



ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ
ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ»

ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΚΑΒΑ ΕΥΤΥΧΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΛΟΚΥΘΑΣ



Πάτρα, Μάρτιος 2012

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ
ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΚΑΒΑ ΕΥΤΥΧΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΟΛΟΚΥΘΑΣ

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα
Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του
Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΤΕΙ) Πάτρας**

Πάτρα, Μάρτιος 2012

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ

Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΕΣΥΕ	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος
ΕΚΚΕ	Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών
Κ.Α.Π.Η.	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΚΗ.ΦΗ	Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
Ε.Ε.Σ.	Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
Μ.Κ.Μ.	Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας
Ε.Κ.Τ.	Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό προϊόν
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Κ.Ε.Α.	Κοινωνική Εργασία με Άτομα
Κ.Ε.Ο.	Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια
Κ.Ε.Κ.	Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρωταρχικά επιλέγουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στις οικογένειες μας, που υπήρξαν αρωγοί και υποστηρικτές καθ' όλη τη διάρκεια των προσωπικών μας προσπαθειών στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Στη συνέχεια θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών κύριο Νικόλαο Παπανικολάου, τη διευθύντρια της βιβλιοθήκης κυρία Μαρία Φουντά καθώς και τους βιβλιοθηκονόμους του Οικονομικού Πανεπιστημίου για την υποστήριξη και τη βοήθεια τους στην ολοκλήρωση των οικονομικών κεφαλαίων του παρόντος πονήματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τις επιρροές που έχει η διεθνής οικονομική κρίση στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο ασχολούμαστε με τα χαρακτηριστικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών μεταβολών σαν κοινωνικό ζήτημα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσουμε τα κρατικά προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας που έχουν θεσπιστεί για την τρίτη ηλικία και συγκεκριμένα τα ΚΑΠΗ.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στα επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας για τα άτομα της τρίτης ηλικίας συμπεριλαμβανομένων των παροχών σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζουμε το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους. Εν συνεχεία παρατίθενται τα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού απέναντι στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύουμε το συνταξιοδοτικό σύστημα της χώρας αξιολογώντας τη βιωσιμότητά του και αναλύοντας τις πολιτικές και οικονομικές διαστάσεις που το διέπουν.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται διεξοδικά το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης και παρατίθεται και ο προγραμματισμός για τις παροχές στην τρίτη ηλικία εν μέσω της οικονομικής κρίσης.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναφέρονται οι επιπτώσεις που έχει η οικονομική κρίση, και η βαθιά ύφεση στην οποία έχει περιέλθει η οικονομία, στην τρίτη ηλικία. Γίνεται ιδιαίτερη μνεία στις οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, στις επιπτώσεις που αφορούν την ιατρική και κοινωνική περίθαλψη καθώς και στην κρίση η οποία διέπει τα προγράμματα και επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας.

Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήσαμε, το είδος και τα ερευνητικά ερωτήματά της, το δείγμα και τα δεοντολογικά ζητήματα.

Στο ένατο κεφάλαιο γίνεται η ανάλυση των ερευνητικών αποτελεσμάτων με τη χρήση στατιστικών πινάκων και διαγραμμάτων, ενώ στο τέλος στο δέκατο κεφαλαίο παρατίθενται τα συμπεράσματα που απορρέουν από την ερευνητική διαδικασία.

Τέλος παρατίθεται εκτενής βιβλιογραφία και διαδικτυακές πηγές που χρησιμοποιήθηκαν και μελετήθηκαν για την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

ABSTRACT

The present final work deals with the influences that the international economic crisis has in the individuals of third age.

In the first chapter we dealt with the characteristic problems of third age, included the demographic changes.

In the second chapter we develop the government owned programs of social providence that have been established for the third age and concrete the Centers For Elderly Citizens.

In the third chapter we were reported in the benefits of social providence for the individuals of third age, included benefits in type and in personal social services.

In the fourth chapter we present the role of social functional in the programs of social providence for the old men. Afterwards the duties of social functional toward the individuals of third age are mentioned.

In the fifth chapter we analyze the retirement system of country evaluating its viability and analyzing the political and economic dimensions that condition it.

In the sixth chapter, it is analyzed at great length the phenomenon of economic crisis and is also mentioned the planning for the benefits in third age during the economic crisis.

In the seventh chapter the repercussions that have the economic crisis and the deep recession to which has devolved the economy, to the third age are reported. There is a particular indication in economic, social and psychological repercussions, in the repercussions that concern the medical and social care as well as in the crisis which conditions the programs and benefits of social providence.

In the eighth chapter, it is presented the methodology of research that we followed the type and the inquiring questions, the sample and the ethical questions.

In the ninth chapter there is the analysis of inquiring results with the use of statistical tables and diagrams, while in the end of chapter the conclusions that derive from the inquiring process are mentioned.

Finally, extensive bibliography and internet sources that were used and studied for the development of present final work are mentioned.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επιρροής που έχει η σύγχρονη οικονομική κρίση στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Για το λόγο αυτό θα διερευνηθεί με τη βοήθεια της ποσοτικής μεθοδολογίας η γνώμη και οι απόψεις των ατόμων της τρίτης ηλικίας των ΚΑΠΗ σχετικά με τις προσωπικές τους εκτιμήσεις και εμπειρίες σε σχέση με την οικονομική κρίση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ.....	i
ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ.....	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ΑΒSTRACT	iv
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	v
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	vi
ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	3
ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	3
1.1 ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	3
1.2 Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ	4
1.2.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ	5
1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	6
1.3.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ..	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	9
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	9
2.1. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΑΠΗ	9
2.1.1 ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	10
2.2 ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗ.ΦΗ).....	12
2.2.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ ΚΗΦΗ	12
2.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	13
2.3.1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	14
2.4.ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ- ΓΗΡΙΑΤΡΕΙΑ	14
2.4.1.ΠΛΗΡΩΜΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	15
2.4.2 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	16
2.5 ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ..	16
2.5.1 ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ.....	16
2.5.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ»	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	20
ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	20
3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	20
3.2 ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ	20

3.3 ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	26
3.4 ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	27
3.4.1 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΛΕΙΣΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	27
3.4.2 ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	28
3.4.3 ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ «ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ»	29
3.4.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	29
3.5 Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	32
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	32
4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	32
4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΚΑΠΗ.....	33
4.3 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΣΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	34
4.4 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	37
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	37
5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	37
5.2 ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΕ - ΙΣΤΟΡΙΚΟ	38
5.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	39
5.4 Η ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.....	40
5.5 ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	42
5.6 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	46
Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	46
6.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	46
6.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ, ΚΡΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΙ.....	46
6.3 ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ.....	48

6.4	Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΚΑΙ Η ΝΕΟΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ	50
6.5	ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ.....	51
6.6	Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ..	51
6.7	Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	52
6.8	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	52
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	55
	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΙΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	55
7.1	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	55
7.2	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	56
7.3	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	57
7.4	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	58
7.5	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	59
7.6	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ	61
7.7	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	62
7.7.1	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	62
7.7.2	ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΟΙΚΟΥΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ	63
7.8	ΜΟΡΦΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	63
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΕΡΕΥΝΑ	66
8.1	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	66
8.1.1	ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	66
8.1.2	Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	67
8.1.3	ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	67
8.2	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	68
8.3	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ.....	68
8.4	ΔΕΙΓΜΑ	69
8.5	ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	71
9.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.....	80
ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ.....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	83
ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	83
ΞΕΝΗ.....	85
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	86

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ: Σύμφωνα με τον ένα από τα πέντε στάδια στον κύκλο της ανθρώπινης ζωής είναι και η Τρίτη ηλικία. Η Τρίτη ηλικία αρχίζει από το 65 έτος της ζωής και καλύπτει τα χρόνια της συνταξιοδότησης του ατόμου. (Μπαμπινιώτης, 2011)

ΤΕΤΑΡΤΗ ΗΛΙΚΙΑ: Τυπικά στην ομάδα των ατόμων της τέταρτης ηλικίας εντάσσονται τα άτομα 75 ή 80 ετών και άνω. (Μπαμπινιώτης, 2011)

ΗΛΙΚΙΑ: Η χρονική διάρκεια κατά την οποία κάποιος ή κάτι έχει υπάρξει, η καταμετρημένη με έτη διάρκεια ζωής. (Μπαμπινιώτης, 2011)

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ: Η μεταβολή του ρυθμού, του τρόπου λειτουργίας οργάνωσης ή συστήματος. (Μπαμπινιώτης, 2011)

ΝΕΟΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΙΣΜΟΣ: Ο νεοφιλελευθερισμός είναι μια σύγχρονη ιδεολογική και πολιτική έκφραση του οικονομικού φιλελευθερισμού. Ακρογωνιαίοι λίθοι της αντίληψης αυτής είναι η μείωση της συμμετοχής και του ρόλου του κράτους στην οικονομική δραστηριότητα, για παράδειγμα με μείωση της φορολογίας και ιδιωτικοποίηση όλων των υπηρεσιών. Επίσης αναφέρεται σε τάσεις υιοθέτησης ορολογίας ιδιωτικής οικονομικής (πχ «αποδοτικότητα», «επιλογές καταναλωτή», «προϊόν» κλπ) και λογικής διαχείρισης/διοίκησης ιδιωτικής επιχείρησης σε θέματα που αφορούν στην πολιτική, τη δημοκρατία, την κοινωνία. (Μπαμπινιώτης, 2011)

ΚΡΙΣΗ: Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για την περιγραφή πολλών καταστάσεων σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας όπως στον οικονομικό, στο περιβαλλοντικό, στο ψυχολογικό, στο διοικητικό. Ο Carlan (1964) έχει ορίσει την κρίση ως μια «ψυχολογική αποσταθεροποίηση του ατόμου που έρχεται αντιμέτωπο με μια επικίνδυνη κατάσταση, η οποία αποτελεί για το ίδιο το άτομο ένα σημαντικό πρόβλημα, το οποίο, προς το παρόν, αδυνατεί τόσο να το αποφύγει όσο και να το

επιλύσει, χρησιμοποιώντας τις συνήθεις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων».(Μπαμπινιώτης, 2011)

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ: Η σχέση αμοιβαίας ηθικής μεταξύ ατόμων.
(Μπαμπινιώτης, 2011)

ΙΔΡΥΜΑ: Με τον όρο ίδρυμα νοείται ένα σύνολο περιουσίας αφιερωμένο, σύμφωνα με την ιδρυτική του πράξη, στην εξυπηρέτηση ορισμένου, διαρκούς σκοπού, το οποίο έχει αποκτήσει νομική προσωπικότητα.. (Μπαμπινιώτης, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

1.1 ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στις μέρες μας ο ορισμός της τρίτης ηλικίας έχει αλλάξει σε σχέση με τις απόψεις που επικρατούσαν στο παρελθόν. Ουσιαστικά, δεν καθορίζεται με μια συγκεκριμένη ηλικία αλλά οριοθετείται από την ικανότητα ενός ατόμου να επιτελέσει δραστηριότητες οι οποίες τον κατατάσσουν σε μια ηλικιακή ομάδα. Η τρίτη ηλικία είναι μια ανομοιογενής ηλικιακή ομάδα, στην οποία εντάσσονται τα άτομα τα οποία είναι ηλικιακά άνω των 65 ετών παρόλο που δεν βρίσκονται στην ίδια σωματική, κοινωνική και ψυχολογική κατάσταση. (Αμηρά, 1986).

Στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα το ηλικιωμένο άτομο διακατέχεται από αισθήματα λύπης και μελαγχολίας για όσα έχει ζήσει στο παρελθόν αλλά και για όσα δεν μπορεί να χαρεί στο παρόν και το μέλλον λόγω των προβλημάτων που τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζει λόγω των φυσιολογικών αλλαγών οι οποίες επιτελούνται με το πέραμα των ετών. (Αμηρά, 1986).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) προσδιορίζει ως ηλικιωμένα τα άτομα τα οποία είναι άνω των 65 ετών και τα οποία είτε έχουν μια αισιόδοξη στάση (συναισθανόμενοι ότι πήραν και πρόσφεραν πράγματα τα χρόνια που πέρασαν) είτε υιοθετούν μια πιο μίζερη και αρνητική στάση καθώς αισθήματα φόβου, αγωνίας και απογοήτευσης για τη ζωή που έζησαν και για τα χρόνια που θα ακολουθήσουν. (Αμηρά, 1986).

Βέβαια, έχοντας πλέον περισσότερο χρόνο για τον εαυτό τους τα άτομα της τρίτης ηλικίας μπορούν ασχοληθούν με νέες δραστηριότητες οι οποίες τους κεντρίζουν το ενδιαφέρον και τους κάνουν να περνάνε δημιουργικά το χρόνο τους. Ακόμα και ένας περίπατος μπορεί να φαντάζει σαν μια δραστηριότητα για τα άτομα αυτά. Επίσης, παρότι τις περισσότερες φορές μπορεί να κουράζονται γρήγορα όταν εκτελούν μια δραστηριότητα παρόλα αυτά έχουν την τάση να ασχολούνται συνεχώς με κάτι, όπως ακριβώς κάνουν και τα άτομα που βρίσκονται στην παιδική ηλικία. Όμως υπάρχουν και ηλικιωμένα άτομα τα οποία μην έχοντας ψυχική ισορροπία απαιτούνται από τη ζωή και τις περισσότερες φορές προκαλούν την λύπηση των οικείων τους. (Αμηρά, 1986).

1.2 Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

Σύμφωνα με Έμκε- Πουλοπούλου (1999) ως δημογραφική/πληθυσμιακή γήρανση ορίζεται η συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό. Η Ελλάδα, η Ιταλία, η Γερμανία και η Σουηδία συγκαταλέγονται στα πιο «γερασμένα» έθνη του ανεπτυγμένου κόσμου. Ενώ σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ) στην Ελλάδα το 2011 η αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών αντιστοιχούσε στο 16,5% του συνολικού πληθυσμού ενώ οι προβλέψεις της ΕΣΥΕ για έτος 2030 κάνουν λόγο για αύξηση κατά 10% των ηλικιωμένων φτάνοντας το 1/3 του συνόλου. (ΕΣΥΕ).

Σύμφωνα, με σχετική μελέτη του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) οι πιο γερασμένες περιοχές της χώρας είναι η περιφέρεια Πελοποννήσου, η περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας και η περιφέρεια Βόρειου Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Και ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%. Χαρακτηριστικό είναι ότι ενώ το έτος 1853 στην Ελλάδα το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων ήταν 3,2% των νέων κάτω των 15 ετών 41,2% πλέον σε περίπου δέκα χρόνια από τώρα (2020) υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι όσο και των νέων ατόμων(κάτω των 15 ετών) θα είναι παραπλήσιος. (ΕΣΥΕ).

Η δημογραφική γήρανση και η φθίνουσα γονιμότητα ευθύνεται και για την αλλαγή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας. Ο μέσος όρος ζωής στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά ενώ οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία. Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία της Eurostat, στη χώρα μας το 1997, σε κάθε 10 γυναίκες, αναλογούσαν κατά μέσο όρο 13 παιδιά, έναντι 23 παιδιών πριν από 20 χρόνια. Το 1997 η Ελλάδα εμφάνιζε περίπου μηδενική φυσική μεταβολή του πληθυσμού, έναντι αύξησης 0,9 του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο ίδιος δείκτης ήταν λίγο πιο αρνητικός για τη Γερμανία (0,5), την Ιταλία (0,5) και τη Σουηδία (0,4). Και πιο θετικός για την Ιρλανδία (5,8), την Ολλανδία (3,7) και τη Γαλλία (3,3). (Αμηνά, 1986). Όλες αυτές οι διαπιστώσεις οδηγούν σε αρνητικές συνέπειες για την οικονομία της χώρας. Μάλιστα, ο ελληνικός πληθυσμός θα σημείωνε μεγάλη στασιμότητα, αν δε υπήρχε η εισροή 200.000 προσφύγων και 650.000 περίπου αλλοεθνών και ξένων λαθρομεταναστών που αναλογούν συνολικά στο 8,5% του πληθυσμού. Το γεγονός

αυτό συνδέεται άμεσα με την ραγδαία αύξηση του ποσοστού της δημογραφικής γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού.

(ΕΣΥΕ).

1.2.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Οι δημογραφικές μεταβολές και τα προβλήματα που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού ελκύουν το ενδιαφέρον της γεροντολογίας, η οποία ανταποκρίνεται με την υιοθέτηση σύγχρονων και πιο διευρυμένων ρόλων, προκειμένου να αντιμετωπίσει τα ολοένα αυξανόμενα βιοψυχοκοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που παρουσιάζει ο ηλικιωμένος πληθυσμός. (Πλάτη, 2006)

Τα προβλήματα υγείας των υπερηλίκων αποτελούν πρόκληση για τη γεροντολογία η οποία έχει την ευθύνη καλύψεως των νοσηλευτικών αναγκών όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως ηλικίας. Το ενδιαφέρον της επικεντρώνεται στην ταχεία αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, επειδή πιστεύεται ότι η πραγματική αξία και η αξιοπρέπεια του ανθρώπου δεν ελαττώνονται με τη συσσώρευση του χρόνου. (Πλάτη, 2006)

Ο πρωταρχικός σκοπός της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής είναι η πρόληψη η διατήρηση της υγείας και η ευημερία του ατόμου, της οικογένειας, των ομάδων και των πληθυσμών. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού με τη Νοσηλευτική παρακολουθείται και προστατεύεται το άτομο από το λίκνο, την παιδική και την ώριμη ηλικία, τη σεβαστή πολιά, το βαθύ γήρας, μέχρι και τον ειρηνικό θάνατο. (Τσουραμάνης, 2008)

Έτσι μια από τις πιο σημαντικές και ίσως μοναδική πρόοδος που συνέβη κατά τα τελευταία χρόνια είναι η στροφή του ενδιαφέροντος της επιστημονικής νοσηλευτικής για την ανάπτυξη του τομέα της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.

Η Γεροντολογική Νοσηλευτική ασχολείται με τη φροντίδα των υπερηλίκων. Με την άσκηση της δίδεται έμφαση στην πρόληψη της αναπηρίας, που χειροτερεύει με τη διεργασία του γήρατος, στη θεραπεία του αρρώστου και στη αποκατάσταση του ατόμου σε ικανοποιητικό επίπεδο, σύμφωνα με τους περιορισμούς που επιβάλλονται από τη διεργασία του γήρατος. (Πλάτη, 2006)

Για την άσκηση της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής απαιτείται η χρησιμοποίηση της σύγχρονης γνώσεως για το γήρας, που είναι οργανωμένη σε ευρείες περιοχές και

μπορεί να εξαχθεί από τις βιολογικές, τις φυσικές και τις ανθρωπιστικές επιστήμες. (Πλάτη, 2006)

Σε πολλές χώρες παρατηρούνται βάσιμες και αρκετά αισιόδοξες διαπιστώσεις σε σχέση με την υγιεινή κατάσταση και τη φροντίδα των υπερηλίκων. Οι μύθοι για το γήρας αμφισβητούνται. Οι υπερήλικες αναλαμβάνουν ευθύνη και δυναμικές πρωτοβουλίες για την περίθαλψή τους. Η προαγωγή και η διατήρηση της καταστάσεως υγείας των ηλικιωμένων μελετάται σοβαρά και δημιουργικά σχήματα προληπτικής υγείας αναπτύσσονται. Η κοινότητα πρωτοστατεί σε πρωτοβουλίες για τη φροντίδα υγείας και η σημασία της ομαδικής προσεγγίσεως ανακτά τη θέση της. Επίσης παρατηρείται αυξανόμενη απαίτηση για τη διεπιστημονική εκπαίδευση των μελών της υγειονομικής ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την ανάπτυξη ομαδικής εργασίας με ανταλλαγή γνώσεων και παραδοχή της συμβολής της κάθε επιστήμης υγείας στη φροντίδα υπερηλίκων. (Πλάτη, 2006)

Άλλωστε το γήρας δεν είναι αρρώστια και πολλοί υπερήλικες δεν έχουν ανάγκη από ιατρικές υπηρεσίες και από φροντίδα. Οι υπερήλικες, όπως και άλλες ομάδες πληθυσμού στην κοινωνία, χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να επιτύχουν μια ποιότητα ζωής που να τους εξασφαλίζει σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας τη διατήρηση όσο το δυνατό μεγαλύτερης ανεξαρτησίας και αξιοπρέπειας. (Πλάτη, 2006)

1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν αποκτήσει μια πείρα και σοφία καθώς έχουν βιώσει πολλά και ποικίλης φύσεως γεγονότα στη ζωή τους. Ουσιαστικά, οι κοινωνικές και οικονομικές συγκυρίες προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων ατόμων εφόσον βέβαια δεν αντιμετωπίσουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας το οποίο να επισκιάζει όλα τα άλλα. Βέβαια, είναι πολλές οι περιπτώσεις ηλικιωμένων που είτε δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να μείνουν μόνοι τους είτε αντιμετωπίσουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας οπότε και καταφεύγουν στα άτυπα δίκτυα φροντίδας όπως και σε άλλες περιπτώσεις. Εκτός των άλλων, μένοντας οι ηλικιωμένοι στα σπίτια στενών συγγενών τους ενισχύουν οικονομικά, ενώ παράλληλα βοηθούν στις εργασίες του σπιτιού και συμβάλλουν στη φύλαξη και στη διαπαιδαγώγηση των νεαρών μελών της οικογένειας. (Τσουραμάνης, 2008)

Το μόνο σίγουρο συμπέρασμα που μπορεί να εξέλθει από τις αλλαγές που επήλθαν στη δομή της ελληνικής οικογένειας είναι ότι επήλθαν αλλαγές και στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων. Αυτές οι αλλαγές μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- Αύξηση των οικογενειών οι οποίες διαμένουν με ένα ή και δύο ηλικιωμένα άτομα.
- Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι αυξάνονται όταν δεν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον ενώ παράλληλα κυριαρχούν αισθήματα μοναξιάς και απογοήτευσης.
- Ζώντας οι γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες περνούν περισσότερο χρόνο ως χήρες, χωρίς τη συμπαράσταση και τη στήριξη του συζύγου.
- Τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία δεν έχουν οικογένεια χρησιμοποιούν περισσότερο υπηρεσίες υγείας και ψυχολογικής στήριξης ενώ παρουσιάζουν και μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας. (Ζαϊμάκης,2005)

1.3.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

- ◆ Διαθέτουν γνώσεις, πείρα και έχουν μεγάλη εμπειρία ζωής.
- ◆ Κάποιες φορές είναι απόλυτοι και έχουν πιο συντηρητικές απόψεις.
- ◆ Δεν είναι πολύ πρόθυμοι σε αλλαγές που επηρεάζουν άμεσα την καθημερινότητά τους.
- ◆ Έντονη παροχή και αναζήτηση φροντίδας και αγάπης από τα οικεία τους πρόσωπα.
- ◆ Ανάγκη για προσωπικό χώρο.
- ◆ Μοναξιά και εσωστρέφεια κυριαρχούν.

Σύγχρονες μελέτες υποστηρίζουν ότι η προσωπικότητα των ηλικιωμένων δε μεταβάλλεται από το γηρατειά. Ουσιαστικά δηλαδή οι δύσκολες εμπειρίες και οι καταστάσεις που έχει βιώσει το κάθε ηλικιωμένο άτομο ξεχωριστά σχετίζονται με τις αλλαγές που παρατηρούνται στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας του. Σύμφωνα με την Κωσταρίδου – Ευκλείδη (1999) τρεις είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων: α) η μόρφωση β)

το εισόδημα και γ) η σωματική και ψυχική υγεία. Αν αυτοί οι παράγοντες είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο τότε το ηλικιωμένο άτομο βιώνει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Από την άλλη πλευρά αν ένας από τους τρεις παράγοντες ή ακόμα χειρότερα και οι τρεις ταυτόχρονα είναι κάτω του μετρίου τότε ο ηλικιωμένος δεν αντλεί ευχαρίστηση από τις δραστηριότητες του με αποτέλεσμα να βιώνει συναισθήματα απογοήτευσης και ματαίωσης. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη 1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΑΠΗ

Τα ΚΑΠΗ πρωτοεμφανίστηκαν στον Ελληνικό χώρο του 1979 όταν η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κάλεσε τον Όμιλο Εθελοντών και ζήτησε την συνεργασία του στην δημιουργία ενός Πειραματικού Κέντρου Ανοιχτής Εξωιδρυματικής Προστασίας Ηλικιωμένων. Το κέντρο αυτό ήταν στελεχωμένο από μια διεπιστημονική ομάδα προσωπικού: Γιατρό, Φυσιοθεραπευτή, Επισκέπτη Υγείας ή Νοσηλεύτη, Εργοθεραπευτή, Οικογενειακό Βοηθό. Ο Όμιλος Εθελοντών συμφώνησε να κλείσει το Πρόγραμμα που λειτουργούσε ως τότε με τίτλο "Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς" με παροχή συσσιτίου και να λειτουργήσει το πρώτο ΚΑΠΗ με την ονομασία Πρότυπο ΚΑΠΗ Ν. Κόσμου. (Θεοδώρου, 2001)

Το πρώτο αυτό ΚΑΠΗ λειτούργησε υποδειγματικά και αποτέλεσε παράδειγμα οργάνωσης και λειτουργίας για άλλα που ακολούθησαν. Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν 8 ΚΑΠΗ με φορείς εθελοντικές οργανώσεις, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, την ΧΕΝ, το Κέντρο Μέρμινας Οικογένειας Παιδιού και ακόμη με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας. (Θεοδώρου, 2001)

Από το 1982 τα ΚΑΠΗ περνούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) των Δήμων και Κοινοτήτων. Στην δεύτερη αυτή φάση ο θεσμός αναπτύσσεται και διευρύνεται σ' όλη την χώρα όπου και τα ΚΑΠΗ φθάνουν τον αριθμό των 260, εκ των οποίων τα 80 βρίσκονται στην Αθήνα. Έως το τέλος του 1988 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μέσω της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων κάλυπτε τις δαπάνες μισθοδοσίας και λειτουργικών αναγκών των ΚΑΠΗ και εφόσον οι Δήμοι διέθεταν οικοπεδικό χώρο, επιχορηγούσε και για την ανέγερση κτιρίου του ΚΑΠΗ. Από το 1989 τις δαπάνες μισθοδοσίας - λειτουργικών αναγκών υποχρεώθηκαν να αναλάβουν οι Δήμοι και Κοινότητες. Το 1990 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνεχίζει να επιχορηγεί για εξοπλισμό και κτιριακά, κυρίως όμως εποπτεύει και φροντίζει τον θεσμό των ΚΑΠΗ.

Από το 1991 η θέση του Υπουργείου διαφοροποιείται απέναντι στον θεσμό. Υποστηρίζεται ότι δεν ανήκουν πια στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας αλλά στο Υπουργείο Εσωτερικών. (Θεοδώρου, 2001)

2.1.1 ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Το πρωτίστης σημασίας σημείο στην έννοια της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην Κοινότητα και σε ό,τι συμπεριλαμβάνεται μέσα σε αυτήν: στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου. Φαινόμενα όπως η ασυλοποίηση και οιδρυματισμός και πολλές φορές η "κατάθλιψη", έκαναν επιτακτική την ανάγκη προστασίας και παραμονής της Τρίτης ηλικίας στον φυσικό της χώρο μακριά από τον απρόσωπο χαρακτήρα των Ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων. (Θεοδώρου, 2001)

Στα πλαίσια αυτά, σκοπός των ΚΑΠΗ είναι:

1. Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
2. Η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
3. Η έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους. Πολύ σημαντική τομή σε αυτό το τρίτο σημείο είναι η πρόληψη όπου αυτή διακρίνεται σε:
 - ο πρωτογενή (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων)
 - ο δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία)

Η πρόληψη είναι μια αξιόλογη προσέγγιση της τρίτης ηλικίας όπου οι ηλικιωμένοι δεν αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι που έχουν ολοκληρώσει τον ανθρώπινο κύκλο της ζωής τους αλλά ως πρόσωπα με ιδιαίτερες ανάγκες περίθαλψης και προστασίας στην δεδομένη αυτή φάση της ζωής τους.

Οι υπηρεσίες που τα ΚΑΠΗ προσφέρουν είναι:

1. Κοινωνική Εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον.
2. Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη.
3. Φυσικοθεραπεία.
4. Εργοθεραπεία.
5. Λειτουργία ομάδων αυτενέργειας των μελών των ΚΑΠΗ που βοηθούν τα μέλη σε δραστηριοποίηση.
6. Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και Αρχαιολογικούς χώρους.
7. Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.

8. Οργανωμένη ψυχαγωγία με πούλμαν.
9. Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης.
10. Εντευκτήριο (coffee-shop) όπου προσφέρονται ροφήματα/αναψυκτικά σε τιμές κόστους όπου η συντροφιά και η συνεύρεση με άλλα μέλη έχουν τον πρώτο ρόλο. Το προσωπικό των ΚΑΠΗ είναι:
 1. Κοινωνικός Λειτουργός (Προϊσταμένη Αρχή του ΚΑΠΗ)
 2. Επισκέπτης/ια Υγείας - Νοσηλεύτης/ια
 3. Εργοθεραπευτής/ια
 4. Φυσικοθεραπευτής/ια.
 5. Οικογενειακός Βοηθός (Θεοδώρου, 2001)

Το Διοικητικό Συμβούλιο - Διοίκηση των ΚΑΠΗ

Τα ΚΑΠΗ διοικούνται από 9μελές Διοικητικό Συμβούλιο τα μέλη του οποίου μαζί με τους αναπληρωτές τους ορίζονται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 240 του Ν. 3463/2006 όπως εκάστοτε ισχύει. Τα Διοικητικά Συμβούλια αποτελούνται από:

1. Τέσσερις τουλάχιστον αιρετούς εκπροσώπους του Δήμου, εκ των οποίων δύο ορίζονται από την μειοψηφία του Δημοτικού Συμβουλίου. Σε περίπτωση που η μειοψηφία δεν ορίσει συμβούλους ή εκείνοι που έχουν οριστεί παραιτηθούν χωρίς να αντικατασταθούν, μετέχουν σύμβουλοι της πλειοψηφίας.
2. Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ που εκλέγεται από τα μέλη του ΚΑΠΗ.
3. Έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων στο Ν.Π.Δ.Δ αν αυτό απασχολεί περισσότερους από δέκα εργαζομένους.
4. Το Διοικητικό Συμβούλιο συμπληρώνεται μέχρι του αριθμού των εννέα μελών από δημότες ή κατοίκους που είναι χρήστες των υπηρεσιών του νομικού προσώπου ή που έχουν ανάλογη επαγγελματική ή κοινωνική δράση ή ειδικές γνώσεις σχετιζόμενες με τον σκοπό του Ν.Π.Δ.Δ.

Σήμερα τα ΚΑΠΗ έχουν εισέλθει δυναμικά στην ζωή των Τοπικών Κοινωνιών έχοντας καθιερώσει την παρουσία τους στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή όχι μόνο της λεγομένης Τρίτης ηλικίας αλλά του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

Τα ΚΑΠΗ υπάρχουν και καθεδρεύουν σε κάθε Δήμο, Κοινότητα, ή Επαρχία του τόπου μας και σαφώς παραπέμπουν την σκέψη μας στις γενιές που με το πέρασμα του

χρόνου παρέρχονται και τις διαδέχονται οι προηγούμενες τους, όπως είναι η φυσική πορεία και κατάληξη της ζωής. (Θεοδώρου, 2001)

Είναι όμως ανάγκη ο θεσμός των ΚΑΠΗ να αναπροσανατολιστεί στις νέες ανάγκες των καιρών μας όπου το πρόσωπο της Τρίτης ηλικίας σταδιακά αλλάζει και παίρνει το σχήμα και την μορφή της σύγχρονης Ελλάδας. Η διατήρηση των παραδόσεων, ηθών και εθίμων του τόπου μας, η σύζευξη των ηλικιών σε κοινούς στόχους και οράματα, η δυναμική παρουσία του ηλικιωμένου στην τοπική ζωή μέσω θεσμών, όπως αυτού του ΚΑΠΗ είναι μόνο μερικές από τις δυναμικά μεταμορφωμένες συνιστώσες του θεσμού. (Θεοδώρου, 2001)

2.2 ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗ.ΦΗ)

Τα ΚΗΦΗ είναι ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα. Λειτουργούν σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους σε καθημερινή βάση και μπορούν να φιλοξενούν ηλικιωμένους για μικρό χρονικό διάστημα της ημέρας παρέχοντας τους υπηρεσίες φροντίδας (καθημερινή υγιεινή και νοσηλευτική) ψυχαγωγίας και δημιουργικής απασχόλησης. Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται επίσης με τα ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην περιοχή. Παράλληλα, συνεργάζονται με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας. Τα ΚΗΦΗ στελεχώνονται από νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και βοηθητικό προσωπικό.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΗΦΗ είναι οι εξής:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την κάλυψη βασικών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων (λειτουργικών και κοινωνικών)
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης. (Σταθόπουλος 2005)

2.2.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ ΚΗΦΗ

Το πρόγραμμα ΚΗΦΗ αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων 3^{ης} και 4^{ης} 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, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας. (Σταθόπουλος 2005)

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

- Να διαβιούν οι ηλικιωμένοι σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον
- Να υποστηρίζονται ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκειά τους
- Να απολαμβάνουν υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, που τους εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση. (Σταθόπουλος 2005)

2.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας τους, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. (Σταθόπουλος 2005)

Αναλυτικότερα, σκοπός του προγράμματος είναι η **βελτίωση της ποιότητας ζωής** των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ), η υποβοήθηση της αυτόνομης και αξιοπρεπούς διαβίωσης, η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος των επωφελούμενων και η προώθηση στην απασχόληση ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού.

Το πρόγραμμα παρέχει **συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά.**

Η ομαλή λειτουργία του προγράμματος εξασφαλίζεται από μια εξειδικευμένη και καλά οργανωμένη **ομάδα 4 ατόμων σε κάθε δομή** και αποτελείται από μια **κοινωνική λειτουργό**, μια **νοσηλεύτρια** και **δύο οικογενειακούς βοηθούς**. Η κάθε

ομάδα υποστηρίζεται από έναν **γιατρό** που παρέχει γενικές ιατρικές υπηρεσίες και συμβουλές, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.(Σταθόπουλος 2005).

Η κοινωνική λειτουργός του προγράμματος έχει τη συνολική εποπτεία των ωφελούμενων, αξιολογώντας τα περιστατικά, παρέχοντας κοινωνική υποστήριξη, ερχόμενη σε επαφή με συναρμόδιους φορείς και παραπέμποντας περιστατικά που δεν άπτονται των υπηρεσιών του προγράμματος. Οι εξυπηρετούμενοι ωφελούνται των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει η νοσηλεύτρια του προγράμματος και οι οποίες αφορούν σε κατ' οίκον επισκέψεις για τη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων, τη συνταγογράφηση των φαρμάκων καθώς και συνοδεία σε νοσοκομεία για τις προγραμματισμένες εξετάσεις τους. . (Σταθόπουλος 2005)

Παράλληλα, η οικογενειακή βοηθός του προγράμματος αναλαμβάνει τη διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών, την προμήθεια των ηλικιωμένων με είδη άμεσης ανάγκης, καθώς και την καθαριότητα του σπιτιού τους. Μια επιπλέον αρμοδιότητα των οικογενειακών βοηθών, ίσως η πλέον σημαντική για τους ανθρώπους αυτούς, είναι η συντροφιά που προσφέρουν αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος. (Σταθόπουλος 2005)

2.3.1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη όπως και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβιούν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία. (Θεοδώρου, 2001)

2.4.ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ- ΓΗΡΙΑΤΡΕΙΑ

Φροντίδα σε ίδρυμα είναι όταν ένα άτομο ζει και το φροντίζουν σε ένα ίδρυμα. Το ίδρυμα μπορεί να είναι:

- ▶ Ίδρυμα υψηλής φροντίδας (γηριατρείο)
- ▶ Ίδρυμα χαμηλής φροντίδας (γηροκομείο)

► **Ιδιωτικό Ίδρυμα Φροντίδας (Supported Residential Service - SRS).**

Ένα άτομο μπορεί να ζήσει σε γηριατρείο ή γηροκομείο με εκπαιδευμένο προσωπικό στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και νοσοκόμοι για να το φροντίζουν. Το προσωπικό βοηθά τα άτομα να λουστούν, να ντυθούν, να πλύνουν τα ρούχα τους, τους μαγειρεύει και τους βοηθά να τρώνε, τους δίνουν τυχόν φάρμακα που πρέπει να παίρνουν και τους βοηθούν να πηγαίνουν στην τουαλέτα. (Θεοδώρου, 2001)

Το γηριατρείο συνήθως παρέχει 24ωρη φροντίδα. Η νοσηλευτική φροντίδα συνδυάζεται με τη στέγαση, υπηρεσίες υποστήριξης (καθάρισμα, πλύσιμο ρούχων και γεύματα), υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας (βοήθεια με το ντύσιμο, φαγητό, τουαλέτα, μπάνιο και μετακίνηση) και παραϊατρικές υπηρεσίες (φυσικοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ψυχαγωγία και ποδιατρική). (Θεοδώρου, 2001)

Το γηροκομείο δίνει προσοχή στις υπηρεσίες προσωπικής φροντίδας (βοήθεια με το ντύσιμο, φαγητό, τουαλέτα, μπάνιο και μετακίνηση). Τα γηροκομεία παρέχουν επίσης στέγαση, υπηρεσίες υποστήριξης (καθάρισμα, πλύσιμο ρούχων και γεύματα), και μερικές παραϊατρικές υπηρεσίες (φυσικοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ψυχαγωγία και ποδιατρική). Παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα όταν απαιτείται. Τα περισσότερα γηροκομεία έχουν νοσοκόμους στο προσωπικό, ή τουλάχιστον έχουν εύκολη πρόσβαση σε νοσοκόμους. Στα Ιδιωτικά Ιδρύματα Φροντίδας, το άτομο φροντίζεται από υπαλλήλους που δεν είναι νοσοκόμοι, αλλά βοηθούν με έναν παρόμοιο τρόπο. (Θεοδώρου, 2001)

2.4.1. ΠΛΗΡΩΜΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τα γηροκομεία χρεώνουν τους πελάτες τους με τα τέλη που υπολογίζονται βάση της οικονομικής τους κατάστασης. Υπάρχουν δύο ειδών συνεισφορές πελατών:

- Ημερήσια τέλη
- Πληρωμές στέγασης

Τα ημερήσια τέλη είναι η συνεισφορά σας για τα καθημερινά έξοδα διαβίωσης και φροντίδας (γεύματα, υπηρεσίες πλυντηρίου και καθαριότητας, ατομική φροντίδα και αποκλειστική νοσοκόμα). Το ποσό της συνεισφοράς σας εξαρτάται από το εισόδημά σας. Οι πληρωμές στέγασης είναι οι συνεισφορές σας στα έξοδα κατοικίας. Θα πρέπει να πληρώσετε την χρέωση στέγασης μόνον αν η αξία της ακίνητης περιουσίας σας υπερβαίνει κάποιο συγκεκριμένο όριο. Τα ιδρύματα λαμβάνουν μεγαλύτερες κρατικές επιδοτήσεις για τροφίμους που αδυνατούν να

καλύψουν την πληρωμή στέγασης. Προβλέψεις σε περιπτώσεις δυσχερών συνθηκών υπάρχουν για τροφίμους που αντιμετωπίζουν πραγματική δυσκολία στην αποπληρωμή των τελών και χρεώσεων. Ορισμένα ιδρύματα παρέχουν τις αποκαλούμενες «επιπλέον υπηρεσίες». Αυτό σημαίνει ότι το ίδρυμα παρέχει υψηλότερου επιπέδου στέγαση, γεύματα και υπηρεσίες. Στα ιδρύματα που εμπεριέχονται επιπλέον υπηρεσίες ο πελάτης επιβαρύνεται περισσότερο. Οι «επιπλέον υπηρεσίες» μπορεί να διαφέρουν και πιθανόν να περιλαμβάνουν ένα μεγαλύτερο δωμάτιο, ένα ποτήρι κρασί με το δείπνο, μεγαλύτερη ποικιλία γευμάτων και/ή καλύτερη διακόσμηση του χώρου. Δεν σημαίνει ότι παρέχεται υψηλότερο επίπεδο φροντίδας. (Σταθόπουλος 2005)

2.4.2 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Υπηρεσία Εξέτασης Αναγκών Φροντίδας Ηλικιωμένων μπορεί να δώσει τα ονόματα ιδρυμάτων φροντίδας που είναι κατάλληλα για την κάθε περίπτωση. Ίσως χρειαστεί αρχική επικοινωνία πρώτα μαζί τους για να κλειστεί μια ώρα για την επίσκεψή σε αυτά.

Πρέπει να επιλεγούν τα ιδρύματα που αρέσουν στον ενδιαφερόμενο και να ενημερώσει τα ιδρύματα ότι θέλει να βάλει το όνομά του στις καταστάσεις αναμονής τους. Συνιστάται να βάλει το όνομά του σε πάνω από μία κατάσταση αναμονής και θα χρειαστεί να συμπληρώσει μερικές αιτήσεις για κάθε ίδρυμα. Μπορεί να χρειαστεί να λίγους μήνες μέχρι να βρεθεί μια κενή θέση στο ίδρυμα .

2.5 ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

2.5.1 ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ

Στο πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας περιλαμβάνεται η δημιουργική απασχόληση, η εργοθεραπεία, η φυσιοθεραπεία, οι καλλιτεχνικές δραστηριότητες και οι εκδρομές. Σκοπός τους είναι η να εξοικειωθούν οι ηλικιωμένοι με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής, η ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομικά μέσα ή οικογένεια να τους φροντίσει. (Σταθόπουλος 2005)

Οι ηλικιωμένοι μπορούν να συμμετάσχουν σε πολιτιστικές εκδηλώσεις των Λεσχών Φιλίας αλλά και να επισκεφθούν δωρεάν μουσεία και πολιτιστικούς χώρους και να παρακολουθήσουν εκδηλώσεις μαζικής εστίασης και ψυχαγωγίας. Επιπλέον, ενημερώνονται για ζητήματα που άπτονται των αναγκών και των ενδιαφερόντων τους μέσω ειδικών προγραμμάτων, όπως π.χ. το πρόγραμμα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων και των πνιγμών που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την Ιατρική Σχολή και το Πανεπιστήμιο Αθηνών και το αντίστοιχο πρόγραμμα για τη νόσο Alzheimer. (Σταθόπουλος 2005)

2.5.2 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ»

Το Πρόγραμμα δημιουργίας "**ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**" (**Μ.Κ.Μ.**) εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Σκοπός του προγράμματος είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας του ηλικιωμένου, η αποφυγή της χρήσης ιδρυματικής φροντίδας και τέλος η βελτίωση και εξασφάλιση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων κατ' οίκον. (Σταθόπουλος 2005)

Οι δράσεις του Προγράμματος δημιουργίας "**ΜΟΝΑΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**" (**Μ.Κ.Μ.**) στοχεύουν στην παροχή οργανωμένης και συστηματικής κοινωνικής φροντίδας από ειδικά καταρτισμένα άτομα σε συνδυασμό με φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης. Δίνεται έμφαση στην ευαισθητοποίηση των κοινωνικών φορέων και στη συμμετοχή εθελοντών, των οποίων η αφιλοκερδής προσφορά βοήθειας είναι ιδιαίτερα σημαντική και ενδιαφέρει η αύξηση του αριθμού τους. (Σταθόπουλος 2005)

Ποιους αφορά το Πρόγραμμα

Αφορά ηλικιωμένα άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται, ηλικίας 60-65 χρονών και άνω, και πιο συγκεκριμένα:

- § άτομα ανήμπορα από διάφορες παθήσεις και αναπηρίες.
- § άπορα άτομα, που δεν μπορούν να καλύψουν με το εισόδημά τους τις βασικές τους ανάγκες.
- § μοναχικά, κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα.
- § άτομα με οικογενειακά και κατά συνέπεια κοινωνικά προβλήματα.

- § άτομα με διάφορες νευρώσεις και ψυχώσεις, που τους δημιουργούν δύσκολη τη συμβίωση στην κοινωνία.

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ

Το πρόγραμμα απασχολεί κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και οικογενειακούς βοηθούς, που φροντίζουν το ηλικιωμένο άτομο στο σπίτι του, ως εξής:

- § καταγράφουν τις ανάγκες του ατόμου
- § το υποστηρίζουν ψυχολογικά.
- § το φροντίζουν νοσηλευτικά. με στόχο την πρόληψη.
- § το συνοδεύουν σε νοσοκομειακούς χώρους
- § παρακολουθούν τη συνταγογραφία των φαρμάκων του.
- § φροντίζουν για την ατομική του υγιεινή
- § βοηθούν στις οικιακές εργασίες και του κρατούν συντροφιά

Οι ανωτέρω υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, συστηματικά και οργανωμένα, βάσει εβδομαδιαίου προγράμματος συναντήσεων. (Σταθόπουλος 2005)

ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ

Κάθε Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας είναι στελεχωμένη με:

- § Έναν (1) κοινωνικό/-ή λειτουργό ή ψυχολόγο υπεύθυνο/-η για το συντονισμό του Προγράμματος
- § Έναν (1) έως δύο (2) νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες
- § Έναν (1) έως τρεις (3) Οικογενειακούς βοηθούς.

Σε κάθε “Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας” είναι απαραίτητη η απασχόληση όλων των ειδικοτήτων κατά την έναρξη λειτουργίας της μονάδας. (Θεοδώρου, 2001)

Το Πρόγραμμα "ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ" αποφέρει πολλαπλό κοινωνικό έργο με σημαντικό προνοιακό αποτέλεσμα. Για την υλοποίησή του συμβάλλουν, συνεργάζονται και συζητούν όλοι οι κοινωνικοί φορείς που λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο. (Θεοδώρου, 2001)

Μέσα απ' αυτό, η κοινωνική πολιτική του κάθε Δήμου περνά απλόχερα στις κατηγορίες εκείνες των πολιτών μας που έχουν ανάγκη.

Το πρόγραμμα για τη δημιουργία "Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας" (Μ.Κ.Μ.) συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και το Ελληνικό Δημόσιο ενταγμένο στο **Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Συνεχιζόμενη Κατάρτιση και Προώθηση της Απασχόλησης"**, στο πλαίσιο του **Β' Κ.Π.Σ.** Ειδικότερα, στο Μέτρο 3, του Υποπρογράμματος ΙΙΙ, του Επιχειρησιακού Προγράμματος, το οποίο περιελάμβανε ενέργειες προώθησης της απασχόλησης των ανέργων, εντάχθηκε η ενέργεια 4, που αφορά στη δημιουργία "Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας" .

Η συνέχιση της λειτουργίας των Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας εντάχθηκε στο Γ'Κ.Π.Σ. στο Ε.Π. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση» του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. (www.kedke.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων και η έκταση της ευθύνης την οποία καλείται να επωμισθεί η οικογένεια διαφέρει για την Τρίτη ηλικία (65-74 ετών) και τέταρτη ηλικία (75 ετών και άνω). Ουσιαστικά η Τρίτη ηλικία έχει ανάγκη πολιτισμικών και ψυχολογικών φροντίδων, ενώ η τέταρτη ηλικία είναι αντικείμενο φύλαξης και φυσιολογικών φροντίδων. Εκτιμάται ότι η οικογένεια προσφέρει αυτή τη συμπαράσταση στο μεγάλο ποσοστό, ένα 10% όμως των ηλικιωμένων χρησιμοποιεί τις κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ υπολογίζεται ότι το 1% διαβιούν σε ιδρύματα κλειστή περίθαλψης. (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1993)

Στόχος της πολιτικής για τους ηλικιωμένους είναι η παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένειά τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων έχει εξασφαλίσει μια σύνταξη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την κάλυψη των οικονομικών τους αναγκών και την προστασία της υγείας τους. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει πολλαπλές αρμοδιότητες για τη χάραξη πολιτικής, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για την Τρίτη ηλικία. Ουσιαστικά, το Υπουργείο έχει την αρμοδιότητα για την περίθαλψη και προστασία των ηλικιωμένων. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν παροχές σε χρήμα, σε είδος και οι κοινωνικές υπηρεσίες. (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1993)

3.2 ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει την ευθύνη για την θεσμοθέτηση των μέτρων για τις παροχές κοινωνικής πρόνοιας. Οι φορείς εφαρμογής των προγραμμάτων είναι οι Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας των Νομαρχιών. Η εισοδηματική ενίσχυση αφορά κυρίως χρηματικά επιδόματα και άλλες παροχές τα οποία παρέχει σε ορισμένους ηλικιωμένους ανάλογα με την κατάσταση τους.

Α) Πρόγραμμα κάλυψης των ανασφάλιστων ηλικιωμένων: Αυτό το Πρόγραμμα εγκαινιάστηκε το 1982 και υλοποιείται μέσω ενός ειδικού λογαριασμού συνταξιοδότησης ανασφάλιστων υπερηλίκων που συστάθηκε στον Ο.Γ.Α.

Περιλαμβάνει τη χορήγηση μηνιαίας σύνταξης(παρά την ονομασία αυτή δεν πρόκειται για ασφαλιστική αλλά για προνοιακή παροχή) και υγειονομικής περίθαλψης σε πρόσωπα που έχουν συμπληρώσει το 65 ο έτος της ηλικίας τους και δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους συντήρησης δηλαδή μειωμένα έσοδα. Οι δικαιούχοι πρέπει να είναι Έλληνες υπήκοοι ή ομογενείς οι οποίοι διαμένουν μόνιμως στην Ελλάδα. (<http://www.ygeia-pronoia.gr>)

B) ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

✓ Ενίσχυση ηλικιωμένων με προβλήματα βαρείας αναπηρίας: Τα προγράμματα ενίσχυσης των ατόμων με αναπηρία εγκαινιάσθηκαν τη δεκαετία του 1950 και επεκτάθηκαν τη δεκαετία του 1980. Αντιστοιχούν σε μέτρα χορήγησης χρηματικών παροχών προς άτομα που εξαιτίας συγκεκριμένων καταστάσεων υγείας αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα. Οι σχεδιαστές προνοιακής πολιτικής στον τομέα των ατόμων με αναπηρία έχουν υιοθετήσει ένα σύνθετο μοντέλο εισοδηματικής στήριξης που εξειδικεύεται πλέον σε οκτώ κύρια προγράμματα βασικών παροχών. Τα προγράμματα αυτά καλύπτουν τις ακόλουθες ομάδες στόχου:

- Τυφλοί
- Κωφάλαλοι
- Ανασφάλιστοι τετραπληγικοί, παραπληγικοί και ακρωτηριασμένοι
- Άτομα που πάσχουν από συγγενή αιμολυτική αναιμία, συγγενή αιμορραγική διάθεση και AIDS
- Βαριά νοητικά καθυστερημένα άτομα
- Τετραπληγικοί και παραπληγικοί ασφαλισμένοι του δημοσίου
- Άτομα με εγκεφαλική παράλυση έως 18 ετών
- Άτομα με βαριές αναπηρίες σε ποσοστό 67% και άνω.

Οι υποψήφιοι δικαιούχοι του επιδόματος για βαρείες αναπηρίες πρέπει να ανήκουν σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες:

1) **Έμμεσα ασφαλισμένοι σύζυγοι** (από το σύζυγο που βρίσκεται εν ζωή) και δεν παίρνουν οικονομική βοήθεια για την αναπηρία τους από οποιαδήποτε άλλη πηγή. Εξαιρούνται οι έμμεσα ασφαλισμένοι σύζυγοι που λόγω θανάτου του συζύγου τους εισπράττουν τη σύνταξή του / της οπότε θεωρούνται άμεσα ασφαλισμένοι.

2) **Έμμεσα ασφαλισμένα παιδιά** (προστατευόμενα μέλη) που δεν παίρνουν οικονομική ενίσχυση για την αναπηρία τους μεγαλύτερη του ποσού του επιδόματος βαριάς αναπηρίας.

3) **Παιδιά που παίρνουν σύνταξη λόγω του θανάτου του προστάτη γονέα,** ποσό μικρότερο ή ίσο του επιδόματος βαριάς αναπηρίας.

4) **Άμεσα ασφαλισμένοι που δεν έχουν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις** για συνταξιοδότηση από το ταμείο τους. Εξαιρούνται αυτοί που λόγω οφειλών στα ταμεία τους δεν μπορούν να πάρουν σύνταξη.

5) **Ανασφάλιστοι – αυτοί που έχουν βιβλιάριο απορίας** – (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από την Πρόνοια).

6) **Ανασφάλιστοι υπερήλικες του Ο.Γ.Α.**

(Μαλικιώση-Λοΐζου, 1993)

Πιο συγκεκριμένα τα ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία έχουν αναπηρία πάνω από 67%, έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση. Προϋπόθεση για την ενίσχυση είναι να μην είναι ασφαλισμένο το άτομο σε άλλο φορέα καθώς και να είναι Έλληνες πολίτες ή ομογενείς με Ελληνική ταυτότητα. Ενώ 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.

✓ Επιδόματα έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης

Επίδομα έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης που ανέρχεται στο ποσό των 300 € εφάπαξ για μια φορά τον χρόνο. Πιο συγκεκριμένα, το επίδομα αυτό δίδεται σε περιπτώσεις που αποδεικνύεται οικονομική δυσχέρεια ή υπάρχει ένα έκτακτο γεγονός σε συνάρτηση με την οικονομική δυσχέρεια. Εκτός της κοινωνικής έκθεσης και των άλλων δικαιολογητικών αναγκαία είναι η προσκόμιση από τον αιτών έγγραφων παραστατικών στοιχείων με τα οποία να αποδεικνύεται σαφώς ο προβαλλόμενος λόγος για έκτακτη οικονομική ενίσχυση. Επίσης προϋπόθεση αποτελεί η κοινωνική έκθεση από άλλη υπηρεσία ή ΜΚΟ που μπορεί να έχει εξυπηρετηθεί ή εξυπηρετείται ο αιτών καθώς είναι τις περισσότερες φορές πολύ βοηθητική για μια θετική απόφαση. (<http://www.gspa.gr/f>)

✓ Επιδότηση ενοικίου

Το συγκεκριμένο επίδομα ανέρχεται στο ποσό των 266€μηνιαίως και δίδεται ως επιδότηση ενοικίου μόνο σε όσους έχουν συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας τους και επιπλέον τηρούν τις παρακάτω προϋποθέσεις:

Άτομα ή ζευγάρια οικονομικά αδύνατα που ζουν μόνα τους και οι ανασφάλιστοι υπερήλικες του Ο.Γ.Α. Για να λάβουν το επίδομα θα πρέπει να:

1. έχουν συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας του,
2. να μένουν μόνοι χωρίς τα παιδιά τους,
3. να μην έχουν άλλο εισόδημα που να προέρχεται από κάποια σύνταξη ή από εργασία ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή (εκτός από την σύνταξη του ΟΓΑ και το Επίδομα Βαριάς Αναπηρίας),
4. και να υπάρχει μισθωτήριο συμφωνητικό μεταξύ ηλικιωμένου και ιδιοκτήτη, θεωρημένο από την εφορία.

Για να λάβει κάποιος ηλικιωμένος το επίδομα χρειάζεται να κάνει αίτηση και να καταθέσει τα σχετικά δικαιολογητικά στο αρμόδιο γραφείο της Πρόνοιας. Για την έγκρισή του χρειάζεται και η σύνταξη κοινωνικής έκθεσης από Κοινωνικό Λειτουργό της Πρόνοιας. Το ενοίκιο πληρώνεται από την κοινωνική υπηρεσία της Νομαρχίας απευθείας στον ίδιο ή στον ιδιοκτήτη του ακινήτου.

(<http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/practicalinfo/statebenefitsprograms/assistanceprograms/>)

▼ Επίδομα για ομογενείς πρόσφυγες

Το επίδομα αυτό λαμβάνουν οι συμπληρώσαντες το 60ο έτος της ηλικίας ή ανίκανοι για εργασία οικονομικά αδύνατοι, οι οποίοι δεν έχουν ανιόντες ή κατιόντες που θα μπορούν να τους συντηρήσουν.

A. Ομογενείς Έλληνες το γένος ή την ιθαγένεια από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης ή από την Κίνα, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν έρθει στην Ελλάδα μετά το έτος 1944 και δεν αποκαταστάθηκαν επαγγελματικά.

B. Έλληνες υπήκοοι που απελάθηκαν ή απελαύνονται από την Τουρκία, λόγω των υπό Τουρκικών Αρχών ληφθέντων ανθελληνικών μέτρων, ως και Έλληνες υπήκοοι που εξαναγκάστηκαν ή εξαναγκάζονται να φύγουν από την Τουρκία, λόγω της απαγορεύσεως να ασκήσουν το επάγγελμά τους ή λόγω μη ανανεώσεως της άδειας παραμονής τους στην Τουρκία,

Γ. Ομογενείς από την Αίγυπτο, που ήλθαν στην Ελλάδα μετά την 1η Ιανουαρίου 1956 ή μετά την 1η Ιανουαρίου 1952 για όσους προέρχονται από το Κάιρο, σύμφωνα με το Ν.Δ. 4377/1964. Το πιο πάνω μηνιαίο επίδομα παρέχεται υπό τον όρο ότι οι ενδιαφερόμενοι δεν επιδοτούνται μέσω του εφαρμοζομένου

προγράμματος μηνιαίως επιδοτήσεως υπερηλίκων προσφύγων αρμοδιότητας Υπατου Αρμοστού Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες. (www.docman.gr)

✓ Χορήγηση κάρτας μετακινήσεων για τις συγκοινωνίες

Ανεξάρτητα από το ταμείο που ανήκουν, άτομα που τους έχει αναγνωρισθεί ποσοστό αναπηρίας 67% από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή της Πρόνοιας δικαιούνται κάρτα μετακινήσεων για τις αστικές και υπεραστικές συγκοινωνίες.

Ως προϋπόθεση πέραν της γνωμάτευσης της Υγειονομικής Επιτροπής υπάρχει και οικονομικό κριτήριο το οποίο αναμορφώνεται ανά έτος (π.χ. για το έτος 2009 το οικονομικό κριτήριο είναι το οικογενειακό εισόδημα έως 29.000€) Εάν το οικογενειακό εισόδημα ξεπερνά τις 29.000€ οι δικαιούχοι έχουν έκπτωση 50% στις μετακινήσεις. (<http://www.ygeia-pronoia.gr>)

Οι υποψήφιοι δικαιούχοι χρειάζεται να υποβάλουν δικαιολογητικά στην Διεύθυνση Πρόνοιας. Με την κάρτα αυτή οι δικαιούχοι μπορούν να μετακινηθούν δωρεάν με αστικές συγκοινωνίες (μετρό – ηλεκτρικό – τρόλεϊ – αστικά λεωφορεία) και στις υπεραστικές να έχουν έκπτωση 50% (ΟΣΕ – ΚΤΕΛ).

✓ Μείωση φόρου

Τα άτομα που τους έχει αναγνωρισθεί το ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική επιτροπή της Νομαρχίας μπορούν να έχουν μείωση στη απόδοση φόρου, προσκομίζοντας την γνωμάτευση της Επιτροπής υποβάλλοντας την φορολογική τους δήλωση.

✓ Κάρτα πολιτισμού

Με την κάρτα πολιτισμού διευκολύνεται η πρόσβαση σε ποικίλα πολιτιστικά δρώμενα. Η Κάρτα Πολιτισμού δίνει στον κάτοχό της το δικαίωμα για δωρεάν ή εκπτώτικη είσοδο σε πολλές πολιτιστικές εκδηλώσεις που διοργανώνονται από το Υπουργείο Πολιτισμού (ΥΠ.ΠΟ).

(<http://www.ygeia-pronoia.gr>)

Μουσεία και Αρχαιολογικοί χώροι

Ελεύθερη είσοδο σε όλα τα μουσεία και τους Αρχαιολογικούς χώρους του ΥΠ.ΠΟ. σε όλη την διάρκεια του χρόνου.

Θέατρο

Δωρεάν είσοδο στις παραστάσεις :

- του Εθνικού Θεάτρου (συγκεκριμένες ημέρες) και στις παιδικές παραστάσεις για

κατόχους της κάρτας μέσω του σχολείου τους,

- του Κρατικού Θεάτρου Βορείου Ελλάδος και στις παιδικές παραστάσεις (σε συγκεκριμένες ημέρες).

Μειωμένο εισιτήριο σε παραστάσεις αρκετών επιχορηγούμενων από το ΥΠ.ΠΟ. θεατρικών σχημάτων πάλι σε συγκεκριμένες ημέρες και παραστάσεις.

Μουσική

Δωρεάν είσοδος στις συναυλίες :

- του Μεγάρου Μουσικής Αθηνών σε συγκεκριμένες παραστάσεις,
- του Μεγάρου Μουσικής Θεσσαλονίκης σε συγκεκριμένες παραστάσεις,
- της Κρατικής Ορχήστρας Αθηνών,
- της Κρατικής Ορχήστρας Θεσσαλονίκης,
- της Ορχήστρας των Χρωμάτων.

Ανάλογες ρυθμίσεις υπάρχουν και άλλα μουσικά σχήματα που εποπτεύονται και χρηματοδοτούνται από το ΥΠ.ΠΟ.

(<http://www.polyteknoi.gr>)

Κινηματογράφος

Δωρεάν είσοδος για συγκεκριμένες ημέρες σε αίθουσες :

- του Φεστιβάλ Κινηματογράφου στην Θεσσαλονίκη (ορίζονται οι αίθουσες).
- του Ελληνικού Κέντρου Κινηματογράφου στην Αθήνα (ορίζονται οι αίθουσες).

Μειωμένα εισιτήρια σε διάφορες κινηματογραφικές αίθουσες με τις οποίες έχει συνάψει ειδική συμφωνία το ΥΠ.ΠΟ.

Βιβλιαγορά

Έκπτωση στην αγορά βιβλίων από επιλεγμένα βιβλιοπωλεία, σε συνεργασία με την Ομοσπονδία και τους Συλλόγους Εκδοτών και Βιβλιοπωλών.

Δωρεάν Παιχνίδια Πολιτισμού

Εκπαιδευτικά προγράμματα που οργανώνουν οι υπηρεσίες και οι φορείς του ΥΠ.ΠΟ. τόσο στον τομέα της Πολιτιστικής Κληρονομιάς (μουσεία, αρχαιολογικοί

χώροι κλπ) όσο και στις δραστηριότητες του σύγχρονου πολιτισμού είναι διαθέσιμα δωρεάν σε όλα τα παιδιά. (Εμκε - Πουλοπούλου Η. 1999).

3.3 ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Αυτός ο άξονας περιλαμβάνει διάφορα προγράμματα με στόχο την παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι και την αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης.

▼ Φροντίδα ηλικιωμένων στο σπίτι.

Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στο οικογενειακό περιβάλλον. Το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι ξεκίνησε ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και στη συνέχεια ο Δήμος Κερατσινίου, με επιδότηση από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και αργότερα το Υπουργείο Εσωτερικών. Για να υλοποιηθούν τέτοια προγράμματα χρειάζεται ένα δίκτυο εθελοντών ειδικά εκπαιδευμένων. Ένα τέτοιο σώμα εθελοντών είναι οι «Σαμαρείτες» του Ερυθρού Σταυρού το οποίο αποτελείται από εθελόντριες αδερφές νοσοκόμες οι οποίες προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ηλικιωμένους, οι οποίοι χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. (www.ygeia-pronoia.gr)

▼ Πρόγραμμα τηλεϊατρικής φροντίδας για ηλικιωμένους

Τα προγράμματα αυτά ξεκίνησαν πιλοτικά το 1991 και αποσκοπούν στη φροντίδα ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές. Ουσιαστικά με το πρόγραμμα αυτό μπορούν γιατροί από απομακρυσμένα νησιά να ζητούν βοήθεια για περιστατικά με καρδιολογικά προβλήματα. Έτσι αξιοποιώντας τη σύγχρονη τεχνολογία προσφέρουν υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία τις περισσότερες φορές δυσκολεύονται και στη μετακίνησή τους σε κάποια μονάδα νοσηλευτικής και κοινωνικής περίθαλψης.

(www.ygeia-pronoia.gr)

▼ Προγράμματα αναδοχής

Στην Ελλάδα δεν είναι διαδομένα πολύ τα συγκεκριμένα προγράμματα. Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η αποτροπή της ιδρυματικής φροντίδας και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μοναχικών κυρίως υπερηλίκων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια. Η αναδοχή προσφέρει τη δυνατότητα στις πυρηνικές οικογένειες

της εποχής μας να δημιουργήσουν μια ουσιαστική σχέση με τους ηλικιωμένους. (Μαλικιώση-Λοΐζου Μ. 2003).

3.4 ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

3.4.1 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΛΕΙΣΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι σημαντικότεροι λόγοι που οδηγούν τους ηλικιωμένους ανθρώπους στην εισαγωγή τους σε ιδρύματα είναι κατά κύριο λόγο οικονομικής και κοινωνικής φύσεως. Μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής:

- Οικογενειακά προβλήματα:

Το δίκτυο της άτυπης φροντίδας συγγενών και φίλων δεν μπορεί να βοηθήσει τον ηλικιωμένο είτε επειδή βρίσκεται μακριά του είτε επειδή εργάζεται είτε επειδή και εκείνο αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας που δεν του επιτρέπουν να παρέχει φροντίδα και σε άλλους. Εκτός των άλλων στις μέρες μας πληθαίνουν οι οικογένειες που δεν επιθυμούν να φροντίσουν ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη και ένας από τους λόγους που συμβαίνει αυτό είναι ότι δεν υπάρχει από την πολιτεία οικονομική στήριξη των οικογενειών που αναλαμβάνουν την περίθαλψη ηλικιωμένων. Έτσι η οικογένεια καταλήγει είτε στην διαμονή του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα είτε στην πρόσληψη ενός φροντιστή ο οποίος θα περιποιείται τον ηλικιωμένο. (www.50plus.gr/images/content/22495_v2_AGE_EL.pdf)

- Αίσθημα μοναξιάς και εγκατάλειψης:

Πολύ συχνά οι ηλικιωμένοι αισθάνονται μοναξιά είτε επειδή ο σύντροφός τους έχει φύγει από τη ζωή είτε επειδή οι υπόλοιποι συγγενείς είναι μακριά του. Με αποτέλεσμα να αναζητούν συντροφιά στο χώρο ενός γηροκομείου, από το να μείνουν μόνοι τους μέσα σε ένα σπίτι. (Σταθόπουλος, 2005).

- Άσχημη κατάσταση υγείας:

Υπάρχουν πολλοί ηλικιωμένοι οι οποίοι παρότι μπορεί τα άτυπα δίκτυα φροντίδας να επιθυμούν να τους βοηθήσουν η κατάσταση της υγείας τους να μη τους βοηθάει. Ανάπηροι, ηλικιωμένοι με νοητικές και ψυχικές διαταραχές, με πολλές δυσκολίες στη

κινητικότητα, με χρόνια κατάθλιψη, με γεροντική άνοια δημιουργούν πολλά προβλήματα στην ομαλή οικογενειακή λειτουργία. (Σταθόπουλος, 2005).

- Οικονομικά προβλήματα:

Είναι συχνές οι περιπτώσεις ηλικιωμένοι οι οποίοι έχουν μικρό εισόδημα να μη μπορούν να αντιμετωπίσουν λόγω της άσχημης οικονομικής τους κατάστασης τα προβλήματα υγείας που τους ταλαιπωρούν. Σε αυτό έχει συμβάλει και η σύγχρονη οικονομική συγκυρία η οποία κάνει πολλούς ηλικιωμένους ανθρώπους να δυσκολεύονται να καλύψουν βασικές τους ανάγκες. (Σταθόπουλος, 2005).

3.4.2 ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Το κράτος παρέχει κλειστή μακροχρόνια φροντίδα σε ηλικιωμένους μέσω Θεραπευτηρίων Χρόνιων Παθήσεων, Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης, Ιδρυμάτων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Η πλειοψηφία των φορέων βρίσκεται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι φορείς είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και χρηματοδοτούνται σε τακτική βάση από τον κρατικό προϋπολογισμό κατά πολύ μεγάλο ποσοστό, από νοσήλια που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και από άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για το 2002, ο συνολικός αριθμός ατόμων 60 ετών και άνω που φιλοξενούνται σε κρατικές μονάδες κλειστής περίθαλψης ανέρχεται σε 2660 άτομα, εκ των οποίων 671 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60-65 ετών, 483 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 66-70, ενώ 1506 άτομα είναι άνω των 70 ετών. Σημειώνεται ότι παρότι ως ηλικιωμένοι θεωρούνται τα άτομα 65 ετών και άνω, οι φορείς αυτοί μπορούν να φιλοξενήσουν και άτομα μικρότερης ηλικίας. (www.domiki.gr/info/esy/kefc.htm)

Όσον αφορά στον Ιδιωτικό Μη Κερδοσκοπικό Τομέα, λειτουργούν 57 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων. Οι φορείς αυτοί είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και τα έσοδά τους προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία (νοσήλια), αν και οι περισσότεροι φορείς χρηματοδοτούνται σημαντικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επίσης, έχουν και άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Οι Μονάδες αυτές, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για τον Ιούλιο 2002 φιλοξενούν 2805 άτομα, εκ των οποίων 146 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60

- 65 ετών, 247 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65-70ετών, ενώ 2412 άτομα είναι άνω των 70 ετών. Σημειώνεται ότι και σε αυτήν την κατηγορία, οι φορείς μπορούν να φιλοξενήσουν και άτομα κάτω των 65 ετών. Το μεγαλύτερο ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι το Γηροκομείο Αθηνών.

(<http://ec.europa.eu>)

3.4.3 ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ «ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ»

Αυξητική τάση παρουσιάζουν οι ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας τα τελευταία χρόνια. Αυτό συμβαίνει επειδή οι κρατικοί οίκοι ευγηρίας απαιτούν από τους ηλικιωμένους που θα δεχτούν να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται, προϋπόθεση που αποκλείει μεγάλο μέρος ατόμων της τρίτης ηλικίας. Έτσι όσοι επιθυμούν και έχουν και την οικονομική δυνατότητα να το κάνουν προτιμούν τους ιδιωτικούς οίκους ευγηρίας.

Ουσιαστικά οι περισσότεροι ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας λειτουργούν όπως οι επιχειρήσεις καθώς το πιο σημαντικό από όλα για αυτούς είναι το κέρδος. Έτσι η οικογένεια και οι συγγενείς θα κληθούν να αποφασίσουν αν οι συνθήκες και οι παροχές του ιδιωτικού οίκου ευγηρίας που επιθυμούν να ενταχθεί ο ηλικιωμένος συγγενής τους πληροί της κατάλληλης προϋποθέσεις ώστε η διαμονή του να είναι ασφαλής και χωρίς προβλήματα. (Σταθόπουλος, 2005).

3.4.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Το μεγαλύτερο ποσοστό κρεβατιών στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων διατίθεται για τις ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων. Συνολικά λειτουργούν 20 ιδιωτικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα, με δυναμικότητα 2000 κλινών. Η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών λειτουργεί, από το 1974, τη Στέγη Κατάκοιτων Γερόντων, δυναμικότητας 50 κρεβατιών. Η ζήτηση υπερβαίνει τις δυνατότητες της Στέγης, αφού υπάρχει κατάλογος αναμονής 200 κατάκοιτων για εισαγωγή (Σταθόπουλος, 2005).

3.5 Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Η συχνότητα των διάφορων παθολογικών καταστάσεων αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, με αποτέλεσμα την πρόσληψη περισσότερων φαρμάκων. Η μεγαλύτερη

πρόσληψη συνεπάγεται περισσότερους κινδύνους, κυρίως από την αύξηση των προβλημάτων που δημιουργούν οι φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις. Βρέθηκε ότι η συχνότητα των παρενεργειών και των τοξικών επιδράσεων αυξάνεται 3-7 φορές περισσότερο στους ηλικιωμένους από τα νέα άτομα. Ακόμα οι παρενέργειες ορισμένων ομάδων φαρμάκων, όπως αντιπηκτικά, αντιβιοτικά, καρδιαγγειακά κλπ., συμβάλλουν στη θνησιμότητα των ηλικιωμένων. (Ρουπακιώτης, 2005)

Ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε υπό την αιγίδα του WHO για τη μελέτη των φαρμάκων που χορηγούνται στους ηλικιωμένους αναφέρει ότι: το 50% των χορηγουμένων φαρμάκων καταναλίσκονται από άτομα 60 ετών και άνω. Ο μέσος αριθμός φαρμάκων με επίσημη συνταγογραφία αντιστοιχεί: 3,2 φάρμακα ανά άτομο που ζει σε κοινότητα του Καναδά, 4,6 φάρμακα ανά νοσοκομειακό ασθενή της Σκοτίας και 8 φάρμακα σε άτομο που ζει σε ίδρυμα χρόνιας φροντίδας στις ΗΠΑ.

Επίσης έρευνα που διήρκεσε τέσσερα χρόνια στη Δανία βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι κατανάλωναν 4,6 φάρμακα ημερησίως ο καθένας (Ρουπακιώτης, 2005).

Στην Ελλάδα, από στοιχεία μεγάλων ασφαλιστικών φορέων όπως το ΙΚΑ (ασφαλιστική κάλυψη 51% του πληθυσμού), του ΟΓΑ, (ασφαλιστική κάλυψη 24% του πληθυσμού) και ΤΕΒΕ, (ασφαλιστική κάλυψη 13% του πληθυσμού), βρέθηκε ότι 1,3 γιατροί συνταγογραφούν κατά μέσο όρο 3,3 συνταγές ανά άτομο, με δύο φάρμακα κατά μέσο όρο σε κάθε συνταγή.

Υπολογίζεται ότι ο μέσος Έλληνας άνω των 50 ετών καταναλώνει σε μόνιμη βάση περίπου τέσσερα φάρμακα, ως προς το κόστος της φαρμακευτικής κατανάλωσης σύμφωνα με στοιχεία (1992), αποτελεί το 23% του συνόλου των δαπανών υγείας, ενώ το κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων για το ΕΣΥ και την Κοινωνική Ασφάλιση ανέρχεται σε 31% των δημοσίων δαπανών υγείας. Οι αριθμοί αυτοί δεν είναι σημαντικοί, αν ληφθεί υπόψη ότι οι δαπάνες για φάρμακα στην Ελλάδα αντιστοιχούν στο 2% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος, που είναι από τις υψηλότερες αναλογίες στον κόσμο (Ρουπακιώτης, 2005).

Όροι που αναφέρονται στη συνέχεια σχετίζονται με τις φαρμακοκινητικές και τις φαρμακοδυναμικές ιδιότητες, τις παρενέργειες και την τοξικότητα των φαρμάκων που χορηγούνται στους ηλικιωμένους. Για πληρέστερη κατανόηση των όρων θεωρήθηκε σκόπιμο να περιγραφεί η σωστή τους σημασία. Οι φαρμακοκινητικές ιδιότητες αναφέρονται στη διακίνηση ενός φαρμάκου στον οργανισμό και περιλαμβάνουν την πρόσληψη, την απορρόφηση, την κατανομή και τη μεταβολική

μετατροπή του σε περισσότερο ενεργά ή αντίθετα σε αδρανή προϊόντα και την απομάκρυνσή του από τον οργανισμό, είτε αναλλοίωτο, είτε με τη μορφή των μεταβολικών του προϊόντων. Δηλαδή πρόκειται για όλες τις διαδικασίες που καθορίζουν την πυκνότητα του φαρμάκου στο σημείο ή στα σημεία της δράσεως του. (Ρουπακιώτης, 2005).

Οι φαρμακοδυναμικές ιδιότητες αναφέρονται στην αλληλεπίδραση ενός φαρμάκου με το όργανο δράσεως του (εκτελεστικό όργανο), η οποία καταλήγει σε κάποια μεταβολή της λειτουργικής καταστάσεως του τελευταίου, δηλαδή σε μια ανταπόκριση. Όταν οι ηλικιωμένοι χειρίζονται μόνοι τους τα φάρμακα, η πιθανότητα να πάρουν διπλή δόση είναι μεγάλη. Ιδιαίτερα δε τα άτομα που δεν έχουν καλή μνήμη ενδέχεται να πάρουν διπλή δόση ή να μην πάρουν καθόλου φάρμακα. Καθορισμός εκ των προτέρων της καθημερινής δόσεως των φαρμάκων θα βοηθήσει στην αποφυγή λήψεως διπλής δόσεως (Ρουπακιώτης, 2005).

Ο στόχος διαπαιδαγωγήσεως του ηλικιωμένου πρέπει να αποβλέπει στην ενημέρωσή του για το σκοπό, τη δράση, τις παρενέργειες του και τη δόση, το χρόνο και τον τρόπο λήψεως του. Όμως οι αποκλίσεις στους ηλικιωμένους δεν είναι σπάνιες και μπορεί να εκδηλωθούν με προσκόλληση στη φαρμακευτική αγωγή, με αδιαφορία ή και με πλήρη άρνηση να την ακολουθήσουν (Ρουπακιώτης, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στα διάφορα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας στα οποία μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του είναι σύνθετος. Αποτελεί τον **μεσολαβητή**, μεταξύ των ηλικιωμένων που βρίσκονται στο ίδρυμα και στο εξωτερικό περιβάλλον με σκοπό την προστασία και την επανένταξη των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο. Εκτός των άλλων μπορεί να δώσει συμβουλές για πρακτικά θέματα όπως ασφαλιστικά ζητήματα κ.α.. Φυσικά, δεν μπορεί να χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή. (<http://www.bestrong.org.gr>)

Ο κοινωνικός λειτουργός, ασκεί την κοινωνική εργασία, σε υποστηρικτικό - συμβουλευτικό - θεραπευτικό επίπεδο. Έτσι, μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική φόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. (<http://www.bestrong.org.gr>)

Από τους βασικότερους στόχους των Κοινωνικών Λειτουργών όσον αφορά την άσκηση Κοινωνικής Εργασίας με ηλικιωμένους είναι:

- Ø Η κατανόηση της διαδικασίας της γήρανσης από ψυχοκοινωνικής άποψης.
- Ø Η αντίληψη της υποκειμενική διαδικασία της γήρανσης κάθε ατόμου.
- Ø Η εκμάθηση των παραγόντων πώς επηρεάζεται η διαδικασία γήρανσης όπως το φύλο, η κοινωνική τάξη, ήθη και έθιμα.

Οι δράσεις των Κοινωνικών Λειτουργών στον Τομέα αυτό αφορούν την αποδοχή των ηλικιωμένων από την ευρύτερη κοινωνία, την συνηγορία υπέρ των ανθρωπίνων τους δικαιωμάτων και τον τερματισμό των αρνητικών διακρίσεων εις βάρος τους και την προώθηση νέων κοινωνικών πολιτικών και συμπεριφορών προς αυτή την ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού.

Ουσιαστικά, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι οι πλέον καταρτισμένοι επαγγελματίες για άσκηση κοινωνικής εργασίας σε Πλαίσια Ηλικιωμένων όπως Κέντρα Ημέρας και Στέγες Ευγηρίας όπου μέσα από μια γκάμα προγραμμάτων και

υπηρεσιών προωθούν την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας. (Ρουπακιώτης, 2005).

4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΚΑΠΗ

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (υπηρεσία ΠΦΥ) σε συνεργασία με τους Νοσηλευτές-τριες όσο και οι Επισκέπτες-τριες Υγείας έχουν σαν κύριες δραστηριότητες:

1. Πρόληψη
2. Συμβουλευτική στήριξη του ηλικιωμένου
3. Ενημέρωση σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες για ζητήματα του απασχολούν τους ηλικιωμένους

Στη συνεργασία του με τα ηλικιωμένα άτομα ο κοινωνικός λειτουργός στο Κ.Α.Π.Η. κάνει χρήση των τριών τομέων της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας:

- την Κοινωνική εργασία με άτομο (ΚΕΑ)

- την Κοινωνική εργασία με ομάδα (ΚΕΟ) και

- την Κοινωνική εργασία με κοινότητα (ΚΕΚ).

Πιο συγκεκριμένα, στην κοινωνική εργασία με άτομο ο κοινωνικός λειτουργός στο ΚΑΠΗ χρησιμοποιώντας τις τεχνικές και τις ικανότητες του βοηθάει τα μέλη, να παραμείνουν δραστήρια κι ενεργά στο οικογενειακό και στο κοινωνικό περιβάλλον. Μέσα από την επαφή με τα ηλικιωμένα μέλη, ανακαλύπτει τις ιδιαίτερες ικανότητες και τα ενδιαφέροντα τους και προσπαθεί να τα αξιοποιήσει προς όφελος τους. Εξετάζει μεμονωμένα τα προβλήματά τους και προσπαθεί να βρει την καλύτερη δυνατή λύση για να τους εμπλέξει σε διάφορα κοινωνικά δρώμενα. (Καλλινικάκη, 1998)

Άλλωστε βασική αρχή της ΚΕΑ είναι ότι κάθε άτομο αποτελεί μια μοναδική κι ανεπανάληπτη βιολογική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ολότητα σε κάθε στιγμή της ζωής του και βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Η ΚΕΑ αποβλέπει στην πρόληψη και αποτροπή των κοινωνικών προβλημάτων και των επιπτώσεων τους στα άτομα και το περιβάλλον τους. Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός στα ΚΑΠΗ μελετά τη φυσική, διανοητική κι οικονομική του κατάσταση,

όπως και το πολιτιστικό και θρησκευτικό του περιβάλλον των ηλικιωμένων. (Ρουπακιώτης, 2005).

Εκτός από την ΚΕΑ στα ΚΑΠΗ ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να χρησιμοποιήσει και την κοινωνική εργασία με ομάδα (ΚΕΟ). Η συμβουλευτική με ομάδες ηλικιωμένων βοηθά τα μέλη του ΚΑΠΗ και τους δίνει την ευκαιρία να αντιληφθούν, πως υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα. Επίσης με τη συμμετοχή τους σε ομάδα οι ηλικιωμένοι βρίσκουν την ευκαιρία, να έρθουν σε επαφή με διάφορα πρόσωπα και να αναπτύξουν δεσμούς μεταξύ τους ξεφεύγοντας έτσι από τη μοναξιά και την απομόνωση. Παράλληλα ο κοινωνικός λειτουργός μέσα στην ομάδα, κατευθύνει και καλλιεργεί την εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών προκειμένου να εξωτερικεύουν πιο εύκολα τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους ενώ παράλληλα αντιμετωπίζονται καλύτερα τα προβλήματα της επικοινωνίας και της απομόνωσης που βιώνουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας. (Καλλινικάκη, 1998)

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός στα ΚΑΠΗ εφαρμόζει και την ΚΕΚ καθώς η εκάστοτε μονάδα των ΚΑΠΗ ανήκει στα αντίστοιχα κοινοτικά προγράμματα. Στόχος φυσικά αποτελεί η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα που αφορούν την Τρίτη Ηλικία αλλά και η συνεργασία με διάφορους τομείς και υπηρεσίες της κοινότητας. (Καλλινικάκη, 1998)

4.3 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΣΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο Κοινωνικός Λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. (www.bestrong.org.gr)

Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς.

Πιο αναλυτικά, και όσον αφορά τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με τον ηλικιωμένο ασθενή θα μπορούσαν να ειπωθούν τα ακόλουθα:

α) Ο κοινωνικός λειτουργός σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ηλικιωμένου ατόμου να ενταχθεί και να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα . Δηλαδή ,επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του. Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση.

β) Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής ενώ θεωρείται άκρως απαραίτητος για την προετοιμασία και υποστήριξη του ασθενούς πριν και μετά από μία σοβαρή ιδιαίτερα χειρουργική επέμβαση.

γ)Ο κοινωνικός λειτουργός στα νοσηλευτικά προγράμματα για τα άτομα της τρίτης ηλικίας φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του. Ενημερώνει και παροτρύνει τον ασθενή στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών της κοινότητας για την κάλυψη μιας σειράς αναγκών του. (Ρουπακιώτης, 2005).

Όμως δεν νοείται κοινωνική εργασία στο ασθενή χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας. Με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια. Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει όλη την οικογένεια. Πρώτος στόχος (ειδικά όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας), είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ -άγχος –φόβος –πανικός –θυμός –ενοχές –απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει. (Ρουπακιώτης, 2005).

Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του, βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Θα πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του ασθενή, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς (www.pagni.gr)

4.4 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

- Προσαρμογή του ηλικιωμένου στο εκάστοτε πλαίσιο και στις εκάστοτε συνθήκες. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα ενδεχόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα που κρίνεται επιβεβλημένο για την περίπτωσή του.
- Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ατόμου, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του. Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση.
- Φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του.
- Μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων. Οι ασθενείς δικαιούνται κάθε προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον. **Δικαίωμα ενημέρωσης** (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση-θεραπεία- προοπτική). **Απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ασθενούς** (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου).
- Συλλέγουν πληροφορίες αναφορικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Συλλέγουν αρχεία και αναφορές από διάφορες υπηρεσίες που αφορούν τους εξυπηρετούμενους
- Σχεδιάζουν και οργανώνουν την πολιτική που θα ακολουθήσει το ίδρυμα.
- Υποστηρίζει την οικογένεια του ηλικιωμένου
- Μεριμνά για τις άμεσες ανάγκες του ηλικιωμένου ενώ παράλληλα ενημερώνει για την ύπαρξη τυχόν επιδομάτων που μπορεί να δικαιούται ο εξυπηρετούμενος. (Καλλινικάκη, 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μεταρρύθμιση του συνταξιοδοτικού συστήματος είναι ένα από τα θέματα που βρίσκονται στη πολιτική ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και όλων των χωρών του πλανήτη που διαθέτουν οργανωμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας, ήδη από την δεκαετία του 1980. Πολυάριθμες μελέτες και πολιτικοοικονομικές αναλύσεις υποστηρίζουν, ότι το κράτος πρόνοιας απειλείται από τη παγκοσμιοποίηση της οικονομίας και από τις απαιτήσεις των ηλικιωμένων, που καθιστούν αδύνατη τη χρηματοδότηση των επόμενων γενεών. Τα επιχειρήματα, δηλαδή, υπέρ της μεταρρύθμισης αφορούν κυρίως στην αυξημένη μακροζωία ανδρών και γυναικών, τη μείωση των γεννήσεων, την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας και τις οικονομικές τάσεις που οδηγούν σε αύξηση των υποχρεώσεων, οι οποίες δεν μπορούν να ικανοποιηθούν από τα ισχύοντα γενναιόδωρα συνταξιοδοτικά συστήματα. (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1993)

Η μείωση του ύψους των παροχών, η ελεγχόμενη αύξηση των εισφορών και των ορίων ηλικίας, η ενίσχυση των αρχών της ανταποδοτικότητας και της κεφαλαιοποίησης και κυρίως η επέκταση της ιδιωτικής ασφάλισης, συνοψίζουν τη φιλοσοφία των προτεινομένων μέτρων, για τις «παραμετρικές» αλλαγές και τις «διαρθρωτικές» μεταρρυθμίσεις των συνταξιοδοτικών συστημάτων. (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1993)

Από την πλευρά τους οι εργαζόμενοι και οι συνταξιούχοι αντιμετωπίζουν με δυσπιστία τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, αφού σχεδόν όλες ταυτίζονται με περικοπές δαπανών και μείωση παροχών. «Αντί να αποδυναμώσουν το κράτος πρόνοιας και να μειώσουν τις συντάξεις, ο διάλογος για την ανταγωνιστικότητα θα πρέπει να επικεντρωθεί στην ενεργοποίηση της φαντασίας, στην εκπαίδευση και στην αύξηση των δαπανών για την έρευνα και την ανάπτυξη, για καλά πανεπιστήμια και καινοτομίες», τονίζει ο John Monks, Γενικός Γραμματέας της ETUC, σε συνέντευξή του. Έντονο σκεπτικισμό για τη ρητορική της κρίσης εκφράζουν και επιστήμονες, όπως ο Francis G. Castles στο εξαιρετικό βιβλίο του «The Future of the Welfare State-Crisis Myths and Crisis Realities», 2004.

Γεννάται λοιπόν το ερώτημα, αν οι δημοσιονομικές και δημογραφικές εξελίξεις οδηγούν πράγματι σε καταστροφή ή επιχειρείται μέσω της κινδυνολογίας (a race to the bottom), η ικανοποίηση των απαιτήσεων των μηχανισμών της αγοράς για υψηλότερα κέρδη, μέσω της συμπίεσης του κόστους της εργασίας και της κοινωνικής ασφάλισης. Η σύντομη ανάλυση που ακολουθεί θα επιχειρήσει να φωτίσει το θέμα μέσω της παράθεσης στοιχείων που αφορούν κυρίως: Την κατάσταση των συνταξιοδοτικών συστημάτων στην ΕΕ, τον εντοπισμό των προβλημάτων (δημογραφικό, ανεργία, άνιση μεταχείριση γυναικών κλπ) και ποιες τελικά μεταρρυθμίσεις προκρίνονται, με βάση και την αρχή της ισότητας των φύλων. (Πουλαντζάς, 1999)

5.2 ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΕ - ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Τα βασικά συστήματα συνταξιοδότησης στην Ευρώπη αναπτύχθηκαν κατά τον 19^ο αιώνα. Το Γερμανικό πρότυπο ή μοντέλο Bismarck βασίστηκε στην αναδιανομή και αποτελούσε αναγκαίο συμπλήρωμα της εργασιακής σχέσης. Κατευθυντήρια αρχή του γερμανικού μοντέλου είναι η ευθύνη των ίδιων των ενδιαφερομένων (εργαζομένων και εργοδοτών) για την ασφαλιστική προστασία, ευθύνη η οποία μεταφράζεται σε αυτονομία και αυτοχρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων, ενώ οι συντάξεις υπόκεινται στη θεμελιώδη αρχή της αντιστοιχίας ή ανταποδοτικότητας μεταξύ εισφορών και παροχών. Τα συστήματα τύπου Bismarck δεν ήταν αποτέλεσμα συλλογικών διαπραγματεύσεων, στο πλαίσιο της αγοράς, αλλά κρατικής παρέμβασης, που υποχρέωσε τους εργοδότες να συμμετάσχουν στην ασφαλιστική προστασία των εργαζομένων. (Σακελλαρόπουλος, 2006)

Σε αντίθεση με το γερμανικό μοντέλο, το Βρετανικό ασφαλιστικό πρότυπο ή μοντέλο Beveridge, το οποίο εφαρμόζεται και στις Σκανδιναβικές χώρες, ορίζει ότι η κοινωνική ασφάλιση των πολιτών αποτελεί ευθύνη της πολιτείας και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από το κράτος. Σταδιακά η διάκριση μεταξύ των κοινωνικο ασφαλιστικών συστημάτων αμβλύθηκε, ως αποτέλεσμα της σχετικής σύγκλισης που επήλθε. (Πετρόγλου, 2001)

Στη δημιουργία του κράτους πρόνοιας οδήγησαν τα ευρωπαϊκά ανθρωπιστικά ιδεώδη και ενισχύθηκε, τόσο από τις αντιλήψεις του Keynes, όσο και από τις ιδέες περί κοινωνικής δικαιοσύνης των σοσιαλιστών της Φαβιανής Εταιρείας και της

σοσιαλδημοκρατίας. Αργότερα υποστηρίχθηκε ότι το κράτος πρόνοιας θεμελιώνεται στα κοινωνικά δικαιώματα του πολίτη, ενώ σύμφωνα με την νεώτερη λειτουργική αντίληψη στην αλληλεξάρτηση και στην αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών.(Μαλικιώση-Λοΐζου,1993)

Οι συντάξεις στην Ευρώπη αποτελούν μέρος της κοινωνικής προστασίας. Από την δεκαετία του 1980 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή με επικεφαλής τον Ζακ Ντελόρ ανέλαβε σειρά πρωτοβουλιών, συμπεριλαμβανομένης της Κοινωνικής Χάρτας, με σκοπό να διασφαλισθεί ότι η Εσωτερική Αγορά δεν θα οδηγήσει σε κοινωνικό dumping. Η Κοινωνική Χάρτα των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων (1989) υποστηρίζει ότι «κάθε άτομο που έχει φθάσει σε ηλικία συνταξιοδότησης, αλλά δεν έχει θεμελιώσει δικαίωμα σύνταξης ή δεν διαθέτει άλλα οικονομικά μέσα, θα πρέπει να έχει δικαίωμα σε επαρκείς πόρους και πρόσβαση σε ιατρική και κοινωνική βοήθεια, σύμφωνα με τις συγκεκριμένες ανάγκες του». Στο ίδιο πνεύμα κινείται και η Σύσταση του Συμβουλίου για τα κοινά κριτήρια που αφορούσαν πόρους και κοινωνικές παροχές με βασικό στόχο την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού των συνταξιούχων.(Ματσαγγάνης, 2001)

5.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Επί του παρόντος η φτώχεια μεταξύ των ηλικιωμένων δεν είναι διαδεδομένο φαινόμενο στην ΕΕ. Στις χώρες της Ένωσης οι κοινωνικές δαπάνες αντιπροσωπεύουν περίπου το 27% του ΑΕΠ, έναντι 15% των ΗΠΑ, γεγονός που μαρτυρεί την μεγαλύτερη ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη, ενώ οι επιβαρύνσεις στο κόστος εργασίας αγγίζουν το 46% στην Ευρώπη, έναντι 27% στις ΗΠΑ (Κουκιάδης, 2000). Οι συγκρίσεις βέβαια αυτές, πυροδοτούν τη ρητορική, περί του επείγοντος της μεταρρύθμισης, διανθισμένη πάντα με αγαθές προθέσεις, όπως αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος, εξορθολογισμό και αποτροπή της κατάρρευσής του. (Πετρόγλου, 2001)

Τον Δεκέμβριο του 2002 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έδωσε στη δημοσιότητα την πρώτη ολοκληρωμένη ανάλυση των συνταξιοδοτικών συστημάτων των κρατών μελών της ΕΕ, η οποία αξιολογεί την επάρκεια των εθνικών συστημάτων και την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν την πρόκληση της γήρανσης του πληθυσμού τους. Είχε προηγηθεί το 2000 η πρόταση της Επιτροπής για μια «Ατζέντα Κοινωνικής Πολιτικής», ενώ το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Στοκχόλμης (Μάρτιος 2001) άνοιξε το

δρόμο για την «ανοιχτή μέθοδο συντονισμού» των συντάξεων, με προοπτική την ανάπτυξη στρατηγικής – κατά το πρότυπο της στρατηγικής για την απασχόληση. Η διαδικασία αυτή ξεκίνησε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Λάκεν τον Δεκέμβριο του 2001, και περιλαμβάνει έντεκα στόχους οι οποίοι μπορούν να ομαδοποιηθούν κάτω από τους εξής τρεις τίτλους:

§ Περιφρούρηση της ικανότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων να εκπληρώνουν τους κοινωνικούς στόχους τους

§ Διατήρηση της οικονομικής βιωσιμότητας των συνταξιοδοτικών συστημάτων

§ Δυνατότητα ανταπόκρισης στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές ανάγκες (Κουκιάδης, 2000)

Η Επιτροπή Οικονομικής Πολιτικής και η Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, με βάση τις εθνικές εκθέσεις, συνέταξαν έκθεση η οποία αποτέλεσε το σχέδιο κοινής έκθεσης της Επιτροπής και του Συμβουλίου (ECOFIN 51, SOC 72, 3.3.2003). Το θέμα των συντάξεων ήταν μια από τις προτεραιότητες της Ελληνικής Προεδρίας, κατά το πρώτο εξάμηνο του 2003.

Η κοινή έκθεση αναφέρει ότι όλα τα κράτη μέλη διαβεβαιώνουν, ότι παρέχουν ένα μίνιμουμ εισόδημα στους ηλικιωμένους και ότι σε πολλές χώρες ο κίνδυνος της φτώχειας είναι μικρότερος για τους ηλικιωμένους, παρά για τους νέους. Η Έκθεση διαπιστώνει, ότι, η ωρίμανση των συνταξιοδοτικών συστημάτων και η μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών στην επαγγελματική ζωή, συνέβαλαν στην αύξηση του μέσου επιπέδου των συντάξεων, ενώ αναμένονται περαιτέρω βελτιώσεις στο μέλλον. (Σιάνου, 2002)

5.4 Η ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Η κοινή Έκθεση Επιτροπής και Συμβουλίου (2003) υποστηρίζει, ότι, με βάση τις προβολές, οι δημόσιες δαπάνες για τις συντάξεις ενδέχεται να αυξηθούν από τρεις έως πέντε ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ, μεταξύ του 2000 και 2050. (Πετρόγλου, 2001)

Όλα τα κράτη μέλη θεωρούν ότι η αύξηση της απασχόλησης, ιδιαίτερα της απασχόλησης των γυναικών, αποτελεί σημαντική μεταβλητή της μακροπρόθεσμης στρατηγικής για βιώσιμες συντάξεις. Στις προβολές των δημοσίων δαπανών διαφαίνεται, ότι αν επιτυγχανόνταν οι στόχοι της Λισσαβόνας και πέραν του 2010, η

αύξηση των δημοσίων δαπανών για τις συντάξεις θα μειωνόταν κατά το ένα τρίτο ως ποσοστό του ΑΕΠ. Αυτό σημαίνει, ότι μόνη η αύξηση της απασχόλησης δεν αρκεί για να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα των συνταξιοδοτικών συστημάτων. Η οικονομική μεγέθυνση, η επαρκής παραγωγικότητα, καθώς και η πλήρης απασχόληση με ποιοτικές θέσεις εργασίας σε ένα υγιές και ασφαλές εργασιακό περιβάλλον αποτελεί την καλύτερη απάντηση για να διασφαλιστεί η οικονομική βιωσιμότητα των συνταξιοδοτικών συστημάτων, επιμένει το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (Ψήφισμα A5-0259/24.9.2003).

Σήμερα, όπως είναι γνωστό, οι περισσότεροι Ευρωπαίοι συνταξιοδοτούνται πρόωρα. Υπολογίζεται, πως αν αυξανόταν, έστω και για ένα χρόνο, η πραγματική ηλικία συνταξιοδότησης, χωρίς επέκταση των συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων, η αναμενόμενη αύξηση των δαπανών για τις συντάξεις θα μειωνόταν κατά 0,6-1% του ΑΕΠ το 2050. Αυτό σημαίνει, ότι η κατά ένα χρόνο αύξηση της πραγματικής ηλικίας συνταξιοδότησης θα απορροφούσε το 20% περίπου της μέσης αναμενόμενης αύξησης των συνταξιοδοτικών δαπανών το 2050. Γι αυτό το λόγο, όλες οι χώρες μέλη της ΕΕ βρίσκονται στη διαδικασία μεταρρύθμισης των συστημάτων πρόωρης συνταξιοδότησης, καθώς και των πολιτικών απασχόλησης. Ωστόσο, ο ρυθμός των μεταρρυθμίσεων είναι πολύ αργός για την επίτευξη του στόχου αύξησης της πραγματικής ηλικίας συνταξιοδότησης κατά πέντε έτη έως το 2010 (Κοινή Έκθεση ΕΕ και Συμβουλίου-2003).

Οι μεταρρυθμίσεις θα πρέπει να ενταχθούν στο πλαίσιο των συντονισμένων προσπάθειών των κρατών μελών για την επίτευξη των στόχων της Στρατηγικής της Λισσαβόνας, συμπεριλαμβανομένων των διαρθρωτικών και φορολογικών μεταρρυθμίσεων και των παραγωγικότερων δημοσίων επενδύσεων. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η βελτίωση των κινήτρων για την παραμονή στην αγορά εργασίας εργαζομένων μεγάλης ηλικίας, λόγω και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, καθώς και της ένταξης περισσότερων γυναικών. Σύμφωνα με την Έκθεση η επάρκεια των συνταξιοδοτικών συστημάτων εξαρτάται επίσης και από την προσαρμογή σε πιο ευέλικτα πρότυπα απασχόλησης και καριέρας, καθώς και στους μεταβαλλόμενους ρόλους των φύλων στην κοινωνία. (<http://ec.europa.eu>)

5.5 ΤΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

«Δεν υπάρχει πιο ενοχλητικό πράγμα από το να ακούς συνέχεια για το «βάρος» που προσθέτει στη κοινωνία η γήρανση του πληθυσμού. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η καλύτερη υγεία αποτελούν πολύ καλά νέα και όχι βάρος για την κοινωνία. Οι ηλικιωμένοι είναι πολύτιμοι στις επιχειρήσεις, στην οικονομία και στη κοινωνία», τόνισε σε ομιλία του ο κ. Berglind Asgeirsdottir, αναπληρωτής Γενικός Γραμματέας του ΟΟΣΑ, στη συνεδρίαση του Συμβουλίου της Λισσαβόνας (Επιτροπή των ευρωπαϊκών κοινοτήτων, Βρυξέλλες, 28.9.2004).

Η διεύρυνση της Ευρώπης σε 25 χώρες αύξησε τον πληθυσμό της από 380 εκατομμύρια στα 455 – πολύ πάνω από τις ΗΠΑ που έχουν 295 εκ. Ωστόσο, υπολογίζεται ότι μέχρι το 2050 οι Αμερικανοί θα έχουν καλύψει τη διαφορά, φτάνοντας τα 420εκ ενώ οι Ευρωπαίοι τα 430εκ. Η Ευρώπη γερνάει πολύ γρηγορότερα από τον νέο κόσμο. Η γήρανση θα επηρεάσει την οικονομία λόγω της μείωσης των εργατικών χεριών. Στην Ιταλία για παράδειγμα το εργατικό δυναμικό θα συρρικνωθεί κατά 20% μεταξύ 2005 και 2035 και κατά 15% επιπλέον μέχρι το 2050. Αν δεν υπάρξουν μεγάλες αλλαγές στους δείκτες απασχόλησης και στην παραγωγικότητα, η μείωση του εργατικού δυναμικού θα πλήξει καίρια την οικονομική ανάπτυξη. (Δουλκερή, 2005)

Στην Ευρώπη ο δείκτης γονιμότητας είναι κάτω από το όριο του δείκτη αναπλήρωσης από το 1970 στη Δυτική Ευρώπη και από το 1980 στην Ανατολική και οι ελπίδες για ανάκαμψη είναι ελάχιστες. Από την άλλη πλευρά το προσδόκιμο ζωής αναμένεται να αυξηθεί στη διάρκεια των επόμενων 50 ετών κατά 4.2 χρόνια για τις γυναίκες και 5 χρόνια για τους άνδρες. Ως αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης για την Ευρώπη των 15 η πρόβλεψη είναι ότι οι ηλικιωμένοι θα αυξηθούν από 27.7% (2000) στο 53.4% του πληθυσμού το 2050 και αυτό με βάση αισιόδοξες προοπτικές για τον δείκτη γονιμότητας (να αυξηθεί στο 1.8 στις περισσότερες χώρες) και απαισιόδοξες για το προσδόκιμο ζωής (να αυξηθεί λιγότερο από όσο στο παρελθόν), υποστηρίζει ο Robert Holzmann της World Bank. (Καραμεσίνη, 2005)

Ο κ. Holzmann ισχυρίζεται ότι η μέση δαπάνη προβλέπεται να αυξηθεί από το 10.4% του ΑΕΠ το 2000 στο 13.6% γύρω στο 2040, με αναμενόμενη πτώση από το 5.5% στο 4.4% για τη Βρετανία, αλλά διπλασιασμό για την Ισπανία, που θα φτάσει το 24.8% από το σημερινό επίπεδο του 12.6%. Προβλέπεται, δηλαδή, μέση αύξηση των δαπανών κατά 30% και δημογραφική αύξηση κατά 70%. Οι ειδήμονες της

Παγκόσμιας Τράπεζας υποστηρίζουν ότι ακόμη και αν δεν συνέτρεχαν οι δημογραφικοί και δημοσιονομικοί λόγοι, θα εξακολουθούσε να υπάρχει μεγάλη ανάγκη για μεταρρύθμιση των συνταξιοδοτικών συστημάτων προκειμένου να συγχρονισθούν με τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, εκ των οποίων οι σημαντικότερες τρεις είναι: α/ η αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στο εργατικό δυναμικό β/ οι αλλαγές στις δομές της οικογένειας και η αύξηση των διαζυγίων και γ/ η επέκταση των άτυπων μορφών απασχόλησης. (Σιάνου, 2002)

Ασφαλώς «μια κάποια λύση» στο δημογραφικό θα μπορούσε να προσφέρει και η αθρόα προσέλκυση νέων μεταναστών, αλλά και η ενίσχυση των μέτρων στήριξης της φροντίδας των παιδιών και της συμφιλίωσης της επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής των ανθρώπων. (www.karamanou.gr)

5.6 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Όπως είναι κατανοητό πολλά μέτρα και πολιτικές, που είναι επιθυμητά για οικονομικούς λόγους, δεν εφαρμόζονται για πολιτικούς λόγους. Αυτή η ασυμφωνία μεταξύ οικονομικής και πολιτικής οδήγησε τους οικονομικούς και πολιτικούς επιστήμονες να σκεφτούν την πολιτική οικονομία των μεταρρυθμίσεων. Έχει ήδη γίνει αρκετή δουλειά πάνω στην πολιτική οικονομία της μακροοικονομικής μεταρρύθμισης και της εμπορικής πολιτικής, αλλά δεν έχει προχωρήσει αρκετά στην περίπτωση της μεταρρύθμισης του συνταξιοδοτικού συστήματος. Μελέτη της Παγκόσμιας Τράπεζας απαντά σε τρία βασικά ερωτήματα: Πώς επηρεάζουν οι πολιτικές και οικονομικές δυνάμεις την πιθανότητα διαρθρωτικής συνταξιοδοτικής μεταρρύθμισης, πώς αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τη φύση της μεταρρύθμισης και πώς οι χώρες που προχώρησαν σε μεταρρυθμίσεις έκαμψαν την αντίσταση παντοδύναμων ομάδων συμφερόντων. (Σιάνου, 2002)

Είναι φανερό, ότι η Παγκόσμια Τράπεζα έχει επιδοθεί σε έναν αγώνα για να πείσει για την αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης των ασφαλιστικών συστημάτων και ειδικότερα να πείσει εργαζόμενους και συνταξιούχους, ότι οι αλλαγές είναι συμφέρουσες, αφού το παλιό σύστημα δεν είναι βιώσιμο. Στη Χιλή ο Υπουργός Εργασίας Dr Jose Pinera ο ίδιος προσωπικά καθημερινά μέσα από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο προσπαθούσε να πείσει τους εργαζόμενους για την αναγκαιότητα της αλλαγής. Το ίδιο έγινε στην Ουγγαρία και στην Πολωνία, όπου οι κυβερνήσεις

προχώρησαν σε μεγάλες εκστρατείες ενημέρωσης, με στόχο κυρίως τους νέους και τους ηλικιωμένους. (Saunders, 2005)

Το παράδειγμα της Χιλής αναφέρεται ως το πιο επιτυχημένο από τους οπαδούς της μεταρρύθμισης. Ξεκίνησε το 1980 και αντικατέστησε το παλιό σύστημα με την ιδιωτική αποταμίευση (Pension Savings Account). Περισσότεροι από το 95% των εργαζομένων, ενίσχυσαν την εθνική αποταμίευση κατά 27% του ΑΕΠ και πέτυχαν ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης κατά 6,5% ετησίως.

Παράλληλα με την Παγκόσμια Τράπεζα και το Ινστιτούτο CATO δια του προέδρου του Edward H. Crane, υποστηρίζει ότι η μεταρρύθμιση δεν μπορεί να περιμένει γιατί στις ΗΠΑ, μέσα στα επόμενα 15 χρόνια, το σύστημα θα παρουσιάσει ελλείμματα. Αξίζει να σημειωθεί, ότι κατά τις τελευταίες προεδρικές εκλογές «η κοινωνία της ιδιοκτησίας», εκείνη, δηλαδή, που θα δίνει στους πολίτες μεγαλύτερο έλεγχο σε θέματα υγείας, συνταξιοδότησης και στέγης, δηλαδή, μία κοινωνική ασφάλιση που θα στηρίζεται σε ιδιωτικούς λογαριασμούς, αποτέλεσε κεντρικό θέμα της προεκλογικής εκστρατείας του Προέδρου Bush. (Ρουπακιώτης, 2005)

Οι μεταρρυθμίσεις φυσικά έχουν πάντα κερδισμένους και χαμένους. Οι μεγάλοι χαμένοι είναι οι θεσμοί κοινωνικοοικονομικής ασφάλισης (όπως στη Χιλή), ενώ ο μεγάλος κερδισμένος είναι ο ιδιωτικός τομέας. Παλαιότερη μελέτη της Παγκόσμιας Τράπεζας επισημαίνει τα προβλήματα που προκύπτουν από τα νέα συστήματα, στους χαμένους των οποίων συγκαταλέγει κυρίως τις γυναίκες και τους χαμηλόμισθους. (Zikmund, 2000)

Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας, δια του κ. Roger Beattie στην Παγκόσμια Διάσκεψη για την Ανάπτυξη (Κοπεγχάγη, 1995), επιχειρηματολογώντας εναντίον του Χιλιανού μοντέλου υποστηρίζει ότι βασίζεται στη λαθεμένη αντίληψη, ότι κάτι που είναι καλό για ένα άτομο, ισχύει και για μεγάλο αριθμό ατόμων. Βεβαίως, δεν αποτελεί πρόβλημα, αν κάποιος σταματήσει να εργάζεται και ζει, έχοντας πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες, με τις αποταμιεύσεις που προηγουμένως συσσωρεύσε. Σκεφτείτε όμως τι θα συμβεί αν όλοι κάνουν το ίδιο!.. Δεν θα υπάρχουν ούτε αγαθά, ούτε υπηρεσίες και οι αποταμιεύσεις δεν θα αξίζουν τίποτα. (Ρουπακιώτης, 2005)

Είναι γεγονός, ότι ανεξαρτήτως του τρόπου χρηματοδότησης των συντάξεων, η τρέχουσα κατανάλωση των συνταξιούχων εξαρτάται από την τρέχουσα παραγωγικότητα των εργαζομένων. Γι αυτό οι δημογραφικές τάσεις επηρεάζουν όχι μόνο τα παλιά συστήματα (PAYG) αλλά εξίσου και τα καινούργια τύπου Χιλής και οποιαδήποτε άλλα. Αυτό που κάνει το Χιλιανό μοντέλο ασύμφορο είναι ότι όλοι οι

κίνδυνοι συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που αφορούν το δημογραφικό, πέφτουν στους ώμους των εργαζομένων (Saunders, 2005).

Στο σύστημα αυτό οι μελλοντικοί συνταξιούχοι έχουν ελάχιστη ή καμιά γνώση για το τι αναπλήρωση εισοδήματος θα απολαύσουν στο μέλλον. Κάποιοι του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας υπολογίζουν ότι η σύνταξη θα είναι στο 44% του τελικού μισθού, με την προϋπόθεση ότι οι εισφορές καταβάλλονται χωρίς διακοπή από την ηλικία των 20 μέχρι την ηλικία των 65, αλλά ένας οπαδός του συστήματος υποστηρίζει ότι η αναπλήρωση θα είναι μεταξύ 112 και 234%! Γεγονός πάντως παραμένει ότι το Χιλιανό σύστημα δεν ικανοποιεί τις ελάχιστες προδιαγραφές του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας, για ασφαλείς συντάξεις.(Saunders, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

6.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές και οι επενδύσεις. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη. (Μαλλιαρόπουλος, 2010)

Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Οι οικονομικές διακυμάνσεις ορίζονται ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία. Λέγονται αλλιώς και κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι. Οι Άγγλοι αποδίδουν το φαινόμενο με τον όρο *business cycles*), ακριβώς για να τονίσουν την ιδιαίτερη βαρύτητα των επενδύσεων στην εξέλιξη του οικονομικού κύκλου. Από πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 χρόνια (<http://www.capital.gr>).

6.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ, ΚΡΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΙ

Το Νοέμβρη του 1923 ένα καρβέλι ψωμί στοίχιζε στο Βερολίνο 428 δισεκατομμύρια μάρκα. Και να τα είχε κάποιος, θα χρειαζόταν ένα καρότσι για να τα κουβαλήσει στον φούρνο της γειτονιάς! Πώς συνέβη αυτό; Εάν δούμε τα στατιστικά στοιχεία της εποχής παρατηρούμε ότι η συνολική ποσότητα μάρκων στη Γερμανική Δημοκρατία της Βαϊμάρης (η ονομασία με την οποία είναι γνωστή η Γερμανία από το 1918 μέχρι την άνοδο των Ναζί στην εξουσία) αυξήθηκε από 33 δισεκατομμύρια το 1918 σε 608 τετράκις εκατομμύρια το 1923. Βέβαια είναι προφανές ότι αυτή η κρίση του Γερμανικού νομισματικού συστήματος είχε να κάνει με το γεγονός ότι το 1918 η Γερμανία έχασε τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, παραδόθηκε και υποχρεώθηκε να πληρώνει βαρύτερες πολεμικές αποζημιώσεις. (Μαλλιαρόπουλος, 2010)

Όμως είναι εξ ίσου προφανές ότι οι κρίσεις υπερ-πληθωρισμού (σαν αυτή που κατέστρεψε το Γερμανικό νομισματικό σύστημα στη δεκαετία του 1920) δεν εξηγούνται από τις πολεμικές ήττες. Στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 ο πληθωρισμός στην Τουρκία ξεπερνούσε κατά μέσο όρο το 40% ενώ στο Ισραήλ έφτασε το 116% και στη Βραζιλία το 199%. Αλλά και στις ανεπτυγμένες χώρες ο πληθωρισμός άγγιξε το 20% στη διάρκεια της δεκαετίας του 1970. Τέτοιες βίαιες αλλαγές στο επίπεδο των τιμών υποδηλώνουν πως κάτι δεν πάει καλά με την οικονομία. Αντικατοπτρίζουν κρίσεις του οικονομικού συστήματος. (Μαλλιαρόπουλος, 2010)

Γιατί θεωρείται ο πληθωρισμός ένδειξη κρίσης μιας οικονομίας; Θεωρητικά, από μόνος του ο πληθωρισμός δεν αποτελεί πρόβλημα. Αν για παράδειγμα κάθε μήνα όλες οι τιμές, οι μισθοί, τα ενοίκια, τα κέρδη, οι αποσβέσεις, οι συντάξεις, τα επιδόματα κλπ. ανεβαίνουν κατά 1%, τότε ο ετήσιος πληθωρισμός θα ισούται με 12% και δεν θα αλλάζει τίποτα το πραγματικό (ή το ουσιαστικό) εφόσον η παραγόμενη ποσότητα προϊόντων, η απασχόληση, και οι επενδύσεις (ως ποσοστό του ΑΕΠ) παραμένουν στο ίδιο επίπεδο. Το μόνο που θα αλλάζει είναι η ονομαστική (αλλά όχι η πραγματική/σχετική) αξία του κάθε τι, π.χ. των συντάξεων, των πορτοκαλιών κλπ). Το πρόβλημα όμως είναι ότι οι κρίσεις του νομισματικού συστήματος συνήθως σημαίνουν ότι όλα αυτά τα πραγματικά μεγέθη δεν παραμένουν στο ίδιο επίπεδο αλλά αντίθετα «υποφέρουν» και αυτά. (Μαλλιαρόπουλος, 2010)

Για παράδειγμα, από το 1929 μέχρι το 1933 το επίπεδο τιμών στις ΗΠΑ έπεσε κατά 25%. Ένα φαινόμενο που είναι το αντίθετο ακριβώς του πληθωρισμού. Τί το κακό έχει η πτώση των τιμών; Εάν ήταν απλώς να πέφτουν οι τιμές δεν θα υπήρχε κανένα πρόβλημα. Εάν όμως δούμε τι συνέβη στην παραγωγή, στο ΑΕΠ, των ΗΠΑ θα ξαφνιαστούμε: Το ΑΕΠ των ΗΠΑ το 1929 ανερχόταν στα 104.4 δισεκατομμύρια δολάρια. Την επόμενη χρονιά έπεσε στα 95.1 δισεκατομμύρια. Το 1933 είχε καταβαρθρωθεί στα 74.2 δισεκατομμύρια. (Μαλλιαρόπουλος, 2010)

Παρατηρούμε λοιπόν ότι, μέσα σε τέσσερα χρόνια, η παραγωγή των ΗΠΑ είχε μειωθεί κατά 29%! Όλη η ανάπτυξη που χρειάστηκε πάνω από δύο δεκαετίες σκληρής δουλειάς, εξανεμίστηκε μέσα σε μερικά χρόνια. Ταυτόχρονα η ανεργία ανήλθε από το 3.1% μόλις του εργατικού δυναμικού της χώρας το 1929 στο 24.7% το 1933. Αυτή η κρίση ονομάστηκε ως η Μεγάλη Κρίση του Μεσοπολέμου ή της

δεκαετίας του 1930. Πράγματι, η κρίση αυτή ήταν τεράστια και πήρε πολύ γρήγορα παγκόσμιες διαστάσεις. (Μαλλιαρόπουλος, 2010)

Στη Βρετανία οι τιμές έπεσαν και εκεί μεταξύ του 1929 και του 1933 κατά 8% περίπου και η ανεργία ανέβηκε, την ίδια εποχή, από το 7.2% στο 13.9%. Στην Γερμανία η ανεργία που το 1929 ανερχόταν στο 5.9%, το 1933 άγγιξε το 15%. Στη Δανία από 8% το 1929 πετάχτηκε στο 14.5% το 1933. Στον Καναδά και στην Αυστραλία οι αντίστοιχες αυξήσεις οδήγησαν την ανεργία από το 2.9% και το 8.2% το 1929 στο 19.3% και στο 17.4% αντίστοιχα το 1933. Ακόμα και στο Βέλγιο, που ουσιαστικά δεν αντιμετώπιζε πρόβλημα ανεργίας το 1929 (ποσοστό 0.8%), το 1933 η ανεργία βρισκόταν στο 10.3% του εργατικού δυναμικού. Πράγματι επρόκειτο για μια κρίση τεραστίου βάθους και έκτασης. (Μαλλιαρόπουλος, 2010)

Ποιά είναι τα αίτια των κρίσεων; Αυτό το ερώτημα δημιουργεί μεγάλες διαφωνίες στους κόλπους της οικονομικής επιστήμης. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξε μεγάλη αντιδικία του John Maynard Keynes με τους συναδέλφους του). . Οι απόψεις για τα αίτια των κρίσεων και για το πως πρέπει να αντιμετωπιστούν δίστανται. Και δεν είναι μόνο ο Keynes εναντίον της λεγόμενης κλασικής σχολής. Υπάρχει και η σχολή σκέψης που ακολουθεί τις θεωρητικές θέσεις του Karl Marx, εκείνη που έχει ταυτιστεί με τους λεγόμενους νεο-κλασικούς, η Αυστριακή σχολή κοκ (<http://www.isfm.ch>).

6.3 ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Οι κοινωνίες της αγοράς είναι τέκνα μιας τεράστιας κρίσης: την κρίση του φεουδαρχικού συστήματος η οποία γέννησε τη βιομηχανική επανάσταση. Μάλιστα η επανάσταση αυτή των μέσων και της κοινωνικής οργάνωσης της παραγωγής δεν οδήγησε σχεδόν ποτέ στην οικονομική ηρεμία. Οι πρώτες δεκαετίες της βιομηχανικής επανάστασης χαρακτηρίστηκαν από χάος, πείνα, εξαθλίωση αλλά και ταυτόχρονα από ανάπτυξη, συσσώρευση κεφαλαίου, τεχνολογική πρόοδο. (Μαλλιαρόπουλος, 2010)

Εκεί που τα πράγματα έδειχναν ότι, τουλάχιστον την κοιτίδα της βιομηχανικής επανάστασης (στη Βρετανία), όδευαν προς την ομαλοποίηση, οι Γαλλο-Βρετανικοί πόλεμοι οδήγησαν την οικονομία σε κρίση. Ο αποκλεισμός της Βρετανίας από την ηπειρωτική Ευρώπη διέκοψε το εμπόριο, έσπρωξε τις τιμές των εισαγόμενων στη Βρετανία προϊόντων στα ύψη, και ανέκοψε την ανάπτυξη. Μετά από τις

επαναστάσεις του 1848 η Ευρωπαϊκή οικονομία πέρασε μια περίοδο ανάκαμψης η οποία όμως διεκόπη από μια νέα κρίση προς τα τέλη του 19ου αιώνα. Οι πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα χαρακτηρίστηκαν από ιδιαίτερους ρυθμούς ανάπτυξης (τουλάχιστον στις ΗΠΑ) οι οποίοι όμως, έδωσαν τη θέση τους στην Μεγάλη Κρίση που ξέσπασε μετά την πτώση του Χρηματιστηρίου της Νέας Υόρκης τον Οκτώβριο του 1929. (Κράλογλου, & Καραγεώργου, 2008)

Πέρασαν δέκα χρόνια για να ανακάμψει η παγκόσμια οικονομία, μία ανάκαμψη που συνέπεσε (και πολλοί υποστηρίζουν ότι αυτή η σύμπτωση δεν ήταν τυχαία) με την έκρηξη του Β' Παγκόσμιου Πολέμου. Μετά τον πόλεμο οι περισσότερες οικονομίες γεύτηκαν την μακρύτερη περίοδο ανάπτυξης στην ιστορία των κοινωνιών της αγοράς – του καπιταλισμού. Από το 1950 μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1970, οι οικονομίες αναπτύσσονταν με χαμηλά ποσοστά ανεργίας και πληθωρισμού. Όμως οι πετρελαϊκές κρίσεις του 1972 και 1979 έδωσαν το έναυσμα για τον στασιμο-πληθωρισμό (δηλαδή ταυτόχρονα υψηλό πληθωρισμό και ανεργία) της δεκαετίας του 1970. Το ποσοστό της ανεργίας στις ανεπτυγμένες χώρες έφτασε σε ύψη που θύμιζαν τη Μεγάλη Κρίση του Μεσοπολέμου στην περίοδο 1981-83. (Κράλογλου, & Καραγεώργου, 2008)

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 παρατηρήθηκε μια σημαντική βελτίωση των δεικτών (παρόλο που η ανεργία δεν υποχώρησε αρκετά). Οι οικονομίες αναπτύχθηκαν και πάλι, ο πληθωρισμός υποχώρησε και τα Χρηματιστήρια έζησαν μεγάλες δόξες (καθώς οι τιμές των μετοχών σκαρφάλωναν όλο και ψηλότερα). Τον Οκτώβριο του 1987 οι μετοχές κατρακύλησαν περίπου όσο γρήγορα και βίαια είχαν κατρακυλήσει εκείνο τον μοιραίο Οκτώβριο του 1929. Αν και αυτή τη φορά ο αντίκτυπος στην πραγματική οικονομία (δηλαδή στην παραγωγή και την απασχόληση) δεν ήταν ούτε τόσο άμεσος ούτε τόσο δραματικός όσο το 1929, οι περισσότεροι οικονομολόγοι συμφωνούν ότι σήμανε την νέα μείωση της οικονομικής δραστηριότητας που παρατηρήθηκε την περίοδο 1989 με 1992 στην παγκόσμια οικονομία. (Κράλογλου, Σ. και Καραγεώργου, Ε.2008)

Αυτές οι μειώσεις του ρυθμού ανάπτυξης, οι οποίες συνοδεύονται με αύξηση της ανεργίας, ονομάζονται οικονομικές υφέσεις. Όταν η οικονομία συνέρχεται από την ύφεση και αρχίζει να αναπτύσσεται και πάλι (π.χ. το ΑΕΠ αυξάνεται με ρυθμό πάνω από 2% το χρόνο, με συνέπεια να αρχίζει να υποχωρεί η ανεργία η οποία αυξήθηκε στην περίοδο της ύφεσης) λέμε ότι ήρθε η ανάκαμψη. Όπως είδαμε και προηγουμένως, τα τελευταία διακόσια και πλέον χρόνια, η διεθνής οικονομία περνάει

από την ύφεση στην ανάκαμψη και κατόπιν και πάλι στην ύφεση. Αυτή η ακολουθία ονομάζεται οικονομικός κύκλος. (Κράλογλου, Σ. και Καραγεώργου, Ε.2008)

6.4 Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΚΑΙ Η ΝΕΟΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Ένας συνδυασμός οικονομικών και πολιτικών παραγόντων, στη δεκαετία του 1970 έκανε αναπόφευκτη τη κατάρρευση του σοσιαλδημοκρατικού κρατισμού που είχε ξεκινήσει στη δεκαετία του 1930 και μεταπολεμικά πήρε τη μορφή της σοσιαλδημοκρατικής συναίνεσης. Ο κύριος οικονομικός παράγοντας ήταν η εντεινόμενη διεθνοποίηση της οικονομίας (ως αποτέλεσμα της επέκτασης των πολυεθνικών που αποτελεί ένα νέο θεμελιακό φαινόμενο στην οικονομία της αγοράς) που έγινε ασύμβατη με τον σοσιαλδημοκρατικό κρατισμό ο οποίος ήταν αδύνατο να στηριχτεί σε ανοικτές αγορές εμπορευμάτων και, κυρίως, κεφαλαίου. Οι πολιτικοί παράγοντες αναφέρονται στην παρακμή της Αριστεράς, ως αποτέλεσμα της επέκτασης των μεσαίων τάξεων σε βάρος της χειρωνακτικής εργατικής τάξης, καθώς και της παράλληλης κατάρρευσης του «υπαρκτού σοσιαλισμού». (Κράλογλου, & Καραγεώργου, 2008)

Καθοριστικό ρόλο για την επέκταση των μεσαίων τάξεων έπαιξαν οι παράλληλες σημαντικές τεχνολογικές αλλαγές (επανάσταση στην πληροφορική) που σηματοδότησαν τη μετάβαση της οικονομίας της αγοράς σε μια μεταβιομηχανική φάση. Το αποτέλεσμα που προέκυψε από τη συνδυαστική δράση των παραγόντων αυτών ήταν μια δραστική αλλαγή στη διάρθρωση της απασχόλησης που εκφράστηκε με τη σημαντικότερη μείωση του μεγέθους της χειρωνακτικής εργατικής τάξης. (Κράλογλου, & Καραγεώργου, 2008)

Έτσι, η κρίση που δημιουργήθηκε από την ασυμβατότητα κρατισμού και διεθνοποίησης (και όχι η κρίση πετρελαίου, όπως υποστηρίζουν οι σοσιαλδημοκράτες οικονομολόγοι) έδωσε την ευκαιρία στις οικονομικές ελίτ να καταλύσουν τον σοσιαλδημοκρατικό κρατισμό - ο οποίος, με την μορφή των εθνικοποιήσεων, των πολιτικών πλήρους απασχόλησης και του κράτους-πρόνοιας, δημιουργούσε ένα τριμερές σύστημα οικονομικής δύναμης (κράτος, συνδικάτα, κεφάλαιο) — που οι ελίτ θεωρούσαν ότι υπονόμευε την ηγεμονία του ιδιωτικού κεφαλαίου (Μαλλιάρopoulos, 2010)

6.5 ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ.

Η οικοδόμηση ενός συστήματος κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας για τους ηλικιωμένους, συνεπάγεται, την αυξημένη κρατική φροντίδα όπως και τη δαπάνη σημαντικών κονδυλίων για τον ίδιο σκοπό. Ριζική επέκταση και αναβάθμιση χρειάζεται για μια σειρά από μέτρα πολιτικής και υποδομής όπως τα ΚΑΠΗ, οι στέγες ηλικιωμένων, τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, η τηλεϊδοποίηση, η προώθηση του θεσμού των κοινωνικών βοηθών, η αύξηση του αριθμού των κοινωνικών λειτουργών, η κατ' οίκον νοσηλεία κ.λ.π. Ζωτικής σημασίας είναι επίσης η ενίσχυση του θεσμού του εθελοντισμού, όπως και των παραδοσιακών δεσμών της ελληνικής οικογένειας και ειδικότερα της νεολαίας, με τους ηλικιωμένους. (Κράλογλου, Καραγεώργου, 2008)

6.6 Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ

Η οικονομική κρίση δεν είναι η πρώτη που αντιμετωπίζουν σήμερα οι οικονομίες, αλλά είναι η πρώτη μέχρι τώρα σε παγκόσμια έκταση. Είναι η κρίση της παγκοσμιοποίησης και της οικονομίας της αγοράς, όπως την προσδιόρισε ο Karl Polanyi ως αυτορρυθμιζόμενο σύστημα που διευθύνεται αποκλειστικά από τις τιμές της αγοράς. Εστιάζεται στο χώρο των χρηματοπιστωτικών οργανισμών και έχει τις απαρχές της στα προβλήματα που δημιουργήθηκαν στην αγορά ενυπόθηκης πίστης στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. (Κράλογλου, & Καραγεώργου, 2008)

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η κρίση εστιάζεται στον κλονισμό της εμπιστοσύνης έναντι του τραπεζικού τομέα, ο οποίος οδήγησε σε παράλυση την αγορά διατραπεζικών δανείων, καθιστώντας βαθμιαία αρκετά δυσχερή την πρόσβαση σε ρευστότητα όλων των χρηματοπιστωτικών οργανισμών και των λοιπών παραγόντων της αγοράς. Οι αναλύσεις για τα αίτια της κρίσης αυτής έχουν προχωρήσει αρκετά, ενώ οι τρόποι αντιμετώπισης που προτείνονται παραμένουν νεφελώδεις: Τρεις στρατηγικές έχουν προταθεί έως τώρα· Η εξαγορά «τοξικών» κεφαλαιακών προϊόντων από ιδρυόμενο οργανισμό – τράπεζα (“bad bank” – “banque rouvelle”) που θα αναλάβει να τα διαχειρισθεί, η κεφαλαιοδότηση τραπεζών και η εγγύηση διατραπεζικών δανείων. Οι στρατηγικές αυτές ποικίλλουν από κράτος σε κράτος και αλληλοσυμπληρώνονται, ενώ τα κοινοτικά όργανα, μέχρι τώρα, φαίνεται να κλίνουν προς την κεφαλαιοδότηση

και τις εγγυήσεις, χωρίς να έχουν αποφανθεί για την ίδρυση τραπεζικού οργανισμού εξαγοράς «τοξικών» κεφαλαιακών προϊόντων.(Μαλλιαρόπουλος, 2010)

6.7 Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η τρέχουσα χρηματοπιστωτική κρίση, όπως εκτείνεται σε παγκόσμια κλίμακα, απειλεί όχι μόνο την ίδια την ύπαρξη μεμονωμένων χρηματοπιστωτικών οργανισμών οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω του επιχειρηματικού μοντέλου ή των πρακτικών που εφάρμοζαν, αλλά απειλεί εξίσου και χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς οι οποίοι ήταν υγιείς. Επομένως, τα μέτρα που θα πρέπει να ληφθούν βαίνουν πέρα από τη σταθεροποίηση ή τη διάσωση μεμονωμένων χρηματοπιστωτικών οργανισμών και τείνουν να περιλάβουν το σύνολό τους. (Κράλογλου, & Καραγεώργου, 2008)

Με δεδομένο ότι οι χρηματοπιστωτικές αγορές είναι πλέον παγκοσμιοποιημένες, υπάρχει δε υψηλός βαθμός αλληλεξάρτησης των ευρωπαϊκών χρηματοπιστωτικών οργανισμών μεταξύ τους αλλά και με εκείνους των τρίτων χωρών, η χρεοκοπία ενός εξ αυτών θα επέτεινε την κρίση στους υπολοίπους, με αποτέλεσμα να υπάρξει σοβαρός αντίκτυπος στο σύνολο της οικονομίας των κρατών μελών. Περαιτέρω, το φάσμα της οικονομικής κατάρρευσης δεν περιορίζεται μόνο στο χρηματοπιστωτικό τομέα, αλλά πλήττει το σύνολο της επιχειρηματικής δραστηριότητας. Τα σημάδια της κρίσης, άλλωστε, έχουν ήδη κάνει την εμφάνισή τους στον τομέα της αυτοκινητοβιομηχανίας. Οι διαταραχές που προκαλούνται από την κρίση αγγίζουν το σύνολο των οικονομιών των κρατών μελών · ουδείς έχει την πολυτέλεια να θεωρήσει ότι θα μείνει ανεπηρέαστος από την κρίση και τις συνέπειές της. Αντίστοιχα, η έκταση της ζημίας είναι ένα μέγεθος που ακόμη δεν δύναται να μετρηθεί. (Κράλογλου, & Καραγεώργου, 2008)

6.8 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας έχει πληθυσμό 707.687 κατοίκους που αποτελούν το 6,9% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Η πυκνότητα του πληθυσμού στην Περιφέρεια είναι 62,4 κάτοικοι ανά τ.χλμ. έναντι 77,8 για το σύνολο

της χώρας. Από τους τρεις νομούς της Περιφέρειας, ο πιο πυκνοκατοικημένος είναι ο νομός Αχαΐας (91,7 κάτοικοι ανά τ.χλμ.).

Υγεία-Πρόνοια.

Στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδος λειτουργούν 11 Νοσοκομεία και 17 Κέντρα Υγείας, που καλύπτουν την υγειονομική περίθαλψη των κατοίκων όχι μόνο της Περιφέρειας αλλά και της ευρύτερης περιοχής.

Από τα 11 δημόσια νοσοκομεία που καταγράφονται στην Περιφέρεια τα εννέα είναι γενικά, ένα είναι παιδιατρικό και ένα νοσημάτων θώρακα. Από τα εννέα γενικά νοσοκομεία, το ένα είναι Πανεπιστημιακό Περιφερειακό και βρίσκεται στο νομό Αχαΐας. Στον ίδιο νομό και πιο συγκεκριμένα στην Πάτρα, βρίσκεται και το δεύτερο Περιφερειακό νοσοκομείο της Δυτικής Ελλάδας. Υπάρχουν επίσης πέντε Νομαρχιακά Γενικά Νοσοκομεία (Αγρίνιο, Μεσολόγγι, Αίγιο, Πύργο και Αμαλιάδα) και δύο μικρότερα Νοσοκομεία/Κέντρα Υγείας (Καλάβρυτα και Κρέστενα). Τέλος στο νομό Αχαΐας βρίσκονται και τα δύο ειδικά νοσοκομεία, το Παίδων και το Κέντρο Νοσημάτων Θώρακα ΝΔ Ελλάδας. (Κράλογλου, & Καραγεώργου.2008)

Αναλυτικά η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται από την:

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία στην Ελλάδα παρέχεται από τέσσερις φορείς:

- (α) Το ΕΣΥ, μέσω των κέντρων υγείας, των περιφερειακών τους ιατρείων και των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και το ΕΚΑΒ.
- (β) Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυιατρείων που διαθέτουν (κυρίως το ΙΚΑ) και των συμβεβλημένων ιδιωτικών ιατρείων και εργαστηρίων.
- (γ) Την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία.
- (δ) Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα.

Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τον αγροτικό πληθυσμό παρέχεται από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία. Είναι στελεχωμένα με γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό, ο αριθμός των οποίων κυμαίνεται ανάλογα με την περιοχή. Από το 1994 τα κέντρα υγείας υπάγονται στα αντίστοιχα νομαρχιακά νοσοκομεία. (Κράλογλου, Σ. και Καραγεώργου, Ε.2008)

Κάθε κέντρο υγείας έχει συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης. Συνολικά καλύπτονται περίπου 240.987 κάτοικοι. Ο καταγραφόμενος πληθυσμός ευθύνης αποτελεί το 9,4% του συνολικού πληθυσμού ευθύνης όλων των κέντρων υγείας της χώρας και καλύπτεται από 17 κέντρα υγείας τα οποία αντιστοιχούν στο 9,8% των

ανεπτυγμένων κέντρων υγείας στο σύνολο της χώρας. Τα 17 κέντρα υγείας για την κάλυψη των ειδικών αναγκών βραχείας νοσηλείας διαθέτουν συνολικά 118 κλίνες, δηλαδή, το 10,8% των κλινών των κέντρων υγείας του συνόλου της χώρας. (Κράλογλου, & Καραγεώργου, 2008)

Τέλος κάθε κέντρο υγείας έχει σχεδιαστεί ώστε να διαθέτει χώρους και εξοπλισμό που να του επιτρέπουν να παρέχει διάγνωση, θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών. Συνεπώς τα κέντρα υγείας είναι εξοπλισμένα με μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο καθώς και ιατρικά μηχανήματα. Ο ιατρικός εξοπλισμός των κέντρων υγείας της Περιφέρειας παρουσιάζει ελλείψεις σε μηχανήματα τεχνικού νεφρού, υπερηχογράφους, καρδιοτομογράφους, ηλεκτροεγκεφαλογράφους και υπερηχοτομογράφους. Ο νομός Ηλείας εμφανίζει επίσης ελλείψεις σε αυτόματους αναλυτές και απινιδωτές. (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Στις αστικές περιοχές, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ασφαλιστικά ταμεία, και τον ιδιωτικό τομέα.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη η οποία παρέχεται από τρεις φορείς:

- (α) Τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν στα πλαίσια του ΕΣΥ και την ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος.
- (β) Τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ λοιπά μη κερδοσκοπικά).
- (γ) Τα ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητες ιδιωτικές επιχειρήσεις.

Όσο αφορά τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, διαπιστώνεται ότι το 61% των νοσοκομείων είναι ιδιωτικά και το 39% δημόσια. Η εικόνα όμως αντιστρέφεται εξετάζοντας τον αριθμό των κλινών από τις οποίες το 72% είναι δημόσιες και το 28% ιδιωτικές. Η μέση δυναμικότητα των γενικών δημόσιων νοσοκομείων είναι 233 κλίνες ενώ των ιδιωτικών είναι μόνο 55. (Μαλλιαρόπουλος, 2010)

Τριτοβάθμια περίθαλψη η οποία παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές οι οποίες έχουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας. (Αγγελόπουλος, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΙΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

7.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Από τον Σεπτέμβριο του 2008 και σταδιακά μέχρι και σήμερα η ελληνική οικονομία βρίσκεται σε ύφεση εξαιτίας της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Για πρώτη φορά η Ελλάδα βρίσκεται από το φθινόπωρο του 2008, σε μια κατάσταση αναστάτωσης όσον αφορά την οικονομία.

Η οικονομία καθορίζει το βιοτικό επίπεδο και τη λειτουργία κάθε κράτους. Η σημερινή οικονομική κρίση τους «αγγίζει» όλους, την κάθε ελληνική οικογένεια. Η ανεργία και η μείωση των αποδοχών έχει γίνει σχεδόν καθημερινό φαινόμενο. Η εργασία είναι ένα από τα βασικά στοιχεία της ταυτότητας του κοινωνικού ατόμου, διότι όχι μόνο εξασφαλίζει οικονομική δυνατότητα, αλλά:

α) εξασφαλίζει καλύτερη πρόσβαση στην υγεία (σωματική και ψυχική), την παιδεία, την ψυχαγωγία και άλλες εκφάνσεις της ζωής.

β) αποτελεί παράγοντα δόμησης του χρόνου και των ανθρωπίνων σχέσεων.

γ) αποτελεί απόδειξη των ικανοτήτων κάποιου. Ένας στους επτά άνδρες αναπτύσσει κατάθλιψη μέσα σε 6 μήνες από τη στιγμή της απόλυσής του. (Μαλλιαρόπουλος, Δ. 2010).

Τα παιδιά βιώνουν την απελπισία των γονιών τους, αντιλαμβάνονται την αδυναμία τους να τους προσφέρουν ορισμένα πράγματα που είχαν πριν (π.χ. αδυνατούν να πληρώσουν το φροντιστήριό τους, να τους δώσουν χαρτζιλίκι, να τους αγοράσουν νέα ρούχα κτλ.). Σε ορισμένες περιπτώσεις ίσως παρατηρηθεί αλλαγή της συμπεριφοράς των παιδιών, μπορεί να γίνουν επιθετικά με την οικογένειά τους ή με τους φίλους τους ή ακόμα και να γίνουν αυτοκαταστροφικά. (Saunders, P. 2005)

Τα οικονομικά μέτρα και η δυσοίωση προοπτική της ελληνικής οικονομίας κλόνισαν συθέμελα το σύγχρονο τρόπο ζωής. Όχι μόνο οι χθεσινές σταθερές και βεβαιότητες του ευ ζην καταρρέουν, αλλά δεν φαίνεται εναλλακτική λύση, εντείνοντας την αίσθηση εθνικής κατάθλιψης. (Saunders, P. 2005)

7.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια. Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία. (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου –όπως είναι αναμενόμενο– οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε οι χειρόνακτες εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης. (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (World Trade Organization, WTO), μείωση της ζήτησης εισαγωγών είχε ήδη παρατηρηθεί από το 2007. Ωστόσο, οι προβλέψεις για το 2009 είναι ιδιαίτερα δυσοίωνες, καθώς προβλέπεται πτώση 10% σε ποσοτικούς όρους. Η μείωση αυτή αναμένεται να πλήξει περισσότερο τις αναπτυγμένες από τις αναπτυσσόμενες χώρες (μείωση 14% έναντι 7%). Αν και η παγκοσμιοποίηση επέδρασε θετικά σε ορισμένες χώρες, όπως η Κίνα, η Ινδία και άλλες, με τη μείωση της φτώχειας, η πτώση του διεθνούς εμπορίου έχει ανακόψει αυτή τη βελτίωση και έχει θέσει σε κριτική επανεξέταση το υπόδειγμα της παγκοσμιοποίησης, ενώ αναδεικνύει την ανάγκη για ρύθμιση των αγορών και κρατική παρέμβαση στους κανόνες επιχειρηματικής δραστηριότητας και διανομής των δημοσίων αγαθών. (Θεωδοροπούλου, 2006)

Η παρούσα κρίση κινεί σε μηδενικό ή και αρνητικό ρυθμό την ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, με εξαίρεση την Κίνα, την Ινδία και μερικές άλλες νέες βιομηχανικές χώρες. Η παγκόσμια οικονομία αναμένεται να συρρικνωθεί κατά 2,9% το 2009 σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα. Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) προβλέπεται να μειωθεί κατά 3% στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και κατά 2% στις υπόλοιπες αναπτυγμένες οικονομίες. Ασθενής ανάκαμψη της οικονομίας με μικρή άνοδο του ρυθμού ανάπτυξης προβλέπεται το 2010. Ωστόσο, οι προβλέψεις αυτές είναι αρκετά

εύθραυστες και ως εκ τούτου δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια ο χρόνος και ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης. (Θεωδορόπουλος, 2006)

Η οικονομική κρίση, σε παγκόσμια κλίμακα, θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ σχεδόν των εργατών, οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο απώλειας της εργασίας και συνεπώς σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας. Από τα τέλη του 2008 η ανεργία άρχισε να αυξάνεται. (Μαλλιάρη, 2010).

Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO), η ανεργία σε παγκόσμια κλίμακα, από 5,7% που ήταν το 2007, προβλέπεται να κυμανθεί στο 6,1–7,1% το 2009, δηλαδή σε αύξηση του αριθμού των ανέργων κατά 18–51 εκατομμύρια. Ο αριθμός των φτωχών εργαζομένων θα αυξηθεί παγκόσμια κατά 200 εκατομμύρια και θα ανέλθει στο επίπεδο των 700–800 εκατομμυρίων. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΟΟΣΑ, τον Αύγουστο του 2009 η ανεργία στις χώρες του ΟΟΣΑ έφθασε στο 8,6%, δηλαδή ήταν κατά 2,3% υψηλότερη έναντι του Αυγούστου του 2008. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη, τον Αύγουστο του 2009, ήταν 9,6%, δηλαδή κατά 2% υψηλότερο απ' ό,τι τον Αύγουστο του 2008. (Μαλλιάρη, 2010).

Η κατάσταση αυτή, όπως περιγράφηκε παραπάνω, απειλεί κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, καθώς και στο εσωτερικό των χωρών τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ενώ αποδεικνύει τρία βασικά αλληλοσυνδεόμενα προβλήματα: την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών, την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας και τα επείγοντα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της οικολογικής υποβάθμισης. (Μαλλιάρη, 2010).

7.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η οικονομική κρίση που διέρχεται η Ελλάδα είναι βαθιά και άρχισαν να διαφαίνονται και οι κοινωνικές της επιπτώσεις σε άτομα κάθε ηλικίας. Η οικονομική κρίση έχει σοβαρές επιπτώσεις και στην καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων.

Η επικίνδυνη αύξηση της εγκληματικότητας, κυρίως στα αστικά κέντρα τα οποία υφίστανται προφανώς την μεγαλύτερη πίεση από την ανεργία, ή την ανασφάλεια της εργασίας προκαλεί προβλήματα και στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Στα στατιστικά στοιχεία που έδωσε στην δημοσιότητα η Ελληνική Αστυνομία για το 2009, αναφέρονται 388 ληστείες στην Αττική, με λίγα λόγια 13 ληστείες την ημέρα.

Ο αριθμός αυτός είναι αυξημένος κατά 43,91% σε σχέση με τον αντίστοιχο του 2008 ενώ τα περισσότερα θύματα είναι ηλικιωμένοι. (Saunders, 2005)

Ταυτόχρονα δε και τα κοινωνικά δίκτυα φροντίδας αναφέρουν αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που προσφεύγουν σε αυτά ζητώντας στήριξη και κάλυψη των βασικών τους αναγκών (συσσίτια, στέγαση, δωρεάν ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη). Από τα τέλη Σεπτεμβρίου έχουν πολλαπλασιαστεί όσοι ζητούν φαγητό από τα συσσίτια της Εκκλησίας, κυρίως από την αύξηση των Ελλήνων που καταφεύγουν σε αυτήν τη λύση. Τα συσσίτια διπλασιάστηκαν από 5000 σε 10000 την ημέρα μόνο στην Αθήνα. Σήμερα οι Έλληνες αποτελούν περίπου το 35-40% όσων μετέχουν στα συσσίτια, ενώ αποκαλυπτική του προβλήματος είναι και η ηλικιακή σύνθεση αυτών των ανθρώπων. Οι περισσότεροι από όσους κατέφυγαν στα συσσίτια το τελευταίο χρονικό διάστημα είναι πάνω από 60 ετών και κάτω από 80, βρίσκονται δηλαδή στην ηλικία της συνταξιοδότησης. (Saunders, 2005)

7.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Εκτός από το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο η οικονομική κρίση κοστίζει και στο ψυχολογικό. Άλλωστε η σχέση οικονομικής ύφεσης και ψυχικής υγείας είναι άμεση. (Θεωδοροπουλος, 2006)

Τα πρώιμα συναισθήματα άρνησης, άγχους και ανασφάλειας για την οικονομική κρίση, έδωσαν τη θέση τους σε συναισθήματα θυμού και φόβου. Θυμού ως προς αυτούς που συντέλεσαν στην τωρινή κατάσταση και φόβου καθώς αρχίζει να φαίνεται η επερχόμενη αλλαγή στον τρόπο ζωής όλων, πόσο μάλλον των ηλικιωμένων οι οποίοι από μόνοι τους αποτελούν μια ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα.

Οι μειώσεις μισθών και συντάξεων καθώς και οι αυξήσεις τιμών κάποιων αγαθών πρώτης ανάγκης, είναι όλα αποτελέσματα του οικονομικού και κατά συνεπεία ψυχικού και ψυχολογικού κόστους της ύφεσης. Η οικονομική αστάθεια σε προσωπικό επίπεδο μπορεί να επιφέρει προβλήματα στις σχέσεις, δυσλειτουργικό χειρισμό καταστάσεων και συναισθημάτων και άλλες διαταραχές, όπως κρίσεις πανικού και κατάθλιψη. Φυσικό επακόλουθο είναι λοιπόν να επιβαρύνεται και ο ψυχισμός των ηλικιωμένων ατόμων, τα οποία χρειάζονται φροντίδα και αισιοδοξία για να αντιμετωπίσουν και τα προσωπικά τους ζητήματα. (Θεωδοροπουλος, 2006)

Έτσι, η οικονομική κρίση ως γεγονός που απασχολεί ιδιαίτερα και τους ηλικιωμένους ανθρώπους πυροδοτεί- ενεργοποιεί αυτόματα αρνητικές σκέψεις τύπου:

θα καταστραφούμε (καταστροφοποίηση των πάντων, μεγιστοποίηση αρνητικών γεγονότων, ελαχιστοποίηση θετικών) που έχουν άμεσα αντίκτυπο στο συναίσθημά μας (λύπη, άγχος, κατάθλιψη), στη συμπεριφορά μας (κοινωνική απόσυρση, διενέξεις στο οικογενειακό και επαγγελματικό περιβάλλον) και πληθώρα σωματικών συνεπειών (καρδιαγγειακά, εφίδρωση, ένταση σωματική, αϋπνίες). (Saunders, 2005)

Το οικονομικό άγχος είναι μία κατάσταση, «ύπουλη» και ψυχοφθόρα, αφού η απειλή είναι «μη ορατή» στα μάτια μας και επιπλέον συνεχής και παρατεταμένη σε διάρκεια, απειλώντας το ένστικτο της επιβίωσής μας. Όλο αυτό το ζοφερό περιβάλλον επηρεάζει τον ψυχισμό. Συναισθήματα αποθάρρυνσης, απαισιοδοξίας και αντιδράσεις πένθους για αυτά που χάθηκαν για αυτά που θα χαθούν. (Saunders, 2005)

Ο κάθε πολίτης και συνάμα ο κάθε ηλικιωμένος ο οποίος βρίσκεται σε στην Ελλάδα ένοιωσε να απειλείται από νέα και άγνωστα δεδομένα για τη ζωή του, ένας ακήρυχτος πόλεμος με αόρατους εχθρούς. Ανασφάλεια, φόβος, αλλά και μια αίσθηση περιορισμού των δυνατοτήτων μας. Όσο χρονίζει αυτή η πίεση, η λύση φαντάζει μακρινή και αόριστη. υποσυνείδητες ανησυχίες φτάνουν στην επιφάνεια. Αντιδράσεις άγχους και κατάθλιψης με σωματοποιήσεις και συμμετοχή του πεπτικού, αναπνευστικού και όλου του σώματός μας. Όλη αυτή η ψυχική πίεση πέρα από τα διαγνωσμένα ψυχολογικά προβλήματα που, είτε εμφανίζονται, είτε εντείνονται, δημιουργεί και μια σειρά ψυχολογικών αντιδράσεων, που επηρεάζει τη συμπεριφορά μας, σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής μας (επαγγελματική, οικογενειακή, σεξουαλική, κοινωνική κλπ) και αυτό έχει ως αποτέλεσμα λανθασμένες επιλογές και αποτυχία στις διαπροσωπικές μας σχέσεις. (Saunders, 2005)

7.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, με κορυφαίο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν 47 εκατομμύρια άνεργοι. (Saunders, 2005)

Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες:

α) την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας

β) την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας. (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών. (Θεωδοροπουλος, 2006)

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας.

Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Είναι όμως πιθανό η συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να είναι, τελικά, προς το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, καθώς υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη. Επίσης, στις αναπτυσσόμενες χώρες η πρόληψη και η θεραπεία των λοιμωδών νοσημάτων (π.χ. AIDS, ελονοσία και φυματίωση) είναι μείζονος σημασίας και στηρίζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην εξωτερική βοήθεια και τη συνεργασία. (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι πιθανό διαρκούς της οικονομικής κρίσης να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε

ετήσια βάση λόγω μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης, κατά την εκτίμηση της Παγκόσμιας Τράπεζας. (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

7.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Η οικονομική κρίση αντιπροσωπεύει μια μεγάλη πρόκληση για την κοινωνία καθώς αποτελεί μια δοκιμασία για το πολιτικό και κοινωνικό σύστημα και απαιτεί από την κοινωνία να δείξει και να αναπτύξει την ικανότητά της για προσαρμογή και ανανέωση. Επιπλέον, είναι σημαντικό να μη παραγνωρίζονται οι επιπτώσεις των κοινωνικών φαινομένων στη ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων. Εκ τούτου κρίνεται σημαντικό να σχεδιαστούν εκείνες οι παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση της κρίσης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. (Θεωδοροπουλος, 2006)

Η πρωτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εμπεριέχει τη δημιουργία κρατικών επιδοτούμενων προγραμμάτων επαγγελματικής επανεκπαίδευσης με σκοπό την επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας, καθώς επίσης και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων για μεγαλύτερη δυνατότητα επαγγελματικής ευελιξίας. Επιπλέον, οι ήπιες πολιτικές για τη σταδιακή αλλαγή του πλαισίου της αγοράς εργασίας, όπως μετακινήσεις θέσεων, μείωση ωρών εργασίας, άδειες με μειωμένες αποδοχές, θα βοηθήσουν δίνοντας τον απαιτούμενο χρόνο και τη στήριξη για τη δύσκολη προσαρμογή. (Θεωδοροπουλος, 2006)

Η δευτερογενής παρέμβαση χρειάζεται να αφορά την προαγωγή διαχείρισης του στρες και των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που βιώνει το άτομο, μέσω συμβουλευτικών προγραμμάτων οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογικής υποστήριξης και επαγγελματικού προσανατολισμού. Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση του συστήματος υγείας για την έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η προστασία επίσης των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κρίνεται σκόπιμο να βρίσκεται στο κέντρο της κινητοποίησης, ενεργοποιώντας τη δράση όλων των κοινωνικών δικτύων ασφαλείας (αθλητικοί όμιλοι, εμπορικές ενώσεις, φιλανθρωπικές οργανώσεις, εκκλησία, οικογένεια, φίλοι) για την υποστήριξη των ατόμων αυτών. Ιδιαίτερως κρίσιμη κρίνεται και η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, μέσω και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων. (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Η τριτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εστιαστεί στην αποκατάσταση της υγείας των πληγέντων, αλλά και στην οικονομική ενίσχυση αυτών, διασφαλίζοντας τις ελάχιστες ικανές συνθήκες διαβίωσης. (Θεωδοροπουλος, 2006)

Τέλος, είναι σημαντικό οι στερήσεις να μην υποβάλλονται ανισομερώς στις διάφορες κοινωνικές τάξεις, αλλά αντιθέτως να αντιστοιχούν με τις οικονομικές δυνατότητες που κάθε τάξη διαθέτει. Όπου τούτο δεν είναι δυνατό, σημειώνει ο Φρόντ ήδη από τα 1930, θα κυριαρχήσει μέσα σε αυτόν τον πολιτισμό μία δυσαρέσκεια, που μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες εξεγέρσεις. Αλλά αν ένας πολιτισμός δεν έχει καταφέρει να μην αποτελεί η ικανοποίηση ενός μέρους των μελών του προϋπόθεση της καταπίεσης ενός άλλου, ίσως της πλειονότητας, και αυτό γίνεται σε όλους τους σημερινούς πολιτισμούς, είναι ευνόητο ότι αυτοί οι καταπιεσμένοι θα αναπτύξουν έντονη εχθρότητα απέναντι στο πολιτισμό, τον οποίο στηρίζουν με την εργασία τους, αλλά έχουν ελάχιστο μερίδιο στην απόλαυση των αγαθών του. Η αντιμετώπιση λοιπόν της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είναι σημαντικό να επιτευχθεί μέσα από τη διασφάλιση ενός μίνιμουμ επιπέδου ζωής των πολιτών, αλλά και μέσω της οργάνωσης ενός ευρύτατου κοινωνικού δικτύου που θα στέκει δίπλα στο άτομο σε αυτές τις στιγμές της μεγάλης δυσφορίας, θυμίζοντάς του ότι κοινωνία σημαίνει πρωτίστως κοινωνική αλληλεγγύη και συλλογικές δράσεις και παρεμβάσεις. (Θεωδοροπουλος, 2006)

7.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

7.7.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η έλλειψη πόρων συντήρησης πιστοποιείται με την απουσία ασφαλιστικής κάλυψης (του ενδιαφερόμενου και του συζύγου του σε περιπτώσεις ανδρογύνων) και την απουσία εισοδήματος (από εργασία ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή) που να ξεπερνά το ύψος της σύνταξης που χορηγείται από τον Ο.Γ.Α. στους συνταξιούχους του. Στην πράξη οι ενδιαφερόμενοι υποβάλλουν υπεύθυνη δήλωση, στην οποία δηλώνουν εάν εισπράττουν σύνταξη ή άλλο περιοδικό βοήθημα από οποιαδήποτε πηγή ή εάν έχουν ετήσιο εισόδημα από εργασία ή οποιαδήποτε πηγή. Η

πλήρωση των σχετικών προϋποθέσεων θεμελιώνει δικαίωμα λήψης παροχής, το ύψος της οποίας είναι το ίδιο με το ποσό της μη ανταποδοτικής σύνταξης του Ο.Γ.Α.

Ο υπολογισμός του ύψους της παροχής δεν στηρίζεται σε κάποια κριτήρια εξασφάλισης ενός ανεκτού επιπέδου διαβίωσης και για το λόγο αυτό η συγκεκριμένη παροχή κάθε άλλο παρά επαρκής μπορεί να θεωρηθεί. (Θεωδοροπουλος, 2006)

7.7.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΟΙΚΟΥΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ

Με την οικονομική κρίση και τις περικοπές στις συντάξεις, η παραμονή σε ιδιωτικό οίκο ευγηρίας άρχισε να μοιάζει με περιττή πολυτέλεια. Σε πολλές οικογένειες υπάρχει ένας άνεργος, ο οποίος αφενός μπορεί να φροντίσει τον ηλικιωμένο της οικογένειας, αφετέρου μπορεί να επωφεληθεί ακόμα και από τη μικρή σύνταξή του.

Η κατάσταση μοιάζει πιο κρίσιμη στην περιφέρεια, ειδικά στον νομό Θεσσαλονίκης, όπου η ανεργία έχει χτυπήσει «κόκκινο», αλλά και στη Δυτική Αττική. Οι συγγενείς έχουν βρεθεί σε αδιέξοδο. Η διαμονή σε έναν οίκο ευγηρίας κυμαίνεται συνήθως στα 900 με 1.000 ευρώ - όταν μάλιστα ο ηλικιωμένος μοιράζεται το δωμάτιό του. Από την άλλη, οι γηροκόμοι και οι νοσοκόμες στην «ελεύθερη» αγορά ζητούν πλέον ακόμα και 500 ευρώ για να προσέχουν έναν υπερήλικα ως εσωτερικές. Η ψαλίδα, επομένως, έχει ανοίξει εις βάρος των οίκων ευγηρίας. Αλλά και όσες οικογένειες δεν έχουν ακόμη αποφασίσει την επιστροφή του ηλικιωμένου στο σπίτι ζητούν αναδιαπραγμάτευση του ποσού ή μεταφέρουν τους συγγενείς τους από το μονόκλινο στο δίκλινο ή το τρίκλινο του γηροκομείου, προκειμένου να εξοικονομήσουν από 50 έως και 200 ευρώ. (Θεωδοροπουλος, 2006)

7.8 ΜΟΡΦΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Από τις δεκαετίες του '50 και του '60, ήδη, σε χώρες της δυτικής και βόρειας Ευρώπης παρατηρούνται δράσεις που ως σκοπό έχουν τη μείωση της μακροχρόνιας παραμονής στο νοσοκομείο και την εξασφάλιση μια ποιοτικής ζωής για τα άτομα της

τρίτης ηλικίας, με τη δημιουργία ξενώνων αυτόνομης και ημιαυτόνομης διαβίωσης και την ενίσχυση δράσεων σε κοινοτικό επίπεδο.

Τα τελευταία χρόνια οι κοινωνικές πολιτικές των διάφορων ευρωπαϊκών χωρών εστιάζονται περισσότερο από ποτέ στην παροχή φροντίδας των ηλικιωμένων στο πλαίσιο του περιβάλλοντος όπου ζουν, στην προσπάθεια να εξασφαλιστεί το καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής παράλληλα με την αποδοτικότερη χρήση των περιορισμένων πόρων που διατίθενται στην ανάπτυξη κοινωνικών πολιτικών. (Θεωδοροπουλος, 2006)

Για παράδειγμα στη Γερμανία και την Ολλανδία τόσο οι υπηρεσίες υγείας όσο και οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας κατ' οίκον προβλέπονται και καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Παράλληλα υπάρχει ένας αρκετά ανεπτυγμένος εθελοντικός τομέας, ο οποίος προσφέρει παρόμοιες υπηρεσίες.

Η αξιολόγηση των εξυπηρετούμενων για την ένταξη στα προγράμματα γίνεται βάσει καθορισμένων κριτηρίων από συγκεκριμένους φορείς (π.χ Κέντρα Αξιολόγησης των Αναγκών για Φροντίδα, στην περίπτωση της Ολλανδίας). Ο ηλικιωμένος ο οποίος είναι δικαιούχος των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον μπορεί να επιλέξει μεταξύ της παροχής υπηρεσιών ή της καταβολής ενός επιδόματος, ή ένα συνδυασμό των δύο. (Θεωδοροπουλος, 2006)

Στη Σουηδία οι υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων παρέχονται σε μεγάλο ποσοστό στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης (σε ποσοστό 90%). Οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν γεύματα, καθαριότητα, ψώνια, μετακίνηση και τηλεφωνική γραμμή στη περίπτωση εκτάκτου ανάγκης. Επιπλέον παρέχεται ιατρική και κοινωνική φροντίδα. Το 16% των ηλικιωμένων πάνω από 80% και το 15% των ηλικιωμένων πάνω από 65 ετών ζουν σε ειδικούς ξενώνες όπου παρέχεται ολοήμερη φροντίδα. Η χρηματοδότηση του συνόλου των υπηρεσιών βασίζεται στη γενική φορολογία (κατά 77%), την τοπική αυτοδιοίκηση (20%) ενώ η συνεισφορά των εξυπηρετούμενων ανέρχεται στο 3%. Σε γενικές γραμμές, το σύστημα φροντίδας των ηλικιωμένων είναι παρόμοιο στην Νορβηγία και την Φιλανδία. (Saunders, P. 2005)

Στην περίπτωση της Γαλλίας οι υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας αποτελεί στοιχείο της κοινωνικής ασφάλισης αλλά και της τοπικής αυτοδιοίκησης, ενώ η κοινωνική φροντίδα ανήκει καθαρά στη σφαίρα της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η γαλλική κυβέρνηση από το 2003 έχει αποφασίσει την αύξηση των θέσεων στα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων, την δημιουργία 200 νέων κέντρων, την πρόσληψη 14000 ατόμων στις υπηρεσίες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών

κοινωνικής φροντίδας και στρέφεται σε πολιτικές που ως βάση έχουν την κοινότητα. Η αδυναμία του γαλλικού συστήματος υπήρξε η μεγάλη του στήριξη σε δομές κλειστού τύπου, χωρίς να δίνει έμφαση στη ανεξάρτητη διαβίωση στην κοινότητα που βασίζεται στην κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών (όπως στις σκανδιναβικές χώρες) και στην έλλειψη του στηρίγματος της οικογένειας που άτυπα υποκαθιστά τις κοινωνικές υπηρεσίες στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου.

Στην Ισπανία η χρηματοδότηση της παροχής υπηρεσιών ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας κατ' οίκον άρχισε να λαμβάνει χώρα τα τελευταία χρόνια, ενώ το 78% των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα δέχονται φροντίδα από τα μέλη της οικογένειας τους. (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Στην Πορτογαλία επίσης η οικογένεια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ηλικιωμένων. Η παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών για την στήριξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας άρχισε να εφαρμόζεται από το 1997, στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης και με σημαντική συμμετοχή μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων τα οποία ανέκαθεν είχαν ισχυρή παρουσία. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας είναι η τοπική αυτοδιοίκηση. Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι κομμάτι του συστήματος υγείας, ενώ η παροχή κοινωνικής φροντίδας είναι κομμάτι του κοινωνικού συστήματος.

Τέλος, στην Αγγλία οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας αποτελούν μέρος του εθνικού συστήματος υγείας, ενώ την ευθύνη της χρηματοδότησης των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας έχει η τοπική αυτοδιοίκηση. Η παροχή υπηρεσιών γίνεται τόσο στο σπίτι όσο και ξενώνες ημιαυτόνομης διαβίωσης οι οποίοι αποτελούν πολλές φορές ένα ενδιάμεσο σταθμό πριν την οριστική επιστροφή στο σπίτι. (Saunders, P. 2005)

Γενικά οι πολιτικές που στοχεύουν στη φροντίδα και τη στήριξη της τρίτης ηλικίας, στις περισσότερες χώρες επηρεάζονται από τις πολιτικό-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτές, από την παράδοση τους στην αντιμετώπιση θεμάτων κοινωνικής πρόνοιας και από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Οι τάσεις στην αντιμετώπιση των θεμάτων των ηλικιωμένων, είναι επίσης στενά συνδεδεμένες με τη μορφή της κοινωνικής ασφάλισης, τον τρόπο οργάνωσης του εθνικού συστήματος υγείας και τον τρόπο οργάνωσης της κεντρικής και τοπικής αυτοδιοίκησης. (Saunders, P. 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΕΡΕΥΝΑ

8.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι κυριότερες μεθοδολογικές προσεγγίσεις στις κοινωνικές επιστήμες είναι οι ακόλουθες:

- ♦ Η παρατήρηση, η οποία διακρίνεται σε **άμεση** και **έμμεση**. Αλλά και σε **φυσιοκρατική** (μελέτη της συμπεριφοράς στο φυσικό της περιβάλλον) και **οργανωμένη παρατήρηση**.
- ♦ Η **συγκριτική** μέθοδος, η οποία αποτελεί μέθοδο αιτιακής ανάλυσης μεταξύ των φαινομένων που μελετούν οι ερευνητές.

Η **τυπολογική** μέθοδος , που συνίσταται στην κατασκευή και στη χρήση τυπολογικών εννοιών για την περιγραφή, κατανόηση κι ερμηνεία των κοινωνικών φαινομένων. (Ταρατόρη,2007)

Κατά την εφαρμογή των μεθόδων της άμεσης παρατήρησης ο κοινωνιολόγος-ερευνητής επιλέγει το δείγμα που θα παρατηρήσει. Γενικότερα ,η παρατήρηση του δείγματος γίνεται είτε με την άμεση συμμετοχή του ερευνητή στην κοινωνική ζωή της ομάδας που θέλει να μελετήσει, είτε μέσω την συνέντευξης, είτε με την υποβολή ερωτηματολογίου.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, που αφορά πως τα άτομα της τρίτης ηλικίας βιώνουν την οικονομική κρίση. (Γέμτος Π. 1984)

8.1.1 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια της ποσοτικής μεθοδολογίας. Πιο συγκεκριμένα, αξιοποιήθηκε το εργαλείο του ερωτηματολογίου, προκειμένου να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα των δεδομένων.

Το πρώτο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν το **ερωτηματολόγιο**. Το ερωτηματολόγιο είναι «ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων σχετικών με ένα πρόβλημα, τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος, με σκοπό να συγκεντρώσει τις αναγκαίες ερευνητικές πληροφορίες. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στις γνώσεις, τις γνώμες, τις προτιμήσεις, τα ενδιαφέροντα, τα συναισθήματα, τις προσδοκίες, τις στάσεις, τις αξίες και γενικά στα

χαρακτηριστικά όλων των όψεων της προσωπικότητας του ατόμου και στη συμπεριφορά του σε προκαθορισμένες καταστάσεις».

Μέσω του ερωτηματολογίου μας δόθηκε η δυνατότητα συλλογής πολυπληθών παρατηρήσεων και πληροφοριών σε πολύ σύντομο χρόνο, με αποτέλεσμα να διερευνήσουμε τη γνώμη των ατόμων της τρίτης ηλικίας σε σχέση με την οικονομική κρίση. (Δημητρόπουλος, 2001)

8.1.2 Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Προκειμένου να σχεδιαστεί το ερωτηματολόγιο, λήφθηκε υπόψη η γενική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Έτσι, δημιουργήθηκε ένα **δομημένο** ερωτηματολόγιο, με κλειστές ερωτήσεις, οι οποίες μπορούν να παράγουν συχνότητες απαντήσεων που επιδέχονται στατιστικούς χειρισμούς και ανάλυση και σύγκριση μεταξύ ομάδων του δείγματος. (Ταρατόρη,2007)

Το ερωτηματολόγιο ήταν σύντομο, έτσι ώστε να ελκύσει τους συμμετέχοντες να απαντήσουν χωρίς, ωστόσο, να συνωστίζει τα ερωτήματα. Έγινε προσπάθεια οι ερωτήσεις να είναι σύντομες, σαφείς και απλές ως προς τη διατύπωση, προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα μη κατανόησης από τα υποκείμενα της έρευνας.

Πριν αρχίσουν οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, υπήρχε ένα σύντομο εισαγωγικό σημείωμα, στο οποίο, αφού διαβεβαίωνε την ανωνυμία όσων απαντούσαν, έδινε γενικές πληροφορίες σχετικά με:

• το ποιοι έχουν δικαίωμα συμπλήρωσής του,

• το λόγο δημιουργίας του και το θέμα του. (Κεκές,. 2004)

8.1.3 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Επειδή ο τρόπος διατύπωσης των ερωτημάτων είναι πολύ μεγάλης σημασίας και ο προκαταρκτικός έλεγχος είναι πολύ σημαντικός για την επιτυχία τους, προτού ξεκινήσει η «επίσημη» έρευνα έγινε μία πιλοτική έρευνα σε 10 άτομα τρίτης ηλικίας η οποία δεν περιελήφθη στα τελικά αποτελέσματα. Έτσι, δόθηκε η δυνατότητα να ελεγχθεί η διαύγεια και ο βαθμός κατανόησης των ερωτήσεων και των οδηγιών, να εξαλειφθούν τυχόν αμφισημίες και να γίνει μία ανατροφοδότηση για την ελκυστικότητα και την παρουσίαση του ερωτηματολογίου.

8.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα μπορούν απλά να τεθούν είτε ως ερωτήματα στα οποία η εργασία οφείλει να δώσει απάντηση είτε να διατυπωθούν με τη μορφή υποθέσεων. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να είναι σαφή ώστε να μπορούν να επεξεργαστούν από τον ερευνητή και να συνδεθούν με το ζητούμενο της έρευνας όπου είναι και ο απώτερος σκοπός. (Κεκές, 2004)

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

- 1) Κατά πόσο επηρεάζονται τα άτομα της τρίτης ηλικίας από την οικονομική κρίση;
- 2) Σε ποιους τομείς της ζωής τους έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση;
- 3) Τι σκέφτονται για το μέλλον τους σε σχέση με τα προβλήματα που δημιουργεί η παρούσα οικονομική κατάσταση;

8.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Ο πληθυσμός σε μια έρευνα είναι το σύνολο όλων των ίδιων περιπτώσεων στο οποίο ο ερευνητής καλείται να γενικεύσει τα ευρήματά του. Η διαδικασία κατά την οποία από ολόκληρο τον πληθυσμό ο ερευνητής επιλέγει ένα δείγμα ονομάζεται δειγματοληψία. (Τσιπλητάρης, 2006).

Τα πρακτικά προβλήματα του ερευνητή σε σχέση με τη δειγματοληψία είναι ότι ο ερευνητής θα πρέπει να συνδυάσει συγχρόνως:

- Να έχει έναν πληθυσμό όσο το δυνατόν ευρύτερο, για να έχουν τα ευρήματά του μεγαλύτερη γενικευτική ισχύ
- Να έχει δείγμα όσο το δυνατόν μικρότερο σε μέγεθος, για να είναι η εκτέλεση της έρευνας οικονομικότερη-εφικτή.
- Το δείγμα να είναι όσο το δυνατόν ομοιότερο με τον πληθυσμό ώστε να εξασφαλίζεται όσο το δυνατόν μεγαλύτερος βαθμός βεβαιότητας στις γενικεύσεις του.

Το πρώτο και ουσιαστικότερο βήμα στη δειγματοληπτική διαδικασία είναι ο προσδιορισμός του πληθυσμού, τον οποίο θα αφορούν τα συμπεράσματα της έρευνας. Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός είναι άτομα τρίτης ηλικίας ,μέλη των Β ' ΚΑΠΗ ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ, Α'ΛΕΣΧΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΓ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Α'ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΑΠΗ ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ, ΚΑΠΗ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ και ΚΑΠΗ

ΑΓ.ΤΡΥΦΩΝΑ ΓΛΥΦΑΔΑΣ. Το συγκεκριμένο δείγμα επιλέχτηκε μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τους υπευθύνους των ΚΑΠΗ και των λεσχών ηλικιωμένων για τη λήψη σχετικής άδειας.

8.4 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό μέρος του πληθυσμού, για τον οποίο πραγματοποιείται η έρευνα. Ο Πίνακας 1 παρακάτω μας δείχνει την κατανομή συχνοτήτων των κέντρων, στα οποία στάλθηκε το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

ΔΕΙΓΜΑ		ΑΤΟΜΑ
Β' ΚΑΠΗ ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ		15
Α' ΛΕΣΧΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΓ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ		14
Α' ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΑΠΗ ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ		25
ΚΑΠΗ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ		35
ΚΑΠΗ ΑΓ.ΤΡΥΦΩΝΑ ΓΛΥΦΑΔΑΣ		37
Α' Παράρτημα ΚΑΠΗ ΑΓ.ΤΡΥΦΩΝΟΣ ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ		24
ΣΥΝΟΛΟ		150

8.5 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Ο ερευνητής για να εγείρει ζητήματα δεοντολογίας θα πρέπει να έχει γνώσεις του αντικειμένου της έρευνας αλλά και του θεωρητικού πλαισίου. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι διορατικός, σαφής, ευγενικός, οξυδερκής αλλά και κριτικός αν κρίνει ότι αυτή θα πρέπει να είναι η στάση του τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

Ένα σημαντικό δεοντολογικό ζήτημα του κοινωνικού ερευνητή είναι ο σεβασμός στην ιδιωτική ζωή που σχετίζεται με τις προσωπικές καταστάσεις του ατόμου, την ελευθερία να αποφασίζει μόνο του για τον εαυτό του και τις κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσει οι οποίες δεν είναι δημόσιο κτήμα.

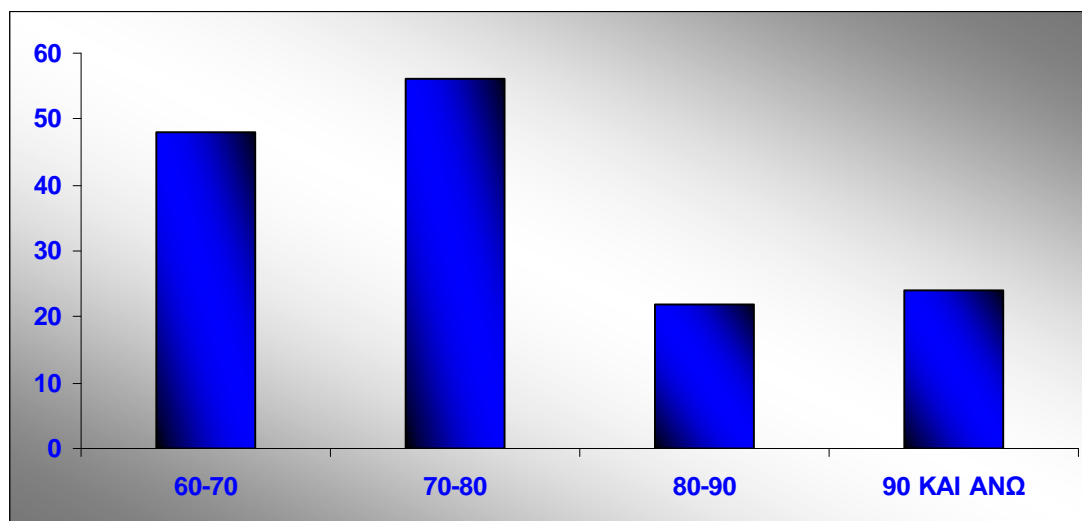
Μερικά από τα προβλήματα που προκύπτουν, λόγω προκατάληψης, είναι για παράδειγμα η προθυμία του συνεντευξιαζόμενου να δώσει τις απαντήσεις που ο ερευνητής θέλει ή τις απαντήσεις που θα είναι οι κοινωνικά αποδεκτές κι επιθυμητές. Επίσης, θα ήταν παράληψη να μην αναφέρουμε ότι είναι πολύ σημαντική στις κοινωνικές έρευνες η διατήρηση της ανωνυμίας των υποκειμένων που συμμετέχουν εφόσον το επιθυμούν. Ανωνυμία εννοούμε να μην αποκαλυφθεί η ταυτότητά του αλλά και να μη μπορεί να τον βρει ούτε ο ίδιος ο ερευνητής μετά το πέρας της έρευνας. Έτσι ο σεβασμός στη διαφορετικότητα, η ανωνυμία, η εχεμύθεια αλλά και ο σεβασμός του προσωπικού χώρου των συνεντευξιαζόμενων είναι απαραβίαστοι κανόνες. (Τσιπλητάρης, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

9.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

1. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΗΛΙΚΙΑ ΣΑΣ;

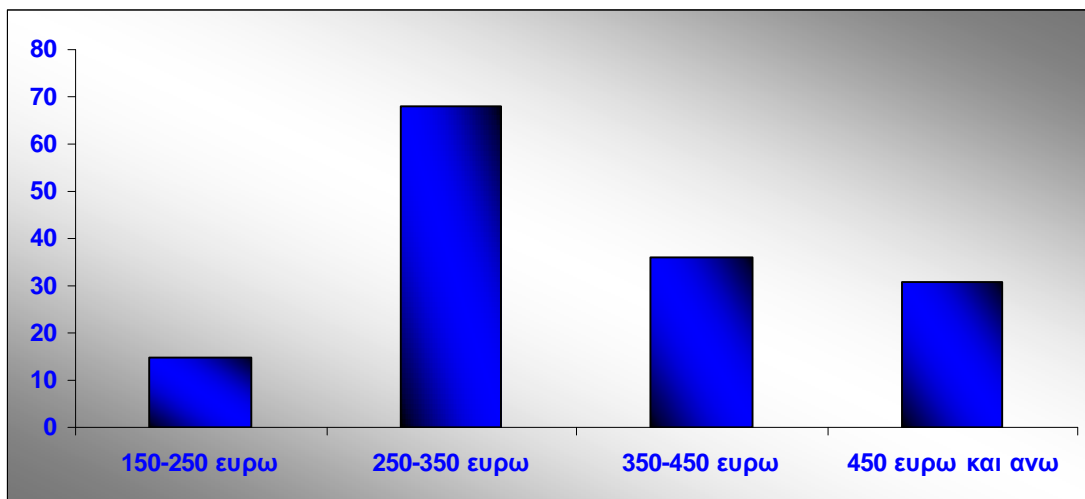
ΗΛΙΚΙΑ		
60-70	48	32,0%
70-80	57	38,0%
80-90	21	14,0%
90 ΚΑΙ ΑΝΩ	24	16,0%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,00%



Το 38% των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 70-80 ετών, το 32% ηλικίας 60-70 ετών το 16% ηλικίας 90 και άνω και το 14% 80-90 ετών

2. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΣΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑ;

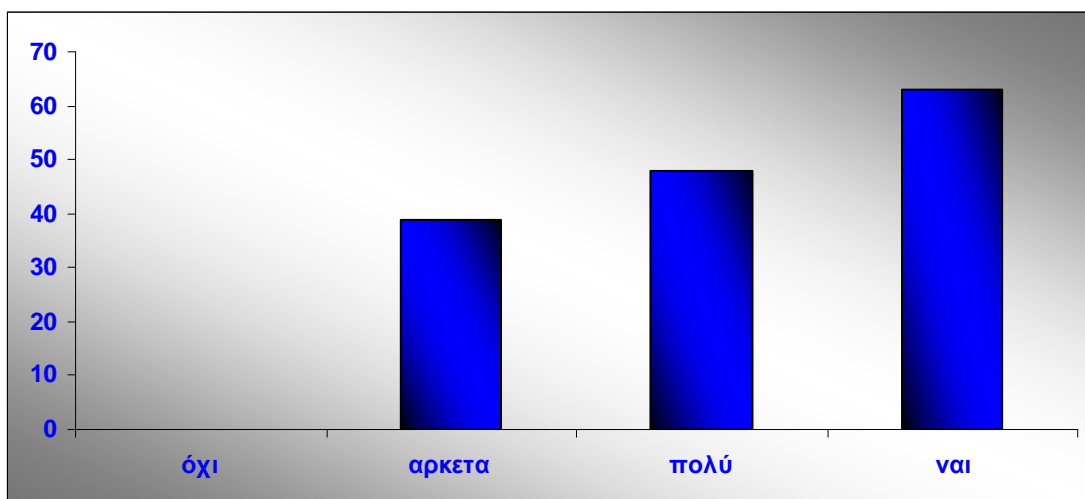
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ		
150-250 ευρώ	15	10,0%
250-350 ευρώ	68	45,3%
350-450 ευρώ	36	24,0%
450 ευρώ και άνω	31	20,7%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,00%



Στον παραπάνω πίνακα αναγράφεται το μηνιαίο εισόδημα των ερωτηθέντων. Πιο αναλυτικά το 45,3% λαμβάνουν 250-300 ευρώ το 24% 350-450 ευρώ το 20,7% 450 και άνω ευρώ και το 10% 150-250 ευρώ.

3. Σας έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση;

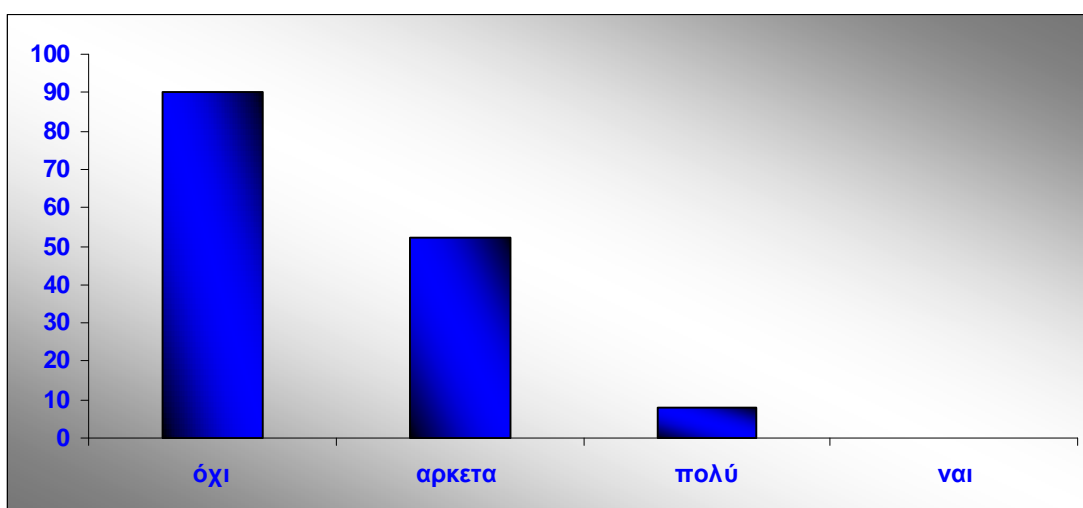
όχι	αρκετά	πολύ	ναι	ΣΥΝΟΛΟ
0	39	48	63	150
0%	26%	32%	42%	100%



Πολύ επηρεασμένη από την οικονομική κρίση είναι οι ερωτούμενοι σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα. Συγκεκριμένα η διαβάθμιση «ναι» καταλαμβάνει το 42%, η διαβάθμιση «πολύ» το 32% και η διαβάθμιση «αρκετά» το 26%. Τέλος μηδενικό είναι το ποσοστό στη διαβάθμιση «όχι»

4. Σας καλύπτει η σύνταξη που παίρνεται;

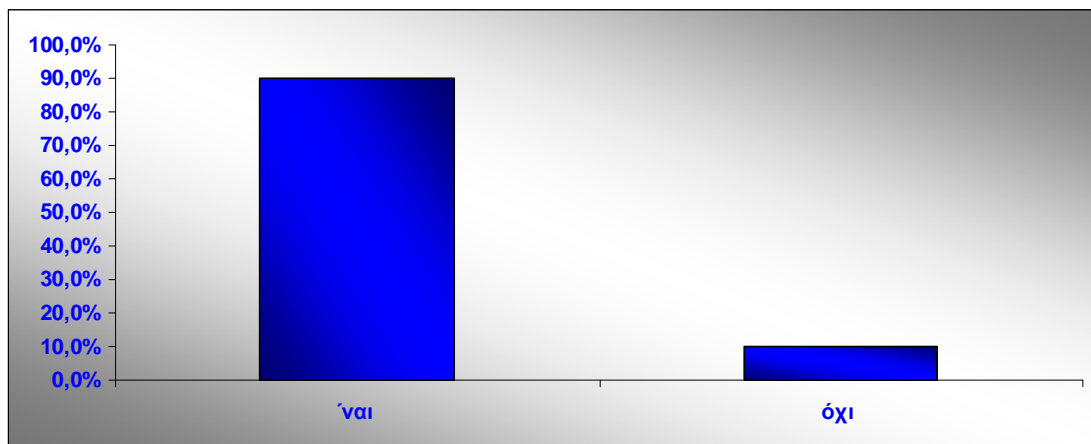
όχι	αρκετά	πολύ	ναι	ΣΥΝΟΛΟ
90	52	8	0	150
60%	35%	5%	0%	100%



Καθόλου ικανοποιημένοι δεν είναι οι ερωτούμενοι από τη σύνταξη που παίρνουν, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) το καταλαμβάνει η διαβάθμιση «όχι» και υπερτερεί των διαβαθμίσεων αρκετά και πολύ με ποσοστά 34,7% και 5,3% αντίστοιχα.

5. Έχετε υποστεί μείωση της σύνταξης σας;

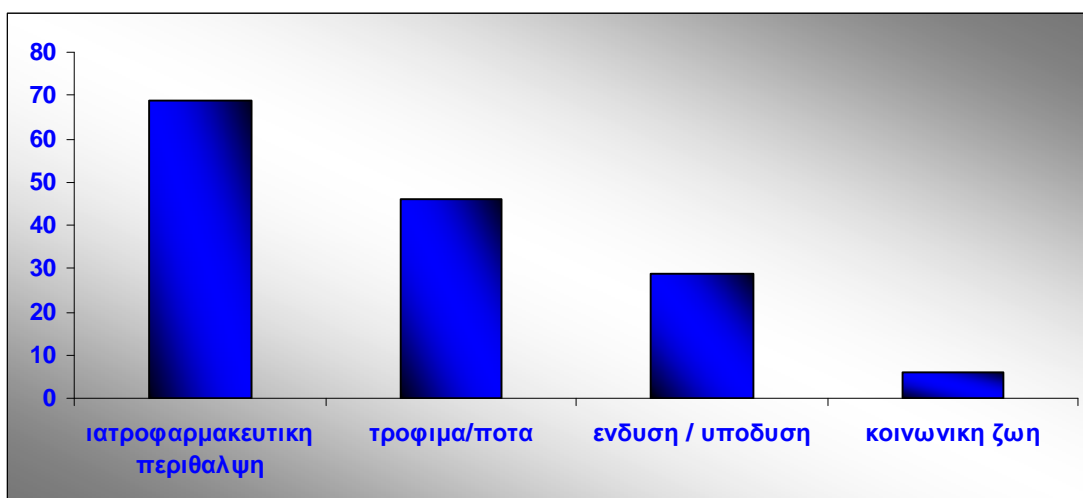
μείωση της σύνταξης		
ναι	135	90,0%
όχι	15	10,0%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%



Το 90% των ερωτηθέντων έχουν υποστεί μείωση της σύνταξης, ενώ το 10% όχι όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα.

6. Σε ποιους τομείς πιστεύετε ότι σας επηρεάζει η οικονομική κρίση;

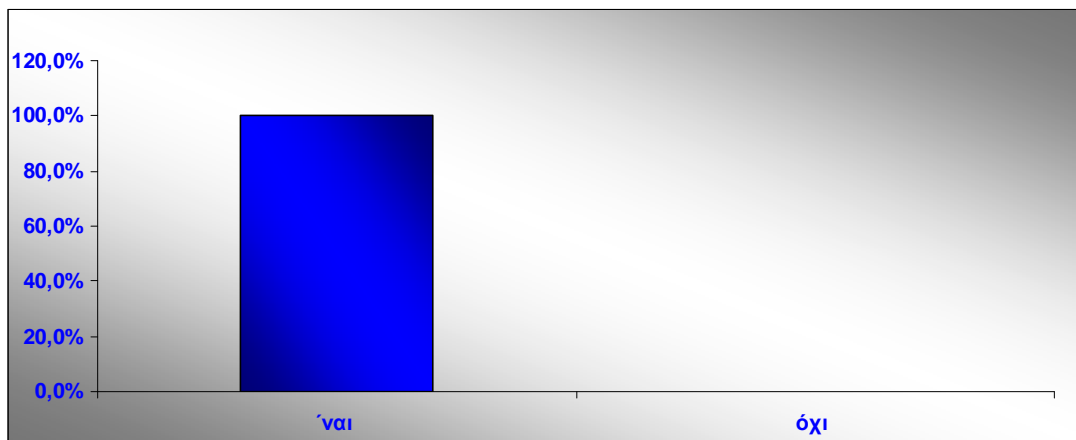
τομείς που επηρεάζει η οικονομική κρίση		
ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	69	46,0%
τρόφιμα/ποτά	46	30,7%
ένδυση / υπόδηση	29	19,3%
κοινωνική ζωή	6	4,0%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%



Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει τους τομείς στους οποίους επηρεάζονται οι ερωτούμενοι από την οικονομική κρίση. Έτσι λοιπόν σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 46% καταλαμβάνει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, το 30,7% τα τρόφιμα και τα ποτά, το 19,3% την ένδυση-υπόδηση και το 4% την κοινωνική ζωή.

7. Νιώθετε ανησυχία για το μέλλον ;

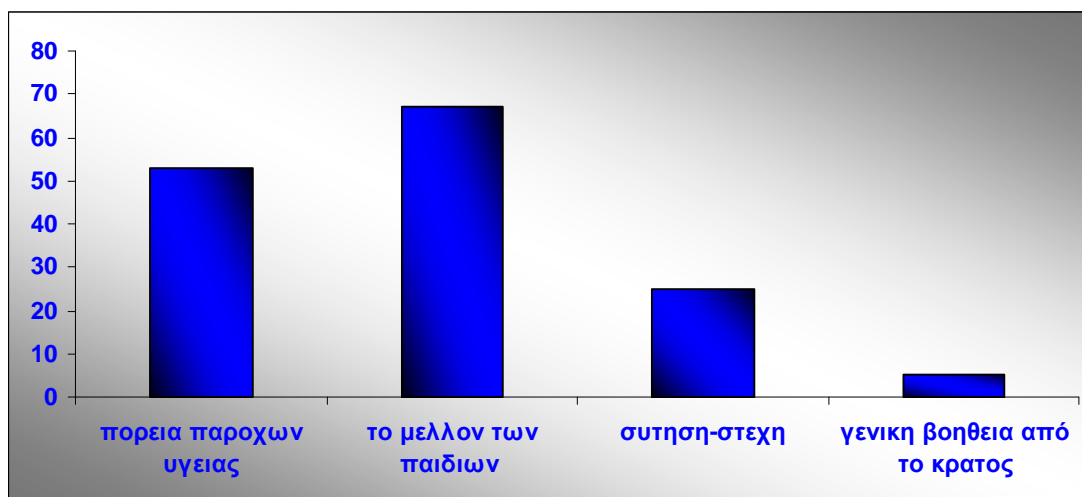
ανησυχία για το μέλλον		
ναι	150	100,0%
όχι	0	0,0%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%



100% ανήσυχοι για το μέλλον είναι οι ερωτούμενοι σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα.

8. Σε ποιους τομείς νιώθετε ανησυχία για το μέλλον;

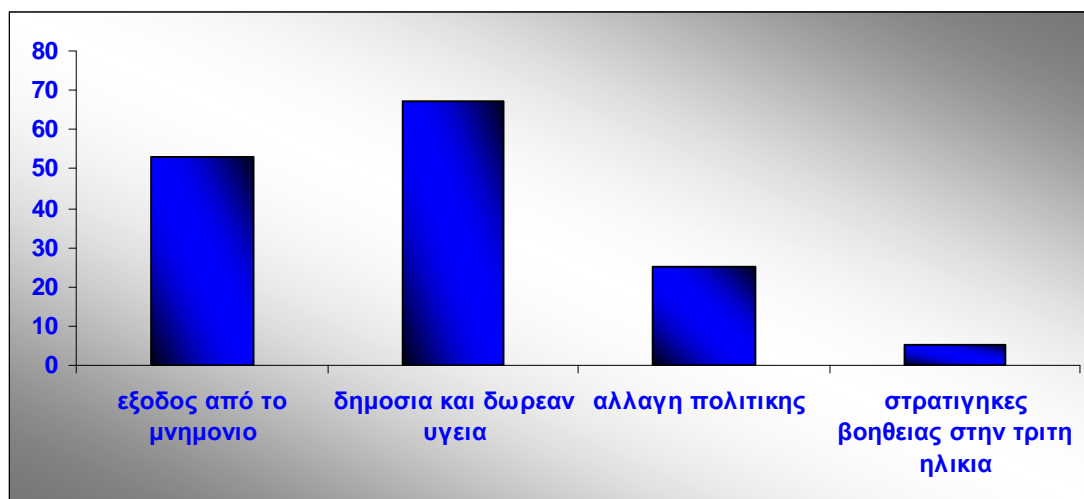
τομείς ανησυχίας για το μέλλον		
πορεία παροχών υγείας	53	35,3%
το μέλλον των παιδιών	67	44,7%
σίτιση-στέγη	25	16,7%
γενική βοήθεια από το κράτος	5	3,3%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%



Η μεγαλύτερη ανησυχία των ερωτηθέντων είναι το μέλλον των παιδιών τους, αφού αυτή η διαβάθμιση καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό 44,7%. Ακολουθεί η διαβάθμιση «πορεία παροχών υγείας» με 35,3%, η «σίτιση- στέγαση» με 16,7% και η «γενική βοήθεια από το κράτος» με 3.3%

9. Ποιες είναι οι προτάσεις σας;

προτάσεις		
έξοδος από το μνημόνιο	53	35,3%
δημόσια και δωρεάν υγεία	67	44,7%
αλλαγή πολιτικής	25	16,7%
στρατηγικές βοήθειας στην τρίτη ηλικία	5	3,3%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%



Η δημόσια και δωρεάν υγεία είναι η πρώτη πρόταση των ερωτούμενων σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα αφού αυτή η διαβάθμιση καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό 44,7%. Ακολουθεί η έξοδος από το μνημόνιο με 35,3%, η αλλαγή πολιτικής με 16,7% και οι στρατηγικές βοήθειας στην Τρίτη ηλικία με 3,3%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΥΜΠΕΡΑΜΑΤΑ

Η βαθεία οικονομική και κοινωνική κρίση που διέρχεται η χώρα μας έχει σαν αποτέλεσμα, ανάμεσα στα άλλα και την υποβάθμιση του συστήματος Δημόσιας Υγείας που αφορά τα άτομα τρίτης ηλικίας. Παίρνοντας υπόψη το γεγονός ότι σήμερα η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ σε ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και η τελευταία σε ποσοστό δημόσιων δαπανών, γίνεται φανερό πως από τον περασμένο Μάιο με την υπογραφή από την κυβέρνηση του Μνημονίου και την ουσιαστική υποταγή μας στις πολιτικές του ΔΝΤ, η κατάσταση οδεύει στα χειρότερα αφού οι «άνωθεν» επιταγές –τις οποίες πρόθυμα υπηρετεί η κυβέρνηση- έχουν σε άμεση προτεραιότητα τη δραστική μείωση των κοινωνικών δαπανών για την Υγεία και Πρόνοια ατόμων τρίτης ηλικίας και γενικός. (ΟΟΣΑ, 2011) Είναι επίσης γνωστό ότι ενώ τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα με την εφαρμογή του Καλλικράτη μεταφέρονται ολοένα και περισσότερες αρμοδιότητες στην τοπική αυτοδιοίκηση, οι αντίστοιχοι πόροι μειώνονται σημαντικά.

Έτσι, μέσα σε ένα ασφυκτικό πλαίσιο, καλείται σήμερα η κοινωνία να καλύψει αυτό το κενό και να αναπτύξει δραστηριότητες που θα ενισχύσουν την κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη την ώρα που οι ανάγκες γίνονται όλο και μεγαλύτερες δεδομένης της αύξησης των ανέργων, της φτώχειας, της ανασφάλιστης εργασίας και των σημαντικών ελλείψεων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αδυναμίας φροντίδας των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Οι υπάρχουσες δομές πρόνοιας, όπως η « Βοήθεια στο σπίτι » και οι μονάδες Κοινωνικής μέριμνας πρέπει να ενισχυθούν και να αποτραπούν τα όποια σχέδια που οδηγούν τις δομές αυτές σε εκφυλισμό και τελικά στο κλείσιμό τους. Ο κίνδυνος αυτός είναι ορατός με τη μείωση της χρηματοδότησης κατά 50% σε σύγκριση με προηγούμενα χρόνια.

Σημαντικά υπολείπεται η φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων σε όλη τη χώρα καθιστώντας περισσότερο από αναγκαία η ενίσχυση της λειτουργίας των « Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων » (ΚΗΦΗ).

Η δημιουργία ενός ξενώνα, όχι μόνο θα ήταν λυτρωτική για τους ασθενείς της τρίτης ηλικίας και τις οικογένειές τους αλλά και δεν θα επιβάρυνε τα Γενικά Νοσοκομεία που έχει τόση ανάγκη σε νοσηλευτικές κλίνες και που βέβαια ο ρόλος του αφορά πρωτίστως στη διάγνωση και θεραπεία.

Η κοινωνική ευαισθητοποίηση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική λόγω και των δραματικών συνθηκών που βιώνουν σήμερα οι πιο αδύναμες οικονομικά ομάδες της τρίτης ηλικίας σε σχέση με την ενίσχυση, την οργάνωση και λειτουργία χώρων που αφορούν τη βοήθεια τους. Συναφής είναι και η ανάγκη δυνατότητας παροχής στέγης σε άτομα τρίτης ηλικίας χωρίς οικογενειακή στήριξη (παιδιά) και γενικά σε αναξιοπαθόντα άτομα. Τέτοια προγράμματα μπορούν να πραγματοποιηθούν και με τη βοήθεια κοινωνικών φορέων και της Εκκλησίας κλ.π.

Στο σχεδιασμό των τοπικών και πολιτικών φορέων πρέπει να περιλαμβάνονται πολιτικές για την τρίτη ηλικία. Πρωτεύων ρόλος πρέπει να δίδεται στην Πρόληψη, στην Ανοικτή Προστασία και την Αποκατάσταση. Αυτό σημαίνει πως πρέπει να παρέχει σε όλους τους πολίτες μια δέσμη βασικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης που περιλαμβάνει:

- Την εκτίμηση των αναγκών Υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας.
- Την κοινωνική
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό
- Την προληπτική φροντίδα
- Τη μετα-νοσοκομειακή φροντίδα και αποκατάσταση
- Την παρακολούθηση των χρόνια πασχόντων

Είναι προφανές τόσο από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και από την έρευνα ότι η στήριξη των δράσεων αυτών μπορεί να γίνει κυρίως μέσω ενός αναγκαίου και γενναίου αναπροσανατολισμού του προϋπολογισμού και όχι απαραίτητα με περαιτέρω αύξηση των δημοτικών τελών. Σημαντικό ρόλο μπορεί να διαδραματίσει και ο εθελοντισμός. Ο εθελοντισμός βέβαια σαν συμπληρωματική δύναμη και αυστηρά κάτω από το συντονισμό και την καθοδήγηση από ειδικευμένους επιστήμονες των δομών πρόνοιας και όχι σαν υποκατάστατο του κράτους ή και του Δήμου.

Μια οικονομική - κοινωνική κρίση συνοδεύεται σχεδόν πάντα από τις αναγκαίες αλλαγές που πρέπει να κάνει το υπάρχον σύστημα για να συνεχίσει να ζει. Θα μπορούσαμε να παρομοιάσουμε το φαινόμενο αυτό, σαν να είναι ένας άνθρωπος που, ενώ ζούσε αμέριμος την καθημερινότητα του, ξαφνικά μαθαίνει ότι πάσχει από μια σοβαρή ασθένεια. Σίγουρα θα πρέπει να αλλάξει ορισμένα πράγματα που έκανε ως τώρα. Να προσέχει τη διατροφή του, να ασκείται συχνότερα, να αλλάξει κάποιες καταστροφικές συνήθειες και να κάνει την ανάλογη θεραπευτική αγωγή.

Το βέβαιο είναι ότι η προσωπικότητα και ο ψυχισμός του θα αλλάξουν, ίσως μετακινηθεί και ο τρόπος θέασης των πραγμάτων και της ζωής. Αυτές οι αλλαγές δεν φαίνεται κατ' ανάγκη να είναι δυσάρεστες ή τρομακτικές για τον άνθρωπο, ίσως του δώσουν το ερέθισμα να ζει τη ζωή του περισσότερο συνειδητά.

Η οικονομική κρίση επιφέρει απώλειες και οι ηλικιωμένοι βιώνουν ήδη πολλές και, δύσκολες στη διαχείριση τους. Βιώνουν την απώλεια της νεότητας τους, της σωματικής τους αντοχής, της υγείας τους. Πιθανό να έχουν βιώσει την απώλεια ενός συντρόφου, ενός φίλου ή ολόκληρης της οικογένειας τους. Έχουν βιώσει την απώλεια της εργασίας τους και, το βασικότερο, ζουν μια περίοδο που θα έρθουν αντιμέτωποι με το ενδεχόμενο της ίδιας της απώλειας της ζωής τους.

Όλες οι απώλειες και ο θρήνος που τις συνοδεύει εκφράζονται με το παράπονό τους ότι είναι μόνοι. Βιώνουν μοναξιά. Όλοι μπορεί να νιώθουμε μοναξιά ή να συμβεί και σε εμάς, τους νεότερους, μια από τις παραπάνω απώλειες. Η διαφορά μας, είναι ότι εμείς έχουμε εναλλακτικές λύσεις, έχουμε κι άλλες επιλογές, οι ηλικιωμένοι όμως όχι. Αυτό που πονάει δεν είναι το αίσθημα της μοναξιάς, αλλά το ότι δεν έχουν κάποιον να το μοιραστούν.

Η συνέπεια όλων αυτών είναι να ζουν σε μόνιμο στρες, το οποίο επιδρά άμεσα στο καρδιαγγειακό και το ανοσοποιητικό τους σύστημα και τους κάνει ευάλωτους σε ασθένειες και σωματικά προβλήματα. Την ίδια στιγμή καλούνται να μειώσουν απαραίτητες φροντίδες πρόνοιας, όπως η βοήθεια ενός ανθρώπου ή ακόμα και την αναγκαία φαρμακευτική αγωγή.

Η ταχύτητα των αλλαγών που βιώνουμε, μας κάνει να ξεχνάμε ότι όλες αυτές οι αλλαγές πρέπει να συνοδεύονται από ψυχολογική συμπαράσταση. Για τον ηλικιωμένο, συμπαράσταση είναι να στρέψει κάποιος την προσοχή του σε αυτόν. Να τον ακούσει και, να τον βοηθήσει να ξαναδεί τον εαυτό του μέσα από την κρίση. Ο κάθε ηλικιωμένος χρειάζεται να βάλλει σε λόγο αυτά που τον ανησυχούν, όλα αυτά που φοβάται. Κι εδώ είναι απαραίτητη η ανθρώπινη επαφή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αμηρά Α.(1986).*Για να γεράσουμε όλοι καλύτερα*. Εκδόσεις Ακαδημίας Αθηνών, Αθήνα
2. Γέμτος Π. 1984. *Μεθοδολογία των κοινωνικών επιστημών, Μεταθεωρία και ιδεολογική κριτική των επιστημών του ανθρώπου*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
3. Δημητρόπουλος, Ε. (2001). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα:
4. Δουλκερή, Τ. (2009), *Ένα τέλος μια αρχή*, Εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα
5. Έμκε- Πουλοπούλου, (1999), *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες*, Εκδόσεις Έλλην Αθήνα
6. Καλλινικάκη Θεανώ (1998): *Εισαγωγή στη Θεωρία και την Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα , Αθήνα
7. Καραμεσίνη,Μ. (2005), *Η ανεργία των νέων*, Εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα
8. Κεκές, Ι. (2004). *Μεθοδολογία επιστημονικής εργασίας*. Εκδόσεις Ατραπός Αθήνα
9. Κουκιάδης, Ι. (2000), *Η Κοινωνική Ευρώπη*, εκδ΄. Παρατηρητής , Αθήνα
10. Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). *Ψυχολογία κινήτρων*. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα

11. Μαλλιαρόπουλος, Δ. (2010), *Δημοσιονομική Προσαρμογή και Οικονομική Ανάπτυξη 2010-2020*, Eurobank Research, Οικονομία και Αγορές, Αθήνα
12. Ματσαγγάνης, Μάνος,(2001), *Το Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας και οι Γυναίκες*, Μελέτη, ΚΕΘΙ, Αθήνα
13. Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (1993). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
14. Μπαμπινιώτης,Γ. (2011), *Λεξικό Συνωνύμων και Αντωνύμων της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, Εκδόσεις: Κέντρο λεξικολογίας, Αθήνα
15. Πετρόγλου, (2001), *Το σύστημα κοινωνικής προστασίας και γυναίκες*, μελέτη για το Κέντρο Έρευνας Θεμάτων Ισότητας, Αθήνα
16. Πετρόγλου, (2001), *Το Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας και οι Γυναίκες*, Ημερίδα Ε.Σ.Κ.Κουκιάδης, , Αθηνά
17. Ρουπακιώτης, Χ. (2005), *Με τη Λόπη*, Εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα
18. Σακελλαρόπουλος (2006),*Ψυχοσωματική Ιατρική: Ψυχοπαθολογία και Κλινικό Έργο – Διασυνδεδετική Ψυχιατρική – Ψυχοογκολογία*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
19. Σταθόπουλος, (2005), *Κοινωνική πρόνοια*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
20. Ταρατόρη, Ε. , Τσαλκατίδου, Μ. , Τσαλκατίδης, Θ. (2007). *Επιστημονική τεχνολογία* . Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα
21. Τσουραμάνης, (2008), *Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά*, Εκδόσεις Ίων Αθήνα
22. Τσιπλητάρης, Φ.(2006). *Δέκα παραδείγματα μεθοδολογίας επιστημονικής έρευνας*. Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα

ΕΕΝΗ

1. Saunders, P. (2005), *The Poverty Wars: Reconnecting Research with Reality*, UNSW Press, London
2. Sianou-Kyrgiou E., (2010), *Stratification in Higher Education, Choice and Social Inequalities in Greece*, Higher Education Quarterly, vol. 64, Greece

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Ø www.imlaxis.gr/images/pdf/3ilikia.pdf
- Ø <http://healthyworld.gr/portal/cc7146d26842552e/31ab328e47c4ea3f/f4beebea0dd6c190c/acc1fc2a7746c567/aef26bbca340bfec.html>
- Ø www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61.doc
- Ø <http://www.europolis.gr/content/view/71/63>
- Ø www.orraon.gr/my/newspaper/orraon_022.pdf
- Ø <http://www.chania.gr/municipality/organisations-municipal/kaph.html>
- Ø http://ioustinikarra.blogspot.com/2009/01/blog-post_6336.html
- Ø www.agan.gov.gr/web/guest/poligia
- Ø <http://www.ddy.gr/LinkClick.aspx?fileticket=NGR2QlmQQo0%3D&tabid=108&mid=465&language=en-US>
- Ø www.livadia.gr/levadiafiles/kaph.pdf
- Ø <http://www.gazi.gov.gr/index.php/lang-el/organotiki-domi/dimotikoi-foreis/kapi-gaziou>
- Ø <http://www.energodimotis.gr/index.php?option=com>
- Ø <http://www.gerontology.gr/index.php/component/content/article?id=57>
- Ø <http://www.50plus.gr/kifi>
- Ø <http://www.trihonida.gr/koinwnikesypostiriktikesdomesdkps/47-kifi>
- Ø http://samiakiagora.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=21
- Ø <http://www.iardanos.gov.gr/Default.aspx?tabid=222>
- Ø http://www.dimosplateos.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=299&Itemid=573
- Ø http://www.kavalanet.gr/enimerosi/news_static/1285885818.php
- Ø <http://www.cityofathens.gr/katoikoi/triti-ilikia/programma-boitheia-sto-spiti>
- Ø http://www.dimoszirou.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=10
- Ø http://www.health.vic.gov.au/agedcare/publications/resiguide/download/greek_res_care.pdf
- Ø <http://www.agws.com.au/resources/Aged%20Care%20Services%20Handout%20-%20Greek.pdf>

- Ø www.health.vic.gov.au/agedcare/publications/.../greek_res_care.pdf
- Ø www.gocsa.org.au/assets/.../GREEK_RACF_fact_sheet_FINAL_.pdf
- Ø http://www.gocsa.org.au/assets/files/GREEK_RACF_fact_sheet_FINAL_.pdf
- Ø http://www.health.vic.gov.au/agedcare/publications/resiguide/download/greek_res_care.pdf
- Ø <http://www.redcross.gr/default.asp?pid=7&la=1>
- Ø <http://www.palaiofaliro.gr/Default.aspx?id=1850&nt=18>
- Ø http://moodhackers.blogspot.com/2011/01/blog-post_3524.html
- Ø <http://www.markopoulo.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=114>
- Ø <http://kedis.gr/servises.htm>
- Ø <http://www.argianas.gr/pscat.php?id=68>
- Ø www.kedke.gr/uploads2011/meleth_koinvnikesdomes_synedrio2010.doc
- Ø http://www.ygeia-pronoia.gr/uploads/meletes/56_katapolemshs_ftwxeias.pdf
- Ø [http://www.gspa.gr/\(6009155078831299\)/documents/%CE%BF%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CE%BF%CF%83.pdf](http://www.gspa.gr/(6009155078831299)/documents/%CE%BF%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CE%BF%CF%83.pdf)
- Ø www.docman.gr/Download/889.aspx
- Ø <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/practicalinfo/statebenefitsprograms/amenitiesandfacilities/>
- Ø <http://www.psychooncology.gr/Portals/0/KATALOGOS.pdf>
- Ø http://www.polyteknoi.gr/articles.php?article_id=16
- Ø www.50plus.gr/images/content/22495_v2_AGE_EL.pdf
- Ø www.domiki.gr/info/esy/kefc.htm
- Ø http://ec.europa.eu/employment_social/socprot/healthcare/el_healthreply_el.pdf
- Ø <http://www.bestrong.org.gr>
- Ø <http://www.casw.org.cy/practice/elderly-gr.html>
- Ø www.agsavvas-hosp.gr/psychosocial
- Ø sites.google.com/site/cretaknyk/the-team
- Ø www.pagni.gr/dioikhtikh/.../rolas.asp
- Ø www.karamanou.gr/gr/uploads/.../gr/PENSIONS%2022.12.04.doc
- Ø http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/nationalreport08/joint04_el.pdf
- Ø <http://www.capital.gr/news.asp?details=597536>
- Ø http://www.isfm.ch/oikonomiki_krisi.htm

- Ø koita.me/sofia/wp-content/uploads/.../βιομηχανική-επανάσταση.docx
- Ø <http://www.scribd.com/doc/4944695>
- Ø www.ygeia-pronoia.gr/uploads/d.../1.../periferiakes_anisotites.pdf
- Ø pasyno.gr/wp-content/uploads/2010/.../TROIKA_ECONOMICS.pdf
- Ø http://aliartos-city.blogspot.com/2011/11/blog-post_314.html
- Ø <http://stathmosnet.gr/kos-social/1309-2012-02-11-12-46-46.html>
- Ø pasyno.gr/wp-content/uploads/2010/.../TROIKA_ECONOMICS.pdf
- Ø http://aliartos-city.blogspot.com/2011/11/blog-post_314.html
- Ø http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_2_15/10/2011_459476
- Ø http://www.papageorgiouhospital.gr/cms/upload/nosileutiki/paremelisi_ilikio_menon.pdf

