσικοθεραπείας.

4. Επισκέπτρια Υγείας: Στο ΚΑΠΗ μπορεί να εργάζεται επισκέπτρια υγείας ή νοσηλεύτρια, η οποία βοήθα το γιατρό και έχει την ευθύνη για την φύλαξη και διαχείριση του φαρμακευτικού υλικού του κέντρου. Παράλληλα, παρέχει πληροφορίες για θέματα ατομικής και δημόσιας υγείας στα μέλη και επισκέπτεται, αν είναι αναγκαίο, μαζί με το γιατρό τα μέλη του χρειάζονται κατ' οίκον φροντίδα.

5. Ο εργοθεραπευτής αναλαμβάνει τη δραστηριοποίηση των μελών του κέντρου για την δημιουργική απασχόληση και διατήρηση της φυσικής κατάστασης (σωματικής – αισθητικής – πνευματικής) αξιοποιώντας έτσι το δυναμικό τους. Παράλληλα, βοήθα στην ανάπτυξη ειδικών ενδιαφερόντων, στην αυτοεξυπηρέτηση των μελών, στην εφαρμογή ψυχαγωγικών προγραμμάτων καθώς επίσης αναλαμβάνει και την θεραπευτική αντιμετώπιση ειδικών παθήσεων που τυχόν έχουν τα μέλη. Αν κάποιο μέλος χρειάζεται τη φροντίδα στο σπίτι μπορεί να την παράσχει.

6. Η οικογενειακή βοηθός: Πρόκειται για την επαγγελματία που αναλαμβάνει την αντιμετώπιση αναγκών των μελών του κέντρου. Παρέχει υπηρεσίες όπως η πληρωμή λογαριασμών, η αγορά φαρμάκων, τα ψώνια, συνοδεία σε υπηρεσίες ή νοσοκομεία και συνεργάζεται άμεσα με τον κοινωνικό λειτουργό.

Γ. Ο ρόλος του κοινωνικού Λειτουργού στο ΚΑΠΗ.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει πληθώρα δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εκπαίδευση και την επιστημονική του κατάρτιση. Έτσι, είναι συντονιστής της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του ΚΑΠΗ και εφαρμόζει όλες τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας.

Πιο αναλυτικά:

α) Κοινωνική Εργασία με Άτομα (Κ.Ε.Α.)

αφορά την επίλυση προβλημάτων και την στήριξη του συγκεκριμένου ηλικιωμένου. Μάλιστα, αν τυχόν εντοπιστούν οικονομικές δυσκολίες, ο κοινωνικός λειτουργός διεξάγει όλες τις απαραίτητες ενέργειες, προκειμένου να εγκριθεί η σύνταξη ή κάποιο επίδομα. Συνάμα, ο ρόλος του είναι ενθαρρυντικός, ώστε το ηλικιωμένο άτομο να ενεργεί αυτόνομα και με τη δική του πρωτοβουλία. Ο απώτερος στόχος είναι η τόνωση της αυτό-εκτίμησης και πεποίθησης του ότι είναι ικανό να πάρει τη ζωή στα χέρια του και να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της. Ακόμη και το πιο αδύναμο ηλικιωμένο άτομο, στην προσπάθεια του αυτή, θα βρει συμπαράσταση και υποστηρικτή τον κοινωνικό λειτουργό.

β) Κοινωνική Εργασία με ομάδα (Κ.Ε.Ο.)

αφορά την επαναδραστηριοποίηση και την κοινωνική επανένταξη των ηλικιωμένων με την υποστήριξη των μελών και, βεβαίως, του κοινωνικού Λειτουργού. Ο Κοινωνικός Λειτουργός οφείλει να παρακολουθεί, να επεξεργάζεται και να αναλύει όσα διαδραματίζονται σε καθημερινή βάση από τα μέλη του ΚΑΠΗ και, αποστασιοποιημένος από αυτά, να δρα θεραπευτικά παρεμβαίνοντας όταν και αν χρειάζεται. Με αυτόν τον τρόπο ο Κοινωνικός Λειτουργός εξετάζει το δυναμικό του ψυχισμού των μελών καθώς και τις σχέσεις που δημιουργούνται.

γ) Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια, όπου το πρόβλημα του ηλικιωμένου αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα όλης της οικογένειας, εφόσον η ίδια η οικογένεια είναι αποδέκτης των προβλημάτων του ηλικιωμένου μέλους του.

δ) Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (Κ.Ε.Κ.)

αφορά τη διασύνδεση του ΚΑΠΗ με άλλους κοινωνικούς φορείς, και κοινωνικές ομάδες. Έτσι, τα μέλη του ΚΑΠΗ έχουν την ευκαιρία να εμπλακούν λ.χ. σε προγράμματα της Κοινότητας, με σκοπό να αναγνωριστεί η χρησιμότητά τους και από τους υπόλοιπους κατοίκους της περιοχής και να αποφευχθεί η κοινωνική τους απομόνωση.

Όμως, ο Κοινωνικός Λειτουργός, εκτός από τα μέλη του ΚΑΠΗ, Συνεργάζεται και με το υπόλοιπο προσωπικό του κέντρου και έχει την Διοικητική ευθύνη, δηλαδή του ιατρείου, φυσικοθεραπευτηρίου και των

άλλων ειδικοτήτων, που αποσκοπούν στην καλύτερη εξυπηρέτηση των προστατευμένων μελών.

επίσης, διοργανώνει, σύμφωνα με το εγκεκριμένο Πρόγραμμα, τις διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγίας, επιμόρφωσης κ.τ.λ. του κέντρου, στο πλαίσιο καλής συνεργασίας, και γενικά αντιμετωπίζει κάθε έκτακτο θέμα που αφορά την λειτουργία του κέντρου.

Δ. προγράμματα του ΚΑΠΗ ΠΑΤΡΑΣ

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο Κέντρο ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Πάτρας είναι:

1. Κοινωνική Εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους.
2. Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.
3. Φυσικοθεραπεία.
4. Εντευκτήριο, στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει αναψυκτικά, ροφήματα κ.τ.λ. και είναι ο χώρος όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχολούνται τα μέλη.

Όσον αφορά τα προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης ξεκινούν τον Οκτώβριο και τελειώνουν τον Ιούνιο, ενώ οι εγγραφές πραγματοποιούνται στα τέλη Σεπτεμβρίου αλλά και όλη τη χρονιά.

Τα προγράμματα είναι:

1. Ομάδα χειροτεχνίας: Συμμετέχουν 30-35 άτομα, κατά κύριο λόγο γυναίκες. Τα υλικά τους παρέχονται δωρεάν και τα μέλη κάνουν κατασκευές και εργόχειρα. Μια φορά το χρόνο τα εκθέτουν και τα έσοδα τα διαθέτουν σε κάποιο φιλανθρωπικό σκοπό που επιλέγουν τα μέλη και εγκρίνει το Συμβούλιο π.χ. «Μέριμνα», «Κιβωτός Αγάπης» κ.τ.λ.
2. Ομάδα συμβουλευτικής – ψυχολογίας: Είναι ένα νέο Πρόγραμμα του ΚΑΠΗ, στο οποίο τα μέλη συζητούν με τον ψυχολόγο θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία π.χ. πένθος, μοναξιά κ.τ.λ.
3. Ομάδα σύνδεσης γενιών: Είναι ένα Πρόγραμμα που πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο σε σχολεία όπου οι ηλικιωμένοι έρχονται σε επαφή με τα παιδιά και συζητούν διάφορα θέματα.
4. Οργανωμένη Ψυχαγωγία: εκδρομές, συνεστιάσεις, αποκριάτικες γιορτές, πασχαλινό γλέντι, εκδρομές κ.τ.λ. Κάθε χρόνο τον Ιούνιο γίνεται η εκδήλωση για το κλείσιμο των ομάδων, όπου οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ότι δημιούργησαν όλη τη χρονιά.
5. Επιμορφωτικές διαλέξεις: γίνεται στα μέλη ενημέρωση από επιστήμονες για θέματα υγείας διαιτολογίας, υγιεινής, πρόληψης κ.τ.λ. Επίσης, σε συνεργασία με άλλους φορείς, π.χ. Ερυθρός Σταυρός, ενημερώνονται για τα ατυχήματα, τις πρώτες βοήθειες και πώς να τα αντιμετωπίζουν.

6. Περιβαλλοντική ομάδα: γίνεται στα μέλη του ΚΑΠΗ πληροφόρηση για το περιβάλλον από διάφορους φορείς όπως είναι η Οικολογική Κίνηση Πάτρας. Επίσης γίνονται μικροεξορμήσεις στη φύση, στα μέτρα βέβια των δυνατοτήτων των μελών.
7. Ομάδες χορευτικές (ευρωπαϊκές, παραδοσιακές, λαϊκές): Σ' αυτή την ομάδα Συμμετέχουν 80 άτομα και δημιουργήθηκε με σκοπό τη διατήρηση των παραδοσιακών χωρών και λειτούργησε σαν μέσο δημοσίων σχέσεων του ΚΑΠΗ καθώς συμμετέχουν σε διάφορες εορταστικές εκδηλώσεις παρουσιάζοντας του χορούς τους.

Αλλά προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης του ΚΑΠΗ Πάτρας είναι:

- α) Ομάδα χορωδιών (έντεχνη, παραδοσιακή)
- β) Ομάδα γυμναστικής
- γ) Ομάδα κινησιοθεραπείας και
- δ) Δανειστική βιβλιοθήκη.

Ε. Προγράμματα του ΚΑΠΗ Μεγάρων

Το Πρόγραμμα του ΚΑΠΗ Μεγάρων καλύπτει όλους τους τομείς στο σύνολο τους. Ο κάθε τομέας δεν είναι συμπαγής, αλλά όλοι συνδέονται στενά μεταξύ τους, αλληλοσυμπληρώνονται και αλληλοκαλύπτονται. Η προσωπική – ατομική δραστηριότητα είναι στενά συνδεδεμένη με την ομαδική.

Οι εργαζόμενοι στο ΚΑΠΗ χρειάζεται να προγραμματίσουν τις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ από κοινού με τα μέλη του ώστε να βγει ένα κοινό συλλογικό πρόγραμμα.

Τα προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης του ΚΑΠΗ Μεγάρων είναι:

1. ομάδα χορευτική: δημιουργήθηκε το 1987 σαν Πρόγραμμα της κοινωνικής υπηρεσίας με σκοπό τη διατήρηση των παραδοσιακών Μεγαρικών χορών και αποτέλεσε μέσο δημοσίων σχέσεων αφού έγινε η αφορμή να προσκληθεί το ΚΑΠΗ Μεγάρων σε εκδηλώσεις του εσωτερικού και του εξωτερικού.
2. Πρόγραμμα ραδιοφωνικής εκπομπής: δημιουργήθηκε από την ανάγκη να ανακοινωθούν ειδήσεις, από το χώρο του ΚΑΠΗ, καθώς και ιστορίες, ανέκδοτα, συνήθειες από τον εργασιακό και κοινωνικό χώρο των Μεγάρων.
3. Ομάδα κυκλοφοριακής αγωγής: οι «παππούδες» που έχουν εγγόνια σε ένα συγκεκριμένο σχολείο, αναλαμβάνουν την ρύθμιση της κυκλοφορίας, την ώρα προσέλευσης και αποχώρησης, αφού πρώτα εκπαιδευτούν από όργανα της Τροχαίας.
4. Ομάδα Μεγαρίτικων παιχνιδιών
5. Ομάδα παραδοσιακών στολών.
6. Ομάδα καρναβαλιού.
7. Ομάδα λαογραφίας, για την διατήρηση των παραδοσιακών εθίμων.
8. Ομάδα θεάτρου, όπου παρουσιάζουν τα θεατρικά τους έργα σε διάφορες εκδηλώσεις.
9. Πρόγραμμα ράλλυ
10. Δημιουργική απασχόληση του ελεύθερου χρόνου με την ομάδα της χειροτεχνίας (ζωγραφική, χαλκογραφία, κατασκευές κ.τ.λ.)
11. Ομάδα γυναικών, στην οποία οι γυναίκες συζητούν διάφορα θέματα που αφορούν τις οικογένειες τους, την ηλικία τους κ.τ.λ.

12. Επιτροπή ψυχαγωγίας.
13. Επιτροπή εκδηλώσεων.
14. Επιτροπή διαχείρισης κυλικείου.
15. Πρόγραμμα κατασκηνώσεων.
16. Ομάδα χορωδίας.
17. Ομάδα αλληλοβοήθειας.
18. Ιατρικά προγράμματα (μέτρηση αρτηριακής πίεσης, τεστ PAP, ατομική υγιεινή, μέτρηση σακχαρώδη διαβήτη, καρδιολογικός έλεγχος, μικροβιολογικές εξετάσεις, ενεσοθεραπεία, θεραπεία κατακλύσεων, αλλαγή ορού, φυσικοθεραπεία, περιποίηση τραυμάτων, συνοδείες ασθενών, τηλεβοήθεια, κ.τ.λ.)
19. Πρόγραμμα ενημέρωσης (ομιλίες από ειδικούς π.χ. για τις πρώτες βοήθειες, ψυχολογικά – κοινωνικά θέματα κ.τ.λ.)
20. Προγράμματα Ανταλλαγής Επισκέψεων μελών του ΚΑΠΗ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Μεθοδολογία

α. Είδος έρευνας

Η έρευνα μας είναι διερευνητική μέσω της οποίας προσπαθούμε να εντοπίσουμε τα νέα προγράμματα τα οποία μπορούν να αντεπεξέλθουν, στις προσδοκίες των μελών του ΚΑΠΗ. Είναι έρευνα πεδίου με προσωπικές συνεντεύξεις με τα μέλη του ΚΑΠΗ και με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου.

β. Σκοπός ερευνάς

Ο σκοπός της ερευνάς μας είναι να εντοπίσουμε, και να διερευνήσουμε νέα προγράμματα που θα μπορούσε να υιοθετήσει ο θεσμός του ΚΑΠΗ για να αντεπεξέρθει στις ανάγκες των μελών του. Γι'αυτό η έρευνα μας εστιάστηκε σε άτομα έως 70 ετών των ΚΑΠΗ Πάτρας και Μεγάρων τα οποία θεωρούνται ως πιο νέα και ενεργά μέλη.

γ. Υποθέσεις

- Οτι η νέα γενιά των ηλικιωμένων ατόμων έχει άλλες ανάγκες να καλύψει σε επίπεδο σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας, από τη γενιά που μέχρι τώρα ήταν μέλη του ΚΑΠΗ.
- Να διερευνηθούν νέα προγράμματα που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των μελών του ΚΑΠΗ.

δ. Πληθυσμός - Δείγμα

Ο πληθυσμός της ερευνάς μας είναι το σύνολο των μελών του ΚΑΠΗ Πάτρας και του ΚΑΠΗ Μεγάρων, ηλικίας έως 70 ετών. Το δείγμα της ερευνάς μας ήταν τυχαίο. Ερωτήθηκαν 50 μέλη από το ΚΑΠΗ Πάτρας και 38 από το ΚΑΠΗ Μεγάρων. Δηλαδή σύνολο 88 άτομα. (Το σταθμισμένο στατιστικό δείγμα υπολογίστηκε με βαθμό εμπιστοσύνης 95%, αποδεκτό για τις κοινωνικές, επιστημες, και διάστημα εμπιστοσύνης 15%).

ε. Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο της ερευνάς μας συλλέγει πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γερόντων, την οικογενειακή και οικονομική τους κατάσταση. Επίσης, συλλέγει πληροφορίες σχετικά με ποιες ενέργειες προτείνουν οι ηλικιωμένοι να προχωρήσει η πολιτεία και το ΚΑΠΗ προκειμένου να αντεπεξέρθουν στις προσδοκίες τους.

Το σύνολο των ερωτήσεων είναι 18. Ο τύπος των ερωτήσεων είναι κλειστές και ανοιχτές. Οι ανοιχτές ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν για τη

συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις προτάσεις που έκαναν οι ηλικιωμένοι για τη δομή των ΚΑΠΗ.

στ. Ανάλυση συλλεχθέντων στοιχείων.

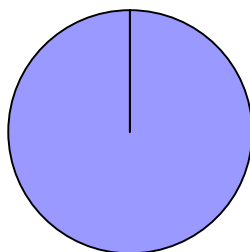
Για την ανάλυση των συλλεχθέντων στοιχείων πραγματοποιήθηκε η ποιοτική και ποσοτική ανάλυση. Στην ανάλυση παρατίθενται τα εξής γραφήματα, ράβδοι και πίτες.

(Κοινή ανάλυση συλλεχθέντων στοιχείων ΚΑΠΗ Πάτρας και ΚΑΠΗ Μεγάρων.)

1. Ηλικία

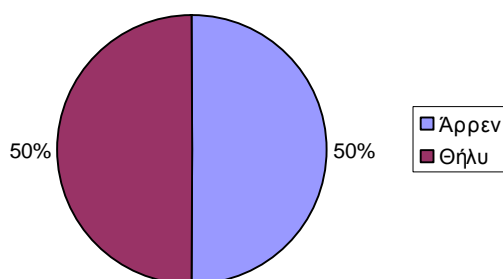
100% του δείγματος είναι γεννημένοι από το 1934 και έπειτα

Ηλικία



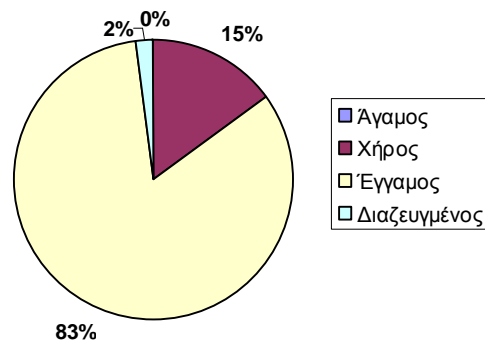
2. Φύλο

Φύλο



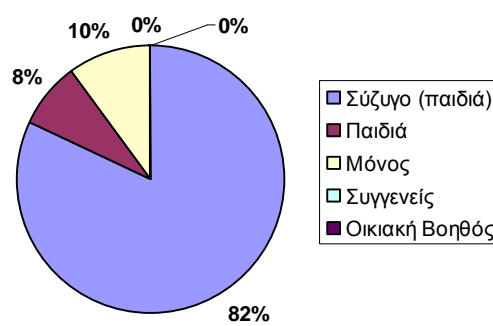
3. Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση



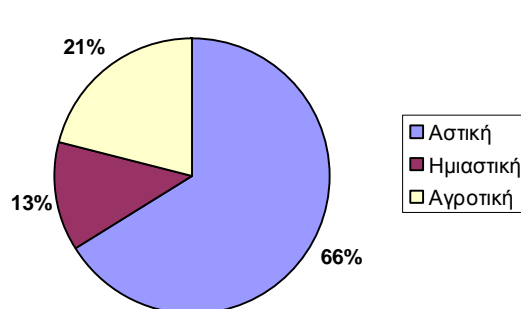
4. Με ποιους συγκατοικούν

Συγκατοίκηση

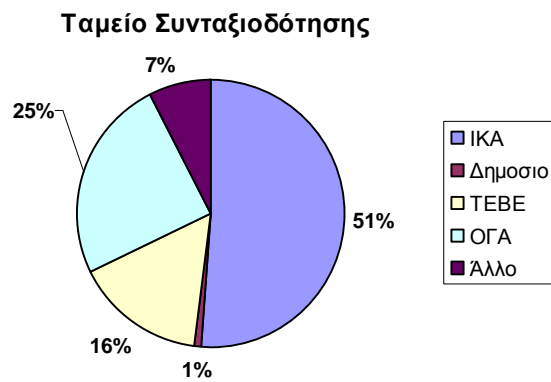


5. Περιοχή που μεγάλωσαν

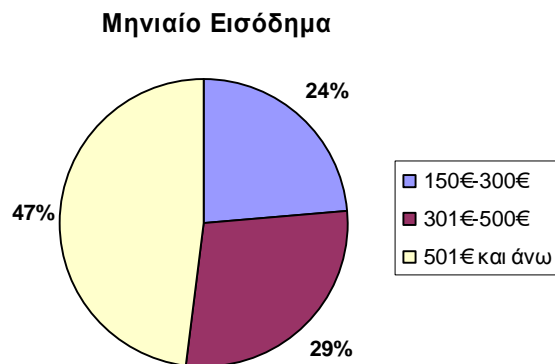
Περιοχή



6. Ταμείο Συνταξιοδότησης

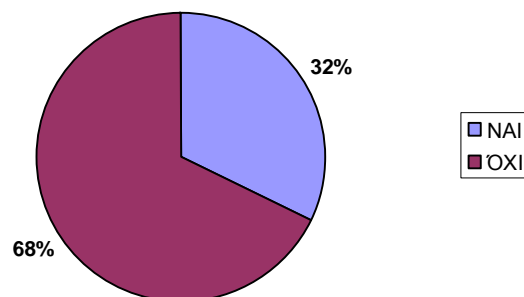


7. Μηνιαίο Εισόδημα



8. Το εισόδημα είναι αρκετό για να καλύψουν τις ανάγκες τους

Εισόδημα Ικανοποιητικό

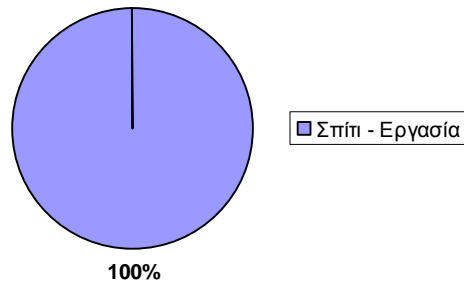


9. Έτη συνταξιοδότησης

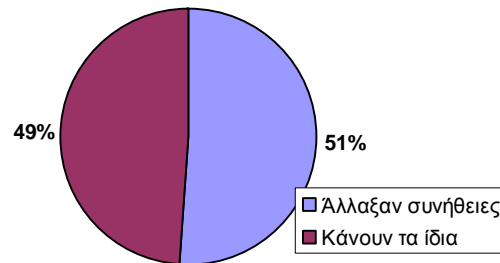


10. Ο καθημερινός χρόνος πριν και μετά την συνταξιοδότηση.

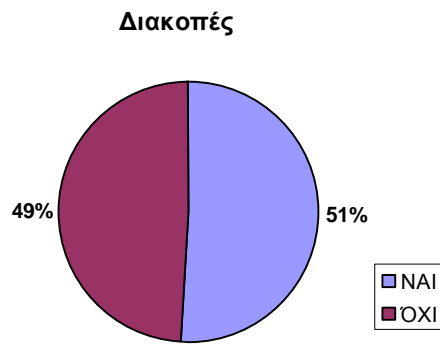
Πριν τη συνταξιοδότηση



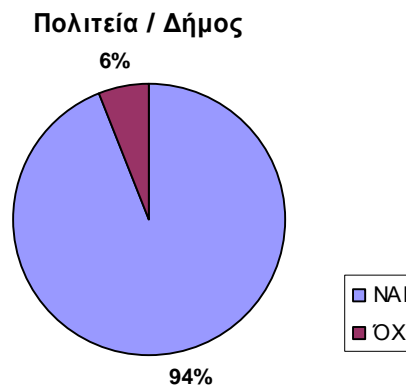
Μετά τη συνταξιοδότηση



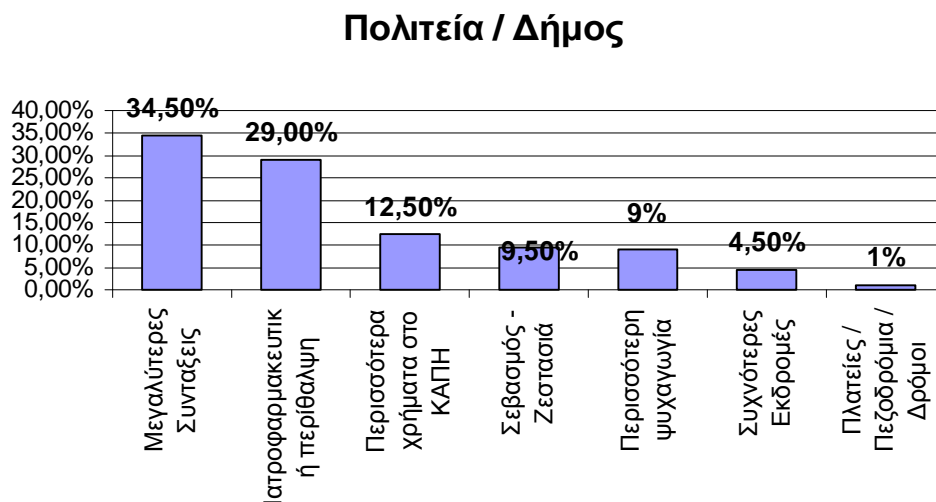
11. Έκαναν διακοπές



12. Η πολιτεία ή ο δήμος μπορεί να προσφέρει περισσότερα για την Τρίτη Ηλικία

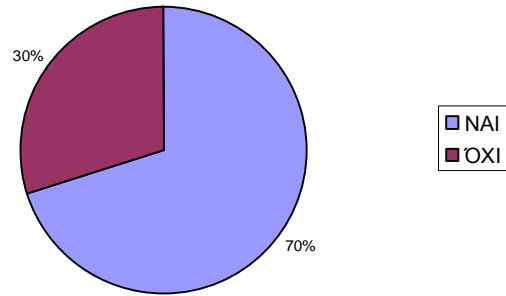


13. Ενέργειες που προτείνουν να προχωρήσει η πολιτεία ή ο δήμος



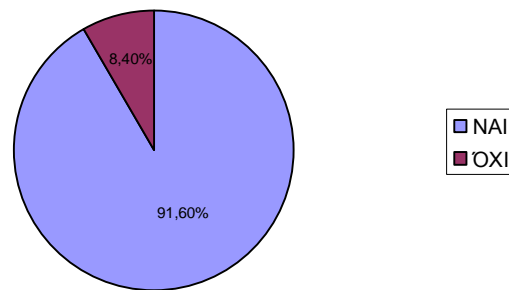
14.Είστε ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ;

Ικανοποιημένοι απο το ΚΑΠΗ



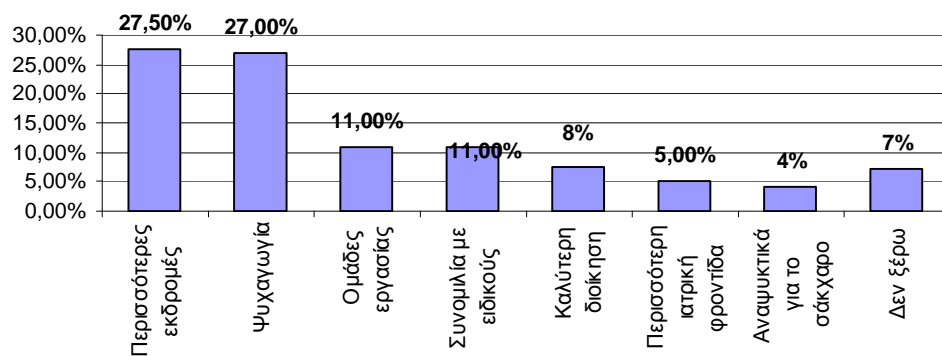
15.Μπορούν τα ΚΑΠΗ να προσφέρουν περισσότερα για την Τρίτη Ηλικία;

Μπορεί να προσφέρει περισσότερα το ΚΑΠΗ;



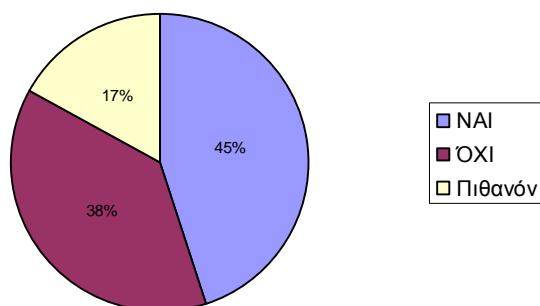
16.Ενέργειες που προτείνουν να προχωρήσουν τα ΚΑΠΗ

Ενέργειες για βελτίωση ΚΑΠΗ



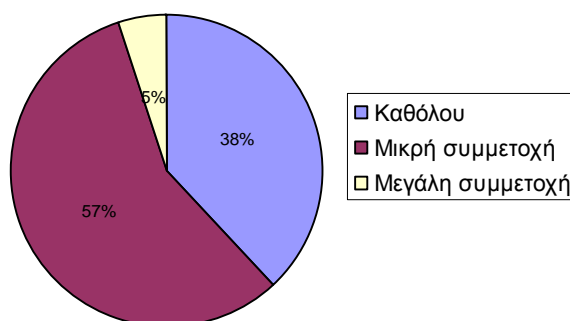
17. Έχουν την οικονομική δυνατότητα να συμβάλλουν στο ΚΑΠΗ

Συμβολή στο ΚΑΠΗ



18. Ποιο ποσό θα διέθεταν

Ποσο συμμετοχής



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Α. αποτελέσματα

Τα ερωτηθέντα μέλη στο ΚΑΠΗ Πάτρας και στο ΚΑΠΗ Μεγάρων είναι ηλικίας έως 70 ετών, επειδή θεωρούνται τα πιο νέα και ενεργά μέλη του ΚΑΠΗ, ίσης αναλογίας ανδρών και γυναικών (50% - 50%).

σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (83%), ακολουθούν οι χήροι (15%) και έπεται ένα μικρό ποσοστό διαζευγμένων (2%). Ένα μεγάλο ποσοστό (82%) συγκατοικούν με το/τη σύζυγο μόνο ή και με τα παιδιά τους, ανάλογα με το αν τα τελευταία έχουν αποκατασταθεί ή όχι. Μόλις το 7,9% μένει με τα παιδιά του και το 10,1% μόνο του.

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία και στα δυο ΚΑΠΗ, τα μέλη μεγάλωσαν σε αστική περιοχή (66%), ενώ το 21% σε αγροτική περιοχή. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το 13% των ερωτηθέντων μελών του ΚΑΠΗ Πάτρας μεγάλωσε σε ημιαστική περιοχή γεγονός που οφείλεται στη γεωγραφική της θέση.

Το κύριο ταμείο συνταξιοδότησης είναι το ΙΚΑ (51%) έπεται ο ΟΓΑ (24,8%), το ΤΕΒΕ (15,8%), αλλά ταμεία, όπως το ΤΣΑ, το ΚΑΠΟΤΕ, Τραπέζης (7,4%) και μόλις το 1% είναι ασφαλισμένο στο Δημόσιο.

όσον αφορά το μηνιαίο τους εισόδημα, κατά κύριο λόγο κυμαίνεται άνω των 500€ Παρόλα αυτά όμως, το 67,9% δεν το θεωρεί επαρκές για να καλύψει τις ανάγκες του.

Επιπρόσθετα, από την έρευνα μας προκύπτει πως το 74,4% συνταξιοδοτείται περισσότερο από 3 χρόνια και αυτό τους βοήθησε να μπουν στη διαδικασία να αναζητήσουν νέες ισορροπίες στη ζωή τους. Αντιθέτως, το 15,8% το οποίο πρόσφατα συνταξιοδοτήθηκε, δεν Συμμετέχει ενεργά στο ΚΑΠΗ, αφού έχει άλλες υποχρεώσεις.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 100% των ερωτηθέντων, πριν τη συνταξιοδότηση, διέθεταν αποκλειστικά το χρόνο τους στην εργασία και στο σπίτι τους. Μετά τη λήψη της συντάξεως, όμως, το 51,1% άλλαξε ριζικά τις συνήθειες τους. Τους δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να ασχοληθούν με τις αγαπημένες τους δραστηριότητες, όπως το κυνήγι, το ψάρεμα, η κηπουρική, το καφενείο, το ΚΑΠΗ, οι περίπατοι, οι εκδρομές και οι κοινωνικές τους υποχρεώσεις. Το υπόλοιπο 48,9% παρόλο που επιθυμεί να αλλάξει και εκείνο τις συνήθειες του, αδυνατεί λόγω αγροτικών εργασιών.

Είναι σημαντικό ότι το 94% των ερωτηθέντων, θεωρεί ότι η πολιτεία ή ο δήμος μπορούν να προσφέρουν περισσότερα στην Τρίτη Ηλικία.

Πιο συγκεκριμένα, προτείνουν αύξηση των συντάξεων (34,5%),

ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (29%), να δοθούν περισσότερα χρήματα στο ΚΑΠΗ και συνάμα καλύτερες συνθήκες (12,5%). επίσης, ζητούν σεβασμό στην εξυπηρέτηση τους στις δημόσιες υπηρεσίες και παράλληλα ζεστασιά και αποδοχή (9,5%). Ακόμη, θα ήθελαν περισσότερη ψυχαγωγία (9%), καθώς και περισσότερες και καλύτερα οργανωμένες εκδρομές ακόμη και στο εξωτερικό (4,5%).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στο ΚΑΠΗ Μεγάρων, το 19% των ερωτηθέντων μελών, έχουν ως αίτημα τους από το δήμο να δημιουργήσει περισσότερες πλατειές, πεζοδρομία και καλύτερους δρόμους, προκειμένου να μπορούν να εξυπηρετηθούν και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Ελπιδοφόρο, είναι το γεγονός ότι το 70% των ερωτηθέντων και στα δυο ΚΑΠΗ δηλώνουν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που δέχονται από αυτά.

Επιπρόσθετα, το 91,6% θεωρεί ότι ο θεσμός του ΚΑΠΗ μπορεί να προσφέρει ακόμα περισσότερα στην Τρίτη Ηλικία. Το τελευταίο δείχνει πως ο θεσμός που καθιερώθηκε, κατάφερε να εδραιωθεί και να πετύχει ένα μεγάλο μέρος των στόχων που είχε θέσει.

Στην ερώτηση μας για το ποια προγράμματα θα τους ευχαριστούσαν, προκειμένου να είναι πιο δημιουργική η απασχόληση τους στο ΚΑΠΗ, εξέφρασαν την επιθυμία για περισσότερες εκδρομές εντός και εκτός Ελλάδας (27,5%). Επιπλέον, θα ήθελαν περισσότερη ψυχαγωγία (27%) και παράλληλα να λειτουργήσουν ομάδες εργασίας (11%), όπως χειροτεχνίας, κοπτικής-ραπτικής, θεατρική, εθελοντική κ.τ.λ. Ακόμη, το 11% εξέφρασε το ενδιαφέρον να συζητά με ειδικούς για θέματα που αφορούν την υγεία, διατροφή, και γενικότερα ζητήματα που αντιμετωπίζει η Τρίτη Ηλικία. Το 7,5% θεωρεί πως πρέπει να δημιουργηθούν περισσότερα ΚΑΠΗ ή παραρτήματα, στην πόλη τους με καλύτερη διοίκηση.

Μάλιστα, στο ΚΑΠΗ Πάτρας, το 5% των ερωτηθέντων εξέφρασε την επιθυμία να βρίσκεται στο ΚΑΠΗ περισσότερες ώρες ο γιατρός, ώστε να μπορούν να εξυπηρετηθούν καλύτερα. Επίσης, το 4% θα ήθελε στο εντευκτήριο να προσφέρονται αναψυκτικά που δεν βλάπτουν το σάκχαρο. Τέλος, το 7% ένιωσε πως δεν ήταν έτοιμο να απαντήσει.

Δεν θα πρέπει να παραληφθεί πως το 45% είναι διατεθειμένο να προσφέρει κάποιο ποσό στο ΚΑΠΗ για κάποιο πρόγραμμά του, το οποίο θα ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του.

B. Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερευνάς μας, οι ερωτηθέντες στη συντριπτική τους πλειοψηφία συγκατοικούν με το/τη σύζυγο και τα παιδιά τους ή μόνο με το/τη σύζυγο ή μόνο με τα παιδιά τους εάν έχουν χηρέψει. Τούτο ενισχύει την άποψη ότι οι ηλικιωμένοι παραμένουν ακόμη πιστοί στη δομή της παραδοσιακά εκτεταμένης οικογένειας στην οποία οι κυριότερες λειτουργίες της στρέφονται γύρω από την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των μελών της, γεγονός που κάνει αμεσότερες και εντονότερες τις σχέσεις.

Επιπλέον, το γεγονός ότι το 13% των ερωτηθέντων μεγάλωσε σε ημιαστική περιοχή, και επρόκειτο μόνο για τα μέλη του ΚΑΠΗ Πάτρας, πιθανότατα να οφείλεται στους εξής λόγους: πρώτον, είναι αναπτυσσόμενη περιοχή λόγω της γεωγραφικής της θέσης και δεύτερον, είναι ένα από τα πιο σημαντικά βιομηχανικά και εμπορικά κέντρα της Ελλάδας, που σημαίνει ότι πολλοί κάτοικοι των προαστίων της εργάστηκαν και εγκαταστάθηκαν σ'αυτήν. Αντίθετα, τα Μέγαρα ακολούθησαν μια διαφορετική εξέλιξη στην δική τους ιστορία.

Έτσι, ενώ οι δυο πόλεις διαφέρουν γεωγραφικώς, στην ιστορία και στην εξέλιξη τους, παρόλα αυτά τα μέλη και από τα δυο ΚΑΠΗ έδωσαν κοινές απαντήσεις. Το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη ότι στη σύγχρονη πλέον πραγματικότητα οι ανάγκες των ηλικιωμένων γίνονται Όλο και πιο κοινές, ανεξάρτητα από την οικογενειακή, οικονομική ή κοινωνική τους κατάσταση.

Στην έρευνα μας, λοιπόν, τα άτομα εκδήλωσαν την επιθυμία η Πολιτεία να προχωρήσει σε αύξηση των συντάξεων, καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και περισσότερη ψυχαγωγία για την τρίτη ηλικία.

Τέλος, όσον αφορά το θεσμό του ΚΑΠΗ, ένα μεγάλο ποσοστό είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσφέρει και προτείνουν νέες ενέργειες προκειμένου να γίνει πιο δημιουργική και ευχάριστη η απασχόληση τους, όπως π.χ. ομάδες εργασίας, εκδρομές, ψυχαγωγία κ.τ.λ. Αυτό δείχνει τη διάθεση των ηλικιωμένων ατόμων να συμμετέχουν σε προγράμματα που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους.

Γ. Εισηγήσεις

• Η δημιουργία μιας πιο οργανωμένης διοίκησης, και στα δυο ΚΑΠΗ, που θα συζητά με τα μέλη και θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους. Θα πρέπει να εξεταστεί το γεγονός αν θα μπορούσε να υπάρξει μια "συνέχεια" στο τρόπο διοίκησης του ΚΑΠΗ, όταν αλλάζει το διοικητικό συμβούλιο, ώστε να αποφευχθούν διαφωνίες στο μέλλον.

• Στα ΚΑΠΗ Πάτρας και Μεγάρων θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερα έμφαση στη ψυχαγωγία και στις εκδρομές προκειμένου να είναι πιο ευχάριστη η απασχόληση των μελών.

• Και στα δυο ΚΑΠΗ να γίνεται περισσότερη συζήτηση με τους ειδικούς σε θέματα που αφορούν υγεία, διατροφή κ.τ.λ.

• Να δημιουργηθούν περισσότερες ομάδες εργασίας για τη δημιουργική απασχόληση των μελών.

• Στο ΚΑΠΗ Πάτρας, ο γιατρός να παρευρίσκεται περισσότερες ώρες προκειμένου να εξυπηρετήσει τα μέλη.

• Στο εντευκτήριο του ΚΑΠΗ Πάτρας να προσφέρονται προϊόντα που δεν βλάπτουν την υγεία των μελών (π.χ. αναψυκτικά για σάκχαρο).

• Βελτίωση του υπάρχοντος χώρου του ΚΑΠΗ Μεγάρων και δημιουργία νέου έστω και παραρτήματος του στην περιοχή για την καλύτερη εξυπηρέτηση των μελών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αβεντισιάν - Παγοροπούλου Άννα, "Η ψυχολογία της 3ης ηλικίας", Εκδ. Ψυχογιός, Αθήνα 1993
- Βασιλείου Ιωάννης, "Χαρούμενη Δύση", Εκδ. Εστία, Αθήνα 1981
- Δόντας Σ. Αναστάσιος, "Η τρίτη ηλικία", Εκδ. Παριανός, Αθήνα 1981
- Εκμέ - Πουλοπούλου Ήρα, "Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: παρόν, παρελθόν και μέλλον", Εκδ. Ελλήν, Αθήνα 1999
- Ζάρας Ιωάννης, "Το Πρόβλημα του γήρατος στην Ελλάδα, ειδική έκδοση για τον ΟΗΕ", ΣΕΚΕ, Αθήνα 1974
- Καλούρη - Αντωνοπούλου Ράνυ, "Γενική ψυχολογία", Εκδ. Ελλήν, Αθήνα 1999
- Κανελλόπουλος Ν. Κώστας, "Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα. Στατιστική ανάλυση των κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών", ΚΕΠΕ, Αθήνα 1984
- Καραχάλιος Νίκος, "Ψυχολογία προσαρμογής", Εκδ. Γρηγόρης, Αθήνα 1984
- Kastenbaum Robert, Τσελέπογλου Ελένη, "Η 3η ηλικία: τα χρόνια της ολοκλήρωσης", Εκδ. Ψυχογιός, Αθήνα 1982
- Κοσμόπουλος Β. Αλέξανδρος, "Στοιχεία ψυχολογίας και ανθρωπαγωγικής της ώριμης ηλικίας", Εκδ. Ελλήν, Πάτρα 1980
- Κούρος Ιωάννης, "Ψυχολογικά προβλήματα και θεραπείες", Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994
- Κουκκιάδης Δ. Ιωάννης, "Η κοινωνική Ευρώπη (αναζητώντας το

νέο κοινωνικό κεκτημένο)", Εκδ. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη 2000

- Κωσταρίδου - Ευκλείδη Αναστασία, "Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας", Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
- Μαλικιώση - Λοΐζου Μαρία, "Συμβουλευτική Ψυχολογία", Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993
- Μάνου Νίκος, "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής", Εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1988
- Μιχαλοπούλου Δώρα - Πιέρρου Φίλιππος, "Η κοινωνική πολιτική της ΕΟΚ, ενημερωτικός οδηγός προσανατολισμού", Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1992
- Μουρούρου Λ.Μ. "Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας" Εκδ. Gutenberg, Αθήνα 2000.
- Νικολακοπούλου - Στεφάνου Ηρώ, "Η κοινωνική Ευρώπη", Αθήνα 2002
- Παπανούτσος Ευάγγελος, "Πρακτική φιλοσοφία", Εκδ. Δοδώνη, Αθήνα 1980
- Παπασπυρόπουλος Σπυρίδων, Μανέτα Σ., "Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας", Εκδ. Γρηγόρης, Αθήνα 1991
- Raillat - Αστερίου Χ., "Γήρας και γήρανση", Εκδ. Χατζηνικολής, Αθήνα 1996.
- Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος, "Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική", Εκδ. Κριτική Α.Ε., Αθήνα 2002
- Σταθόπουλος Πέτρος, "Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση", Εκδ Ελλην, Αθήνα 1999

- Τεπέρογλου Αφροδίτη, "Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων στην Ελλάδα: έρευνα για τα ΚΑΠΗ", Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών", Αθήνα 1986.
- Τσούκας Α., "Γεροντολογία και γηριατρική", Εκδ. Παρισσιανός, Αθήνα 1960
- Χατζηδάκης Ι. Κωστής, "Ελλάδα και Ευρώπη: Ποιό κοινωνικό κράτος; (Το μέλλον της κοινωνικής πολιτικής - τα ευρωπαϊκά κοινωνικά προγράμματα), Εκδ. Σιδέρης, Αθήνα 1998.

Ξενόγλωσση

- Victor Christina, "Old age in Modern Society. A textbook of social Gerontology", Chapman and hall LTD, N.York 1987
- Hendricks Jon, Hentricks Davis, "Aging in Mass Society. Myths and Realitiew", Little, Brown and Co, Boston 1986

Εγκυκλοπαίδειες - Λεξικά

- Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό, Τόμος Β, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1992, σελ 4838 – 4840
- Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος, Τόμος 17, 1994
- Μπαμπινιώτης Γ. Λεξικό Νέας Γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα 1998
- Κριαράς Εμμανουήλ, Νέο Ελληνικό Λεξικό της σύγχρονης δημοτικής Γλώσσας, Εκδοτική Αθηνών, Αθήνα 1995

Άρθρα

- Σούντης Σπύρος, «Μείωση άγχους του θανάτου κατά την ψυχολογική κλιμακτήριο», Δημερίδα για τα ΚΑΠΗ, Αθήνα 1999.