

**« ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΤΟΜΑ
ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΠΡΟΑΓΟΥΝ ΤΗ
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ;»**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

**ΠΑΝΤΑΖΑΚΑ ΑΘΑΝΑΣΙΑ
ΚΑΘ. ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

**ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ**

**ΓΕΩΡΓΟΥΛΑ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ**

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

ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2005



*«Το γήρας είναι μια πολύ κακή συνήθεια,
την οποία ένας απασχολημένος άνθρωπος
δεν προφθάνει να αποκτήσει.»*

Αντρέ Μωρουά

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗVI

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣVII

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή1

Το Πρόβλημα2

Σκοπός – Στόχοι4

Ορισμοί Όρων5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ

ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....7

α) Σωματική και Πνευματική Εξέλιξη της Τρίτης Ηλικίας7

β) Αντιλήψεις και θεωρίες περί Γήρατος9

2. ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ

ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

α) Βιολογικές Μεταβολές κατά Σύστημα11

β) Ψυχοδιαφοητικές αλλαγές20

i) Κατάθλιψη20

ii) Άγχος24

iii) Ο Φόβος του θανάτου25

iv) Αλτσχάιμερ (Alzheimer)26

γ) Κοινωνικές Μεταβολές – Προσωπικές Απώλειες – Μεταβολές

Περιβάλλοντος.....	28
i) Κοινωνικά Προβλήματα και Οικογένεια	28
ii) Η Ψυχολογία του Ηλικιωμένου	31
iii) Ηλικιωμένα Άτομα σε συνθήκες Κοινωνικής Απομόνωσης	32
iv) Η σημασία της Συνταξιοδότησης και η Εργασία	35
v) Κακοποίηση και Τρίτη Ηλικία	37
3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	
α) Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας	40
Δημογραφικά – Εισαγωγικά.....	40
i) Συνταξιοδότηση Ανασφαλιστών.....	42
ii) Άτομα με αναπηρίες.....	42
iii) Στεγαστικά Προγράμματα	43
iv) Περιπτώσεις Έκτακτης Ανάγκης	44
v) Κατασκηνώσεις και Λουτροθεραπείες ηλικιωμένων.....	44
β) Προγράμματα Ανοιχτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων	
i) Κ.Α.Π.Η.....	46
ii) Φροντίδα στο σπίτι	49
iii) Βοήθεια στο σπίτι	51
iv) Κ.Η.Φ.Η.	54
γ) Προγράμματα Κλειστής Περιθαλψής Ηλικιωμένων	56
i) Γηροκομείο	58
ii) Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων	60
δ) Η Προσφορά της Εκκλησίας	62
ε) Διεθνή Προγράμματα Υποστήριξης Ηλικιωμένων	64
4. Η ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΩΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗ.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Μεθοδολογία	73
-------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

α) Συμπεράσματα	75
-----------------------	----

β) Εισηγήσεις	81
---------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
--------------------	----

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε θερμά της ευχαριστίες μας για την ευγενική προσφορά όλων των ατόμων στην προσπάθειά μας να φέρουμε εις πέρας αυτήν την εργασία.

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε θερμά και ολόψυχα :

- Την καθηγήτρια εφαρμογών του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών κυρία Πανταζάκα Αθανασία που ήταν υπεύθυνη για την εργασία, για τον χρόνο που μας διέθεσε καθώς και για τις ουσιαστικές κατευθύνσεις και την υποστήριξη που είχαμε καθ' όλη την διάρκεια της συνεργασίας μας.
- Όλους τους υπεύθυνους των προγραμμάτων που συνεργάστηκαν μαζί μας. Την Στασινού Ευαγγελία και την Νούση Σοφία για την πολύτιμη βοήθειά τους.
- Τέλος να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας για την ηθική και υλική συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας αλλά και κατά την εκπόνηση αυτής της μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το σημερινό κοινωνικό σύστημα τείνει να εκθειάζει το κέρδος, την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα και όποιος δεν είναι σε θέση να « παράγει», όπως ο ηλικιωμένος, γίνεται αμέσως περιττός, άχρηστος, ένα βάρος για την κοινωνία. Ο άνθρωπος του δικού μας πολιτισμού είναι αυτός που δημιούργησε τα γηρατειά.

Ο παραπάνω προβληματισμός οδηγεί στην προσπάθεια να προσεγγισθεί κατά το δυνατόν, το πολυδιάστατο θέμα της τρίτης ηλικίας, να μελετηθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, από πού πηγάζουν και κατά πόσον τα υπάρχοντα προγράμματα υποστήριξής τους είναι σε θέση να τους βοηθήσουν, αλλά και να προάγουν τη δημιουργικότητα που δεν παύει να υπάρχει ακόμη και σε αυτή την ηλικία.

Αν κάποιος παρατηρήσει την αύξηση της δημογραφικής γήρανσης, μπορεί να εντοπίσει το πρόβλημα της Τρίτης Ηλικίας. Τις τελευταίες δεκαετίες η αναλογία των ηλικιωμένων στον πληθυσμό έχει αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό και προβλέπεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο στα επόμενα χρόνια.

Το γεγονός αυτό έχει δημιουργήσει πολλούς προβληματισμούς σχετικά με τα γηρατειά. Προκειμένου να γίνει εμβάθυνση του θέματος θα γίνει μια ανασκόπηση άλλων σχετικών συγγραμμάτων και μελετών, που δείξει την πορεία των ατόμων της τρίτης ηλικίας μέσα στην ιστορία. Την αντιμετώπιση που είχαν οι ηλικιωμένοι, από αρχαιοτάτων χρόνων, τη σωματική και πνευματική τους εξέλιξη καθώς και τις επικρατέστερες θεωρίες για την τρίτη ηλικία.

Στη συνέχεια θα αναλυθούν οι αλλαγές που συμβαίνουν στα άτομα κατά την περίοδο της τρίτης ηλικίας. Με το πέρασμα του χρόνου παρουσιάζεται φθορά των ζωτικών λειτουργιών και μια γενικότερη

κατάπτωση στον οργανισμό του ατόμου. Εδώ συμπεριλαμβάνονται οι βιολογικές μεταβολές σε κάθε σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού και οι ψυχοδιανοητικές αλλαγές (κατάθλιψη, άγχος, φόβος του θανάτου), έτσι ώστε να γίνει κατανοητή η ψυχολογία του ατόμου σε αυτή την κρίσιμη περίοδο της ζωής του. Ακόμη, οι κοινωνικές μεταβολές, που περικλείουν κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα, αλλαγές στην ψυχολογία του ηλικιωμένου ατόμου που μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνική απομόνωση και αποκλεισμό σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες κοινωνικές και ατομικές μεταβολές. Στο σημείο αυτό τονίζεται ιδιαίτερα η σημασία της συνταξιοδότησης καθότι ο ηλικιωμένος καλείται να προσαρμοστεί σε έναν διαφορετικό και άγνωστο, μέχρι αυτό το σημείο της ζωής του, τρόπο ζωής.

Στο επόμενο κεφάλαιο, αναφέρονται τα υπάρχοντα προγράμματα υποστήριξης της τρίτης ηλικίας που έχουν θεσπιστεί από το Κράτος για την προστασία των ηλικιωμένων. Τα Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας, που συμπεριλαμβάνουν παροχές και επιδόματα σχετικά με τη συνταξιοδότηση ανασφαλιστών, ατόμων με αναπηρίες, περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, στεγαστικά προγράμματα, κατασκηνώσεις και λουτροθεραπείες για τους ηλικιωμένους. Ακόμη, θα γίνει αναφορά στα Προγράμματα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων που εφαρμόζονται σήμερα προκειμένου να ενισχύσουν την εξωιδρυματική μορφή περίθαλψης. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι τα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων), το πρόγραμμα « Φροντίδα στο σπίτι», το πρόγραμμα « Βοήθεια στο σπίτι» και τα Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων). Επίσης, στα Ιδρύματα Κλειστής Περίθαλψης Ηλικιωμένων και τις υπηρεσίες που αυτά παρέχουν στα άτομα τρίτης ηλικίας. Τα παραπάνω χωρίζονται σε δυο κατηγορίες: i) Γηροκομείο-Οίκοι Ευγηρίας και ii) Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων. Τέλος, θα αναφερθούμε στην σημαντική προσφορά και το έργο της

Εκκλησίας στο μεγάλο θέμα των γηρατειών και της προστασίας τους. Και τέλος, θα γίνει σύγκριση των προγραμμάτων που υπάρχουν σε διεθνές επίπεδο για την υποστήριξη των ηλικιωμένων.

Καθότι τα άτομα τρίτης ηλικίας αποτελούν πια το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού μας καλούμαστε σήμερα να αντιμετωπίσουμε και να επιλύσουμε τα προβλήματα που ανακύπτουν. Η γεροντολογία είναι επιστήμη που βοηθά να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα των γηρατειών μέσα από τη μελέτη των αιτιών του γήρατος αλλά και με τις προτάσεις της για επίτευξη καλύτερων συνθηκών ζωής για τους ηλικιωμένους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Βαδίζοντας προς το 2006, αντικρίζουμε μέσα στα σπίτια μας, στους δρόμους, σε όλα τα μέρη του πλανήτη άτομα μεγάλης ηλικίας, να πληθαίνουν μέρα με την μέρα. Δεν είναι δυνατόν να μένουμε αδιάφοροι βλέποντάς τους κάθε μέρα να αυξάνουν σε αριθμό και να αντιμετωπίζουν ένα πλήθος προβλημάτων, όπως είναι τα σωματικά, τα ψυχολογικά και τα κοινωνικά προβλήματα.

Ποια είναι τα προγράμματα υποστήριξης της Τρίτης Ηλικίας; Ποιες είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες του κάθε προγράμματος; Κατά πόσο το κάθε πρόγραμμα παρέχει βιοτικές ανάγκες αλλά και βοηθά στην δημιουργικότητα της Τρίτης Ηλικίας;

Πολλά τα ερωτήματα που γεννώνται σχετικά με την δημιουργικότητα της Τρίτης Ηλικίας, που μαζί με την μοναξιά, το άγχος, την ανία, την ανασφάλεια περιπλέκουν το όλο πρόβλημα και δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο.

Ο ηλικιωμένος νιώθει αδύναμος και απαθής, έχει λιγότερα ενδιαφέροντα και κίνητρα. Εδώ γεννάται το εξής ερώτημα. Τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται μόνο φαρμακευτική θεραπεία; Μήπως η περισσότερη κατανόηση και φροντίδα, αλλά και βοήθεια δεν βλάπτει τόσο από την πλευρά της οικογένειας του ηλικιωμένου, όσο και από την πλευρά των ιδρυμάτων, αλλά και της κοινωνίας γενικότερα;

Το Πρόβλημα

Από την αρχή του 20^{ου} αιώνα και μέχρι σήμερα οι ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν τις ολέθριες συνέπειες του Α΄ και Β΄ παγκοσμίου πολέμου. Οι μετακινήσεις των πληθυσμών, οι μετασχηματισμοί των μειονοτήτων με τα διαφορετικά βιώματά τους και τις διαφορετικές κοινωνικοπολιτιστικές τους πεποιθήσεις και ειδικότερα οι συνεχείς τεχνολογικές εξελίξεις των 70 τελευταίων χρόνων άλλαξαν ριζικά την πορεία της ανθρωπότητας. Η εκμετάλλευση της ατομικής ενέργειας, τα διαστημικά ταξίδια, η εκμηδένιση του χρόνου, επιτεύγματα της γενικότερης τεχνολογικής επανάστασης συνέβαλαν στην αλλαγή των κοινωνικών δομών, οι οποίες με τη σειρά τους επηρέασαν το ρυθμό της ζωής. Ο κύκλος της ζωής, εναρμονισμένος με τον αναπτυξιακό ρυθμό των δεικτών γεννητικότητας και θνησιμότητας, συμβάλλει στην διατήρηση και σταθεροποίηση των βιολογικών, των κοινωνικοπολιτικών, των πολιτιστικών και των οικονομικών μεταβλητών, αναγκαίων για τη συνέχιση και την ευημερία των λαών. (Μπωβουάρ, Σ., 1988, σελ. 97).

Με την αλλαγή στις κοινωνικές δομές εμφανίστηκε στις περισσότερες ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες, το φαινόμενο της « δημογραφικής γήρανσης». Ως δημογραφική γήρανση ορίζεται η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων (65+έτη) στο συνολικό πληθυσμό. Τα τελευταία χρόνια ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου αυξήθηκε κατά 15 έως 20 έτη.

Οι σημαντικότεροι λόγοι που συντέλεσαν και εξακολουθούν να επηρεάζουν αυτή την έκρηξη της δημογραφικής γήρανσης είναι:

1. Η ελάττωση της γονιμότητας (δηλαδή του μέσου αριθμού παιδιών κατά ζεύγος γονιών). Η υπογεννητικότητα πλήττει όλες σχεδόν τις χώρες. Στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν 30,4 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους το 1928 και έως το 1991 είχαν μειωθεί στις 10 γεννήσεις ανά 1.000 κατοίκους.

2. Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η τεχνολογική εξέλιξη και η ανάπτυξη της ιατρικής, είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του μέσου όρου ζωής και τη μείωση της θνησιμότητας. Χάριν στις προόδους και τα επιτεύγματα της ιατρικής τα ηλικιωμένα άτομα επωφελήθηκαν κερδίζοντας αρκετά χρόνια ζωής.

3. Ένας τελευταίος παράγοντας που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη γήρανση ενός πληθυσμού, είναι η μετανάστευση. Η μετανάστευση εργατικού δυναμικού κάνει μία χώρα πιο γηρασμένη αφού στερείται μέρος του νεανικού της πληθυσμού. (Στασινοπούλου, Β., 1999, σελ. 56).

Κάπου εδώ, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι τα αίτια της γήρανσης του πληθυσμού μιας χώρας πρέπει να αναζητηθούν πρωταρχικά στην πτώση της γεννητικότητας/ γονιμότητας και όχι τόσο στην αύξηση του μέσου όρου ζωής (στη μείωση δηλαδή της θνησιμότητας) όπως πιστεύει η κοινή γνώμη.

Σε πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες οι ηλικιωμένοι αυξάνουν με ταχύτερο ρυθμό από αυτόν της συνολικής αύξησεως του πληθυσμού τους. Έτσι, μεταξύ 1980-2020 η συνολική αύξηση του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών θα είναι 95%, ενώ η αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού θα φτάσει το 204%.

Η διεργασία της γήρανσεως είναι δραματική όταν κάποιος παρακολουθεί την αύξηση των ηλικιωμένων. Αυτό σημαίνει ότι από 580 εκατομμύρια ηλικιωμένων που υπήρχαν το 1998, θα αυξηθούν σε 2 δισεκατομμύρια (1.970 εκατομμύρια) έως το 2020. Η αλλαγή αυτή θα είναι μέτρια στις αναπτυγμένες περιοχές, από 226 εκατομμύρια το 1998 σε 375 εκατομμύρια το 2050 (δηλαδή αύξηση κατά τα 2/3). Η αύξηση θα είναι πιο δραματική στις λιγότερο αναπτυγμένες περιοχές, όπου ο πληθυσμός 60 ετών και άνω θα πολλαπλασιαστεί εννέα φορές, που σημαίνει από 171 εκατομμύρια το 1998 σε 1.594 εκατομμύρια το 2050.

Η Ευρώπη προβλέπεται να παραμείνει η περιοχή που επηρεάστηκε περισσότερο από την γήρανση με ποσοστό ηλικιωμένων 35% του πληθυσμού

έως το 2050. Και στην Ελλάδα όμως η γήρανση του πληθυσμού βρίσκεται σε εξαιρετικά υψηλό επίπεδο. Σήμερα, αντιστοιχεί 1 ηλικιωμένος σε κάθε 7 άτομα και σε δύο γενεές θα αντιστοιχεί 1 ηλικιωμένος σε κάθε 3 άτομα. (Πλατής, Χ. 2003, σελ. 26-28)

Εν κατακλείδι, ο ονομαζόμενος « γκρίζος» πληθυσμός (δηλαδή ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων) αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο που κάνει ακόμα και τις πιο αναπτυγμένες χώρες να βρίσκονται σε στάδιο προσαρμογής. Μέχρι και τις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα η μακροβιότητα θεωρούνταν προνόμιο. Σήμερα, η προοπτική αύξησεως των ηλικιωμένων, μολονότι επιθυμητή, φέρνει νέα προκλήσεις και απαιτήσεις, οι οποίες συνεπάγονται σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας όλων των χωρών και απαιτείται να προσδιοριστούν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε θέματα πολιτικής υγείας, πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων.

Σκοπός - Στόχοι

Σκοπός αυτής της εργασίας μας είναι να επισημανθεί κατά πόσο οι βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές αλλά και τα διάφορα υπάρχοντα προγράμματα βοηθούν στην δημιουργικότητα της Τρίτης Ηλικίας.

Βασικοί στόχοι αυτής της εργασίας είναι:

- Να προσδιοριστούν και να κατανοηθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα τα άτομα τρίτης ηλικίας σε κάθε επίπεδο, βιολογικό, προσωπικό και κοινωνικό.

- Να μελετηθεί και να διαπιστωθεί κατά πόσον τα προγράμματα υποστήριξης που παρέχονται στους ηλικιωμένους, τόσο από το κράτος όσο και από τον ιδιωτικό τομέα αλλά και την κοινότητα, ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες τους.
- Επίσης, στόχος είναι να γίνει εμφανές αν τα παραπάνω προγράμματα είναι σε θέση να προάγουν την δημιουργικότητα που αναμφισβήτητα εξακολουθεί να υπάρχει και κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.
- Τέλος, από τα συμπεράσματα που θα προκύψουν από αυτή τη μελέτη να προταθούν πιθανές λύσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που απασχολούν την τρίτη ηλικία.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε καλύτερα ορισμένους όρους που θα συναντήσουμε σε αυτήν την εργασία, θα κάνουμε μία προσπάθεια επεξήγησης των σημαντικότερων από αυτούς. Οι όροι παραθέτονται σε αλφαβητική σειρά.

Ανοιχτή Περίθαλψη: Εννοούμε την παροχή εξωδρυματικής φροντίδας σε άτομα που έχουν ανάγκη, με απαραίτητη προϋπόθεση την παραμονή τους στο φυσικό τους χώρο. (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1999, σελ. 274).

Γεροντολογία: Είναι η επιστήμη που ασχολείται με το φαινόμενο γήρανσης κάθε έμβιου όντως και τα διάφορα προβλήματα της διεργασίας αυτής. (Τζιμαράκας, Α., 1987, σελ. 3).

Γηρατειά: Είναι μία νοητική κατάσταση. Καθορίζεται είτε από εξωτερικά κριτήρια, όπως η χρονολογική ηλικία είτε από την προσωπική μας κρίση.

Από κοινωνικο-οικονομική άποψη, είναι η κατάσταση της φυσιολογικής φθοράς των σωματικών ή πνευματικών δυνάμεων, που τεκμαίρεται με τη

συμπλήρωση ενός ορίου ηλικίας ή παραμονής στην παραγωγική διαδικασία. (Καλλιγέρη-Βυθούλκα, Κοιν. Εργασία, Τευχ. 34, 1999, σελ. 109).

Γηριατρική: Η επιστήμη που μελετά τους παράγοντες που επιφέρουν το γήρας και τους τρόπους για την επιβράδυνση της εμφάνισης του γήρατος.(Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος, Τόμος 17, 1994, σελ. 207).

Δημογραφική Γήρανση: Είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται από τη δυσανάλογη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού. (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1999, σελ. 315)

Ηλικιωμένος: Ο όρος αναφέρεται σε άτομα προχωρημένης ηλικίας, στα γηραιά μέλη της κοινωνίας. (Ιορδανίδου, Α- Μπατζόγλου, Β., 1992,σελ.279)

Θνησιμότητα: Είναι η αναλογία των θανάτων σε συνολικό αριθμό ατόμων, σε ορισμένο τόπο και χρόνο. (Διαμαντόπουλος, Δ.Π., 1988, σελ.122).

Ιδρυματισμός: Εγκλεισμός ενός ατόμου σε ένα ίδρυμα για θεραπευτικούς ή αναμορφωτικούς λόγους. Κατά προέκταση είναι η βαθμιαία προσαρμογή του ατόμου στον ιδρυματικό τρόπο ζωής.

Κλειστό Ίδρυμα: Είναι ειδική χρήση του όρου ίδρυμα. Αναφέρεται σε μέρη περιορισμού (μερικού ή ολικού) όπου ο τρόπος ζωής είναι αυστηρά περιορισμένος και οργανωμένος με κανόνες οι οποίοι ελέγχονται από ειδικά πρόσωπα.(Διαμαντόπουλος, Δ.Π., 1988, σελ. 234).

Τρίτη Ηλικία: Είναι ένας όρος που πρωτοεμφανίστηκε στη Γαλλική βιβλιογραφία και αναφέρεται στην ομάδα των ατόμων που έχουν ξεπεράσει τα 65 χρόνια ζωής και άνω. (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1999, σελ.508)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Π

1) ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Με την πάροδο του χρόνου και της αύξηση της αναπτυξιακής ηλικίας του ανθρώπου παρουσιάζεται φθορά των ζωτικών λειτουργιών. Η φυσιολογική έκπτωση των ζωτικών οργάνων οδηγεί σε έκπτωση των ζωτικών λειτουργιών και κατ' επέκταση και των κινητικών. Ιατρικές μελέτες έδειξαν και μείωση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Η χαρτογράφηση του εγκεφαλικού φλοιού κατέγραψε σημαντική έκφυση των νευρικών κυττάρων σε ηλικιωμένα άτομα σε σχέση με άτομα νεαρής ηλικίας.

Πέρα όμως από της φυσιολογική έκπτωση των ζωτικών λειτουργιών με τη πάροδο του χρόνου, τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη παθολογικών κλινικών εικόνων. Παρακάτω θα αναφερθούμε στις αλλαγές που συμβαίνουν κατά την περίοδο της τρίτης ηλικίας.

α) Σωματική και Πνευματική Εξέλιξη της Τρίτης Ηλικίας

Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων ως προς το πότε και πώς εμφανίζονται οι διάφορες φυσιολογικές μεταβολές. Αυτό είναι μία σημαντική διαπίστωση, που διαφοροποιεί την ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή από αυτήν στα παιδικά και εφηβικά χρόνια. Η παιδική και εφηβική ανάπτυξη φαίνεται να ακολουθεί μια σταδιακή πορεία κοινή και προβλεπτή για όλους. Αυτή η πορεία ανάπτυξης παύει να είναι τόσο καθαρή και σαφής μετά την εφηβεία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχει σωματική ψυχολογική και κοινωνική αλλαγή στο άτομο.

Οι ψυχολόγοι προσπάθησαν από παλιά να περιγράψουν την ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας μέσα από διάφορες θεωρίες, οι οποίες όμως τονίζουν κυρίως την ψυχοκοινωνική πλευρά του ατόμου, μια και η γνωστική ανάπτυξη φαίνεται να σταθεροποιείται σε μεγάλο βαθμό κατά την ενήλικη ζωή. Άλλες θεωρίες τονίζουν τις γενετικές επιδράσεις που ασκούνται στην ανθρώπινη ανάπτυξη σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Ωστόσο, τέτοιου τύπου ερμηνείες δεν μπορούν να ερμηνεύσουν τον πλούτο της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ο οποίος διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Είναι γνωστή η διαμάχη «φύση ή ανατροφή», που αφορά τις επιδράσεις της κληρονομικότητας και του περιβάλλοντος στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η διερεύνηση του θέματος αυτού εξακολουθεί να γίνεται και σήμερα, με το ενδιαφέρον συμπέρασμα που προκύπτει από έρευνες διδύμων ότι η επίδραση της κληρονομικότητας αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας. Αυτό σημαίνει ότι προδιαθετικοί παράγοντες επηρεάζουν τα άτομα σε όλη τους τη ζωή, ακόμη και στην ενήλικη. Οι επιδράσεις αυτές δεν είναι πάντα άμεσες στην συμπεριφορά, όπως στις μικρές ηλικίες, αλλά ασκούνται μέσω των επιλογών του ατόμου και μάλιστα γίνονται εντονότερες καθώς το άτομο μόνο του επιλέγει από το περιβάλλον και προσδιορίζει αυτό που του ταιριάζει.

Η ύπαρξη ισχυρού κληρονομικού στοιχείου στην ανθρώπινη συμπεριφορά δεν σημαίνει ότι το περιβάλλον δεν παίζει ουσιαστικό ρόλο στην διαμόρφωση του ατόμου. Είναι γνωστές οι επιδράσεις τόσο της ελλιπούς διατροφής όσο και της εκπαίδευσης και του κοινωνικό-οικονομικού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη της νοημοσύνης του ατόμου (Neisser, 1997). Οι ψυχολογικές εμπειρίες του ατόμου κατά την παιδική ηλικία θεωρείται, επίσης, ότι επηρεάζουν μακροπρόθεσμα τη ζωή του ατόμου ως ενήλικα, αν και είναι δύσκολο να αποδείξει κανείς τις άμεσες αιτιακές σχέσεις ανάμεσα στις παιδικές εμπειρίες και την συμπεριφορά στην ενήλικη ζωή. Στην περίπτωση αυτή

παρακολουθώντας ή καταγράφοντας τα συμβάντα της ζωής του ατόμου, μπορούμε να διακρίνουμε σχέσεις ή «συνέπεια» ανάμεσα σε διάφορες καταστάσεις που έζησε το άτομο και τις αντιδράσεις του, και έτσι να συναγάγουμε συμπεράσματα για το πώς το περιβάλλον διαμορφώνει το άτομο.

Σήμερα δεν είναι πλέον αποδεκτή η ακραία θέση των συμπεριφοριστών που ανήγαγαν κάθε συμπεριφορά σε εξωτερικούς παράγοντες αλλά και των γενετιστών που αρνούνται τη δράση του περιβάλλοντος. Κάθε συμπεριφορά θεωρείται προϊόν σύνθετων αλληλεπιδράσεων ανάμεσα σε εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες και όχι μόνο γενετικών ή μόνο περιβαλλοντικών. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999,σελ. 178)

β) Αντιλήψεις και Θεωρίες περί Τρίτης Ηλικίας

Ο κατά συνθήκη προσδιορισμός ενός ηλιακού ορίου πέρα από το οποίο το άτομο αποσύρεται από την ενεργό παραγωγική διαδικασία, συνταξιοδοτείται και παραχωρεί τη θέση του σε νεότερους, είναι μια κοινωνική ανάγκη, που αποβλέπει στην εκπλήρωση ενός ηθικού χρέους στις προηγούμενες γενιές και επιχειρεί μια υγειονομική τακτοποίηση του κατά κανόνα ασθενέστερους και βιολογικά ηλικιωμένους.

Θεωρίες του γήρατος: Υπάρχει απεριόριστος αριθμός θεωριών για την εξήγηση του φαινομένου της υπερηλικίωσης, όλες οι θεωρίες καταλήγουν σε ένα κοινό σημείο:στη διαπίστωση ότι η υπερηλικίωση συνοδεύεται από εκφυλιστικές αλλαγές οι οποίες επιδρούν στην λειτουργική ικανότητα ολόκληρου του ανθρώπινου οργανισμού. Στη συνέχεια αναπτύσσονται οι πιο αξιολογες θεωρίες για το γήρας.

- **Θεωρία της Βιολογικής Ρύθμισης:** Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι υπάρχει στον οργανισμό του ατόμου ένας εσωτερικός «ρυθμιστής» που κυβερνά τον ρυθμό, τον χρόνο πολλαπλασιασμού, της ανάπτυξης, του μαρασμού και του θανάτου των κυττάρων. Μερική πιστεύουν ότι βρίσκεται στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στον υποθάλαμο. Άλλοι όμως υποστηρίζουν ότι κάθε κύτταρο έχει τον δικό του βιολογικό ρυθμιστή, του οποίου η λειτουργία εκπίπτει με την πάροδο του χρόνου και οδηγεί στο γήρας.
 - **Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων:** Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ραδιενέργεια, η ρύπανση, η υγρασία προκαλούν γενετική καταστροφή, η οποία οδηγεί στην γήρανση δημιουργώντας καταστροφή των κυττάρων.
 - **Θεωρία άθροισης αχρήστων προϊόντων:** Σταδιακή καταστροφή των κυττάρων που οφείλεται στα χημικά παράγωγα του οργανισμού.
 - **Θεωρία της Αυτοάμυνας:** Το αμυντικό δυναμικό του οργανισμού αποδυναμώνεται με την πάροδο του χρόνου και αυτή η ίδια διεργασία αποτελεί το γήρας. Τα λεμφοκύτταρα του θύμου αδένος γενικά επιτίθενται εναντίον κάθε βλαβερού κυττάρου που μπαίνει στον οργανισμό και το καταστρέφουν. Ο αριθμός των κυττάρων αυτών με την πάροδο του χρόνου ελαττώνεται και η άμυνα του οργανισμού πέφτει και ακολουθεί τον γήρας.
 - **Η Θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb):** Κατά τον Αμερικάνο φυσιολόγο Loeb κάθε ζωντανός οργανισμός από την γέννησή του έχει μέσα του μια ποσότητα ουσίας άγνωστης ακόμα, που σιγά-σιγά με την πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την ανταλλαγή της ύλης. Όταν η ουσία αυτή εξαντλείται, το άτομο γηράσκει και πεθαίνει.
 - **Η Θεωρία του Carrel:** Παρατηρεί ότι όλα τα κύτταρα κάτω από κατάλληλες συνθήκες, είναι δυνατόν να μείνουν αθάνατα και ότι το γήρας οφείλεται πιθανότατα σε αλλοίωση των χυμών που περιβάλλουν τα κύτταρα.
- (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α., 1993, σελ.179)

2) ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

α) ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι λειτουργίες των κυριότερων συστημάτων του ανθρώπου μπορούν να διακριθούν, ανάλογα με τη μεταβολή που υφίστανται με την ηλικία, σε τρεις γενικές ομάδες: τις σταθερές, τις ελαφρά επηρεαζόμενες, τέλος τις σημαντικά επηρεαζόμενες. Γενικά, όσο ταχύτερη ή συνθετότερη είναι η λειτουργία, τόσο περισσότερο επηρεάζεται με την ηλικία. Παρακάτω, οι λειτουργίες που ακολουθούν αποτελούν ευρήματα κυρίως σε άτομα διαφόρων ηλικιών, τα οποία δεν εμφανίζουν αρρώστια και αντιπροσωπεύουν αυτό που ονομάζεται «καθαρό» γήρας.

❖ **Κυκλοφορικό Σύστημα**

Το κυκλοφορικό σύστημα είναι εκείνο που εμφανίζει τις πιο χαρακτηριστικές μεταβολές με την ηλικία, τόσο ώστε η έκταση των αλλοιώσεων του θεωρείται γενικά ότι καθορίζει και το βαθμό γηράνσεως του ατόμου. « Δείξε μου τις αρτηρίες σου να σου πω την ηλικία σου », είναι κοινό ιατρικό γνωμικό. Ακόμη χαρακτηριστικότερα, έχει υπολογισθεί ότι αν οι θάνατοι από ασθένειες του κυκλοφορικού εμφανίζονταν, το προσδόκιμο επιβιώσεως θα ανέβαινε κατά 10 έτη σε κάθε ηλικία. Νοσήματα του κυκλοφορικού αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στον κόσμο σήμερα. Επειδή η συχνότητα καρδιοπαθειών που οφείλονται στη «νόσο» αρτηριοσκλήρωση αυξάνει ταυτόχρονα με την ηλικία, είναι πολύ δύσκολο να διαχωριστούν καρδιολογικές μεταβολές οφειλόμενες σε μόνη την ηλικία, από εκδηλώσεις αρτηριοσκλήρωσεως ως ασθένειας. (Δοντάς, Α. 1981, σελ. 51)

❖ Αναπνευστικό Σύστημα

Ο πνεύμονας στη μεγάλη ηλικία εμφανίζει σημαντικές ανατομοφυσιολογικές διαφορές από τον πνεύμονα του νέου ατόμου. Αποτέλεσμα των μεταβολών αυτών είναι δύο βασικές διαταραχές της ανατομικής του πνεύμονα του ηλικιωμένου ατόμου: α) ο περιορισμός της ολικής αναπνευστικής επιφάνειας και β) η εμφάνιση εμποδίων στην ελεύθερη δίοδο του αέρα. Εμφύσημα λέγεται η αύξηση, πάνω από το φυσιολογικό, του όγκου του αέρα που κείται περιφερικότερα από τα τελικά βρογχιόλια. Βρογχικό άσθμα πάλι ονομάζεται κάθε οξύ εμπόδιο στην ελεύθερη διακίνηση του αέρα.

Λειτουργικές εκδηλώσεις των μεταβολών αυτών είναι η ελάττωση της ζωτικής χωρητικότητας και του όγκου βίαιας εκπνοής σε κλάσματα δευτερολέπτου. Η ελάττωση της ζωτικής χωρητικότητας σε συνδυασμό με την προοδευτική αδυναμία των αναπνευστικών μυών καταλήγει σε σημαντική ελάττωση του μεγίστου αναπνευστικού ορίου. Φυσιολογικό αποτέλεσμα, ειδικότερα στους καπνιστές, που εμφανίζουν αύξηση της κυψελιδο-αρτηριακής διαφοράς οξυγόνου, είναι ο περιορισμός του μεγίστου έργου που μπορεί να γίνει, με την πάροδο της ηλικίας. (Δοντάς, Α. 1981, σελ. 58)

❖ Νεφροί

Με την πάροδο της αναπτυξιακής ηλικίας παρατηρείται μία λειτουργική έκπτωση του ιστού των νεφρών. Οι νεφροί είναι μαζί με τους πνεύμονες, τα δύο όργανα των οποίων η λειτουργική έκπτωση με την ηλικία καθορίζει ένα μέγιστο όριο της διάρκειας ζωής του ανθρώπου.

- Αιμοδυναμικές λειτουργίες. Οι δύο κύριες αιμοδυναμικές λειτουργίες (η νεφρική πλασματική ροή και η σπειραματική διήθηση) ελαττώνονται. Τα κυριότερα αίτια των ελαττώσεων αυτών είναι κυκλοφορικά, μηχανικά κωλύματα και λοιμώξεις.

- Πρόσθιες σωληναριακές λειτουργίες. Η μέγιστη ικανότητα απεκκρίσεως ασθενών οξέων είναι λειτουργία συνδεδεμένη με τη δραστηριότητα των επιθηλίων των σωληναρίων α' τάξεως. Η ελάττωση του επιπέδου Tm για όλες αυτές τις ουσίες με την πάροδο της ηλικίας παρακολουθεί στενά την ελάττωση της σπειραματικής διηθήσεως. Σύμφωνα με αυτήν κάθε νευρική βλάβη καταλήγει στην απώλεια ολόκληρων νεφρώνων.

- Σωληναριακές λειτουργίες άπω νεφρώνος. Ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν συχνά ελάττωση της ικανότητας να συμπυκνώσουν τα ούρα τους μετά στέρηση ύδατος. Η διαταραχή αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία στο γήρας, διότι συμβαδίζει με περιορισμό της σπειραματικής διηθήσεως, επομένως με αναγκαστική υπερλειτουργία των υπόλοιπων άθικτων σπειραμάτων. Συνήθεις μεταβολικές διαταραχές είναι ο διαβήτης, χρόνιες ηλεκτρολυτικές διαταραχές, όπως η ελάττωση του καλίου ή η αύξηση του ασβεστίου του αίματος. (Γκούμας-Κουτσιόπουλος, 1989, σελ.518)

❖ **Σκελετικό σύστημα**

Με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζεται μία χαρακτηριστική οστική αραιώση σε όλο το σκελετό, η οποία ονομάζεται διεθνώς οστεοπόρωση. Ποικίλοι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την ερμηνεία της γενικευμένης και προοδευτικής αυτής οστεοπενίας, κυριότεροι από τους οποίους θεωρούνται η διαίτα, ορμονικές μεταβολές και η ελαττωμένη σωματική δραστηριότητα στη μεγάλη ηλικία. (Δοντάς, Α. 1981, σελ.70).

❖ **Γαστρεντερικό σύστημα**

Το αίσθημα της πείνας εξαρτάται από την ακεραιότητα των αισθητηρίων της γεύσεως και οσφρήσεως, καθώς και την καλή κινητικότητα του ανωτέρου πεπτικού συστήματος. Στη μεγάλη ηλικία σημαντικός αριθμός ατόμων, έχουν

σοβαρή μείωση της ευαισθησίας ή πλήρη αναισθησία των δύο αυτών αισθητηρίων. Εκτός από την όρεξη, με την ηλικία πάσχει και η ικανότητα κατεργασίας-πέψεως στο στόμα. Στο στομάχι υπάρχει συχνότατα ελάττωση του υδροχλωρικού οξέος και του ενδογενούς παράγοντα, ιδίως σε χρόνιες γαστρίτιδες. Η κινητικότητα του εντέρου είναι η κυριότερη από τις ποικίλες εκκριντικές, απορροφητικές κ.λ.π. λειτουργίες του εντέρου που είναι σαφώς ελαττωμένα κατά το γήρας. Κατά συνέπεια, η μόνη διαταραχή του γαστρεντερικού με πρακτική σημασία στη μεγάλη ηλικία είναι η δυσκοιλιότητα, η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί νωρίς και σχετικά εύκολα με αλλαγή του τρόπου διαίτης και ζωής. (Γκούμας-Κωτσιόπουλος, 1989, σελ.519)

❖ **Αιμοποιητικό σύστημα**

Διαταραχές του περιφερικού αίματος οφειλόμενες στην ηλικία αυτή καθ'εαυτή δεν είναι αξιόλογες. Η ελάττωση ανδρογόνων, η συχνή ανάπτυξη λοιμώξεων, νεφροπαθειών, ενδοκρिनοπαθειών, διαταραχών της απορροφήσεως σιδήρου ή βιταμινών, γενικότερα η ελαττωματική γενική διατροφή, συμβάλουν στην βραδεία ελάττωση του ερυθρού μυελού, ο οποίος αντικαθίσταται από λίπος. Ως αποτέλεσμα αυτού, ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων στο αίμα ελαττώνεται με την ηλικία, ενώ παράλληλα ο μέσος όγκος των ερυθρών γίνεται κάπως μεγαλύτερο. (Δοντάς, Α. 1981, σελ.70)

❖ **Αισθητήρια Όργανα**

Η ευαισθησία του αισθητηρίου της οσφρήσεως ελαττώνεται με την ηλικία. Και τα δύο κυριότερα αισθητήρια υφίστανται με την πάροδο των ετών μείωση της ευαισθησίας τους: Οι ωτολογικές μεταβολές μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες:α) στην πρεσβυακουσία, που αποτελεί την κυριότερη παθοφυσιολογική μεταβολή του γήρατος και β) σε απώλειες

ακουστικής οξύτητας επακόλουθες τραυματισμού, ηχητικών τραυμάτων, ωτοσκλήρυνσης, μέσης ωτίτιδας και της νόσου Meniere.

Για τους λόγους αυτούς συνιστάται σήμερα αύξηση του φωτισμού σε χώρους όπου εργάζονται άτομα μεγάλης ηλικίας. Για τον ίδιο λόγο δεν είναι φρόνιμο να οδηγού ή έστω και να περπατούν ηλικιωμένα άτομα στο σκοτάδι, όταν δυνατά φώτα τους φωτίζουν κατά πρόσωπο. (Δοντάς, Α. 1981, σελ.85)

❖ **Ενδοκρινικές Μεταβολές**

Οι ενδοκρινικές μεταβολές με την ηλικία προέρχονται από τρεις βασικούς λόγους: α) Την ελάττωση της ικανότητας συνθέσεως και εκκρίσεως ορμονών κατά αδενικό κύτταρο β) Διαταραχές της μεταφοράς των ορμονών προς τα όργανα-στόχους και γ) Τη μείωση της ικανότητας των οργάνων-στόχων να απαντήσουν στο χημικό ερέθισμα.

Οι γεννητικές ορμόνες αρχίζουν να ελαττώνονται στην ώριμη γυναίκα λίγο πριν από την εμμηνόπαυση. Ασθενέστερη και πιο αργοπορημένη είναι η ελάττωση των ανδρογόνων ορμονών, διότι τα ενδιάμεσα κύτταρα του όρχεως δεν υφίστανται μεταβολές κατά τη μέση ηλικία. Η κορτικοτροφίνη δεν υφίσταται μεταβολές με την ηλικία. Παραταύτα στη μεγάλη ηλικία παρατηρείται ελάττωση του βασικού μεταβολισμού που οφείλεται στη μείωση του ολικού αριθμού κυττάρων του σώματος. Συνήθως η ικανότητα του τελικού οργάνου-στόχου να απαντήσει σε γνωστό ερέθισμα υφίσταται πτώση κατά το γήρας, το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ινσουλίνη και οι υποδοχείς της. (Δοντάς, Α. 1981, σελ.99).

❖ **Σεξουαλικές Μεταβολές**

Μέχρι τελευταία εθεωρείτο ότι η σεξουαλικότητα της γυναίκας ελαττώνεται αρκετά γρήγορα με την εμμηνόπαυση. Αυτό αποδινόταν τόσο στις

διάφορες σωματικές μεταβολές όσο και σε ψυχολογικές επιπτώσεις του κλιμακτηρίου. Η διατήρηση ικανοποιητικής σωματικής εμφανίσεως με τις σημερινές αισθητικές-ιατρικές δυνατότητες, όπως και η απαλλαγή από το δέος νέας εγκυμοσύνης, είναι παράγοντες οι οποίοι ικανοποιούν τον εγωισμό και την αυτοπεποίθησή της και συντηρούν μία σχετικά κανονική σεξουαλικότητα. Στην προχωρημένη εμμηνόπαυση, η ατροφία του κολπικού βλεννογόνου από έλλειψη οιστρογόνων μπορεί να μετατρέψει τη συνουσία σε επώδυνη πράξη, πράγμα που περιορίζει τη διάθεση της γυναίκας. (Tucker, N., 1999, σελ. 39)

Ο άνδρας πάλι δεν έχει κλιμακτηριακές μεταβολές ανάλογες με αυτές που παρουσιάζονται στη γυναίκα. Βέβαια παρατηρείται μία προοδευτική ελάττωση της συχνότητας επαφών και του γενικότερου σεξουαλικού ενδιαφέροντος με την ηλικία, σχετικά λιγότερο όμως από ότι η γυναίκα και λιγότερο στους έγγαμους από ότι στους χήρους, διαζευγμένους ή ανύπαντρους. Επίσης λιγότερο ελαττώνεται η δραστηριότητα σε άτομα με μεγαλύτερες αναπνευστικές εφεδρείες και διάμετρο θώρακος. Γενικά άντρες πάνω από τα 60 αναφέρουν σεξουαλικές επαφές περίπου μία φορά την εβδομάδα, αλλά οι δυνατότητες πραγματώσεων είναι σαφώς ανώτερες, εξαρτώνται από την «κατάλληλη διέγερση».

Οι παράγοντες που συμβάλουν στην προοδευτική κάμψη της σεξουαλικής πράξης είναι οι ακόλουθοι:

- Η μονοτονία των επανειλημμένων σχέσεων.
- Παρουσία γενικής ή τυπικής ασθένειας ή ψυχικών διαταραχών.
- Έντονα προβλήματα οικονομικά, κοινωνικά ή ψυχολογικά.
- Κατάχρηση φαγητού ή ποτού.
- Ο φόβος αποτυχίας της σεξουαλικής πράξεως λόγω των παραπάνω.

Πάντως, τόσο η γυναίκα όσο και ο άντρας των 50-80 ετών μπορούν να συνεχίζουν σχετικά ομαλή σεξουαλική συμπεριφορά, εφόσον διατηρούν

ορισμένες σωματικές και ψυχολογικές προϋποθέσεις υγείας. (Μάνος, Ν., 1997, σελ. 225).

❖ **Καρδιολογικά Προβλήματα**

Ενώ οι καρδιοπάθειες από διάφορες αιτιολογίες αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτων σε όλες τις τεχνολογικά αναπτυγμένες χώρες και μετά την ηλικία των 65 ετών αποτελούν τα 2/3 όλων των αιτιών θανάτων σε κάθε χώρα, η ακριβής συχνότητα καρδιοπάθειας σε κλινικό υλικό είναι πολύ δύσκολο να καθορισθεί. Κάποια από τα σημαντικότερα καρδιολογικά προβλήματα είναι:

- Αρρυθμίες
- Στεφανιαία νόσος
- Βαλβιδικές καρδιοπάθειες
- Βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα
- Πνευμονική εμβολή
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- Υπέρταση

❖ **Νευρολογικά Προβλήματα**

Η εξέταση του νευρικού συστήματος και η εκτίμηση ανωμαλιών του σε ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζει ειδικά προβλήματα όπως τα εγκεφαλικά σύνδρομα. Τα συνηθέστερα εγκεφαλικά σύνδρομα είναι τα εξής:

- Γενικευμένη αρτηριοσκλήρωση.
- Εντοπισμένη αρτηριακή ανεπάρκεια.
- Διάχυτη μη αγγειακή εγκεφαλική ανεπάρκεια.

❖ **Παρκινσονισμός**

Το όχι σπάνιο αυτό σύνδρομο της μεγάλης ηλικίας έχει ποικίλα αίτια, οι κλινικές του όμως εκδηλώσεις μικρές μόνο διαφορές παρουσιάζουν, ανάλογα με την αιτιολογία. Τα βασικά συμπτώματα είναι τρία: τρόμος, δυσκαμψία και υποκινησία. Υπάρχουν τέσσερα είδη Παρκινσονισμού:

- Αρτηριοσκληρυντικός Παρκινσονισμός
- Κλασσικός Παρκινσονισμός
- Μεγκεφαλιτιδικός Παρκινσονισμός
- Καλοήθης τρόμος των άκρων

❖ **Ορθοπεδικά και Κινητικά Προβλήματα**

Η παράταση του μέσου χρόνου ζωής έχει ως αποτέλεσμα στις μέρες μας την αύξηση των ορθοπεδικών παθήσεων σε υπερηλίκους, ώστε στα περισσότερα ορθοπεδικά κέντρα μεγάλος αριθμός ασθενών υπερβαίνει την ηλικία των 70 ετών και ορισμένοι ορθοπεδικοί θάλαμοι δίνουν την εντύπωση γηριατρικών μονάδων. Ο μεγάλος αριθμός ορθοπεδικών ασθενών στα νοσοκομεία οφείλεται αφενός μεν στην αύξηση των τροχαίων και οικιακών ατυχημάτων, αφετέρου δε στο ότι πολλές ασθένειες, εξελισσόμενες στο χρόνο, φτάνουν σε τέτοιο σημείο αναπηρίας, που αναγκάζουν τον υπερήλικο ασθενή να ζητήσει τη βοήθεια του ειδικού για αποκατάσταση.

Καταγματίες: Σήμερα, η Χειρουργική Ορθοπεδική προσφέρει πολλά στους ασθενείς αυτούς που παλαιότερα ήταν καταδικασμένοι και αν ακόμη επιβίωσαν από το οξύ στάδιο, να παραμείνουν κατάκοιτοι και αβοήθητοι.

Είναι γνωστό ότι οι υπερήλικοι, εφόσον αναγκασθούν να παραμείνουν στο κρεβάτι για μεγάλο χρονικό διάστημα, αφενός μεν ψυχικώς επηρεάζονται άσχημα, αφετέρου κινδυνεύουν από πληθώρα επιπλοκών. Αυτό γίνεται περισσότερο έντονο στα κατάγματα, όπου υπεισέρχεται ο παράγοντας πόνος, που καθηλώνει τον ασθενή χωρίς να του επιτρέπει την παραμικρή κίνηση, ακόμη και το σοκ της κακώσεως που είναι δυνατό, σε βραχύ χρονικό διάστημα,

να αποδιοργανώσει ασθενείς, φαινομενικά τουλάχιστον υγιείς πριν του τραυματισμού.

Βασικές γραμμές για τον υπερήλικο καταγματία είναι η όσο το δυνατόν ταχύτερη χειρουργική επέμβαση, η έξοδος από το Νοσοκομείο και η μεταφορά στο φυσικό τους περιβάλλον.

❖ **Άτομα με Χρόνια Κινητικά Προβλήματα που επιδέχονται εγχείρηση**

Η δεύτερη μεγάλη κατηγορία ηλικιωμένων ορθοπεδικών ασθενών αφορά άτομα που πάσχουν από μία χρόνια εξελικτική νόσο, η οποία βαθμιαία φθάνει στο σημείο να τα καταστήσει σχεδόν ανάπηρα. Άτομα στην κατηγορία αυτή είναι όσα πάσχουν από εκφυλιστική αρθρίτιδα του ισχίου ή του γόνατος ή των χεριών, που καθιστούν τον ασθενή ανίκανο να αυτοεξυπηρετηθεί, από εκφυλιστικές ή άλλες παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, που αποτελούν συνήθως λιγότερο σημαντικό πρόβλημα, από μεταστατικές νεοπλασίες οπουδήποτε στο σκελετό, από τη νόσο Paget των άκρων και τέλος όσα έχουν παραμορφώσεις των ποδιών που καθιστούν τη βάρδια επώδυνη και προβληματική.

Γενικά, στους ασθενείς με χρόνια κινητικά προβλήματα σπανίως απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση, γι' αυτό και είναι επιτακτική η ανάγκη προσεκτικού και λεπτομερούς παθολογικού ελέγχου.

❖ **Ασθενείς μη επιδεχόμενοι χειρουργική θεραπεία**

Στην τρίτη μεγάλη κατηγορία ανήκουν ασθενείς, στους οποίους η γενική κακή κατάσταση δεν επιτρέπει καμία χειρουργική πράξη, είτε πρόκειται για τραυματικές παθήσεις, είτε όχι. Στις περιπτώσεις αυτές η προσφορά της ορθοπεδικής είναι μικρή, ενώ η γενικότερη νοσηλεία του ανήκει περισσότερο στην παθολογία. Βεβαίως σε χρόνιες παθήσεις λίγα έχει κανείς να προσφέρει

και δέχεται αναγκαστικά την πλήρη αναπηρία, είτε στο κρεβάτι είτε στην αναπηρική πολυθρόνα.

Είναι προφανές ότι η νοσηλεία τέτοιων ασθενών είναι προβληματική αν όχι αδύνατη στο σπίτι, ενώ παράλληλα η παραμονή τους στα Γενικά Νοσοκομεία δημιουργεί τεράστια προβλήματα οικονομικά, κοινωνικά και άλλα. Παρά ταύτα είναι επιτακτική και για τους ασθενείς αυτούς η μέριμνα, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται κατά το δυνατό ένα αξιοπρεπές υπόλοιπο ζωής, απαλλαγμένο από πόνους, κακή περιποίηση, κατακλίσεις, τόσο συχνές στις περιπτώσεις αυτές, κ.α. (Δοντάς, Α., 1981, σελ. 98)

β) ΨΥΧΟΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Όταν γίνεται εκτίμηση μιας ψυχική ασθένειας, κρίνουμε, κατά βάση, το εάν η συμπεριφορά του συγκεκριμένου ατόμου είναι φυσιολογική ή όχι. Προϋπόθεση γι' αυτό είναι να γνωρίζουμε πώς είναι η φυσιολογική ανθρώπινη συμπεριφορά και οι αντιδράσεις γενικά, και ειδικά ποια είναι η φυσιολογική συμπεριφορά του αρρώστου μας. (Παπασπυρόπουλος, Α., 1991, σελ. 27)

i) Κατάθλιψη (Μελαγχολία)

Στην ηλικία των 60 ετών κάθε άτομο έχει χάσει σημαντικό αριθμό νευρικών κυττάρων, ταυτόχρονα δεν υφίσταται, σε σύντομη χρονική αλληλουχία, κοινωνική καθίζηση, απώλειες άμεσων συγγενών, συζύγου, τέλος προσβολές μίας τουλάχιστον σοβαρής νόσου. Όλα αυτά συνδυάζονται με σημαντική μείωση της κινητικότητάς του και της αποδόσεως των δύο κυρίων αισθητηρίων, οράσεως και ακοής. Ταυτόχρονα, η οικονομική κατάσταση του ατόμου χειροτερεύει. Για να προσαρμοσθούν στις μεταβολές αυτές τα

περισσότερα άτομα αποβάλλουν βαθμιαία τους κοινωνικούς ρόλους που είχαν ως εκείνη τη στιγμή με τις ειδικές ευθύνες που πηγάζουν από αυτούς τους ρόλους. Σιγά-σιγά, ένας εσωστρεφισμός αντικαθιστά τη συνηθισμένη εξωστρεφική προσωπικότητα του μεσήλικου. Αν οι περιβαλλοντικές μεταβολές είναι πολύ γρήγορες ή εκτεταμένες η αποσύνδεση από την κοινωνία και η ιδιότυπη ενδοστρεφής αντίδραση μπορούν να γίνουν γρήγορες και έντονες, να χαρακτηρισθούν ως «αντιδραστική» ψυχοπαθολογική κατάσταση, με χαρακτήρες της καταθλίψεως. Καμιά φορά ένα σοβαρό επεισόδιο υγείας, μπορεί να είναι εκλυτικό αίτιο κατάθλιψης. Σπανιότερα, η ψυχοπαθολογική αυτή αντίδραση παίρνει τους χαρακτήρες του άγχους. (Μάνος, Ν., 1997)

Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς, στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημπόριας είναι πολύ πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία, δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον, υποβαθμίζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες. (Παγοροπούλου, Α., 2000, σελ. 19)

Η κατάθλιψη γίνεται συχνότερη: α) με την ηλικία, β) όσο χειρότερη είναι η κατάσταση υγείας και γ) σε αποτυχημένη κοινωνική ένταξη του ατόμου. Στενή σχέση υπάρχει επίσης μεταξύ κατάθλιψης και αυτοκτονίας. Όσο μεγαλύτερη ηλικία, τόσο οι απόπειρες αυτοκτονίας καθώς και η αποτελεσματικότητά τους γίνονται συχνότερες, ειδικά στους άνδρες και τους μήνες Μάιο και Ιούνιο. Αυτό τονίζει την ανάγκη της γενικότερης κοινωνικής πρόνοιας γι' αυτή την τάξη ανθρώπων.

Ενώ οι έμμεσες αιτίες κατάθλιψης έχουν σχέση με την προοδευτική ανικανότητα του ατόμου να κινείται άνετα μέσα στο ευρύ «ατομικό ζωτικό χώρο» της μέσης ηλικίας, σε συνδυασμό με αδιάλειπτα αυξανόμενες απαιτήσεις του περιβάλλοντος, το άμεσο αίτιο είναι συνήθως ένα συγκεκριμένο ψυχοτραυματικό γεγονός. (Παγοροπούλου, Α., 2000, σελ. 59)

Η θεραπευτική της κατάθλιψης πρέπει να είναι ταυτόχρονα αιτιολογική και συμπτωματική. Αιτιολογική διόρθωση ή «επανακοινωνικοποίηση» του ατόμου, ειδικά των γυναικών, είναι στόχος εύκολος, συνάμα όμως παραμελημένος στην αστική Ελλάδα. Στις αγροτικές περιοχές της χώρας μας η κοινωνική διόρθωση και συνοχή δίνουν στον ηλικιωμένο πολύ έντονο το συναίσθημα ότι εξακολουθεί να αποτελεί ουσιαστικό μέλος μιας λειτουργικής μονάδας, αντίθετα προς την αποσύνδεση, εκλεκτική αρχικά, υποχρεωτική και ολική αργότερα, που είναι ο κανόνας στα αστικά κέντρα. Η προσπάθεια για την επανακοινωνικοποίηση του ηλικιωμένου αστού απαιτεί στις συντονισμένες ενέργειες ιατρού, κοινωνικού λειτουργού ή επισκέπτριας αδελφής, συγγενών κ.λ.π. (Παγοροπούλου, Α., 2000, σελ. 64)

Η συμπτωματική θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνει τη χρήση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, ταχείας ή επιβραδυνόμενης δράσεως, φαινοθειαζινών κ.α., με στενή παρακολούθηση δόσεων-απαντήσεως. Η δοσολογία διαφέρει από άτομο σε άτομο, γι' αυτό συμφέρει η θεραπεία να αρχίζει με μικρές δόσεις, οι οποίες αυξάνονται προοδευτικά. Κλινική βελτίωση περιμένει κανείς σιγά-σιγά γι' αυτό το λόγο η θεραπεία δεν πρέπει να διακόπτεται πριν συμπληρωθεί 1 ή 1 ½ μήνας. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά προκαλούν διάφορες αρρυθμίες, που σε συνδυασμό με κοιλιοκοιλιακές και ενδοκοιλιακές διαταραχές αγωγής είναι υπεύθυνες για αιφνίδιους θανάτους, το ποσοστό των οποίων κυμαίνεται γύρω στο 10% των υπό θεραπεία ατόμων. Στη μεγάλη ηλικία, όπου η σοβαρότητα της καταθλίψεως και η ανάγκη θεραπείας της είναι πιο αισθητές, η σκληρυντική καρδιοπάθεια αποτελεί σταθερό υπόστρωμα, γι' αυτό και οι δόσεις πρέπει να αυξάνονται προσεκτικά ή να χρησιμοποιούνται νεώτερα αντικαταθλιπτικά που δεν προκαλούν αρρυθμίες.

Δυστυχώς, η αντιαρρυθμική ιδιότητα συνοδεύεται από υπνηλία, πράγμα που περιορίζει τη χρησιμότητα τέτοιων ουσιών. Αφετέρου, οι περισσότερες φαινοθειαζίνες, εκτός από τις εξωπυραμιδικές τους παρενέργειες προκαλούν και

δυσκινησιακά σύνδρομα των μυών προσώπου-στόματος που εμφανίζονται σε χρόνια λήψη, με αποτέλεσμα δυσχέρειες εκφράσεως. (Παπασπυρόπουλος, Α., 1991, σελ. 107)

Εκλυτικά αίτια κατάθλιψης στη μεγάλη ηλικία είναι για καθένα από τα δύο φύλα τα ακόλουθα:

- Γυναίκες: - Αντίξοες συνθήκες κατοικίας
 - Χηρεία
 - Κακή υγεία
 - Κακή υγεία συγγενούς
 - Αστοργία παιδιών, συζύγου
 - Οικονομικές δυσχέρειες
- Άνδρες: - Κακή υγεία
 - Αντίξοες συνθήκες κατοικίας
 - Χηρεία
 - Κακή υγεία συγγενούς
 - Αστοργία παιδιών
 - Αναγκαστική συνταξιοδότηση
 - Οικονομικές δυσχέρειες

Τα δυσάρεστα γεγονότα είναι λίγο ως πολύ αναμενόμενα στη διάρκεια της μεγάλης ηλικίας, γι' αυτό και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι τα αντιμετωπίζουν με ψυχραιμία. Οι λεγόμενες «καταθλιπτικογενείς γνωσίες» είναι εκείνες που οδηγούν το ηλικιωμένο άτομο σε κάποια μορφή κατάθλιψης μέσα από τις ακόλουθες τρεις οδούς:

- α) Μη ρεαλιστικές προσδοκίες
 - β) Απόδοση υπερβολικού νοήματος σε καθημερινά γεγονότα
 - γ) Αξίες τις οποίες θεωρεί ξεπερασμένες, άρα συνιστούν απαξίες.
- (Παγοροπούλου, Α., 2000, σελ.26)

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να κάνουν απολογισμό του παρελθόντος και να σκέπτονται έντονα το παρόν, διατυπώνοντας αξιολογικές κρίσεις. Εάν η συνολική εκτίμηση των καταστάσεων είναι θετική, τότε ηρεμούν και δεν αναπτύσσουν αρνητικές γνώσεις. Εάν όμως η συνολική εκτίμηση είναι αρνητική, τότε εμφανίζονται ευάλωτοι στην εισβολή καταθλιπτικογενών γνωσιών. (Yost et al., 1986)

ii) Άγχος

Άλλη συχνή μορφή κοινής ψυχοπαθολογικής αντιδράσεως, που εμφανίζεται σε κάπως νεώτερη ηλικία από την κατάθλιψη, είναι το άγχος. Το άγχος είναι ένα ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή, που, καθώς δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο, δεν μπορεί να αποφευχθεί από το άτομο, το οποίο και εξουθενώνεται. Αυτό είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα, που μπορεί να συνοδεύεται από σωματικά ενοχλήματα στο θώρακα ή στην κοιλιά, με υποχονδριακές απασχολήσεις για τα έντερα και με γενικότερη ανησυχία. Κατά κανόνα τα συμπτώματα αυτά δεν εμφανίζονται «εξ' ουρανού», δηλαδή τα περισσότερα άτομα με αγχώδεις αντιδράσεις είχαν στα νιάτα τους ψυχονευρωτικά συμπτώματα, διαφορετικού όμως χαρακτήρα, με υστερικές, φοβικές ή καταθλιπτικές εκδηλώσεις. Οι υποχονδριακές εκδηλώσεις, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και ένα περίεργο αίσθημα κοπώσεως χωρίς σωματική βάση, δεν αποτελούν, κατά τον Post (1965), «σοβαρές διαταραχές» της προσωπικότητας, αλλά τείνουν να εμφανίζονται κατά κύματα, ανάμεσα σε περιόδους φυσιολογικής συμπεριφοράς, πάντως μπορούν να είναι το πρώτο σύμπτωμα βαθύτερης καταθλιπτικής καταστάσεως. Επομένως ο διαχωρισμός

της σοβαρής μελαγχολίας, όχι οργανικής από τις οργανικές δεν είναι πάντοτε εύκολος. Όπως και η κατάθλιψη, το άγχος γίνεται πολύ συχνότερο στη μεγάλη ηλικία.

Τα αίτια που εκλύουν την αγχώδη αντίδραση είναι ποικίλα, όπως και στη κατάθλιψη. Διαπροσωπικές δυσχέρειες με μέλη της οικογένειας, προβλήματα εξαρτήσεως, ειδικά όταν οι σχέσεις εξαρτήσεως με τα παιδιά αντιστραφούν, είναι συνηθισμένα εκλυτικά αίτια, αντίθετα προς οικονομικές δυσχέρειες ή πραγματικά σωματικές αρρώστιες, τις οποίες ο ηλικιωμένος έχει συνηθίσει να δέχεται ως αναπόφευκτους συνοδούς της ηλικίας. Πρέπει να τονισθεί ότι το άγχος και η κατάθλιψη σπάνια παρουσιάζονται μόνο σε καθαρή μορφή. Στην πράξη, διαταραχές του χαρακτήρα και της προσωπικότητας, ψυχοσωματικές και ψυχονευρωτικές εκδηλώσεις, ακόμη και διαταραχές νοημοσύνης εμφανίζονται σε αλληλουχία ή ταυτόχρονα, μολονότι μία από όλες προέχει. Τα πρώτα στάδια της γεροντικής άνοιας καλύπτονται συνήθως κάτω από αγχώδεις ή καταθλιπτικές εκδηλώσεις. Η θεραπεία του άγχους συνήθως δεν έχει επιτυχία αν δεν αλλάξουν οι συνθήκες ζωής, μολονότι τα υπάρχοντα ηρεμιστικά βοηθούν σημαντικό ποσοστό υπερηλίκων (Δοντάς, Α., 1981, σελ. 268)

iii) Ο Φόβος του Θανάτου

Αργά συνειδητοποιείται στη χώρα μας ότι μεγάλο μέρος της ιατρικής φροντίδας προσφέρεται σε άτομα που δεν πρόκειται να επιζήσουν από την αρρώστια τους. Και μολονότι ξένες στατιστικές τονίζουν ότι στους πέντε αρρώστους που πεθαίνουν οι τέσσερις έχουν συνειδητοποιήσει το επικείμενο γεγονός, στον τόπο μας το πρόβλημα του θανάτου εξακολουθεί να θεωρείται «εκ των απορρήτων».

Το φαινόμενο όμως δεν είναι μόνο σύγχρονο Ελληνικό: σε όλη την ιστορία της ανθρωπότητας καμιά άλλη κοινωνία δεν απομόνωσε το θάνατο από

την κοινή ζωή όσο η φωτισμένη από την Επιστήμη των δύο τελευταίων αιώνων.

Οι άρρωστοι απομακρύνονται από την οικογένειά τους σε κλειστά Ιδρύματα, με ειδών-ειδών περιορισμούς, η πιθανότητα θανάτου δεν συζητείται συνήθως από τον γιατρό με τους ίδιους ή τους οικείους, και όταν φθάσει η στιγμή του θανάτου, κάθε συνεννόηση γίνεται με μισόλογα πίσω από κλειστές πόρτες και με τους λιγότερους δυνατόν μάρτυρες.

Αν ο θάνατος σε κάθε ηλικία προκαλεί αναπόφευκτα δυσβάστακτα αισθήματα, που αντιμετωπίζονται όμως από ομάδα ειδικών, στην περίπτωση αρρώστων μεγάλης ηλικίας τα προβλήματα αντιμετωπίζονται από άτομα χωρίς ειδική εκπαίδευση συνήθως στο «ζωτικό» αυτό θέμα. Κι αυτό γιατί στον ηλικιωμένο ο θάνατος θεωρείται «πιο φυσικός» από ότι σε ένα μέσης ή νεαρής ηλικίας άτομο. Έτσι αν ο ηλικιωμένος πεθάνει στο σπίτι του, ο κυριότερος παραστάτης είναι ο ή η σύζυγος και η αποκλειστική αδελφή, ύπαρξη με λίγη προπαίδεια και μέτριο συνήθως ενδιαφέρον. Το μεγάλο πλεονέκτημα για τον ηλικιωμένο που περνάει το κατώφλι του θανάτου στο κρεβάτι του είναι ότι το οικιακό περιβάλλον του είναι γνώριμο και η παρουσία γνωστών παραστάσεων και ατόμων εξασκεί ευεργετική αντίδραση στον ψυχισμό του. (Πουλοπούλου-Έμκε, Η., 1980)

Σε αυτή την ηλικία οι ηλικιωμένοι συζητούν πολύ συχνά για τον θάνατο. Παρόλα αυτά όμως σχεδόν κανείς δεν είναι πραγματικά συναισθηματικά προετοιμασμένος για αυτόν. Ο φόβος για το άγνωστο δεν παύει να υπάρχει ούτε σε αυτήν την ηλικία. (Καστενμπάουμ, Ρ., 1982).

iv) Alzheimer

Η νόσος του Alzheimer είναι δύσκολο να διακριθεί στα πρώτα στάδια από τις γνωστικές διαταραχές που σχετίζονται με την ηλικία αλλά η βαθμιαία

επιδείνωση της μνήμης πρόσφατων γεγονότων, της ευφράδειας και του χωρικού προσανατολισμού έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση της αυτονομίας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Μερικοί διακρίνουν τρία κλινικά στάδια στη ΝΑ (Νόσος Alzheimer) και άλλοι επτά (Κλίμακα Σφαιρικής Εκτίμησης). Στο πρώτο στάδιο της νόσου παρατηρούνται διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού ως προς τον χρόνο και λιγότερο ως προς το χώρο, κατονομαστικές και κατασκευαστικές διαταραχές της μνήμης, καθώς και αδιαφορία. Στο δεύτερο στάδιο παρατηρούνται διαταραχές του λόγου, έντονες διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού και γενικότερα είναι διαταραγμένες όλες οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες. Στο τελικό στάδιο παρατηρείται ηχολαλία, παλιλαγία, ή βωβότητα. Η μνήμη, ο προσανατολισμός και οι νοητικές λειτουργίες δεν μπορούν να ελεγχθούν. Υπάρχει ακράτεια και αρχίζουν να εκπίπτουν και οι κινητικές λειτουργίες.

Με βάση κριτήρια βαρύτητας, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου, μπορεί να διακρίνει κανείς τη ΝΑ σε ήπια, όταν παρατηρείται διαταραχή στην εργασία και στις κοινωνικές υποχρεώσεις, αλλά παραμένει η δυνατότητα για ανεξάρτητη ζωή, με σχετικά ανέπαφη κρίση και επαρκή προσωπική υγιεινή, σε μέσης βαρύτητας, όταν απαιτείται κάποια επίβλεψη και η ανεξαρτησία είναι προβληματική, και σοβαρή, όπου απαιτείται συνεχής επίβλεψη, διότι υπάρχει αδυναμία για διατήρηση έστω και ελάχιστης προσωπικής υγιεινής και ο ασθενής ή είναι ασυνάρτητος ή παρατηρείται βωβότητα.

Παράγοντες για τη ΝΑ είναι:

- Η ηλικία
- Το οικογενειακό ιστορικό

- ο Προφυλακτικοί παράγοντες (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Τσολάκη, Κ., 1999, σελ. 318)

γ) ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ - ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ - ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Ένα οποιοδήποτε άτομο μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο ενσωματωμένο στην κοινωνία. Η επίγνωση ότι κάποιος είναι καλά ενσωματωμένος στην κοινωνία, δημιουργεί ένα αίσθημα βαθιάς ασφάλειας. Το ενσωματωμένο άτομο συμμετέχει σε μερικές αποφάσεις και έχει πρόσβαση σε πολλές ευκαιρίες και προνόμια. Η μετάβαση από την ενήλικη φάση της ζωής στα γηρατειά, οδηγεί σε μία φυσική απόσυρση από δραστηριότητες και κοινωνικές υποχρεώσεις, που παλιότερα συνέδεαν τόσο στενά το άτομο με την κοινωνία. (Kastenbaum, R., 1980)

ι) Κοινωνικά προβλήματα και οικογένεια

Οι μεταβολές που επήλθαν στο θεσμό της οικογένειας τα τελευταία χρόνια ήταν πολλές και ποικίλες σε περιεχόμενο. Οι κυριότερες ήταν: α) Η άνοδος της αστικής τάξης, που επέβαλε ένα νέο τρόπο ζωής και β) Οι κοινωνικές συνθήκες που αναπτύχθηκαν στις βιομηχανικές πόλεις και τη σύγχρονη κοινωνία.

Η οικογένεια δεν έμεινε ανεπηρέαστη από τις διαχρονικές κοινωνικές αλλαγές, δέχτηκε επιδράσεις και υφίσταται μεταβολές. Παρά τις οποίες αλλαγές στη δομή της, την εξωοικιακή απασχόληση της γυναίκας, την έλλειψη ελεύθερου χρόνου και τις διαφορετικές απασχολήσεις των μελών της, η

οικογένεια εξακολουθεί να είναι ο κατ' εξοχήν φορέας πρόνοιας για τους ηλικιωμένους.

Στην ελληνική κοινωνία οι οικογενειακοί δεσμοί παραμένουν ακόμα ισχυροί. Ο ηλικιωμένος ακόμη και αν δεν συγκατοικεί με την οικογένεια των παιδιών του, βρίσκεται υπό την προστασία της. Η ιδρυματική περίθαλψη βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα στη χώρα μας αφού μόνο το 1% των ηλικιωμένων ζουν σε ιδρύματα. Έτσι, διαφαίνεται να υπάρχει ένα πλέγμα σχέσεων αρκετά ισχυρό. (Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Εθνική Έκθεση, 1982).

Η συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά και τα εγγόνια τους επιδρά θετικά σε όλη την οικογένεια. Η δημιουργία στενών σχέσεων μεταξύ ηλικιωμένων και νέων αποτελεί πηγή ικανοποίησης, γνώσεων και εμπειριών. Και σίγουρα τόσο οι νέοι όσο και οι ηλικιωμένοι μπορούν να συνεργαστούν πάνω σε πολλά θέματα και σε όλες τις πτυχές της ζωής αποκομίζοντας τεράστια οφέλη.

Η παρουσία του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια του δημιουργεί ασφάλεια, εξουδετερώνει το πρόβλημα της απομόνωσης που τον χαρακτηρίζει, όταν ζει μόνος του. Αισθάνεται ζωντανός και παραγωγικός ενώ παράλληλα νιώθει ικανοποίηση κοντά στα παιδιά του που τα ανάθρεψε και τα μεγάλωσε, όταν δεν τον παραμελούν αλλά τον θέλουν κοντά τους. Ακόμα, πολύ σημαντική είναι η προσφορά των παιδιών προς του γέροντες γονείς τους, όταν η σύνταξη των ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα χαμηλή.

Οι πνευματικές, πολιτιστικές και οικονομικές συνεισφορές των ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια είναι πολύτιμες και έτσι θα πρέπει να αναγνωρίζονται. Πιο συγκεκριμένα, οι μορφές προσφοράς των ηλικιωμένων στα παιδιά τους είναι η οικονομική βοήθεια, όταν η σύνταξή τους είναι υψηλή, η ανατροφή των εγγονιών και η μετάδοση των παραδοσιακών γνώσεων και πνευματικών αξιών στα εγγόνια τους.

Εφόσον το ηλικιωμένο άτομο είναι αυτοεξυπηρετούμενο δεν τίθεται θέμα ούτε βοήθειας από την οικογένεια, ούτε συστηματικής ιατρικής παρακολούθησης. Τεράστιο πρόβλημα δημιουργείται όταν ο ηλικιωμένος δεν αυτοεξυπηρετείται. Ειδικά για τον χρόνια πάσχοντα ηλικιωμένο, το κόστος που καταβάλλουν για αυτόν οι περιθάλποντες-μέλη της οικογένειάς του είναι ανυπολόγιστο σωματικό, ψυχικό, οικονομικό. Συνήθως το βάρος αυτό πέφτει σε ένα μέλος και δεν μοιράζεται ισομερώς. Το άτομο αυτό είναι κυρίως η γυναίκα της οικογένειας. Οι γυναίκες αυτές μιλούν για φοβερή μοναξιά και απομόνωση, όπως επίσης και για ρήξη σχέσεων. Δεν αποτελεί έκπληξη το ότι συχνά παρατηρείται νευρική εξάντληση ή σωματική κατάρρευση. (Τριανταφύλλου, Τζ. – Μεσθεναίου, Ελ., Αθήνα, 1993, σελ. 99)

Η επιλογή του ηλικιωμένου να ζήσει με τη συγγενική οικογένεια δεν θα είναι μια θετική επιλογή εάν η οικογένεια αισθάνεται πιεσμένη να τον φροντίσει και να το κάνει χωρίς στήριξη. Χωρίς υποστηρικτικές υπηρεσίες προς τις οικογένειες που έχουν τη φροντίδα ηλικιωμένων, μπορεί να διαταραχθούν οι σχέσεις και σαν αποτέλεσμα να επέλθει ένταση.

Το άτομο που αναλαμβάνει τη φροντίδα του ηλικιωμένου θα πρέπει να έχει βοήθεια, ώστε να έχει μια φιλική και ανθρώπινη συμπεριφορά απέναντι στον ηλικιωμένο. Μόνο τότε δεν θα δημιουργηθούν αισθήματα κόπωσης, αγανάκτησης και ίσως βίαιης συμπεριφοράς απέναντι του ηλικιωμένου. Αυτοί που έχουν τη φροντίδα ηλικιωμένων χρειάζονται όχι μόνο αναγνώριση και υποστήριξη, αλλά περιστασιακά μπορεί να απαιτείται ολοκληρωτική ανακούφιση, ώστε να είναι ικανοί να συνεχίσουν με αυτόν τον απαιτητικό ρόλο.

Η προσπάθειά τους να φροντίζουν πρέπει να συμπληρώνεται και να έχει εγγύηση υποστήριξης από κρατικές και εθελοντικές οργανώσεις. Είναι αναγκαίο να τους παρασχεθεί οικιακή βοήθεια, επισκέπτριες αδελφές και άλλες κατ' οίκον υπηρεσίες, οι οποίες μπορούν να είναι διαθέσιμες με ευελιξία,

συμπεριλαμβάνοντας βοήθεια κατά τη διάρκεια της νύχτας. (Τριανταφύλλου, Τζ. - Μεσθεναίου, Ελ., Αθήνα, 1993,σελ. 101).

ii) Ψυχολογία του Ηλικιωμένου

Είναι γενικά παραδεκτό ότι δεν υπάρχει μία και ενιαία ψυχολογίας της μεγάλης ηλικίας που να έχει γενική ισχύ, αν και η έρευνα στον τομέα αυτό συνεχίζεται. Δεν είναι δυνατό να καθορισθούν συγκεκριμένα χρονικά σημεία στα οποία ο άνθρωπος φτάνει στο ύψιστο σημείο βιολογικής ανάπτυξης και στην πλήρη ανάπτυξη ικανοτήτων και επιδόσεων στην προσωπική και κοινωνική δραστηριότητά του. Βέβαια έχει διαπιστωθεί ότι οι νοητικές επιδόσεις του ενήλικα δεν σχετίζονται μόνο με την ηλικία, αλλά σε υψηλό βαθμό με τη σχολική μόρφωση, το επάγγελμα, την εξάσκηση σε διάφορα θέματα και την κατάσταση της υγείας του. Πάντως με την πάροδο της ηλικίας αισθητά υποχωρούν οι ικανότητες της πρόσφατης μνήμης, της παρατηρητικότητας, της προσαρμογής σε νέες συνθήκες και καταστάσεις και της αφηρημένης λογικής. Η ηλικία δεν είναι ο μόνος καθοριστικός παράγοντας για την ικανότητα στη μάθηση και για την αλλαγή στη συμπεριφορά, αφού σπουδαιότατο ρόλο διαδραματίζουν σωματικοί, ψυχικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί, παιδαγωγικοί παράγοντες και γενικώς οι συνθήκες της ζωής.

Κεντρικοί άξονες της κοινωνικής ζωής των ενηλίκων είναι η οικογένεια, το επάγγελμα και ο ελεύθερος χρόνος και με την είσοδο στο γήρας σημαντικό ψυχολογικό πρόβλημα είναι η προσαρμογή του ατόμου στην αποχώρηση από το επάγγελμα. Σημειώνεται ότι το πρόβλημα αυτό δεν σχετίζεται μόνο με την αποχώρηση, αλλά και με το νέο ρόλο που αναγκάζεται να αναλάβει το άτομο. Ο νέος αυτός ρόλος επηρεάζεται από την προηγούμενη ιδιαίτερη επαγγελματική θέση, την οικονομική κατάσταση, τις μελλοντικές προοπτικές και το επίπεδο της υγείας.

Στην ηλικία των 65-70 ετών και μετά, ο κύκλος της ατομικής εξέλιξης και ζωής πλησιάζει στην ολοκλήρωσή του. Είναι φανερές πλέον οι αλλαγές στο σώμα. Έκδηλη είναι η δυσλειτουργία του εγκεφάλου και οι αλλαγές στην προσωπικότητα. Βέβαια η έναρξη αυτών των ανεπιθύμητων φαινομένων χρονικός ποικίλει αρκετά.

Η γεροντική ηλικία χαρακτηρίζεται από διαταραχές της υγείας, έκπτωση και μείωση της ενεργητικότητας και των ικανοτήτων, ενώ εκδηλώνεται αγωνία και τάση για εξασφάλιση. Η ικανότητα αλλαγής και προσαρμοστικότητας μειώνεται και εμφανίζει δυσκολία στην απαγκίστρωση του ατόμου από το συνήθη τρόπο σκέψης και δράσης. Υπάρχει μεγαλύτερη δειλία μπροστά σε έστω και μηδαμινούς κινδύνους και έντονη αναζήτηση ασφάλειας και προστασίας από κάθε πηγή. Τα δύο φύλα συμφωνούν στα ενδιαφέροντά τους σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στην εφηβεία. Η έλλειψη ασχολίας και η πλήξη ενισχύει τα συναισθήματα μοναξιάς. Αν και όλοι οι ηλικιωμένοι δεν χαρακτηρίζονται από τα προαναφερθέντα γνωρίσματα εντούτοις η λανθασμένη στάση του κοινωνικού περιγύρου αναγκάζει τους υπερήλικες σε αντίστοιχη συμπεριφορά και ανώμαλη προσαρμογή. Επιβεβαιώνεται έτσι η άποψη ότι η γεροντική ηλικία είναι πρωταρχικά κοινωνική συνάρτηση. (Παπασπυρόπουλος, Α., 1991, σελ.41)

iii) Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες Κοινωνικής Απομόνωσης

Η υπογεννητικότητα και η γήρανση του πληθυσμού δημιουργούν ποικίλα και σοβαρά προβλήματα στην Ελληνική κοινωνία. Ενώ οι επιπτώσεις τους ανακυκλώνονται σε βάρος κυρίως των ιδίων των ηλικιωμένων που περιθωριοποιούνται όλο και περισσότερο, ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις.

Παράλληλα η οικονομική ανάπτυξη, η αστυφιλία, η έλλειψη υποδομής, υπηρεσιών, ευκαιριών απασχόλησης και η απουσία προϋποθέσεων για αξιοπρεπή διαβίωση των νεώτερων γενεών σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα απομόνωνσαν μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων σε απομακρυσμένες περιοχές της Ελλάδας.

Ενδεικτικά επισημαίνεται ότι σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 1981 τα άτομα άνω των 65 ετών αποτελούσαν το 13% του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας. Η κατάσταση αυτή όμως ανατρέπεται ραγδαία και σύμφωνα με νεότερα στοιχεία και εκτιμήσεις των δημογράφων, σύντομα αναμένεται το ποσοστό αυτό να ξεπεράσει το 20% του πληθυσμού. Με δεδομένη την χαμηλή γεννητικότητα και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά την γέννηση που υπολογίζεται σε 76 έτη για τους άνδρες και 80 έτη για τις γυναίκες, η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες με πολύ υψηλούς δείκτες γήρανσης. Η σημαντική σε ποσοστιαίους και απόλυτους δείκτες αύξηση των ατόμων τρίτης ηλικίας δημιουργεί εύλογη ανησυχία σε σχετικούς κρατικούς οργανισμούς, επιστημονικούς και κοινωνικούς φορείς που ζητούν διεξόδους και πόρους για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

Μέχρι πρόσφατα τα προβλήματα των ηλικιωμένων αντιμετωπίζονταν σχεδόν αποκλειστικά από την οικονομική τους πλευρά. Τα τελευταία χρόνια όμως τα προβλήματα έχουν γίνει εντονότερα και ο προβληματισμός συνθετότερος. Η τρίτη ηλικία από τη μία πλευρά βρίσκεται αντιμέτωπη με σοβαρά προβλήματα επιβίωσης και αυξημένες ανάγκες, με φαινόμενα βιαιότητας ή οικογενειακής και κοινωνικής απομόνωσης με αφιλόξενους για τις ανάγκες χώρους και θεσμούς. Από την πλευρά έχει βελτιωθεί η κατάσταση υγείας, λειτουργικότητας και ενεργητικότητας της, ενώ διεκδικεί με καλύτερους όρους και δικαιούται μεγαλύτερο μερίδιο στις κοινωνικο-πολιτισμικές διαδικασίες.

Η αποσιώπηση και ο παραμερισμός των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας όπως και η αδιαφορία για την ενεργοποίηση μηχανισμών αντιμετώπισής τους μπορεί να έχει σαφώς δυσάρεστες επιπτώσεις για τους ίδιους τους ηλικιωμένους αλλά και για την κοινωνία συνολικά. Ήδη τα ευρήματα κοινωνιολογικών ερευνών συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι μεγάλες ομάδες ατόμων τρίτης ηλικίας βρίσκονται στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής. Οι ομάδες αυτές εντοπίζονται ανάμεσα σε αναλφάβητους. Ιδιαίτερα γυναίκες που έχουν χαμηλό εισόδημα, κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές, ζουν μόνες τους και δεν έχουν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης. (ΕΚΚΕ, 1989)

Πέρα όμως από τις ομαδοποιήσεις αυτές, ο σύγχρονος τρόπος ζωής και τα νέα ήθη, παρέχουν μεγάλη προτεραιότητα στην ικανοποίηση των αναγκών και επιδιώξεων των νέων σπρώχνοντας όλο και περισσότερο του ηλικιωμένους στο περιθώριο. Είναι επομένως αναγκαίο να διερευνηθούν οι ευνοϊκές πτυχές των εξελίξεων εκείνων που μπορούν να οδηγήσουν μεγάλες ομάδες ηλικιωμένων στο περιθώριο, να επισημανθούν οι τρόποι παρέμβασης και αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης των προβλημάτων των ηλικιωμένων και να εξεταστούν οι πιθανές πηγές χρηματοδότησης των δραστηριοτήτων και αναγκών των ηλικιωμένων. Κοινή διαπίστωση ότι ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα σε συνθήκες απομόνωσης από την ευρύτερη κοινωνική ζωή. Ακόμα και στο επίπεδο της γειτονιάς αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σε απομακρυσμένες περιοχές της Ελλάδας που εξαιτίας της γεωγραφικής ιδιομορφίας της είναι πολλές. (Γείτονα, Μ., 1994, Εκλογή, Τευχ. 100, σελ. 26-30).

Η συμμετοχή της πλειονότητας των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες περιορίζεται κυρίως στα πλαίσια της οικογένειας και σε κοινωνικό- θρησκευτικές εκδηλώσεις. Τα διαθέσιμα στοιχεία στο χώρο αυτό είναι πολύ περιορισμένα. Σε έρευνα της Π.Ο.Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) στον αγροτικό πληθυσμό το 1985 μόνο 6% των ανδρών 60-64 ετών και 2% των

ανδρών 75-79 ετών ήταν ενεργά μέλη σε συλλόγους και εταιρίες ενώ το ποσοστό για τις γυναίκες ήταν μηδενικό.

Όσον αφορά τις διασκεδάσεις και τις πολιτιστικές δραστηριότητες φαίνεται ότι λιγότερο από το 15% των ανδρών 60-70 ετών και 8% γυναικών της ίδιας ηλικίας είχαν πάει στο θέατρο, κινηματογράφο, συναυλία, έκθεση τέχνης κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών πριν από την έρευνα. Μέσα σε ανταγωνιστικές κοινωνικές σχέσεις, αποξενωμένοι από τον κύκλο της οικογένειας και αποστερημένοι από τους κοινωνικούς ρόλους με τους οποίους λειτουργούσαν στο παρελθόν, οι σημερινοί ηλικιωμένοι καλούνται να δώσουν λύσεις στα προβλήματά τους. (Slater R. 1990)

iv) Η Σημασία της Συνταξιοδότησης και η Εργασία

Ο κάθε άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του, περνάει από πολλές κρίσιμες καμπές, μερικές από τις οποίες, επιδρούν καθοριστικά για την παραπέρα πορεία του. Μία από αυτές ήταν το πέρασμα, από την εφηβεία στην ενηλικίωση. Με την αύξηση όμως του προσδόκιμου επιβίωσης και του μέσου όρου ζωής στις μέρες μας το κατώφλι της συνταξιοδότησης απεδείχθη, εξίσου με την εφηβεία, σημαντικό ορόσημο.

Για τους πολλούς η σύνταξη είναι η χειροπιαστή και αναμφισβήτητη απόδειξη του παροπλισμού τους και η επίσημη προειδοποίηση για το επερχόμενο γήρας και το θάνατο. Υπάρχουν βέβαια και οι λίγοι, που γι' αυτούς η συνταξιοδότηση είναι μία πραγματική απελευθέρωση, από τη γεμάτη βάρη και ευθύνες ζωή.

Ο συνταξιοδοτούμενος καλείται από τη ζώσα πραγματικότητα, να προσαρμοσθεί στην αλλαγή τρόπου ζωής, σε μια ηλικία, που αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο και κατ' αρχήν αζεπέραστο. Στο σημείο αυτό, παρατηρείται η πιο συνηθισμένη αντίδραση σε τέτοιες περιπτώσεις, που είναι η καταθλιπτική

κατάσταση. Αυτή επιτείνεται από την επίγνωση, ότι ανήκει στα μη ενεργά μέλη της κοινωνίας και ότι χάθηκε η σημαντικότητα που είχε λόγω της προτέρας υπεύθυνης θέσης. Μελέτες δείχνουν, ότι το 1/3 των ατόμων αυτών, έχει την θέληση και την ικανότητα να εργασθεί με πλήρη υπευθυνότητα.

Άτομα που ζουν μια συνειδητή θρησκευτική ζωή και διαθέτουν συγκροτημένη προσωπικότητα, έχουν πολύ λιγότερες νοσηρές καταστάσεις από την ψυχική σφαίρα, διότι έτσι, βρίσκουν ένα υπερβατικό σημείο αναφοράς, γύρω από το οποίο κινούνται ικανοποιώντας τις αναζητήσεις τους.

Αρκετά συχνά, οι συνταξιούχοι εμφανίζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα που υποκρύπτουν μορφή υστερίας ή εξακολουθούν να ζουν με το όραμά της αίγλης που είχαν όταν κατείχαν κάποια υψηλή θέση.

Όπως προαναφέρθηκε, η συνταξιοδότηση έχει μεγάλες απαιτήσεις προσαρμογής. Την προσπάθεια αυτή, επιβραδύνει η νοητική εξασθένηση και η γενικότερη οργανική ή μεταβολική έκπτωση.

Η συμμετοχή του ηλικιωμένου στο εργατικό δυναμικό επηρεάζει τη συμπεριφορά του και τη θέση του στην κοινωνική οργάνωση. Η εργασία δεν είναι μόνο πηγή εισοδήματος αλλά και μια δραστηριότητα με κάποιο περιεχόμενο. Ο εργαζόμενος οργανώνει ανάλογα τη ζωή του και έχει καθημερινά κάποια απασχόληση. Η εργασία για κάποιους ηλικιωμένους αποτελεί το κέντρο ενδιαφέροντος και δικαιολογία ύπαρξης, ενώ για άλλους είναι απλώς μια μηχανιστική δραστηριότητα που τους αποτραβά από άλλες πιο ικανοποιητικές γι' αυτούς δραστηριότητες. Πάντως η οριστική έξοδος από το εργατικό δυναμικό αποτελεί για όλους αποφασιστικό σταθμό και μπορεί να τους δημιουργήσει προβλήματα προσαρμογής, ιδίως όταν δεν γίνεται οικειοθελώς και σταδιακά. (Κανελλόπουλος, Ν.Κ., 1984, σελ. 21)

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η απόδοση των ηλικιωμένων στην εργασία δεν μειώνεται με την ηλικία. Σε εργασίες στις οποίες απαιτείται σωματική ικανότητα, αντιληπτική ή ψυχοκινητική ταχύτητα η απόδοση αρχίζει

να πέφτει ήδη από τη μέση ηλικία, αν και υπάρχουν ατομικές διαφορές. Σε διευθυντικές θέσεις δεν φαίνεται να υπάρχει πτώση της απόδοσης. Τέλος, αν το μέτρο σύγκρισης είναι οι αδικαιολόγητες απουσίες από τη δουλειά, οι ηλικιωμένοι τείνουν να απουσιάζουν λιγότερο συχνά από ότι οι νέοι.

Ένας άλλος τρόπος να μελετήσει κανείς το θέμα της εργασίας στους ηλικιωμένους είναι μέσω των στάσεων προς αυτήν και της ικανοποίησης που αποκομίζουν από αυτήν. Οι ηλικιωμένοι τονίζουν συνήθως τις προσωπικές ικανοποιήσεις από τη δουλειά και λιγότερο την οικονομική πλευρά της. Αυτό υποδηλώνει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερο εσωτερικές αμοιβές από τη δουλειά τους και λιγότερο εξωτερικές.

Ένα άλλο θέμα που εξετάζεται σε σχέση με την εργασία των ηλικιωμένων είναι το τι εναλλακτικές δυνατότητες εργασίας υπάρχουν γι' αυτούς, τόσο μέσα στην επιχείρηση που εργάζονται όσο και εκτός αυτής (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999, σελ. 22)

Συμπερασματικά, σε ότι αφορά την επαγγελματική κατάσταση των ηλικιωμένων, η έρευνα δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι θεωρούνται ως μία ομάδα εργαζομένων που έχει σταθερότητα, εμπειρία και αξιοπιστία, ωστόσο χρειάζεται να διαθέτουν ευελιξία και προσαρμοστικότητα στις αλλαγές που παρατηρούνται στο εργασιακό περιβάλλον, ώστε να μπορούν να διατηρήσουν τη θέση τους . (Κανελλόπουλος, Ν.Κ., 1984, σελ. 21)

ν) Κακοποίηση και Τρίτη Ηλικία

Σύμφωνα με τον Π. Σταθόπουλο στο άρθρο του «Κακοποίηση Ηλικιωμένων» (1982) επισημαίνει ότι το σύνδρομο της κακοποίησης των ηλικιωμένων αναφέρεται σε άτομα τα οποία έχουν υποστεί σωματική,

ψυχολογική, υλική ή ιατρική κακοποίηση, έχουν κακοποιηθεί επανειλημμένα και είναι τουλάχιστον 60 ετών.

Αναφέρει δύο κατηγορίες κακοποιήσεως. Την αυτοκακοποίηση όπου το ηλικιωμένο άτομο για λόγους κυρίως ψυχολογικούς υιοθετεί συμπεριφορά και τρόπο ζωής που κάνει κακό στον εαυτό του. Μορφές αυτοκακοποίησης εκδηλώνονται με υπερβολική χρήση φαρμάκων, ποτών, κακή διατροφή, άρνηση ιατρικής περίθαλψης.

Κυρίως όμως το σύνδρομο της κακοποίησης αναφέρεται στην παρατεταμένη χρονικά και επαναλαμβανόμενη χρήση βίας προς τον υπερήλικα από κάποιο άλλο άτομο. Στο σύνδρομο κακοποίησης ηλικιωμένων περικλείονται διάφορες μορφές οι οποίες δεν απαντώνται με την ίδια συχνότητα και δεν έχουν τα ίδια αποτελέσματα. Αναλυτικά μπορούμε να ταξινομήσουμε τους μορφές κακοποίησης σε επτά τύπους:

1. Οικονομική κακοποίηση. Συμπεριλαμβάνει κλοπή χρημάτων, χρυσαφικών και γενικά αντικειμένων οικονομικής αξίας, κακή χρήση της περιουσίας και των εισοδημάτων των ηλικιωμένων από τους οικείους ή του περιβάλλοντος.
2. Στέρηση ατομικών-κοινωνικών δικαιωμάτων. Σε αυτή τη κατηγορία περιλαμβάνονται περιπτώσεις ελέγχου της αλληλογραφίας, βίαιη έξωση από την κοινωνία και εγκλεισμό σε Ίδρυμα παρά τη θέλησή του. Επίσης περιλαμβάνονται περιπτώσεις στέρησης εξόδου από το ίδρυμα ή το σπίτι. Μια άλλη μορφή τέτοιας κακοποίησης είναι η παραβίαση του εκλογικού δικαιώματος με την υπεξαίρεση ψήφου είτε με την μη παροχή δυνατότητας να ασκήσουν οι υπερήλικες το εκλογικό τους δικαίωμα.
3. Παραμέληση-εγκατάλειψη του φυσικού περιβάλλοντος. Σε αυτή την περίπτωση περικλείεται η ακαθαρσία του σπιτιού και γενικότερα του χώρου που ζει ο ηλικιωμένος.

4. Εγκατάλειψη-παραμέληση του ηλικιωμένου. Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται καταστάσεις χρόνιας αδιαφορίας των οικείων του θύματος.

5. Ψυχολογική κακοποίηση. Αυτή η κατηγορία περικλείει την γελοιοποίηση και τον σαρκασμό, την έντονη συνεχή προσβολή και επίθεση με λόγια και απειλές, τον εκφοβισμό μέχρι τρομοκράτηση και την εξουθένωση του θύματος. Σε ακραίες περιπτώσεις οι απειλές αναφέρονται στον εγκλεισμό σε ίδρυμα, στη στέρηση φαγητού ή και στον ξυλοδαρμό.

6. Σωματική κακοποίηση. Είναι η πιο συνήθης μορφή κακοποίησης είναι ορατή και μπορεί να γίνει ορατή από τρίτους. Ιδιαίτερα όταν είναι σε μορφή που χρειάζεται νοσηλεία, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να το αντιληφθεί περικλείει τον τακτικό ξυλοδαρμό, χτυπήματα, κατάγματα, μώλωπες, εξάρθρωση, σχίσσιμο δέρματος και απότομα σπρωξίματα. Επίσης η σωματική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει και σεξουαλική κακοποίηση-βιασμός.

7. Ιατρική κακοποίηση. Αυτή η μορφή είναι επικίνδυνη γιατί μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο του θύματος. Συνίσταται κυρίως στην υπερβολική χρήση φαρμάκων που άλλοτε αδρανοποιούν το θύμα και περιορίζουν τις απαιτήσεις για φροντίδα και άλλοτε χρησιμοποιούνται για να ελέγχεται η συμπεριφορά των υπερηλίκων.

Τέλος, θα πρέπει να τονισθεί ότι στην πραγματικότητα οι επτά αυτές μορφές κακοποίησης είναι συνδεδεμένες. Μάλιστα τις περισσότερες φορές συναντάμε δύο ή τρεις μορφές κακοποίησης στο ίδιο θύμα. (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ 25)

3) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

α) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Εισαγωγή – Δημογραφικά στοιχεία

Η αναλογία των ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό συνεχίζει να αυξάνει το προσδόκιμο όριο μέσου όρου ζωής για το έτος 1992 υπολογίστηκε σε 77,3 έτη. Ακόμη, ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι μία πρόσφατη έρευνα σύμφωνα με την οποία ο ρυθμός πραγματικής φτώχειας μεταξύ των ηλικιωμένων 65-74 ετών είναι 26%, ενώ για τους ηλικιωμένους 5 και άνω το ποσοστό φτάνει το 42%. (Walker, Alber & Guillemard 1993, σελ. 37)

Στηριζόμενοι στα παραπάνω και κυρίως στο ρυθμό πραγματικής φτώχειας μεταξύ των ηλικιωμένων, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι ηλικιωμένοι χρίζουν άμεσης ανάγκης από προγράμματα κοινωνικής φροντίδας. Η μεγάλη πλειοψηφία όμως των ηλικιωμένων δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες της κοινωνικής πρόνοιας. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό είναι το ότι η οικογένεια συμπαρίσταται τους ηλικιωμένους τόσο στις καθημερινές όσο και στις έκτακτες ανάγκες τους, δηλαδή περιστάσεις ασθενείας, ατυχημάτων και άλλων παροδικών δυσκολιών.

Σύμφωνα με την Μουσούρη Λ., (1985) η επικοινωνία μεταξύ των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους σε καθημερινή βάση είναι μία κάθε τρεις οικογένειες. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι το 65% των Ελλήνων ηλικιωμένων έχουν τη δυνατότητα να έχουν καθημερινή επαφή με τις οικογένειες και το 80,30% να έχουν εβδομαδιαία επαφή. Όμως παρά το ότι η συχνότητα των επαφών των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους και τις οικογένειες τους είναι ικανοποιητική, η οικογένεια φαίνεται πως αδυνατεί να προσφέρει την

απαραίτητη και διαρκή βοήθεια. Και αυτό είναι κάτι που το αναγνωρίζουν οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι. (Σταθόπουλος, Π., 1996, σελ. 305)

Σήμερα, ο βασικός κρατικός φορέας υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο είναι υπεύθυνο για την μελέτη κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων που αφορούν την υλική και ηθική ενίσχυση ατόμων και ομάδων τα οποία έχουν μόνιμη ή προσωρινή ανάγκη. (Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1995)

Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τα ηλικιωμένα άτομα, αποσκοπεί στην παραμονή των ηλικιωμένων στο οικείο τους οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και κατ' επέκταση, όσο αυτό είναι δυνατό, στην παραμονή τους μέσα στην κοινότητα. Απώτερος σκοπός, είναι τα ηλικιωμένα άτομα, με την παραμονή τους στην οικογένεια και στην κοινότητα να συνεχίσουν να συμμετέχουν στη ζωή της ως ενεργά μέλη.

Με τη συμμετοχή των ηλικιωμένων στις κοινωνικές δραστηριότητες περιορίζεται σε μεγάλο ποσοστό η απομόνωσή τους, η ψυχολογική αποστασιοποίηση τους καθώς και η αντιμετώπισή τους από τον υπόλοιπο πληθυσμό ως μια ομάδα ατόμων η οποία μειονεκτεί σε σχέση με αυτούς και κατά συνέπεια περιθωριοποιείται.

Η πολιτική για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει φροντίδα στο σπίτι και στη κοινότητα (δηλαδή μέσω προγραμμάτων ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων), σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης δηλ. γηροκομείο και θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων. Επιπλέον, το Υπουργείο, έχει, θεωρητικά τουλάχιστον την ευθύνη για την έκδοση αδειών λειτουργίας, τον έλεγχο και την εποπτεία των προγραμμάτων όλων των οργανισμών (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ.) που ασχολούνται με τη φροντίδα και προστασία των ηλικιωμένων.

Το Σύνταγμα του 1975 (άρθρο 21 παρ. 3) θεμελιώνει το καθήκον που έχει το κράτος απέναντι στη μέριμνα για την προστασία του γήρατος και θέτει το

πλαίσιο στην κοινωνική πολιτική του Κράτους. « Δεν δημιουργεί αγωγίμο εξαναγκαστικό δικαίωμα του πολίτη κατά του Κράτους ως προς την παροχή αυτών των υπηρεσιών». (Σταθόπουλος Π., 1996, σελ.307)

i) Συνταξιοδότηση ανασφάλιστων

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνταξιοδοτεί ηλικιωμένους ανασφάλιστους οι οποίοι μετά το 65^ο έτος λαμβάνουν κάθε μήνα, εφόσον δεν είναι ασφαλισμένοι σε άλλο φορέα, από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α. το ποσό των 385 ευρώ. Για να καταβληθεί το ποσό αυτό οι δικαιούχοι πρέπει να είναι Έλληνες υπήκοοι ή ομογενείς οι οποίοι διαμένουν μόνιμως στην Ελλάδα. Το ποσό χορηγείται εφ' όσον δεν λαμβάνουν οι ίδιοι, ούτε οι σύζυγοί τους σε περιπτώσεις ανδρόγυνου, άλλη σύνταξη ή βοήθημα που να ισούται με το μηνιαίο ποσό που χορηγεί ο Ο.Γ.Α. στους συνταξιούχους αγρότες. Εκτός από αυτό το επίδομα, οι δικαιούχοι έχουν επίσης υγειονομική περίθαλψη εφ' όσον και πάλι δεν καλύπτονται από άλλο φορέα (Κρεμαλής, Κ., 1991, σελ.44)

ii) Άτομα με αναπηρίες

Όσον αφορά ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία έχουν κάποιου είδους αναπηρία, σωματική ή διανοητική σε ποσοστό πάνω από 67%, δικαιούται από την πρόνοια μηνιαία οικονομική ενίσχυση. Απαραίτητα προϋπόθεση για να λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι αυτή την οικονομική ενίσχυση είναι να μην είναι ασφαλισμένο το άτομο σε άλλο φορέα. Σε περίπτωση που παίρνει σύνταξη από τον Ο.Γ.Α. δικαιούται τη διαφορά μεταξύ του επιδόματος του Ο.Γ.Α. και του βοηθήματος λόγω αναπηρίας. Το ποσό της οικονομικής

ενίσχυσης ανέρχεται σε 250 ευρώ το μήνα. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005).

iii) Στεγαστικά Προγράμματα

Με στόχο την παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι και την κοινότητα, άρχισε, από το 1983 να καθιερώνεται από την Πολιτεία δικαίωμα στεγαστικής συνδρομής, για άτομα που έχουν περάσει τα 65 τους χρόνια. Την ευθύνη του προγράμματος έχει η διεύθυνση της Λαϊκής Κατοικίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Τα άτομα αυτά έχουν δικαίωμα στην επιδότηση όταν αποδεδειγμένα δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία, επειδή δεν έχουν κινητή ή ακίνητη περιουσία στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό. Επίσης, ως προϋπόθεση είναι και το να είναι τα άτομα ανασφάλιστα. Οι ίδιοι, έχουν το δικαίωμα της ισόβιας οίκησης, αλλά την κυριότητα κρατά το Υπουργείο για να έχει τη δυνατότητα διαδοχικών παραχωρήσεων.

Από το 1985 εφαρμόζεται το πρόγραμμα στεγαστικής συνδρομής για τα άστεγα μοναχικά και ανασφάλιστα άτομα ή και ζεύγη. Το ενοίκιο πληρώνεται από τον ιδιοκτήτη του ακινήτου, με τον οποίο η υπηρεσία υπογράφει ιδιωτικό συμφωνητικό μίσθωσης. Το ποσό ανέρχεται στα 220 ευρώ το μήνα.

Το πρόγραμμα δείχνει να μην έχει πια πρακτική εφαρμογή και ανταπόκριση, από τη στιγμή που ο Ο.Γ.Α. επιδοτεί τους ανασφάλιστους και κατά συνέπεια ελάχιστα άτομα, σχεδόν κανένας, δεν πληρεί τις προϋποθέσεις ώστε να δικαιούται το πρόγραμμα.

(<http://www.disabled.gr/lib/el/nomoi/stegastiko.html>)

iv) Περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης

Περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης θεωρούνται καταστάσεις και γεγονότα τα οποία συμβαίνουν εις βάρος του ατόμου και ταράζουν την ομαλή συνέχιση της ζωής του. Αυτές είναι, σεισμός, ξαφνική ασθένεια, έξωση, φυλάκιση, θάνατος, πυρκαγιά, θεομηνία. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα ηλικιωμένα άτομα, όπως και άτομα όλων των ηλικιών δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση.

Το ποσό της χορηγούμενης βοήθειας κυμαίνεται από 234 έως 585 ευρώ ανάλογα με την περίπτωση και δίνεται στο άτομο ή στην οικογένεια μια μόνο φορά το χρόνο για το ίδιο πρόβλημα. Ο λόγος για τον οποίο δίδεται το ποσό αυτό είναι να καλύψει τις πρώτες ανάγκες του ατόμου ή της οικογένειας μετά το έκτακτο περιστατικό που τους συνέβη. (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981, σελ.32)

v) Κατασκηνώσεις και Λουτροθεραπείες Ηλικιωμένων

Η φιλοξενία των ατόμων τρίτης ηλικίας στις κατασκηνώσεις-λουτροθεραπείες, έχει σκοπό να συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων μέσα από μια ευκαιρία για καλοκαιρινές διακοπές με συνομήλικους τους. Διαρκεί συνήθως (10) δέκα ημέρες σε κατασκηνώσεις του κρατικού προγράμματος (Δ. Αγ. Ανδρέα Αττικής, Β' Ν. Πεντέλης, Γαλατά Πόρου, Αγ. Παρασκευής Λάρισας, Σταυρού Θεσ/νίκης, Ν. Περάμου Καβάλας και Λεπτοκαριάς Πιερίας) είναι οι πιο γνωστές από αυτές που φιλοξενούν ηλικιωμένους.

Η επιλογή των ατόμων γίνεται από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας με τα κριτήρια που κάθε φορά αναφέρονται στο έγγραφο που στέλνεται από το

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με δεδομένο ότι το άτομο που θα επιλεγεί είναι αυτοεξυπηρετούμενο.

Επίσης, απαιτείται ιατρική βεβαίωση από τον ασφαλιστικό τους φορέα ότι δεν πάσχουν από κάποια μεταδοτική νόσο ή νόσο που τυχόν θα επιδεινωθεί από την παραμονή του ηλικιωμένου στην κατασκήνωση ή νόσο που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από τον γιατρό της κατασκήνωσης.

Η μετάβαση και η επιστροφή στις και από τις κατασκηνώσεις/ λουτροθεραπείες οργανώνεται από τις Διευθύνσεις και Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας των Νομαρχιών και συνοδεύονται απαραίτητως από υπεύθυνο υπάλληλο προς αποφυγή τυχόν ατυχημάτων (Καραντίνος Δ., 1992, σελ.53)

Η δε δαπάνη βαρύνει τους ίδιους τους ηλικιωμένους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, οι οποίοι καταβάλλουν το ποσό συμμετοχής των 30,00 ευρώ (ανάλογα με το ετήσιο εισόδημά τους) στις κατασκηνώσεις και την 7,00 ευρώ ημερησίως στις λουτροπόλεις. (Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας).

β) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Σήμερα επικρατεί μια αντίληψη στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας που θέλει τον ηλικιωμένο να παραμένει στον «φυσικό» του χώρο. Όταν λέμε «φυσικό» χώρο εννοούμε την παραμονή του στο οικείο οικογενειακό του περιβάλλον, στο σπίτι του ή στο σπίτι των παιδιών του, μέσα στην γειτονιά και στην κοινότητα, με τις κατά το δυνατόν καλύτερες συνθήκες ζωής για τον ίδιο τον ηλικιωμένο. Αυτό σημαίνει ικανοποιητικές συνθήκες στέγασης, υγιεινής, σίτισης, διατροφής και ένδυσης καθώς και ιατρικής περίθαλψης. Σε μια τέτοια δομή το άτομο θα μπορεί να νοιώθει ότι είναι ενεργό και ισότιμο μέλος της κοινωνίας στην οποία ζει. Και με τον τρόπο αυτό να αποφευχθεί η

περιθωριοποίηση και απομόνωσή του και να απαλλαχθεί από το αίσθημα του φόβου και της αδράνειας που διακατέχει την πλειοψηφία των ηλικιωμένων. (Τριανταφύλλου, Τζ., 1993, σελ. 98).

Τα σύγχρονα προγράμματα ανοιχτής περίθαλψης αντικατοπτρίζουν και προωθούν τις ιδέες της κοινωνικοποίησης, δραστηριότητας, κινητοποίησης των ηλικιωμένων μέσα από την παραμονή στο σπίτι.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη συμμετοχή ενός ηλικιωμένου στα προγράμματα ανοιχτής προστασίας είναι να έχει συμπληρώσει το 60^ο έτος της ηλικίας του και να έχει εντοπιότητα. Για παράδειγμα ένας ηλικιωμένος μπορεί να εγγραφεί στα Κ.Α.Π.Η. της περιοχής του. Η οικονομική αδυναμία δεν αποτελεί προϋπόθεση.

ι) Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) αποτελούν ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους ή ως μέλη μιας οικογένειας. Ιδρύονται στις συνοικίες των μεγαλουπόλεων, όπου το πρόβλημα της μοναξιάς και της απομόνωσης του ηλικιωμένου ανθρώπου παρουσιάζεται οξύτερο. Όσοι έχουν συμπληρώσει το 60^ο έτος της ηλικίας τους κατοικούν στην περιοχή του κέντρου και το επιθυμούν μπορούν να εγγραφούν ως μέλη. Ένα μικρό και συμβολικό ποσό καταβάλλεται ως δικαίωμα εγγραφής. (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981, σελ. 68).

Από το 1979 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ίδρυσε τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) τα οποία από το 1983 έχουν περιέλθει στην αρμοδιότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Σύμφωνα με το άρθρο 137 του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα, νόμος 1065/1980 άρθρο 21, νόμος 1270 του '82 που είναι τροποποίηση του παραπάνω κώδικα και Υπουργική

απόφαση (331/1983). Η ίδρυση και λειτουργία των 270 και άνω Κ.Α.Π.Η. σε πολλούς Δήμους της χώρας αποδεικνύει πως και το ίδιο το κράτος ενδιαφέρεται και κυρίως στρέφεται προς την εξωιδρυματική μορφή περίθαλψης για τους ηλικιωμένους πολίτες του.

(Σταθόπουλος, Π., 1996, σελ.310).

Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας χώρος όπου οι ηλικιωμένοι έχουν τη δυνατότητα να συναντηθούν και να συναναστραφούν με άτομα κοντά στην ηλικία τους, με κοινά ενδιαφέροντα και βιώματα. Παράλληλα, στον ίδιο χώρο μπορούν να τους προσφερθούν πολύτιμες υπηρεσίες όπως φυσικοθεραπεία, εργασιοθεραπεία και ιατροφαρμακευτική φροντίδα. Επίσης μπορεί να τους προσφερθούν κοινωνικές υπηρεσίες από κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι έχουν και την ευθύνη για τον συντονισμό του προγράμματος. Τα προγράμματα σε κάθε Κ.Α.Π.Η. αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα. (Δράκος, Ν., 1991,σελ.482)

Ανάλογα με τις οικονομικές αλλά και σε δυναμικό δυνατότητες του κάθε Κ.Α.Π.Η., τα οργανωτικά μέλη του, διοργανώνουν εκδηλώσεις με χορευτικά και τραγούδι που συμμετέχουν οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, εκθέσεις χειροτεχνίας-ζωγραφικής και διαφόρων κατασκευών. Επίσης διοργανώνονται εκδρομές ή ακόμη και ταξίδια σε διάφορες περιοχές της χώρας.

Σε περιπτώσεις ασθενείας ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει το συντονισμό της υπόλοιπης διεπιστημονικής ομάδας, με κύριο στόχο του την αποτελεσματική φροντίδα του ατόμου. Η στενή συνεργασία του με την οικιακή βοηθό ή τη νοσηλεύτρια του προγράμματος αποσκοπούν στην πλήρη κάλυψη των ιατρικών και νοσηλευτικών αναγκών του ατόμου. Σημαντική είναι και πολλές φορές κρίνεται σκόπιμη η συνεχής επαφή με το στενό οικογενειακό περιβάλλον του ασθενών. Όλα τα παραπάνω αποτελούν πυραμίδα που σαν κύριο στόχο έχει την αποκατάσταση του ασθενή και την επάνοδό του στις

προηγούμενες δραστηριότητές του, καθώς και τη βέλτιστη λειτουργικότητα του ατόμου μέσα στο κοινωνικό σύνολο και στα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. (Τσουκαλάς, Κ., 1981, σελ. 231).

Σε όσους Δήμους της χώρας έχουν συσταθεί Κεντρικές Κοινωνικές Υπηρεσίες (Κ.Ε.Κ.Υ.) οι κοινωνικοί λειτουργοί εντοπίζουν και αναλαμβάνουν τις περιπτώσεις ηλικιωμένων οι οποίοι έχουν ανάγκη από κοινωνική φροντίδα, βοήθεια με τη συντήρηση του νοικοκυριού (καθαριότητα, ψώνια, κ.λπ.) και παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Κ.Α.Π.Η. έχουν επίσης ιδρύσει και λειτουργούν με μεγάλη επιτυχία δύο εθελοντικές οργανώσεις, ο «Όμιλος Εθελοντών» στον Ν. Κόσμο και ο «Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός» (Ε.Ε.Σ.) στο Ν. Ηράκλειο Αττικής (Σταθόπουλος, Π., 1996, σελ. 311).

Ο «Όμιλος Εθελοντών» αποτελεί μία από τις πρώτες εθελοντικές οργανώσεις που ίδρυσαν και λειτουργούν με επιτυχία Κ.Α.Π.Η. και αποτελεί μια σημαντική οργάνωση κοινωνικής μέριμνας και φροντίδας ηλικιωμένων. Το πρόγραμμα λειτουργίας του συγκεκριμένου κέντρου συντονίζεται και οργανώνεται από κοινωνικό λειτουργό. Πληροφορίες αναδεικνύουν πως έχει πρωτοστατήσει σε σημαντικές κοινωνικές δραστηριότητες. Ταξίδια στο εξωτερικό, διαγωνισμοί για την αναβίωση παλαιών εθίμων γάμου σε διάφορες περιοχές της χώρας, παραγωγή παιχνιδιών παλαιότερων εποχών και η διοργάνωση πανελλήνιων εκθέσεων.

Από την άλλη το Κ.Α.Π.Η. του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού ιδρύθηκε στο Ν. Ηράκλειο Αττικής το έτος 1981 και έκτοτε λειτουργεί με εξίσου μεγάλη επιτυχία. Με τον τρόπο λειτουργίας του και το πρόγραμμα δραστηριότητας που πραγματοποιεί καλύπτει τις ανάγκες ενός μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων στην περιοχή του Ν. Ηρακλείου (<http://www.dimoshrakleiou.gr>).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι τα Κ.Α.Π.Η. θεωρούνται ένα επιτυχημένο πρόγραμμα που καλύπτει ουσιαστικές ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων σε όλους

σχεδόν τους Δήμους της χώρας. Είναι ένας θεσμός που έχει πια καθιερωθεί και θεωρείται ως η μόνη κοινωνικο-ιατρική υπηρεσία παροχής βοήθειας, πρόληψης και αποκατάστασης για ηλικιωμένους.

Τα Κ.Α.Π.Η. αναφέρονται ως πρωτογενείς κοινωνικές υπηρεσίες. Με το πέρασμα του χρόνου, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας η λειτουργία τους θεωρείται επιτυχής αλλά και αναγκαία στον τομέα της κοινωνικής μέριμνας για τους ηλικιωμένους. Η προσέλευση στα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων αυξάνεται σημαντικά κάθε χρόνο ιδιαίτερα στην επαρχία. Τα Κ.Α.Π.Η. σύμφωνα με δημογραφικές καταμετρήσεις προσελκύουν, συνήθως, άτομα μικρομεσαίας και κατώτερης οικονομικής τάξης. (Κρεμαλής, 1991). Μη δημοσιευμένα στατιστικά στοιχεία φανερώνουν πως οι παραπάνω δημογραφικές μελέτες διαφοροποιούνται. Δυστυχώς, ακόμη δεν καταδεικνύουν πως διαφοροποιείται ακριβώς η ημιτοξοειδής στατιστική καμπύλη και η αξιοπιστία αυτών των δεδομένων δεν είναι σαφής.

(www.mohaw.gr/theministry/nomothesia).

ii) Φροντίδα στο σπίτι

Πρόκειται για προγράμματα που έχουν ως κύριο στόχο τους την παραμονή των ηλικιωμένων ατόμων στο οικείο, οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο αυτό βέβαια είναι δυνατόν. Με απαραίτητη βέβαια προϋπόθεση πως το οικογενειακό τους περιβάλλον είναι κατάλληλο γι' αυτούς και τους επιθυμεί κοντά του.

Το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι ξεκίνησε ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και στη συνέχεια ο Δήμος Κερατσινίου ύστερα από επιδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και στη συνέχεια του Υπουργείου Εσωτερικών. Ήδη από το 1981 ο Ε.Ε.Σ. εφάρμοσε πρωτοποριακά

για την εποχή εκείνη, όπου προσέφερε ιατρική, νοσηλευτική και οικογενειακή φροντίδα σε ηλικιωμένα άτομα στο σπίτι τους. Πιο συγκεκριμένα, μέχρι και σήμερα, από το πρόγραμμα αυτό εξυπηρετούνται πολλά ηλικιωμένα άτομα τα οποία χρειάζονται αυτού του είδους τη βοήθεια σε τακτική βάση.

Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό ο Ε.Ε.Σ. χρησιμοποιεί ένα εκτεταμένο δίκτυο εθελοντών. Άτομα διαφόρων ηλικιών και ειδικοτήτων εκπαιδεύονται και εποπτεύονται από κοινωνικούς λειτουργούς για να προσφέρουν με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο τις εθελοντικές τους υπηρεσίες στους ηλικιωμένους. Το σώμα των «Σαμαρειτών» που αποτελείται από εθελόντριες αδελφές επίσης προσφέρει τις υπηρεσίες του σε κάθε πρόγραμμα του Ερυθρού Σταυρού και προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ηλικιωμένους οι οποίοι βρίσκονται σε ανάγκη και χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. (Σταθόπουλος, Π., 1996, σελ.309).

➤ Προγράμματα Τηλεσυναγερμού (TELE-ALARM)

Στα πλαίσια των προγραμμάτων φροντίδας στο σπίτι από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό ξεκίνησε το 1991, δοκιμαστικά, το πρόγραμμα του «Τηλεσυναγερμού» (Tele-alarm) με επιδότηση από Ευρωπαϊκά Κοινοτικά Προγράμματα.

Πρόκειται για ένα σύστημα εξυπηρέτησης που λειτουργεί με σύγχρονα τεχνολογικά μέσα με κύρια και απαραίτητη προϋπόθεση την ύπαρξη τηλεφωνικής γραμμής. Ο «τηλεσυναγερμός» επιδιώκει την παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες καταστάσεις που μπορεί να βρεθούν ηλικιωμένα μοναχικά άτομα. Σε σχεδόν χρόνο μηδέν δέχεται και στέλνει μηνύματα στα συνδεδεμένα με το πρόγραμμα αυτό άτομα.

Με την εφαρμογή του προγράμματος, ενισχύεται το αίσθημα της ασφάλειας στα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα, εφ' όσον θα ξέρουν πως καθ' όλη

τη διάρκεια του 24ώρου μπορούν να έχουν βοήθεια σε επείγουσες κι έκτακτες καταστάσεις. Επίσης, ανακουφίζεται η οικογένεια από τη συνεχή φροντίδα των ηλικιωμένων κι ενισχύονται οι οικογενειακοί δεσμοί καθώς κι αποφεύγεται η άσκοπη εισαγωγή σε ιδρύματα.

Η κλήση του Κέντρου γίνεται από ειδικό εξάρτημα τηλεχειρισμού που βρίσκεται σε κάποιο σημείο κοντά στον ηλικιωμένο. Με τον τρόπο αυτό τα άτομα μπορεί να επικοινωνεί σε οποιαδήποτε ώρα της ημέρας με την υπηρεσία και να ζητά βοήθεια για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ή απλώς να συζητά.

Η Υπηρεσία έχει τη δυνατότητα να επικοινωνεί με το κάθε περιστατικό, να παρακολουθεί την κατάσταση και όταν κρίνεται απαραίτητο να παρεμβαίνει. Επίσης, να έρχεται σε επαφή και να ειδοποιεί τους συγγενείς όπου κι αν βρίσκονται, καθώς και τον γιατρό, το Ι66, την αστυνομία ή ακόμα κι έναν γείτονα που έχει συμφωνήσει να δεχτεί να βοηθήσει αν αυτό χρειαστεί.

(Χαραλαμπάκης, Μ., 2002, σελ. 14).

Υπεύθυνοι για τον συντονισμό του προγράμματος είναι δύο κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι παρέχουν στα μέλη που είναι εγγεγραμμένα πληροφορίες και ψυχολογική υποστήριξη ανάλογα με την περίπτωση. Είναι επίσης υπεύθυνοι για την κοινωνική έρευνα που θα γίνει προκειμένου να κριθεί εάν είναι απαραίτητο να τοποθετηθεί συσκευή σε κάθε περίπτωση. Και τέλος, είναι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση των τεχνικών-χειριστών του συστήματος.

iii) «Βοήθεια στο σπίτι»

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» είναι ένα πιλοτικό πρόγραμμα που λειτουργεί με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και προσφέρει υπηρεσίες σε άτομα όλων των ηλικιών που χρήζουν βοήθειας στο

περιβάλλον του σπιτιού τους, κυρίως όμως σε ηλικιωμένους και στις οικογένειες τους. (Τρανταφύλλου, Τζ., 1993, σελ. 54).

Οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση. Εάν ο ηλικιωμένος βρίσκεται υπό την προστασία των στενών συγγενών του πιθανότατα οι ανάγκες του να καλύπτονται επαρκώς. Στην αντίθετη όμως περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα που τείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την τρίτη ηλικία.

Σκοπός του προγράμματος « Βοήθεια στο σπίτι» είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες, εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένα άτομα, άτομα με ειδικές ανάγκες και άτομα με σημαντικές κινητικές αναπηρίες. Προτεραιότητα δίδεται σε αυτούς που διαμένουν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να καλύπτουν τις καθημερινές ανάγκες διαβίωσής τους, ώστε να διευκολυνθεί η ζωή τους και να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία. Οι υπηρεσίες της κοινωνικής εργασίας, της νοσηλευτικής φροντίδας και της οικογενειακής βοήθειας που παρέχονται στο πρόγραμμα αποβλέπουν στην ανάπτυξη των κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων των ατόμων και τη κάλυψη των βασικών αναγκών των συμμετεχόντων.

(<http://www.trihonida.gr/trihonida/html/koinonikes-trito.html>)

Απώτερος σκοπός του προγράμματος είναι η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογενείας τους. Επίσης, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση

αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και κατ' επέκταση η βελτίωση της ποιότητας ζωής του. (Μανωλάς, Χ., 2002, σελ. 47).

Το πρόγραμμα « Βοήθεια στο σπίτι» αποτελείται από τα παρακάτω στελέχη: Κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, οικογενειακό βοηθό.

Η Κοινωνική Λειτουργός κάνει έρευνα των ατόμων που πρέπει να ενταχθούν στο πρόγραμμα συνεργαζόμενη με διάφορους φορείς (Κ.Α.Π.Η., συλλόγους, κ.λπ.). Κατά τη διάρκεια της αρχικής αξιολόγησης λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό του κάθε ατόμου και αφού συντάξει έκθεση κοινωνικής έρευνας για τον καθένα, καταγράφει ένα πλάνο των υπηρεσιών που θα πρέπει να προσφερθούν ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων και από τα άλλα μέλη της ομάδας. Ακόμη, αναλαμβάνει την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων αυτών και συνεργάζεται με υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας. Επίσης, συνεργάζεται με κοινωνικούς και άλλους φορείς που καλύπτουν ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων και ατόμων με ειδικές ανάγκες, προκειμένου να διευθετηθούν διάφορα θέματα αυτών. Τέλος, συνοδεύει σε ιατρικά περιστατικά και μαζί με τη νοσηλεύτρια κανονίζει τις επισκέψεις του γιατρού του προγράμματος εκεί που τον έχουν ανάγκη.

Η νοσηλεύτρια του προγράμματος παίρνει το ιστορικό υγείας του κάθε ατόμου. Κάνει μέτρηση σακχάρου και αρτηριακής πίεσης, χορηγεί φάρμακα, μεταφέρει ιατρικά κέντρα και συνεργάζεται με τον γιατρό του προγράμματος για τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Ακόμη, ενημερώνει για θέματα υγείας, διατροφής και φαρμακευτικής αγωγής τα μέλη του προγράμματος.

Η οικογενειακή βοηθός αναλαμβάνει την καθαριότητα του σπιτιού, την προμήθεια φαρμάκων και τροφίμων καθώς και την πληρωμή λογαριασμών. Επίσης, κατά περιπτώσεις, συνοδεύει σε γιατρό σε συνεργασία με τη νοσηλεύτρια ή την κοινωνική λειτουργό.

Το πρόγραμμα επίσης συνεργάζεται με γιατρό παθολόγο ο οποίος όταν χρειαστεί κάνει κατ' οίκον επισκέψεις με την νοσηλεύτρια, γράφει φάρμακα και εξετάσεις στα μέλη του προγράμματος.

(<http://www.dipeh.gr/help/helppers.html>)

Σήμερα, το «Βοήθεια στο σπίτι» είναι ένα πρόγραμμα που εφαρμόζεται σε όλους τους Δήμους της χώρας, εξυπηρετώντας και προσφέροντας βοήθεια σε χιλιάδες ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες με μεγάλη επιτυχία.

iv) Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Μια ακόμη μορφή ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων είναι τα « Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων», που θεσπίστηκε το 2001. Το πρόγραμμα αυτό, επίσης, αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων τρίτης ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος. Επίσης, αποσκοπεί στην αποφυγή του εγκλεισμού και της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας.

Το πρόγραμμα διέπεται από τις αναγνωρισμένες ειδικές αρχές που αναφέρονται στους ηλικιωμένους. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων:

- Να διαβιούν οι ηλικιωμένοι σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο, φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Να υποστηρίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκειά τους.

- Να απολαμβάνουν υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας που εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση. Το κάθε Κέντρο οφείλει να διαθέτει αίθουσα υποδοχής - αναψυχής - συγκέντρωσης με ευχάριστη διακόσμηση και η διάταξη των επίπλων να επιτρέπει την εύκολη μετακίνηση των ηλικιωμένων μέσα στους χώρους του.

Στόχος του προγράμματος: Τα Κ.Η.Φ.Η. απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, μη δυνάμενων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες, ανία, κ.λπ.), των οποίων το περιβάλλον που συνήθως τα φροντίζει δεν είναι πια σε θέση να το κάνει αυτό. Οι λόγοι μπορεί να είναι η εργασία, σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και συνεπώς η οικογένεια αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει απέναντι στα ηλικιωμένα μέλη της.

Τα Κ.Η.Φ.Η. με το σχεδιασμό και τον τρόπο λειτουργίας τους, μπορούν να αναπληρώσουν αυτό το κενό που δημιουργείται ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στα άτομα ή μέλη της οικογενείας τους. Με το ειδικά στελεχωμένο προσωπικό του προγράμματος παρέχουν οργανωμένη κοινωνική φροντίδα σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας ή και ολιγόωρης παραμονής. Στην εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία του προγράμματος συμβάλλουν επίσης οι εθελοντές αλλά και άλλοι φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας.

(<http://www.trihonida.gr/trihonida/html/koinonikes-trito.html>).

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με Κ.Α.Π.Η. που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Συνεργάζονται επίσης με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εφαρμόζουν ανάλογα ή παρεμφερή προγράμματα, καθώς και με μονάδες υγείας.

γ) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εξωιδρυματική μορφή φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Παρόλα αυτά δεν πρέπει να παραβλέπεται το ότι υπάρχει ένας αριθμός ηλικιωμένων, που λόγω βιολογικών διεργασιών που συμβαίνουν κατά την περίοδο της τρίτης ηλικίας χρειάζεται ιδρυματική φροντίδα. Η ιδρυματική φροντίδα αυτή καθ' αυτή δεν είναι απορριπτέα, απεναντίας, είναι ένας απαραίτητος κρίκος στην αλυσίδα των προγραμμάτων που είναι αναγκαία για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

Η «Κλειστή Ιδρυματική Περίθαλψη» σε αντίθεση με την «Ανοιχτή Περίθαλψη» που δίδεται είτε στο σπίτι του ηλικιωμένου, είτε στην κοινότητα ή τέλος σε ειδικά διαμερίσματα που νοικιάζουν οι ηλικιωμένοι από το κράτος σε μια συμβολική τιμή, παρέχεται σε ειδικά ιδρύματα, Γηροκομεία – Οίκοι ευγηρίας και Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων (Δοντάς, Α., 1981, σελ. 67).

Τα Ιδρύματα Προστασίας Ηλικιωμένων είναι είτε κρατικά, έχουν δηλαδή τη μορφή του Ν.Π.Δ.Δ., είτε αποτελούν εκδηλώσεις ιδιωτικής πρωτοβουλίας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Εκκλησία – Ιδρύματα – Σωματεία).

Στα ιδρύματα αυτά ανεξάρτητα από την νομική τους μορφή παρέχεται στέγη, τροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα με κοινωνικούς λειτουργούς. Σε περίπτωση ασθένειας οι περιθαλπόμενοι μεταφέρονται σε Νοσοκομείο και όταν αποθεραπευτούν επανέρχονται στο Ίδρυμα. Επίσης, ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες των ιδρυμάτων, γίνονται προσπάθειες για παροχή ψυχαγωγίας, φυσιοθεραπείας και απασχολήσεως. (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981, σελ.58).

Η «Κλειστή Ιδρυματική Περίθαλψη»,σε αντίθεση με την «Ανοιχτή Περίθαλψη» που δίδεται είτε στο σπίτι του ηλικιωμένου, είτε στην κοινότητα ή τέλος σε ειδικά διαμερίσματα που νοικιάζουν οι ηλικιωμένοι από το Κράτος σε

μια συμβολική τιμή, παρέχεται σε ειδικά ιδρύματα, Γηροκομεία, Οίκοι Ευγηρίας και Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων. (Δοντάς,Α., 1981, σελ.32).

Τα Ιδρύματα Προστασίας Ηλικιωμένων είναι είτε κρατικά, έχουν δηλαδή τη μορφή του Ν.Π.Δ.Δ., είτε αποτελούν εκδηλώσεις της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Εκκλησία - Ιδρύματα - Σωματεία). Στα Ιδρύματα αυτά ανεξάρτητα από τη νομική τους μορφή, παρέχεται στέγη, τροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα με κοινωνικούς λειτουργούς. Σε περίπτωση ασθένειας οι περιθαλλόμενοι μεταφέρονται σε Νοσοκομείο και όταν αποθεραπευτούν επανέρχονται στο Ίδρυμα. Επίσης, ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες των Ιδρυμάτων, γίνονται προσπάθειες για παροχή ψυχαγωγίας, φυσιοθεραπείας και απασχολήσεως. (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981, σελ.58).

Υπάρχουν ποικίλοι λόγοι που προβάλλονται από την οικογένεια ή τον ίδιο τον ηλικιωμένο και που ωθούν στην ιδρυματική εγκατάσταση. Αυτοί μπορεί να είναι, οικογενειακές δυσχέρειες, σωματικές αναπηρίες που διαταράσσουν την ομαλή οικογενειακή ζωή, η μοναξιά, νευροψυχικές διαταραχές, οικονομικές δυσχέρειες. (Ζήσης, Π., 2002, σελ. 204).

Προκειμένου όμως να εισαχθεί ένα άτομο σε Ίδρυμα Προστασίας Ηλικιωμένων απαιτείται:

- Να έχει ηλικία άνω των 65 ετών.
- Να είναι διανοητικώς υγιές ή τουλάχιστον να μην παρουσιάζει διεγέρσεις ώστε να γίνεται ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση.
- Να μην πάσχει από σύνδρομο επιληψίας.
- Να μην έχει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλωτα τραύματα οποιασδήποτε αιτίας.
- Να μην πάσχει από μολυσματικές νόσους (σύφιλη-φυματίωση).
- Να μην έχει οξύ νόσημα που να απαιτείται ειδική νοσηλεία.

- Να μην έχει καρκίνο.
- Να ακούει και να βλέπει.

Οι περιθαλπόμενοι συμμετέχουν ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες στην κάλυψη των δαπανών περιθάλψεώς τους. Οι οικονομικά αδύνατοι περιθάλπονται δωρεάν. Η εισαγωγή γίνεται με αίτηση που υποβάλλεται στο Ίδρυμα ή στη Διεύθυνση ή στο Τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Νομαρχίας. (Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1995, σελ.43).

Τα Ιδρύματα Κλειστής Περιθαλψης για τους ηλικιωμένους εκτός από την Εκκλησία που θα αναφερθούμε στη συνέχεια, λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, του εθελοντικού τομέα και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα.

Τα Ιδρύματα Κλειστής Περιθαλψης Ηλικιωμένων χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τα Γηροκομεία ή Οίκοι Ευγηρίας και τα Άσυλα-Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων.

ι) Γηροκομεία

Τα Γηροκομεία που λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα είναι κυρίως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και αυτοδιοικούμενα. Συνεστήθησαν με το Νομοθετικό Διάταγμα 162/1973 και το Κράτος επιτηρεί για την έννομη λειτουργία τους και ορισμένα από αυτά τα επιδοτεί. Υπάρχουν πάνω από 125 γηροκομεία που φιλοξενούνται ηλικιωμένοι οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν μπορούν να παραμείνουν στο σπίτι με τα παιδιά τους ή να ζήσουν μόνοι τους. Ορισμένα άλλα από τα Ιδρύματα συντηρούνται από δωρεές, τακτικές ή έκτακτες εισφορές ή από κληροδοτήματα. Παράλληλα, λειτουργούν και οι ιδιωτικοί Οίκοι Ευγηρίας για τους ηλικιωμένους που έχουν την οικονομική

δυνατότητα να πληρώνουν κάποιο μηνιαίο ποσό προκειμένου να διαμένουν. (Μητροσύλη, Μ., 1995, Κοινωνική Εργασία, τευχ.38, σελ.121)

Υπάρχουν δύο δημόσια γηροκομεία στην Ηγουμενίτσα και στη Ρόδο που λειτουργούν υπό τον άμεσο έλεγχο και διοίκηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, χωρητικότητας 100 περίπου ατόμων. Απαραίτητη προϋπόθεση για εισαγωγή στο γηροκομείο, εκτός της οικονομικής κατάστασης και των άλλων προϋποθέσεων που αναφέρθηκαν στην αρχή του κεφαλαίου, είναι και η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ηλικιωμένου. Επίσης το άτομο θα πρέπει να επιθυμεί το ίδιο την εισαγωγή του στο ίδρυμα.

Το Γηροκομείο Αθηνών είναι ένα από τα μεγαλύτερα ιδρύματα και φιλοξενεί περίπου 400 ηλικιωμένους ως επί το πλείστον άνω των 70 ετών. Στους περιθαλπόμενους παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, σίτιση, ψυχαγωγία, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης, ο Ε.Ε.Σ. λειτουργεί από το 1996 ένα μικτό γηροκομείο για μικρό αριθμό ηλικιωμένων. (Σταθόπουλος, Π., 1996, σελ.320)

Σήμερα, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι άλλοι ειδικοί των ίδιων των γηροκομείων βεβαιώνουν ότι κανένας, ούτε στα 80, ούτε στα 90 δεν πρέπει να κλείνεται σε γηροκομείο αν μπορεί να φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του. Ο εγκλεισμός στο γηροκομείο, σημαίνει πάντα μια απώλεια της ανεξαρτησίας και αποτελεί μια σκληρή δοκιμασία. Μια Γαλλική στατιστική πάνω στο θέμα αναφέρει πως το 25% των ηλικιωμένων πεθαίνουν στους πρώτους 6 μήνες και πάνω από το 50% στον πρώτο χρόνο που θα κλειστούν σε γηροκομείο.

Οι αυστηροί κανονισμοί, η στυγνή μονοτονία, το πρωινό ξύπνημα, το ότι πλαγιάζουν νωρίς, αποκομμένοι από το παρελθόν και το περιβάλλον τους, κάνουν τους ηλικιωμένους να χάνουν την προσωπικότητά τους και να γίνονται, αλλά και να νιώθουν ένας σκέτος αριθμός. (Μπωβουάρ, 1988, σελ. 540)

Ευτυχώς όμως η ζωή στα γηροκομεία δεν είναι πάντα απομόνωση και αποξένωση από τον έξω κόσμο· τα γηροκομεία (τουλάχιστον τα πιο

οργανωμένα) προσφέρουν σαν πλεονέκτημα κοινούς χώρους για το φαγητό, για ψυχαγωγία και εξασφαλίζουν τις αναγκαίες υγειονομικές υπηρεσίες.

Τέλος, η Εκκλησία με τις κατά τόπους Μητροπόλεις λειτουργεί πολλά γηροκομεία, είτε άμεσα ως Εκκλησιαστικά Ιδρύματα είτε έμμεσα ως Ν.Π.Δ.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα. Οι εννέα Στέγες Γερόντων που λειτουργούν υπό την αιγίδα της Αρχιεπισκοπής Αθηνών είναι ουσιαστικά γηροκομεία με μικρό αριθμό κρεβατιών. Εδώ φιλοξενούνται περίπου 230 ηλικιωμένα άτομα, αυτοεξυπηρετούμενα, ενώ μία στέγη δέχεται κατάκοιτους τους οποίους εξυπηρετεί επαγγελματικό προσωπικό. Η παροχή υπηρεσιών είναι εντελώς δωρεάν και δίδεται προτεραιότητα σε άτομα με περιορισμένα εισοδήματα. (Καρπάθιος, 1994, Εκλογή, τευχ.100, σελ.24-30)

ii) Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων

Τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων είναι είτε Κρατικά (Ν.Π.Δ.Δ.) είτε ιδιωτικές κλινικές (Ν.Π.Ι.Δ.), που λειτουργούν ως Οίκοι Ευγηρίας που περιθάλπουν ηλικιωμένους και άτομα χρονίως πάσχοντα. Νομοθετικό Διάταγμα 162/73 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων». (www.mohaw.gr/theministry/nomothesia)

Στις κλινικές για τους χρόνια πάσχοντες, ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθεται για να εξυπηρετηθούν ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων. Τα Κρατικά Θεραπευτήρια Χρονίως Πασχόντων, αν και παρέχουν περίθαλψη σε κάθε ενήλικο άτομο, κι όχι μόνο σε ηλικιωμένους, έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν τις ελάχιστες, ακραίες περιπτώσεις κακοποίησης ή παραμέλησης που καταλήγουν σε αναπηρία ή κατακλίσεις βαριάς μορφής. Αυτό

επιτυγχάνεται με τη βοήθεια του ειδικά στελεχομένου νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

Τα Θεραπευτήρια αυτά παρέχουν κλειστή περίθαλψη, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, απασχόληση, εργασιοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, τόσο σε ηλικιωμένους όσο και σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (πνευματικές ή κινητικές), από 18 ετών και άνω. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι και των δύο φύλων, αυτοεξυπηρετούμενα ή μη, ανάλογα με τις δυνατότητες του Θεραπευτηρίου, πάντα προς όφελος των εξυπηρετούμενων.

Σε ορισμένα Ιδρύματα έχει αναπτυχθεί ένα πρόγραμμα για την ιατρική, κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των περιθαλπόμενων εντός του Θεραπευτηρίου, όσο και εξωτερικών ατόμων με τη δημιουργία ειδικού εξωτερικού προγράμματος. Με τον τρόπο αυτό δίνεται η ευκαιρία σε άτομα που δεν είναι εσώκλειστα και δεν περιθάλπονται στο Θεραπευτήριο να απολαμβάνουν ένα μέρος των παρεχόμενων από το Κέντρο υπηρεσιών.

(Οδηγός του Πολίτη με ειδικές ανάγκες, 1999, σελ.369-373)

Σε όλη την Ελλάδα λειτουργούν 20 ιδιωτικές κλινικές που φιλοξενούν ηλικιωμένους ανθρώπους, με δυναμικότητα 2.000 κρεβατιών τουλάχιστον. Επίσης, η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών λειτουργεί από το 1974 μέχρι σήμερα, τη «Στέγη Κατάκοιτων Γερόντων», δυναμικότητας 50 κλινών. Ακόμη, το Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων που λειτουργεί στα Χανιά, εφαρμόζει παράλληλα, με επιτυχία, πρόγραμμα παροχής βοήθειας στο σπίτι. (Οδηγός του Πολίτη με ειδικές ανάγκες, 1999, σελ.373).

δ) Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

Από την πρωτοβυζαντινή εποχή τα Ιδρύματα αποτελούσαν την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για όσους δεν ήταν αυτάρκεις στην κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών. Οι Βυζαντινοί, ως Χριστιανοί Κληρονόμοι του κλασσικού ελληνικού πολιτισμού τιμούσαν ιδιαίτερα τα γηρατεία.

Η Εκκλησία τους προσεύχονταν ώστε οι τελευταίες μέρες του ανθρώπου στη γη να είναι ανώδυνες, ανεπαίσχυντες, ειρηνικές και όσο το δυνατόν λιγότερο βασανιστικές. Εκτός όμως από το έργο της προσευχής η Εκκλησία συνεργάστηκε με τη Βυζαντινή Πολιτεία και με πολλούς ιδιώτες για την ίδρυση πολλών γηροκομείων. Εκείνη την εποχή ιδρύθηκαν τριάντα και πλέον γηροκομεία τόσο στην πρωτεύουσα όσο και άλλες μεγάλες επαρχιακές πόλεις. (Κωσταντέλος, Δ., 1986, σελ. 289). Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι την εποχή μας από την Εκκλησία. Είναι, θα λέγαμε όνειρο κάθε Μητροπολίτη να κτίσει ένα ίδρυμα για παιδιά ή ηλικιωμένους. Δεν είναι συνεπώς τυχαίο το ότι, σε μεγάλο ποσοστό, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους ανήκουν και συντηρούνται από την Εκκλησία. (Σταθόπουλος, Π., 1996, σελ. 315).

Η Εκκλησία της Ελλάδος, τόσο σε επίπεδο Μητροπόλεων όσο και σε επίπεδο ενοριών, έχει συστήσει διάφορα προγράμματα Πρόνοιας στο πλαίσιο της φιλανθρωπικής της αποστολής. Σε ενοριακά πλαίσια λειτουργούν εθελοντικές ομάδες εργασίας που έχουν ως σκοπό την «ανακάλυψη» των μοναχικών κυρίως ανθρώπων της Τρίτης Ηλικίας και την κατά το δυνατόν υποστήριξή τους. Επίσης, σε μεγάλο αριθμό ενοριών προσφέρεται ημερησίως φαγητό σε ειδικούς χώρους, ή εφόσον οι ανάγκες το απαιτούν, γίνεται διανομή κατ' οίκον.

Στο τμήμα του Ελληνικού κράτους που ανήκει στην δικαιοδοσία της Εκκλησίας της Ελλάδος, δηλαδή στις 79 Ιερές Μητροπόλεις, πλην της

Αρχιεπισκοπής Αθηνών, λειτουργούν εξήντα τέσσερα (64) γηροκομεία με αριθμό τροφίμων άνω των 1.700 ατόμων. Τα ιδρύματα αυτά είναι υπό την άμεση διοικητική εξάρτηση των κατά τόπους Ιερών Μητροπόλεων.

Επειδή είναι αδύνατη η απαρίθμηση των δραστηριοτήτων όλων των Μητροπόλεων και ενοριών, θα γίνει ενδεικτική αναφορά στα προγράμματα για τους ηλικιωμένους που λειτουργούν με ευθύνη της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Ήδη από το 1969 έχει συστήσει ειδική προς τούτο Κοινωνική Υπηρεσία.

Το έργο της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών στο θέμα της τρίτης ηλικίας διακρίνεται ως εξής:

α) Σε καθεμιά από τις 141 ενορίες που υπάρχουν και τα αντιστοίχως λειτουργούντα φιλόπρωχα ταμεία, χορηγούνται κατά περίπτωση, οικονομικά βοηθήματα σε άπορα ηλικιωμένα άτομα.

β) Λειτουργούν 58 Κέντρα Ενοριακής Αγάπης (Κ.Ε.Α.) που εξυπηρετούν 1.772 άτομα, τα οποία έχουν τη δυνατότητα ψυχαγωγίας και σίτισης επί καθημερινής βάσεως. Εθελοντές φροντίζουν για τη διανομή φαγητού στο σπίτι ασθενών ή ανήμπορων ηλικιωμένων και κοινωνική λειτουργός επιλαμβάνεται ειδικών αναγκών για νοσηλεία ή παροχή συμβουλευτικής στήριξης.

γ) Σε δέκα (10) ενορίες, λειτουργούν ομάδες « Ελευθέρως Διαβιούντων Υπερηλικίων » (Ο.Ε.Δ.Υ.). Δίνεται η ευκαιρία στους ηλικιωμένους που είναι σε θέση και επιθυμούν, να βρίσκονται σε τακτά διαστήματα και να συζητούν, με την παρουσία κοινωνικού λειτουργού, για διάφορα θέματα που τους απασχολούν. Εν ολίγοις, φροντίζουν για την επίλυση των ψυχολογικών και βιοτικών προβλημάτων των μη σιτιζομένων στα Κ.Ε.Α.

Γερόντων.

δ) Έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν εννέα (9) Στέγες Γερόντων (δηλαδή ολιγάριθμα γηροκομεία) σε ισάριθμες Αθηναϊκές ενορίες που εξυπηρετούν

περίπου 230 υπερήλικες με πλήρη κάλυψη. (Καρπάθιος, Σ., 1994, Εκλογή, τεύχ.100, σελ.24-30).

ε) ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Προσπαθώντας να δοθεί μια διάσταση στο θέμα της αντιμετώπισης των ηλικιωμένων, επελέγησαν κάποιες αντιπροσωπευτικές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και η Αμερική ως μεγαλύτερη Ήπειρος.

Η δημογραφική γήρανση είναι πλέον γεγονός για όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από τη δεκαετία του 1990, τόσο τα κράτη-μέλη όσο και η ηγεσία της Ε.Ε. ασχολείται με το φαινόμενο και τις σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης της αγοράς εργασίας.

Από το 1995 και μετά, η μέση ηλικία του πληθυσμού έπαψε να είναι σταθερή και αυξάνει με ρυθμό ενός έτους κάθε έξι χρόνια. Η υπογεννητικότητα, που πλήττει τα κράτη και η μεγάλη πληθυσμιακή αύξηση της πρώτης εικοσαετίας, μετά τη λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, σήμερα έχει δημιουργήσει ένα μεγάλο σε μέγεθος εργατικό δυναμικό που ξεπερνά το όριο των 50 ετών.

Η εκούσια ή ακούσια πρόωγη αποχώρηση θα δημιουργούσε δυσαναπλήρωτα κενά σε πολλές θέσεις εργασίας και δυσοίονες εξελίξεις στο συνταξιοδοτικό σύστημα. Η αφυπηρέτηση από την ενεργό απασχόληση σηματοδοτεί στην κοινωνία μας την έλευση του «Γήρατος» ως μιας πραγματικότητας που μαζί της φέρνει μια ποικιλία προβλημάτων. Συνεπώς, η διαπίστωση αυτή οδηγεί στο ζήτημα των συστημάτων Κοινωνικής Προστασίας, τα οποία προσφέρονται στα γηραιά μέλη της κοινωνίας. (Βάγια, Χ., 2004, Κοινωνική Εργασία, τεύχ.75, σελ.179).

Η χαμηλή ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής φροντίδας, όσο και η ανεπιτυχής πολιτική της πρόωρης συνταξιοδότησης είναι γεγονότα αναμφισβήτητα. Αυτό φαίνεται στις πρόσφατες πρωτοβουλίες της Ε.Ε. να αποφασίσει καινοτόμες αλλαγές στην κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους.

Κατά συνέπεια, οι νέες εξελίξεις στην αξιοποίηση των ενηλίκων προχωρημένης ηλικίας στην αγορά εργασίας έχουν σκοπό τη διατήρηση της απασχολησιμότητάς τους και τη συνεχή ανάπτυξή τους, σε ένα κλίμα συνεργασίας κι όχι ανταγωνισμού με τις νεώτερες γενιές.

Όλα τα κράτη- μέλη πια έχουν επιδιώξει τις απαραίτητες νομοθετικές ρυθμίσεις για να μετατρέψουν μια «εχθρική» προς τους ηλικιωμένους οικονομία, σε μια πολιτική που ονομάζουν «ενεργό γήρας» και μιας «παθητικής» κοινωνικής προστασίας σε προνοιακά συστήματα κατά του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι νέοι προσανατολισμοί συνεπώς, τείνουν να φέρουν τις υπηρεσίες πρόληψης, Κοινωνικής Φροντίδας, περίθαλψης και αποκατάστασης όσο το δυνατόν πιο κοντά στους χώρους που βρίσκονται τα άτομα που χρειάζονται βοήθεια.

Έτσι, ενισχύεται η αποκέντρωση των Υπηρεσιών με λειτουργία σε τοπικό επίπεδο (local development), η αποϊδρυματοποίηση, η ανοιχτή φροντίδα στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους, η διατομεακή επικοινωνία, καθώς και η αξιοποίηση της Πληροφορικής Τεχνολογίας (Η/Υ, Internet, Πολυμέσα) από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες, προς όφελος πάντα των εξυπηρετούμενων. (Βάγια, Χ., 2004, Κοινωνική Εργασία, τεύχ.75, σελ.181).

Στη Μεγάλη Βρετανία, τα τελευταία χρόνια συζητείται αρκετά, με πρωτοβουλία των κυβερνήσεων, η μελλοντική επιβάρυνση των φορολογουμένων για την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων στη χώρα. Επίσης, ο ιδιωτικός τομέας της αγοράς θα χρειαστεί να προσφέρει μεγαλύτερο μέρος των αναγκαίων υπηρεσιών και ο ρόλος της οικογένειας και του μη

κερδοσκοπικού τομέα θα ενθαρρυνθεί και θα υποστηριχθεί ιδιαίτερα, προκειμένου να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του μεγάλου προβλήματος των ηλικιωμένων. (Baldock, 1994).

Η προσφορά της κοινωνικής πρόνοιας έγκειται να υποστηρίξει άτομα τρίτης ηλικίας με διαφόρων τύπων δυσλειτουργίες με το να ζουν στο δικό τους χώρο παρά σε ιδρύματα. Αυτό αφορά την παροχή υποστήριξης και υπηρεσιών στο σπίτι από διάφορους φορείς που ενισχύονται από τις τοπικές αρχές κοινωνικών υπηρεσιών αναλαμβάνοντας αναδοχή σε οικογένεια (housing adaptions), εξοπλισμό (equipment for daily living), τηλέφωνα και «συναγερμούς» (emergency alarm systems), βοήθεια στο σπίτι (home care) και ανάπαυλα από τη φροντίδα (respite care).

Τα παραπάνω είναι κάποια από τα προγράμματα που εφαρμόζονται με επιτυχία στην Αγγλία για τη βοήθεια και υποστήριξη των ηλικιωμένων ατόμων που απαιτούν έναν ιδιαίτερο κοινωνικό σχεδιασμό και εξειδικευμένο προσωπικό αποτελούμενο από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ιατρικό προσωπικό καθώς επίσης και εθελοντές. (Renwick, D., 1996).

Η ανάδοχη φροντίδα με αποδέκτες άτομα τρίτης ηλικίας είναι ένας θεσμός που βρίσκεται σε νηπιακό στάδιο στην Ελλάδα. Είναι μια ενδιαφέρουσα εναλλακτική λύση στο πρόβλημα της φροντίδας των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα σε χώρες ή περιόδους όπου η σημασία της οικογένειας συρρικνώνεται ή λόγω της αύξησης του μέσου όρου ζωής πολλοί ηλικιωμένοι φθάνουν στο τέλος του βίου τους αβοήθητοι από τους δικούς τους. Ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος έχει τοποθετηθεί υπέρ αυτού, όμως ακόμη δεν έχουν γίνει σημαντικά βήματα. (Αμηρά, Αν., 2001, σελ. 199-200).

Στην Αμερική το 2000 το 14,3% των κατοίκων ήταν 65 ετών και άνω. Εκτιμάται ότι το 2010 αυτό το ποσοστό θα αυξηθεί σε 20,7% και την ίδια χρονιά περισσότερο από το μισό του πληθυσμού θα είναι 55 ετών και άνω.

Ακόμη το μεγαλύτερο μέρος αυτών των ποσοστών είναι άτομα που χρήζουν αναγκαίας κοινωνικής φροντίδας και προστασίας. (2000, US Census Reports).

Σύμφωνα με έρευνα του K. Ashman τα προγράμματα που εφαρμόζονται από την πολιτεία για τα ηλικιωμένα μέλη της είναι κατά κύριο λόγο προγράμματα ανοικτής περίθαλψης τα οποία προάγουν την αυτονομία των ατόμων αυτών. Δίδεται έμφαση στο ότι οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν και πρέπει να χρησιμοποιούν τις δυνάμεις τους για να επιβιώσουν, να προσαρμόζονται σε καινούργιες εμπειρίες και να μαθαίνουν να εκτιμούν τη θετική πλευρά των καινούργιων εμπειριών με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι.

Η μεγάλη απήχηση που έχουν τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι για τους ηλικιωμένους (nursing homes) αποδεικνύονται από τα παρακάτω ποσοστά των ατόμων που κάνουν χρήση αυτών των προγραμμάτων. Και έμμεσα αποδεικνύεται η ανάγκη για τη συνέχισή τους.

- 82% είναι από 75 ετών και άνω
- 75% είναι γυναίκες.
- 89% είναι λευκές γυναίκες
- Οι πλειοψηφία των ατόμων είναι σοβαρά ασθενείς ή ανάπηροι

(Kirst, A. 2003, σελ. 173-176).

Επιπλέον οι νέες τάσεις που επικρατούν στην Αμερική και σε πολλές άλλες χώρες της Ευρώπης ενθαρρύνουν την ανάπτυξη ειδίκευσης στη Γεροντολογική Νοσηλευτική, προκειμένου να βρεθούν οι πιο κατάλληλοι τρόποι αντιμετώπισης και φροντίδας των ηλικιωμένων. Πιστεύεται ότι είναι μια μεγάλη πρόκληση για να δημιουργηθούν ηγετικοί ρόλοι στη διοίκηση, στην εκπαίδευση και στην ανεξάρτητη και αυτόνομη δράση.

Συμπερασματικά, είναι πια ολοφάνερο πως με την αύξηση που παρατηρείται στα περισσότερα κράτη της μερίδας του πληθυσμού που ανήκει στην ονομαζόμενη τρίτη ηλικία οι κυβερνήσεις έχουν προβληματισθεί.

Προσπαθώντας να δώσουν μια λύση στο θέμα αυτό η κοινωνική τους πολιτική προσανατολίζεται προς την ανοικτή (εξωϊδρυματική) περίθαλψη προκειμένου να βοηθήσουν και να υποστηρίξουν αυτό το μεγάλο τμήμα του πληθυσμού.

4. Η ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΩΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Στις αρχές του αιώνα μας η βιολογική έρευνα των γηρατειών δεν ήταν παρά υποπροϊόν άλλων εργασιών. Επιστήμονες που μελετούσαν τη ζωή των φυτών και των ζώων ενδιαφέρονταν για τις αλλαγές τους καθώς μεγάλωναν. Μα το ενδιαφέρον τους είχε δευτερεύοντα χαρακτήρα. Πολλά εξειδικευμένα έργα έχουν γραφτεί για την παιδική ηλικία και την εφηβεία μα για τα γηρατεία δεν είχαν γίνει ιδιαίτερες μελέτες, κυρίως λόγω κάποιων «ταμπού» που τα θεωρούσαν δυσάρεστο θέμα και αμετάβλητη κατάσταση.

Μετά το 1930 τα πράγματα άλλαξαν. Στις Η.Π.Α ο αριθμός των ηλικιωμένων διπλασιάστηκε ανάμεσα στο 1900 και ξαναδιπλασιάστηκε στην επόμενη εικοσαετία. Το γεγονός αυτό προκάλεσε σοβαρά προβλήματα και έντονο προβληματισμό που οδήγησε τελικά στην επιθυμία να γίνουν περισσότερα πράγματα για τους ηλικιωμένους. Το 1945 ιδρύθηκε στις Η.Π.Α η πρώτη γερωντολογική εταιρεία.

Η σύγχρονη ιατρική δεν ισχυρίζεται πια πως τα γηρατεία έχουν μία συγκεκριμένη αιτία. Αντίθετα, θεωρούνται σαν κάτι σύμφυτο με τη διαδικασία της ζωής και αποτελούν μέρος της όπως και η γέννηση, η ανάπτυξη, η αναπαραγωγή και ο θάνατος. Το γήρας δεν είναι μόνο ένα κλινικό και υγειονομικό πρόβλημα με το οποίο ασχολείται ένας κλάδος της ιατρικής, η γηριατρική (Μπωβουάρ, Σ., 1988, σελ. 27).

Η είσοδος στην τρίτη ηλικία είναι ακόμη και ένα πρόβλημα προσωπικό, ψυχολογικό, οικογενειακό και τέλος κοινωνικό. Για την προσπάθεια επίλυσης των προβλημάτων αυτών δημιουργήθηκε η γεροντολογία, μία επιστήμη που επιδίδεται σε μια βαθιά μελέτη σε δημογραφικό επίπεδο γύρω από την ποσότητα, την κατανομή, την ταξινόμηση των υπερήλικων ατόμων. Από τη μελέτη αυτή γεννώνται οι διαπιστώσεις και οι αιτιολογίες με τις οποίες αντιμετωπίζεται συνολικά το γήρας, με όρους οικονομικούς, πολιτικούς και κοινωνικούς κατάλληλους στην αξιοπρέπεια και την προσωπικότητα του ηλικιωμένου. Ο Αμερικανός γεροντολόγος Λάνσινγκ προτείνει τον παρακάτω ορισμό για τα γηρατειά «Μια διαδικασία δυσμενούς προοδευτικής μεταβολής, συνδεδεμένη συνήθως με την πάροδο του χρόνου, η οποία εμφανίζεται μετά την ωριμότητα και τελειώνει πάντα με το θάνατο του ατόμου». (Κωσταρίδου – Ευκλείδη. Α. 1993, σελ. 63).

Το πρώτο στοιχείο με το οποίο ξεκινά τις μελέτες της η γεροντολογία, είναι το γενικό γήρας του πληθυσμού και ειδικότερα στις βιομηχανικές κοινωνίες. Σ' αυτές, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι δύο ή τρεις φορές μεγαλύτερος απ' ό τι στις υποανάπτυκτες ή υπό ανάπτυξη κοινωνίες. Το γήρας του πληθυσμού αντανακλάται άμεσα στη νομοθεσία για τη συνταξιοδότηση και τους οικονομικούς πόρους που είναι συνδεδεμένοι μ' αυτό. Κατά συνέπεια, αυτό είναι και ένα από τα τόσα προβλήματα που η γεροντολογία πρέπει ν' αντιμετωπίσει.

Στη συνέχεια, υπάρχει το πρόβλημα του υπερήλικα, λαμβανομένου υπόψη αυτού καθαυτού, με την αξιοπρέπεια του ελεύθερου ανθρώπου και με τα απαραβίαστα δικαιώματά του, τα δικαιώματα δηλαδή ενός πολίτη που πρέπει να συμμετέχει και να είναι μέλος σε μια κοινωνία στην οποία την οικοδόμηση έχει συμβάλει και από την οποία το πλέον άδικο θα ήταν να τεθεί στο περιθώριο.

Υπάρχει επιπλέον το πρόβλημα των σχέσεων του ηλικιωμένου με τον αρχικό οικογενειακό πυρήνα, που σήματα δεν είναι πλέον πατριαρχικής

κατασκευής και επομένως οι περιοδικές αλλοιώσεις της σύστασής του δεν μπορούν παρά τα επηρεάζουν αρνητικά σε όλα τα επίπεδα του ενήλικα.

Ακόμη, υπάρχει το πρόβλημα των βοηθητικών δομών, το πρόβλημα της υγειονομικής περίθαλψης, που θα πρέπει ν' αντιπροσωπεύεται από μοντέρνες και ειδικές κατασκευές και τέλος, εκείνο της εισαγωγής του ηλικιωμένου σ' ένα περιβάλλον που παρ' ότι είναι διαφορετικό από αυτό στο οποίο έζησε την έως τώρα ζωή του, είναι κατάλληλο στις απαιτήσεις του και δεν τον απομονώνει από τη ζωή της κοινότητας. (Γκούμας – Κωτσιόπουλος, 1999, σελ. 543).

Η γεροντολογία έχει εξελιχθεί σε τρία πεδία: Το βιολογικό, το ψυχολογικό και το κοινωνικό. Σε όλους αυτούς τους τομείς παραμένει πιστή την ίδια θετικιστική τάση. Το θέμα δεν είναι να εξηγηθεί γιατί συμβαίνουν τα φαινόμενα της γεροντικής ηλικίας, αλλά να γίνει μια όσο το δυνατόν πιο ακριβής συνθετική περιγραφή των εκδηλώσεών της.

Η γενική γνώμη σήμερα θεωρεί τα γηρατεία σαν μια διαδικασία κοινή για όλα τα όντα. Το γήρας, δεν είναι νόσος, αλλά φυσιολογική κατάσταση, που όμως παρουσιάζει πολλές παραδοξότητες. Βασικότερη είναι εκείνη που ενώ εντάσσεται στο πλαίσιο της φυσιολογικής ανελίξεως της ζωής, συνεπάγεται έκπτωση των λειτουργιών της. (Πλατής, Χ., 2003, σελ. 42-43).

Στα γεράματα παρατηρείται σημαντική ελάττωση της δυνατότητας ανανέωσης των κυττάρων, επίσης, αδυνατίζουν αισθητά ορισμένες λειτουργίες και εξακολουθούν να επιδεινώνονται μέχρι το θάνατο. Η εμφάνιση του ατόμου αλλάζει με αποτέλεσμα να μπορεί οποιοσδήποτε να υπολογίσει, περίπου, την ηλικία του. Τα μαλλιά ασπρίζουν και αραιώνουν και λόγω της αφυδάτωσης και απώλειας ελαστικότητας, η επιδερμίδα ρυτιδώνει και τα δόντια πέφτουν. Αλλαγές γίνονται το σκελετό. Με τη συμπίεση των δίσκων της σπονδυλικής στήλης, οι σπόνδυλοι πλησιάζουν ο ένας τον άλλο και η ραχοκοκαλιά κυρτώνει. Η καρδιά δεν αλλάζει πολύ, μα επιδεινώνεται και προοδευτικά χάνει τις δυνάμεις της. Τα αισθητήρια όργανα επηρεάζονται επίσης. Η όραση μειώνεται

και η πρεσβυωπία αποτελεί χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων σε παγκόσμια κλίμακα. (Μπωβουάρ, Σ., 1988, σελ. 29-32).

Επειδή τα γηρατειά αποτελούν το πιο πρόσφορο έδαφος για ν' αναπτυχθούν ψυχοσωματικές ανωμαλίες, οι οργανικές ασθένειες συνδέονται στενά με τον ψυχολογικό παράγοντα. Ο ηλικιωμένος βρίσκεται σε μια ευαίσθητη ψυχολογική κατάσταση, εφόσον, επηρεάζεται από τη σωματική του κατάσταση και μοιάζει μ' αυτήν, Οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες από τους νέους να προσβληθούν από πνευματική νόσο.

Τέλος,, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες προσδιορίζουν τα όρια της γερωντολογίας, όσο η επιστήμη αυτή εξετάζει τα ατομικά γηρατειά με βιολογικούς όρους. Η γήρανση και η φθορά ενός ανθρώπου συμβαίνουν πάντα σε μια ορισμένη κοινωνία και έχουν στενή σχέση με τον χαρακτήρα της συγκεκριμένης κοινωνίας και με τη θέση του συγκεκριμένου ατόμου μέσα σ' αυτήν.

Συμπερασματικά, όλα τα παραπάνω προβλήματα που αναλύσαμε, είναι δυστυχώς ακόμη προβλήματα με προοπτικές, που όμως η γερωντολογία έχει τουλάχιστον την υποχρέωση να φέρει στην επιφάνεια και να υπενθυμίσει ότι αφορούν τον καθένα σε πρώτο πρόσωπο και συνολικά την κοινωνία.

Εφαρμογές Γερωντολογίας

Η γερωντολογία, σήμερα, εφαρμόζεται και εξασκείται σε νοσοκομεία, οίκους ευγηρίας, ιδιωτικές κατοικίες, ιδιωτικές κλινικές και κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων. Ο θεωρητικός σκελετός για τη γερωντολογία, βασίζεται στην προϋπόθεση ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας εξαρτάται από την εκπλήρωση των αναγκών τους και τη λύση του προβλήματος. Η ουσία δεν είναι να αυξησει, και μόνο, το μήκος της ζωής αλλά να βοηθήσει το κάθε άτομο να έχει τον καλύτερο τρόπο ζωής. (Needham, F.J. 1999, σελ. 6-7).

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, εφαρμόζει εδώ και αρκετά χρόνια το πρόγραμμα «Γεροντολογίας» που καλύπτει μοναχικά ηλικιωμένα άτομα με μερική σωματική ή διανοητική εξάρτηση που ζουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Σκοπός του προγράμματος είναι να βοηθήσει τα ηλικιωμένα άτομα με τις υπηρεσίες που παρέχει, να βοηθήσει τις οικογένειές τους να έχουν λιγότερη ευθύνη και μικρότερο κόστος και παράλληλα να τους παρέχει υποστήριξη. Το πρόγραμμα απασχολεί κυρίως νοσηλεύτριες που φροντίζουν και για την εκπαίδευση των εθελοντών.

Στα μέλη του προγράμματος παρέχονται οι παρακάτω υπηρεσίες: α) Ιατρική Υπηρεσία, β) νοσηλευτική φροντίδα, γ) παροχές σε είδος (τρόφιμα, ρουχισμός κ.α.), δ) οικιακή βοήθεια, ε) συντροφιά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Μεθοδολογία

Η εργασία αυτή είναι μια βιβλιογραφική μελέτη για την Τρίτη Ηλικία και συγκεκριμένα για τα προγράμματα υποστήριξης της και κατά πόσο αυτά, με τον τρόπο που εφαρμόζονται, προάγουν τη δημιουργικότητα των ατόμων αυτής της ηλικίας.

Η επιλογή του θέματος δεν ήταν τυχαία. Ζούμε σε μια εποχή όπου η ραγδαία αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό έχει επιφέρει πολλαπλές αλλαγές στις κοινωνικές δομές, που επιβάλλουν στη λήψη δραστικών μέτρων για το πρόβλημα.

Κύρια επιδίωξη ήταν η κατά το δυνατόν πιο αναλυτική, αλλά και κυρίως περιεκτική μελέτη του θέματος προκειμένου να προσεγγισθεί και να μελετηθεί από κάθε του πλευρά ώστε να οδηγήσει στα ορθά συμπεράσματα. Η συνεργασία για τη διεξαγωγή αυτής της πτυχιακής είχε ως εξής:

Η βιβλιογραφία που εμπεριέχεται στην εργασία αντλήθηκε από τις παρακάτω Βιβλιοθήκες:

- Βιβλιοθήκη Α.Τ.Ε.Ι Πατρών
- Κεντρική Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών
- Ζωσιμαία Βιβλιοθήκη Ιωαννίνων
- Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Δημοτική Βιβλιοθήκη Ξάνθης
- Εθνική Βιβλιοθήκη Ελλάδος, Αθήνα

Ορισμένες πηγές αντλήθηκαν από διευθύνσεις / ιστοσελίδες του Διαδικτύου (Internet). Επίσης, πραγματοποιήθηκε ενημέρωση από τις

ακόλουθες Κοινωνικές Υπηρεσίες και τοπικούς φορείς που μας γνωστοποίησαν τα προγράμματα και τις εφαρμογές τους.

- Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ιωαννίνων, Τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας
- Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» Δήμου Ιωαννίνων
- 1^ο και 2^ο Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ξάνθης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

α) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

➤ Το πέρασμα στην Τρίτη Ηλικία και στα γηρατειά δεν σημαίνει απαραίτητως και το τέλος της ανθρώπινης ζωής. Είναι ωστόσο, εμπειρική και καθολική αλήθεια πως μετά από ορισμένα χρόνια, ο ανθρώπινος οργανισμός φθίνει και οι σωματικές και διανοητικές λειτουργίες του βρίσκονται σε καταστολή. Για πολλούς τα γεράματα δεν είναι παρά ένα καταφύγιο από τη σκληρότητα της ζωής, άλλοι προσαρμόζονται άνετα σε αυτά, όμως η πλειοψηφία των ανθρώπων αντιδρά με λύπη ή επαναστατεί μπροστά στα γεράματα που τα βλέπει με μεγαλύτερη απέχθεια κι από το θάνατο.

Παρόλα αυτά, ένας ηλικιωμένος άνθρωπος δεν παύει να είναι ένας ζωντανός άνθρωπος που έχει να διανύσει μια ακόμη ηλιακή περίοδο της ζωής του. Δεν παραιτούνται από τον αγώνα όλοι οι ηλικιωμένοι, κάθε άλλο μάλιστα. Πολλοί, εντυπωσιάζουν ακόμα και τους νεότερους με την επιμονή τους, την εφευρετικότητα, τη δημιουργικότητά τους και τη δίψα για ζωή. Όμως, δεν είναι σε θέση όλοι, να αναδείξουν και να καλλιεργήσουν από μόνοι τους αυτές τους τις δυνατότητες.

Σε αυτό το σημείο, η κοινωνία μας και το κράτος πρέπει να επέμβουν και να στηρίξουν την τρίτη ηλικία με προγράμματα και παροχές αντάξιας των αναγκών των ηλικιωμένων. Μέσα από αυτή την εργασία θα δούμε κατά πόσο αυτό επιτυγχάνεται.

➤ Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού (Δημογραφική Γήρανση) έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις κοινωνικές δομές και δημιουργήσει αρνητικές επιπτώσεις σε κάθε χώρα. Οι επιπτώσεις

αυτές είναι οικονομικές και κυρίως στις δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης και στις δαπάνες υγείας. Η δημογραφική γήρανση προκαλεί:

- αυξανόμενη δυσαναλογία συνταξιούχων προς εργαζομένους, πράγμα που προκαλεί δυσχέρειες στη χρηματοδότηση συντάξεων
- μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία
- κατάληψη και διατήρηση θέσεων εργασίας
- σύγκρουση γενεών
- μείωση του στρατεύσιμου πληθυσμού

Υπάρχει όμως και η θετική της πλευρά. Ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου αυξήθηκε κατά 15 έως 20 έτη τα τελευταία χρόνια, γεγονός που κάνει τον άνθρωπο να αισθάνεται καλύτερα. Ιδιαίτερα οι άνθρωποι της μέσης ηλικίας νοιώθουν ότι είναι νεότεροι απ' ότι παλιότερα. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος 50 χρονών δεν θεωρείται προχωρημένης ηλικίας και ο ίδιος νοιώθει ότι έχει πολλά χρόνια μπροστά του.

➤ Υπάρχουν πολλές θεωρίες ψυχολόγων που ασχολούνται με την εξέλιξη της Τρίτης Ηλικίας (σωματική και πνευματική). Κάποιες από αυτές τονίζουν κυρίως την ψυχοκοινωνική πλευρά του ατόμου κι άλλες τονίζουν τις γενετικές επιδράσεις. Μετά από έρευνα σ' αυτόν τον τομέα, φαίνεται πως οι επιδράσεις στην τρίτη ηλικία δεν μπορεί να είναι μόνο γενετικές ή μόνο ψυχοκοινωνικές. Κάθε συμπεριφορά είναι μια σύνθετη αλληλεπίδραση ανάμεσα σε εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες. Μέσα από την ανάλυση ορισμένων βασικών θεωριών, καταλήγουμε σε έναν κοινό προσανατολισμό, το γήρας οφείλεται κυρίως σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Οι ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με κάποιες ψυχοδιανοητικές αλλαγές και τις ασθένειες που συνεπάγονται αυτών των αλλαγών. Μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων πάσχουν από κατάθλιψη (που οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες και το 60% βελτιώνεται κλινικά με τη φαρμακοθεραπεία και μόνο.

Το ίδιο συμβαίνει και με το «άγχος» όπου η μόνη θεραπεία που τους παρέχεται είναι τα ηρεμιστικά. Οι θεραπευτές συνιστούν στους ασθενείς να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, κανένας όμως δεν τους βοηθά στην επίτευξη αυτού του στόχου. Μια ακόμη συχνή στην εποχή μας νόσος είναι αυτή του Alzheimer, η οποία πλήττει μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων. Λόγω του ότι απαιτεί συνεχή επίβλεψη και φροντίδα προς τον ηλικιωμένο, που η οικογένεια δυσκολεύεται ή δεν είναι διατεθειμένη να προσφέρει, τα άτομα αυτά συσσωρεύονται σε Κέντρα Κλειστής Περίθαλψης.

Παρά τις μεταβολές που έχουν συμβεί τις τελευταίες δεκαετίες, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο, γίνεται εμφανές πως υπάρχει ακόμη η επικοινωνία και η στήριξη ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους. Στην Ελληνική οικογένεια υπάρχουν ακόμη οι δεσμοί. Αλλά δεν είναι τόσο ισχυροί όσο τα παλαιότερα έτη. Τα παιδιά επιθυμούν να ζουν κοντά στους γονείς αλλά όχι κάτω από την ίδια την ίδια στέγη. Αυτό οφείλεται στην αλλαγή των αντιλήψεων, στους οικονομικούς παράγοντες αλλά και στην ίδια την Πολιτεία η οποία δεν παρέχει μια σημαντική οικονομική και θεραπευτική βοήθεια στα άτομα τρίτης ηλικίας.

Η αντίληψη που επικρατεί στη χώρα μας ότι μετά τη συνταξιοδότηση ένα άτομο έχει τον ελεύθερο χρόνο να ασχοληθεί με καινούργιες δραστηριότητες δεν ισχύει πάντα, λόγω σωματικών, ψυχολογικών, οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων. Η συνταξιοδότηση δεν είναι αναγκαστικά κάτι κακό ούτε όμως και κάτι εύκολο που έχει μόνο θετικά χαρακτηριστικά. Είναι μια μεγάλη μεταβολή στη ζωή του ανθρώπου που απαιτεί μεγάλη ικανότητα προσαρμογής. Αβεβαιότητα και ανασφάλεια για το τι θα ακολουθήσει χαρακτηρίζει σχεδόν κάθε άνθρωπο σε αυτή τη φάση της ζωής του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων σήμερα κοινοποιείται οικονομικά και ψυχολογικά, αυτές όμως είναι δυο μορφές κακοποίησης που δε φαίνεται να απασχολούν την κοινωνία. Μέσα σ' αυτά το κράτος εμφανίζεται ανίκανο να προλάβει αυτή την κατάσταση

και να παράσχει στα άτομα όσα τουλάχιστον οικονομικά χρειάζεται ένας ηλικιωμένος για να καλύψει άνετα τις ανάγκες του.

➤ Η Κοινωνική Πολιτική, σε θέματα γήρανσης και ηλικιωμένων ατόμων θα πρέπει να στοχεύει στη διασφάλιση και τη διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής για τα άτομα και η προσπάθεια για τη βελτίωσή της. Αυτό περιλαμβάνει: αυτονομία, σεβασμό, ένταξη, κοινωνική συμμετοχή και επικοινωνία, δραστηριότητα, ιδιωτική ζωή και ηρεμία. Ορισμένοι από τους παραπάνω στόχους επιτυγχάνονται μέσα από τα υπάρχοντα προγράμματα υποστήριξης για την τρίτη ηλικία, δυστυχώς όμως όχι στο έπακρο και όχι παντού με τον τρόπο που θα έπρεπε ώστε να ενισχύσουν και να προάγουν τη δημιουργικότητα και τις δυνατότητες, που δίχως άλλο, υπάρχουν και στην τρίτη ηλικία.

Τα Προνοιακά Προγράμματα (που δίνονται από τη Νομαρχία της κάθε πόλης) παρέχουν ένα ποσό μηνιαίως σε ηλικιωμένους με αναπηρίες, βιβλιάριο υγείας και συνταξιοδότηση σε ανασφάλιστους. Επίσης, και σε ορισμένες περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης δίδεται ένα μικρό ποσό που καλύπτει μόνο κάποιες βασικές ανάγκες. Το Στεγαστικό Επίδομα που παρέχεται δεν έχει πρακτική εφαρμογή αφού οι προϋποθέσεις είναι τέτοιες ώστε κανένα άτομο δεν τις πληρεί. Το κρατικό πρόγραμμα κατασκηνώσεων και λουτροθεραπειών για τους ηλικιωμένους δίδει στους ηλικιωμένους, δίνοντας ένα καθαρά συμβολικό ποσό, μια ευκαιρία για καλοκαιρινές διακοπές με συνομήλικούς τους και παράλληλα συμβάλλει στην κοινωνικοποίησή τους.

Τα τελευταία χρόνια ενισχύεται ιδιαίτερα στο χώρο της Κοινωνικής Φροντίδας η παραμονή του ηλικιωμένου στο φυσικό του χώρο (στο οικείο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον) και η εξωιδρυματική μορφή περίθαλψης. Κατά συνέπεια σήμερα υπάρχουν αρκετά προγράμματα ανοιχτής περίθαλψης που αποκτούν όλο και μεγαλύτερη απήχηση στο κοινωνικό σύνολο.

Βασικό χαρακτηριστικό αυτών είναι ότι ο ηλικιωμένος δεν απομονώνεται, δραστηριοποιείται και κινητοποιείται μέσα από την παραμονή στο σπίτι.

Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένα από τα προγράμματα που παρέχουν σύγχρονες υπηρεσίες στους ηλικιωμένους. Υπάρχει μεγάλος αριθμός Κ.Α.Π.Η. στους δήμους κάθε πόλης σε όλη τη χώρα. Είναι ένας χώρος όπου οι ηλικιωμένοι βρίσκονται και συναναστρέφονται, συζητούν με τους συνομήλικούς τους, μαθαίνουν τέχνες, χορό, διάφορες κατασκευές, διοργανώνουν εκδηλώσεις, εκδρομές. Με λίγα λόγια, στα πλαίσια αυτού του προγράμματος περνούν ευχάριστα τον καιρό τους χωρίς να μένουν άπραγοι και ενισχύοντας τη δημιουργικότητά τους. Ακόμη, τους παρέχονται υπηρεσίες όπως φυσικοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα και ψυχολογική στήριξη, υπηρεσίες που εκτιμούν ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι. Υπάρχει βέβαια και η εικόνα των Κ.Α.Π.Η. που λόγω έλλειψης κατάλληλης υποδομής και ειδικού προσωπικού, λειτουργούν απλά ως «καφενεία» και δεν προσφέρουν στα μέλη τους αυτά που θα έπρεπε.

Ένα αρκετά βοηθητικό πρόγραμμα που εφαρμόζεται από τον Ε.Ε.Σ. στα πλαίσια του φροντίδα στο σπίτι είναι το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού. Με τον τρόπο αυτό, μοναχικά άτομα νοιώθουν πιο ασφαλή και μπορούν μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας να έχουν βοήθεια σε επείγουσες καταστάσεις.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» είναι ένα πιλοτικό πρόγραμμα που τα τελευταία χρόνια έχει γίνει ευρέως γνωστό. Οι υπηρεσίες που προσφέρει είναι ιδιαίτερα πολύτιμες για τους ηλικιωμένους, καθότι τους προσφέρεται πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα παραμένοντας στο φυσικό τους περιβάλλον και αποφεύγουν έτσι την απομόνωση και τον εγκλεισμό σε ιδρύματα. Το πρόγραμμα αυτό έχει βοηθήσει ιδιαίτερα μοναχικούς ηλικιωμένους που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας. Στα άτομα αυτά προσφέρεται νοσηλευτική, οικιακή φροντίδα και ψυχολογική στήριξη από το εξειδικευμένο προσωπικό του προγράμματος. Οι καλές σχέσεις και η αγάπη που δείχνουν οι

ηλικιωμένοι στο προσωπικό του προγράμματος επισφραγίζουν την επιτυχία αλλά και την αναγκαιότητα συνέχισης του προγράμματος.

➤ Η «Κλειστή Ιδρυματική Περίθαλψη» παρέχεται σε ειδικά ιδρύματα, Γηροκομεία-Οίκοι Ευγηρίας, Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων. Μελετώντας για την τρίτη ηλικία βλέπουμε πως η απομάκρυνση των ηλικιωμένων από το σπίτι τους και το προσωπικό τους χώρο μπορεί να έχει τραγικές συνέπειες (το 25% των ηλικιωμένων πεθαίνουν στους πρώτους 6 μήνες του εγκλεισμού τους και το 50% στον πρώτο χρόνο).

Δυστυχώς σήμερα ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν τα Γηροκομεία και τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων που φιλοξενούν ηλικιωμένους δεν είναι ιδανικός. Έχουμε συνηθίσει να θεωρούμε αυτά τα ιδρύματα όχι σαν χώρο για να αποκατασταθούν οι γέροι, μα σαν την τελευταία λύση για έναν δύσκολο ηλικιωμένο. Έτσι με τον τρόπο που γεμίζουν τα ιδρύματα αγνοείται συστηματικά η βασική αρχή της αποκατάστασης, η διαφοροποίηση δηλαδή του ηλικιωμένου. Οι κατάκοιτοι ασθενείς «συμφέρουν» τα ιδρύματα αφού παίρνουν μεγαλύτερη επιχορήγηση, χρειάζονται λιγότερη φροντίδα και σπάνια φεύγουν από το ίδρυμα.

Τα περισσότερα από τα υπάρχοντα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης δεν εκπληρώνουν τις προϋποθέσεις για τη σωστή λειτουργία τους. Οι χώροι δεν είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι ώστε να εξυπηρετούν την άνετη μετακίνηση των ηλικιωμένων και το προσωπικό είναι ελλιπές σε αριθμό ή δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο ώστε να παρέχει τη φροντίδα που χρειάζονται αυτά τα άτομα.

Η Εκκλησία με τον τρόπο της έχει συμβάλλει στο θεσμό της Κλειστής Περίθαλψης Ηλικιωμένων ιδρύοντας 9 στέγες γερόντων.

➤ Κάνοντας μια σύγκριση στον τρόπο που παρέχεται η κοινωνική φροντίδα και σε άλλες χώρες καταλήξαμε στο ότι η τάση της εποχής είναι η ενίσχυση της ανοιχτής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους κάθε κράτους. Σε χώρες με χειρότερα οικονομικά δεδομένα, που η ζωή δεν είναι εύκολη ούτε για τους νέους, είναι απογοητευτική η εικόνα που οι ηλικιωμένοι κλείνουν το πέρασμα τους από τον κόσμο μας με τρόπο μίζερο και ταπεινωτικό. Η εξασφάλιση της τρίτης ηλικίας ίσως είναι στοίχημα που θα έπρεπε να βάζει κάθε «κράτος πρόνοιας» που σέβεται τον εαυτό του.

➤ Κανένας άνθρωπος που ζει πολλά χρόνια δεν μπορεί να αποφύγει τα γηρατειά καθότι πρόκειται για αμετάκλητο φαινόμενο. Τα γηρατειά τελειώνουν πάντα με το θάνατο, σπάνια όμως χωρίς την επέμβαση κάποιου παθολογικού παράγοντα. Συμπέρασμα όλων των ερευνών που έχουν γίνει στα πλαίσια της γεροντολογίας είναι ότι υπάρχουν τεράστιες διαφορές ανάμεσα σε άτομα τις ίδιας ηλικίας. Η χρονολογική και βιολογική ηλικία δεν συμπίπτουν πάντα, κάθε άλλο μάλιστα.

➤ Εν κατακλείδι, η κοινωνία μας και το κράτος έχει χρέος να βοηθήσει τα άτομα της τρίτης ηλικίας και να τα στηρίξει έμπρακτα αποφεύγοντας τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίησή τους. Δεν πρέπει άλλωστε να ξεχνάμε ότι ο τρόπος που μεταχειριζόμαστε τα ηλικιωμένα άτομα, θα προδικάσει εν μέρει τι είδους μεταχείριση θα τύχουμε όταν εμείς γεράσουμε.

ii) ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Μέσα από αυτή την εργασία κατανοήσαμε τον όρο Τρίτη Ηλικία, ήρθαμε κοντά στις ανάγκες της, στις αδυναμίες της, αλλά και στις δυνατότητές της.

Κάναμε μία διερεύνηση των προγραμμάτων υποστήριξής της, μέσα από την οποία καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

- Στα πλαίσια της άσκησης κοινωνικής πολιτικής θα πρέπει η Πολιτεία να διανείμει κοινωνική φροντίδα για την άμβλυνση, αν όχι την ικανοποίηση, των αναγκών της τρίτης ηλικίας.
- Οι κοινωνικές δαπάνες πρέπει να αφορούν σε αυτούς που πραγματικά έχουν ανάγκη.
- Θα πρέπει λοιπόν να υπάρχει ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός και τα κοινωνικά προβλήματα που αφορούν τους ηλικιωμένους να μην αποτελούν μόνο θέμα συζήτησης αλλά να λυθούν με πολιτικές αποφάσεις, οι οποίες θα πρέπει να παρθούν χάρη του συνόλου.
- Μετά το πρώτο βήμα που έγινε με το “Βοήθεια στο σπίτι” το επόμενο βήμα για τα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα είναι η Νοσηλεία στο σπίτι, που ακόμη λειτουργεί πιλοτικά σε λίγους Δήμους.
- Επίσης την αποτελεσματικότερη και πλησιέστερη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη των ατόμων αυτών.
- Την αποπεριθωριοποίηση των ηλικιωμένων και την πλήρη κοινωνική στήριξή τους με προγράμματα αναψυχής και επιμόρφωσης.
- Ακόμη την αύξηση του κατώτερου ορίου συντάξεως σε 450 ευρώ μηνιαίως. Και την επανεξέταση του θέματος της εξόδου από το επάγγελμα μετά τη συμπλήρωση του ορίου ηλικίας και ενθάρρυνση ατόμων τρίτης ηλικίας να προσφέρουν εργασία σε τομείς που υπάρχει ζήτηση καθώς και σε εθελοντική.
- Ο εθελοντισμός είναι ανάγκη να καλλιεργηθεί και να τονωθεί ακόμα και περισσότερο το πνεύμα αυτού, το οποίο στηρίζει και ενδυναμώνει την κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη.
- Απαραίτητα κρίνεται η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και των ειδικών ομάδων που έρχονται σε επαφή με ηλικιωμένα άτομα.

- Γνωστοποίηση στο ευρύ κοινό και καθιέρωση των μαθημάτων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού σχετικά με την παροχή φροντίδας και νοσηλείας ηλικιωμένων στο σπίτι.
- Ενθάρρυνση και επέκταση του προγράμματος “ Βοήθεια στο σπίτι” για την ανακούφιση της οικογένειας με τη συνδρομή κρατικών λειτουργών και εθελοντικών οργανώσεων.
- Σημαντικές φορολογικές απαλλαγές ή επιδοτήσεις σε οικογένειες με φορολογικές δηλώσεις κάτω ενός ορίου οι οποίες περιθάλπουν στο σπίτι τους ηλικιωμένους συγγενείς.
- Τέλος, αυτό που πρέπει να τονίσουμε είναι πως χρειάζεται κοινή προσπάθεια και συναίνεση και ανύσταχτη φροντίδα για ένα τόσο σοβαρό ζήτημα όσο αυτό της Τρίτης Ηλικίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμηνά Άννα, (1996), «Για να γεράσουμε όλοι καλύτερα», Αθήνα: Ακαδημίας.
2. Αμηνά Άννα, (2001), «Αναδοχή και Τρίτη Ηλικία», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
3. Βάγια Χριστίνα, (2004), «Κοινωνική Προστασία των Ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ο ρόλος του εθελοντικού τομέα», Αθήνα, στο Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 75, σελ 179.
4. Γείτονα Μαίρη, (1994), «Ο ρόλος του Κράτους στην παροχή Κοινωνικών Υπηρεσιών για την τρίτη ηλικία», Αθήνα, στο Εκλογή, Τευχ. 100.
5. Γκούμας-Κωτσιόπουλος, (1989), «Υγεία», Αθήνα:Δομική.
6. Δαρδαβέζης, Θ.Ι., (1999), «Εισαγωγικά Στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
7. Διαμαντόπουλος, Δ.Π., (1988), «Λεξικό Βασικών Εννοιών», Αθήνα:Πατάκη.
8. Δοντάς Αναστάσιος,(1981), «Η τρίτη ηλικία-προβλήματα και δυνατότητες», Αθήνα: Παρισιανός.
9. Δράκος, Ν., (1991), «Ανασκόπηση των συστημάτων παροχής υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους. Η ανοικτή προστασία των ηλικιωμένων στην Ελλάδα», ανακοίνωση στο 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής, Αθήνα, σελ. 432-433.
10. Ζήσης Πέτρος, (2002), « Τα Γηρατειά ένα μεγάλο υπαρξιακό πρόβλημα», στο Ηθικά Κεφάλαια, Βρυέννιος, Θεσσαλονίκη.
11. Ιορδανίδου, Α.- Μπατζόγλου, Β., (1992), «Σύγχρονο Λεξικό της Νεοελληνικής Γλώσσας», Αθήνα: Πατάκη.

12. Καρπάθιος Στυλιανός., (1994), « Το προνοιακό έργο της Εκκλησίας για τον Άνθρωπο της Τρίτης Ηλικίας», Αθήνα, Εκλογή, Τευχ. 100: 24-30.
13. Καστενμπάουμ Ρόμπερτ, (1982), «Η Τρίτη Ηλικία -Ο κύκλος ζωής», Μετάφραση: Ελένη Τσελέπογλου, Αθήνα: Αθ. Ψυχογιός.
14. Κρεμαλής Κ., (1991), « Το Δικαίωμα του Ατόμου για Κοινωνική Πρόνοια», Αθήνα: Θεμέλιο.
15. Κωσταντέλος, Δ., (1986), « Βυζαντινή Φιλανθρωπία και Κοινωνική Πρόνοια», Αθήνα: Φως.
16. Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., (1993), «Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
17. Μάνος Νίκος, (1997), «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», Θεσσαλονίκη:University Studio Press.
18. Μαντζιάρας, Μ., (1999), «Το πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι' στο Δήμο Διδυμότειχου», Αθήνα, στο Κοινωνική Εργασία, Τευχ. 56, σελ. 17.
19. Μανωλάς, Χ., (2002), «Ηρθε η βοήθεια στο σπίτι», Αθήνα, στο ΤΑ ΝΕΑ, Αριθμ. Φύλλου 17468, σελ. 47.
20. Μητροσύλη, Μ., (1995), «Κλειστή Περίθαλψη Ηλικιωμένων: θεσμικά και νομικά προβλήματα», Αθήνα, στο Κοινωνική Εργασία, Τευχ. 100, σελ. 121-125.
21. Μονταλτσίνι Ρίτα Λέβι, (1998), «Ο κρυφός άσσος», Αθήνα: Ωκεανίδα, - Λουίζα Ζαούση & ΣΙΑ Ο.Ε.
22. Μπωβουάρ Ντε Σιμόν, (1980), «Τα γηρατειά», Αθήνα: Γλάρος.
23. Needham F. Joan, (1999), «Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα», μετάφραση: Καραχάλιος Γεώργιος, Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
24. Παγοροπούλου Α., (2000), «Η Γεροντική Κατάθλιψη», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
25. Πανουτσοπούλου Κασσιανή, (1984), «Κοινωνική Πρόνοια», 3^η Έκδοση, Αθήνα: Γρηγόρη.

26. Παπασπυρόπουλος Α. Σπυρίδων, (1991), «Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας», επιμέλεια: Στ. Μανέτα, Αθήνα: Σκαραβαίος.
27. Πλατής. Δ. Χρύσανθος, (2003)«Γεροντολογική Νοσηλευτική», Αθήνα.
28. Πουλοπούλου - Έμκε Έρα, (1980), «Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν-Παρόν και Μέλλον», Αθήνα: Έλλην.
29. Ρήγα Βάσω, (1992), «Συνταξιοδοτική Πολιτική», Στο: «Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική», Αθήνα: Θεμέλιο.
30. Σταθόπουλος Πέτρος, (1996), «Κοινωνική Πρόνοια», Αθήνα: Έλλην.
31. Στασινοπούλου Β. Όλγα, (1999), «Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής», Αθήνα: Gutenberg.
32. Τάκερ Νίκολας, (1999), «Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία», μετάφραση: Γαλανάκη Ευαγγελία, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
33. Τεγόπουλος-Φυτράκης, (1999), «Μείζον Ελληνικό Λεξικό», Αθήνα: ARMONIA A.E..
34. Τζιμαράς, Α., (1987), «Τα γηρατειά και τα προβλήματά τους», Θεσσαλονίκη: Λασκαρίδη.
35. Τριανταφύλλου Τζούντιθ, Μεθenaίου Ελίζαμπεθ, (1993), «Ποιος φροντίζει;», Αθήνα: Sextant.
36. Τσουκαλάς Κωνσταντίνος, (1981), «Κοινωνική ανάπτυξη και Κράτος», Αθήνα: Θεμέλιο.
37. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (1995), «Οδηγός Κεντρικών και Νομαρχιακών Υπηρεσιών του Υπουργείου-Εποπτευομένων Φορέων», Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
38. Χαραλαμπίκης, Μ., (2002), «Τηλε-SOS για τη γιαγιά», Αθήνα, στο ΤΑ ΝΕΑ, Αριθμ. Φύλλου 17468, σελ. 14.

Β. ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Betz, W., (1979), "Die allerbesten Jahre", Psychologie Hevte Bd, Berlin.
2. Birrin E. James, Schaie K. Warner, (1999), "Handbook of Psychology of going third edition", Academic Press Inc.
3. Bromley B.B., (1990), "Behavioural gerontology, central issues in the psychology of aging", Department of Psychology, university of Liverpool, uk, John Wiley and Sons Ltd, England.
4. Kirst, Ashman., (2003), "Introduction to social Care", St. James University Trust Hospital, Leeds LS 97TF.
5. Renwick, D., (1996), "Caring for older People: Community Care and Social Services", Redruth.
6. Oppenheimer Catherine, Jacoby Robin, (1996), "Psychiary in elderly", Oxford Medical Publicatinos, Oxford.
7. Walter A., Alber J. Guillemard A., (1993), "Older People in Europe: Social and Economic Policies", Commision of the European Communitiew, Brussels.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ / ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΣΤΟ INTERNET

1. <http://www.mohaw.gr/theministry/nomothesia>
2. <http://www.trihonida/html/koinotikew-trito>
3. <http://www.dipeh.gr/help/helppers>.
4. <http://www.trihonida.gr/trihonida/html/koinotikes-trito>
5. <http://www.dimoshrakleiou.gr>
6. <http://www.disabled.gr/lib/el/nomoi/stegastiko>

