

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ**

Όνομα Σπουδάστριας: Αποστολία Μπαρούτη

Εποπτεύουσα Καθηγήτρια: Αντωνία Νομικού

**ΠΑΤΡΑ
Μάιος 2011**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις.....	17
1.2 Δημογραφικές εξελίξεις.....	17
1.3 Δικαιώματα και υποχρεώσεις ηλικιωμένων.....	22
1.4 Κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα.....	24
1.5 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων.....	27
1.6 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων.....	30
1.7 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

2.1 Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	37
2.2. Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.....	38
2.3. Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος.....	39
2.4. Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.....	42
2.5. Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος.....	42
2.6. Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.....	43
2.7. Παθήσεις του ενδοκρινικού συστήματος.....	44
2.8. Παθήσεις του αιματοποιητικού συστήματος.....	45
2.9. Παθήσεις των αισθητήριων οργάνων.....	46
2.9.1 Όραση.....	46
2.9.2. Όσφρηση.....	46
2.9.3. Ακοή.....	46
2.9.4. Προβλήματα κατάποσης.....	47
2.9.5. Δόντια.....	47
2.10. Διαταραχές του ύπνου.....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

3.1. Διαταραχές της διάθεσης.....	49
3.2. Αγχώδεις διαταραχές.....	51
3.2.1. Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία.....	52
3.2.2. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή.....	52
3.2.3. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.....	53

3.3. Γνωστικές διαταραχές.....	54
3.3.1. Παραλήρημα.....	55
3.3.2. Άνοια.....	55
3.3.3. Άνοια τύπου Alzheimer.....	57
3.3.4. Αγγειακή ή πολυεμφρακτική άνοια.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

4.1 «Κράτος Πρόνοιας».....	61
4.2 Δραστηριότητες.....	63
4.3 Πηγές χρηματοδότησης.....	64
4.4 Μοντέλα κοινωνικής πρόνοιας των χωρών της Ε.Ε (Ελλάδα, Ιταλία , Μ. Βρετανία , Γερμανία, Δανία).....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ- ΦΟΡΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

5.1 Κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η).....	68
5.2 Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι».....	70
5.3 Κέντρο ημερησίας φροντίδας ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η).....	74
5.4 Μονάδα κοινωνικής μέριμνας.....	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

6.1. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων.....	79
6.2. Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι.....	80
6.3. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων.....	81
6.4. Λέσχες Φιλίας.....	82
6.5. Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας.....	83
6.6. Ιδρυματική περίθαλψη.....	84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΑΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ

7.1 Άτυπα δίκτυα φροντίδας.....	85
7.2 Υπηρεσίες που προσφέρουν οι εθελοντικές οργανώσεις.....	88
7.3 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).....	91
7.3.2 Ιστορική αναδρομή της θεσμοθέτησης των ΚΑΠΗ.....	92
7.3.3 Σκοπός, στόχοι και υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ.....	93
7.3.4 Διοίκηση και Στελέχωση των ΚΑΠΗ.....	94
7.3.5 Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι (Π.Β.Σ).....	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

8.1 Αρχές του προγράμματος.....	98
8.2 Σκοποί του προγράμματος.....	99

8.3 Παρεχόμενες υπηρεσίες.....	102
8.4 Προετοιμασία και κύριες φάσεις του προγράμματος.....	102
8.5 Φορέας υλοποίησης.....	105
8.6 Προσωπικό υλοποίησης του προγράμματος.....	106
8.7 Εποπτεία – παρακολούθηση – έλεγχος.....	108
8.8 Οικονομική ενίσχυση του προγράμματος.....	109

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο : ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ Γ' ΗΛΙΚΙΑ

9.1 Αιτίες εισόδου.....	112
9.2 Γηροκομεία.....	113
9.3 Ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.....	114
9.4 Ιδιωτικοί «οίκοι ευγηρίας».....	115
9.5 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κλειστής προστασίας ηλικιωμένων.....	116
9.6 Επιπτώσεις ιδρυματισμού.....	119

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ123

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....127

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....133

“Αφιερώνω αυτή την εργασία”

στους γιους μου,
Ειρηναίο και Χρήστο
και στους γονείς μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια κα. Νομικού Αντωνία για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε δίνοντας μου τη δυνατότητα να εκπονήσω την πτυχιακή μου εργασία πάνω σε ένα τόσο ενδιαφέρον αλλά και επίκαιρο θέμα. Επίσης, θα ήθελα να την ευχαριστήσω για τη διάθεση της να με βοηθήσει και να μου λύσει οποιαδήποτε απορία οποιαδήποτε στιγμή το χρειαζόμουν.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γιους μου, οι οποίοι μου συμπαραστάθηκαν όλο αυτό τον καιρό. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου για την ηθική συμπαράσταση όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού που διαρκώς αυξάνει. Μια σοφή κινέζικη παροιμία λέει ότι εάν ένα σπίτι δεν έχει κάποιο ηλικιωμένο, τότε θα πρέπει οπωσδήποτε να αποκτήσει. Η λαϊκή σοφία παραπέμπει στην χρησιμότητα και την ευεργετική παρουσία της τρίτης ηλικίας η οποία είχε, έχει και θα έχει ιδιαίτερη χρησιμότητα και σημασία. Η τρίτη ηλικία, οι γιαγιάδες και οι παππούδες μας, οι γονείς των γονιών μας είναι αναμφισβήτητα ένα από τα μεγαλύτερα κεφάλαια της ζωής.

Τα γηρατειά όμως στην δική μας κοινωνία είναι συνώνυμα με το περιττό. Δε διαθέτουμε κατάλληλους ρόλους για τους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα να τους αποστερούμε συστηματικά. Αποφεύγουμε να σκεπτόμαστε το γήρας, αισθανόμαστε ότι η πορεία αυτή είναι μη ανατρέψιμη και αναφερόμαστε σ' αυτό σαν κάτι παθολογικό. Κάποιος μεγάλος φιλόσοφος είχε αναφερθεί στο θέμα λέγοντας ότι σ' αυτή τη ζωή από την στιγμή που θα γεννηθούμε για ένα πράγμα είμαστε σίγουροι, ότι θα πεθάνουμε. Δεν γνωρίζουμε ούτε πόσο θα ζήσουμε, ούτε πως θα ζήσουμε. Αυτό το άγχος του θανάτου δεν αντιτίθεται στην Φροϋδική αντίληψη του ενστίκτου της ζωής, της αυτοσυντήρησης, αλλά έχει να κάνει μάλλον με τον μηχανισμό άμυνας της άρνησης, και εθελοτυφλούμε μπροστά σε μια φυσική κατάληξη κάθε έμβιου όντος, το θάνατο.

Ο Adler αναφέρει ότι η πραγματική θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία μας απειλείται σοβαρά γιατί η αξία της εργασίας είναι αποφασιστικός παράγοντας για την εκτίμηση της προσωπικότητας. Τα γηρατειά με τις απώλειες που επιφέρουν στο άτομο μοιάζουν με όλες τις άλλες πράξεις που συντελούν στο να αυτοϋποτιμάται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Σιγά – σιγά και στη χώρα μας ο κοινωνικός ιστός χαλαρώνει. Η οικογενειακή φροντίδα και η άτυπη κοινωνική φροντίδα, μέσω της κοινωνικής αλληλεγγύης συνεχώς μειώνεται, ευτυχώς στη χώρα μας με αργότερους ρυθμούς. Από την μια μεριά οι ανθρώπινες σχέσεις γίνονται πλατύτερες και συχνότερες και από την άλλη, λιγότερο άμεσες και αυθεντικές σε σημείο που την προσωπική επικοινωνία την έχει υποκαταστήσει η ανώνυμη πληροφόρηση. Η έλλειψη πλατιών και ελεύθερων επαφών όπως και της άμεσης πληροφόρησης σημαδεύουν βαθιά την ζωή των μελών των ευπαθών ομάδων. Τα προγράμματα φροντίδας στο σπίτι ηλικιωμένων που έχουν ξεκινήσει να εφαρμόζονται με σκοπό την κάλυψη τέτοιου είδους αναγκών, δεν εξαλείφουν τελείως την ιδρυματική περίθαλψη .

Γι' αυτό το λόγο, μέσα από τη συγκεκριμένη εργασία παρουσιάζουμε τις δομές της κοινωνικής πρόνοιας του Κράτους και παράλληλα προσπαθούμε να ερευνήσουμε τα αίτια και τους λόγους που οδηγούν ένα άτομο τρίτης ηλικίας σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης . Ο εντοπισμός και η μελέτη των λόγων αυτών, ενδεχομένως να οδηγήσει διαπιστώσεις και προτάσεις για μέτρα που θα ήταν χρήσιμα προκειμένου να αποφευχθεί, όσο το δυνατόν γίνεται, η ιδρυματική φροντίδα.

Το πρώτο κεφάλαιο έχει να κάνει με την ανάλυση της κατάστασης στην οποία επέρχεται το άτομο από τη στιγμή που περνάει το 65ο έτος της ηλικίας τους και κατ' επέκταση θεωρείται πως μπαίνει στην τρίτη ηλικία. Επίσης γίνεται αναφορά στις ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όπως και στις σχέσεις και τον ρόλο που παίζει ο θεσμός της οικογένειας, αφού αδιαμφισβήτητα είναι ο πρωταρχικός παράγοντας που αρκετές φορές αναλαμβάνει την υποστήριξη και τη φροντίδα κάποιου μέλους της τρίτης ηλικίας που χρήζει βοήθειας .

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στην σωματική κατάσταση των ηλικιωμένων και τα προβλήματα που παρουσιάζονται με το πέρασ του χρόνου, τις καρδιαγγειακές παθήσεις καθώς και παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, του μυοσκελετικού συστήματος του γαστρεντερικού, του ουροποιητικού, του ενδοκρινικού, του αιματοποιητικού συστήματος καθώς και στις παθήσεις των αισθητήριων οργάνων.

Το τρίτο κεφάλαιο έχει να κάνει με την ψυχική κατάσταση των ηλικιωμένων όπου και γίνεται εκτενής αναφορά στις διαταραχές της διάθεσης , Πανικού και Αγοραφοβίας και Άνοιες τύπου Alzheimer.

Στο τέταρτο κεφάλαιο δίνεται έμφαση στον ρόλο που έχει το κράτος πρόνοιας και στις πηγές χρηματοδότησης του όσον αφορά προγράμματα και εφαρμογές με βάση τα προβλήματα και τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας. Επίσης μια σύντομη αναφορά σε πολιτικές πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, ξένων ευρωπαϊκών χωρών προκαλούν έμμεσα τη σύγκριση και δίδουν προοπτικές βελτίωσης των ήδη υπάρχοντων κρατικών πολιτικών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στα μέτρα προστασίας που λαμβάνονται από την πολιτεία και γίνεται αναφορά και στους επίσημους φορείς εφαρμογής των αντίστοιχων προγραμμάτων που έχουν θεσπιστεί για το λόγο αυτό από το κράτος αλλά και από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα.

Στο έκτο κεφάλαιο αναφέρονται τα προγράμματα ανοιχτής προστασίας που εφαρμόζονται αυτή τη στιγμή για την προστασία και κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων. Οι δομές ανοικτού τύπου προσπαθούν να καλύψουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας προκειμένου να μην παραπέμπονται σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Γίνεται λοιπόν περιγραφή των Κ.Α.Π.Η , των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» , των Κ.Η.Φ.Η και μια σύντομη αναφορά για τη μονάδα κοινωνικής μέριμνας .

Στο έβδομο κεφάλαιο αναφερόμαστε στα Άτυπα δίκτυα φροντίδας και στις Υπηρεσίες που προσφέρουν οι εθελοντικές οργανώσεις αλλά και τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και την δράση αυτών.

Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πρόγραμμα «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» καθώς και οι αρχές και οι σκοποί του προγράμματος αυτού. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και οι κύριες φάσεις του προγράμματος αναλύονται. Εκτενής λόγος γίνεται για την Εποπτεία – παρακολούθηση – αλλά και τον έλεγχο της Οικονομικής ενίσχυσης του προγράμματος.

Στο ένατο κεφάλαιο αναφερόμαστε αναφερόμαστε στα προγράμματα κλειστής προστασίας στην Ελλάδα. Γίνεται αναφορά τις δομές που αποτελούν τον τομέα κλειστής περίθαλψης, όπως τα γηροκομεία, τα ιδρύματα μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα και οι ιδιωτικοί «οίκοι ευγηρίας», και στις επιπτώσεις της ιδρυματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους.

Το φαινόμενο της πληθυσμιακής γήρανσης είναι ένα φαινόμενο που απασχολεί τη χώρα μας εξίσου με όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και βέβαια και τη διεθνή κοινότητα. Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας, δηλαδή, πάνω από 65 χρόνων, αποτελούν το 18% του πληθυσμού της χώρας μας, με προοπτική το 2030 να αυξηθεί κατά 10%. Στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων συμβάλλει και η παρατηρούμενη μείωση των γεννήσεων, που αλλοιώνει τα δημογραφικά στοιχεία. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, σήμερα ένας στους δέκα κατοίκους του πλανήτη μας έχει ηλικία 60 ετών και άνω. Οι ειδικοί υπολογίζουν ότι μέχρι το 2050, η αναλογία θα γίνει "ένας στους πέντε", ενώ για το 2150 εκτιμάται ότι θα ανέρχεται σε "έναν στους τρεις". Η αύξηση του αριθμού των ατόμων τρίτης ηλικίας σε παγκόσμιο επίπεδο, οδήγησε το 1990 τη Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. στην καθιέρωση της 1ης Οκτωβρίου ως Διεθνούς Ημέρας για την Τρίτη Ηλικία, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν οι κυβερνήσεις και η κοινή

γνώμη πάνω στις ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα.

Η Τρίτη Ηλικία είναι ένα σταυροδρόμι, στο οποίο μπορεί να φτάσουν και να περάσουν πολλοί, έτσι όπως έχει αυξηθεί το όριο ηλικίας στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι ηλικιωμένοι όμως, είναι μια πολύ ευάλωτη ομάδα όπως τα παιδιά και οι νέοι και χρειάζονται πρόσθετη στήριξη. Δυστυχώς σήμερα, η αστικοποίηση και η βιομηχανική επανάσταση επέφεραν κοινωνικές και οικονομικές επιδράσεις στο θεσμό της οικογένειας και τη μετάβαση από την εκτεταμένη στην πυρηνική οικογένεια στην οποία συχνά δεν φαίνεται να υπάρχει χώρος για τα ηλικιωμένα μέλη. Παράλληλα, αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια ένα μοντέλο που ορισμένοι ονόμασαν επιτυχημένα «άτυπο βιολογικό απαρτχάιντ» δηλαδή ένα ιδιότυπα ρατσιστικό κοινωνικό μοντέλο στο οποίο χωρούν μόνο οι «νέοι, ωραίοι και επιτυχημένοι» που ωστόσο είναι και γρήγορα αναλώσιμοι.

Η οικογένεια και το κράτος συχνά δεν αναγνωρίζουν και δεν αποδέχονται το μερίδιο ευθύνης που τους αναλογεί στην αντιμετώπιση των ζητημάτων που αφορούν την Τρίτη Ηλικία. Και είναι πράγματι πολλά και σημαντικά τα ζητήματα αυτά: Ζητήματα που απορρέουν από ποικίλους παράγοντες όπως η μοναξιά, το χαμηλό βιοτικό και γνωστικό επίπεδο, η εμφάνιση ασθενειών, οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και προστασίας ηλικιωμένων, η απώλεια αυτονομίας, καθώς και η κοινωνική συμπεριφορά απέναντι σε αυτήν την ευαίσθητη ηλικία με συχνό φαινόμενο τις διακρίσεις σε βάρος τους και την έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων τους. Βγαίνοντας από την παραγωγική διαδικασία οι ηλικιωμένοι αισθάνονται περιθωριοποιημένοι, νοιώθουν αίσθημα ανασφάλειας, παραγκωνισμού και εγκατάλειψης.

Συχνά η έκπτωση σωματικών ικανοτήτων οδηγεί σε αδυναμία αντίστασης στις ασθένειες ή ακόμη και σε βαθμιαία ψυχολογική αποδιοργάνωση. Οικονομικά προβλήματα που έχουν να κάνουν τόσο με την έλλειψη επαρκούς σύνταξης όσο και με την ανυπαρξία αποτελεσματικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μπορούν να οδηγήσουν σε περαιτέρω απομονωτισμό και να επιδεινώσουν την κατάσταση των ηλικιωμένων.

Η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποίηση είναι οι κοινωνικοί παράγοντες που έχουν αλλάξει σημαντικά τον τρόπο ζωής. Η σύγχρονη οικογένεια έχει αλλάξει, τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία της. Η απουσία των μελών από το σπίτι (εργασία, εκπαίδευση κ.τ.λ.) έχει

χαλαρώσει τους πατροπαράδοτους δεσμούς ανάμεσα στην οικογένεια. Γενικά, η θέση του ηλικιωμένου είναι μειονεκτική, γιατί δυσκολεύεται να παρακολουθήσει και να αφομοιώσει τις αλλαγές και να αποκτήσει τις νέες γνώσεις και τα μέσα που οι νεότεροι έχουν στη διάθεσή τους.

Εξάλλου η τρίτη ηλικία δεν αποτελεί πάντα πρόβλημα, καθώς υπάρχουν άτομα που παρά την προχωρημένη ηλικία τους δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, και παραμένουν δραστήρια και είναι πιθανών να εργάζονται με αμειβόμενη εργασία.. Σε κάθε κοινωνία υπάρχει μια ευρεία γκάμα περιπτώσεων ηλικιωμένων από απολύτως αυτόνομα και αυτοεξυπηρετούμενα άτομα έως εντελώς ανήμπορα και εξαρτημένα που χρειάζονται εξειδικευμένη μεταχείριση. Όμως, δυστυχώς, αυτό το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων που παραμένουν ενεργά είναι πολύ μικρότερο, σε σχέση με εκείνο των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα.

Εξετάζοντας την προσφορά των ηλικιωμένων ατόμων θα δούμε ότι αυτή δεν εξαντλείται στο παρελθόν (προσφορά διόλου ευκαταφρόνητη στην ευημερία μιας κοινωνίας) αλλά και στο παρόν και το μέλλον αφού διαθέτουν συμπυκνωμένη γνώση και εμπειρία που μπορεί να φανεί χρήσιμη στις νεότερες γενιές. Οι ηλικιωμένοι είναι απλώς οι απόμαχοι της δουλειάς, όχι και απόμαχοι της ζωής, δεν είναι προς απόσυρση αλλά έχουν να προσφέρουν πολλά ακόμη.

Το πέρασμα στην Τρίτη Ηλικία είναι για τους περισσότερους ανθρώπους και ένα πέρασμα στο περιθώριο της ζωής. Η αίσθηση ότι παύεις να είσαι ενεργός, χρήσιμος και απαραίτητος για τους άλλους είναι ένα ισχυρό σοκ για αυτούς που περνάνε στις τάξεις των συνταξιούχων. Ο μεγαλύτερος εχθρός για τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας είναι η μοναξιά. Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, όταν λειτουργούν ικανοποιητικά, προσφέρουν σε ηλικιωμένους δημότες αρκετές ευκαιρίες για διασκέδαση, δραστηριότητες, παρέα και κοινωνικές εκδηλώσεις.

Στην ανάλυση του θεωρητικού κα ερευνητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας που ακολουθεί, διαπραγματεύεται η ισχύς ή μη της κυριαρχούσας αντίληψης της κοινωνίας μας ότι η Τρίτη Ηλικία ισοδυναμεί με απόσυρση από τις κοινωνικές δραστηριότητες ή παραίτηση από οποιαδήποτε διεκδίκηση.

Αναλύονται οι ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων. Διερευνούνται οι παράγοντες και τα ερεθίσματα που ωθούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας ώστε να είναι ενεργά άτομα ή άτομα σε αδράνεια.

Παρουσιάζονται όλοι οι φορείς προστασίας των ηλικιωμένων και ερευνάται το κατά πόσο ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις ανάγκες των ηλικιωμένων. Ιδίως αν τα Κ.Α.Π.Η. ασκούν στο έπακρο τον κοινωνικοποιητικό και βοηθητικό τους ρόλο προς ψυχαγωγία και παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να παραμένουν οι ηλικιωμένοι υγιή, αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα, ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων απ' ό,τι στο παρελθόν. Παράλληλα με αυτή την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων. Ο ρυθμός φυσικής αύξησης του πληθυσμού έχει μειωθεί κυρίως λόγω της υπογεννητικότητας. Η υπογεννητικότητα αποτελεί κυρίαρχο σύγχρονο πρόβλημα που συνδέεται με την αστικοποίηση του πληθυσμού και τη συγκέντρωση του στις πόλεις, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, την έλλειψη κατάλληλης υποδομής σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, την ανεπάρκεια των οικογενειακών επιδομάτων και γενικότερα στη διαφοροποίηση των κοινωνικών αξιών.

Επιπλέον, η θνησιμότητα στην Ελλάδα είναι χαμηλή σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και η διάρκεια ζωής συγκριτικά υψηλή. Οι φυσικές αυτές εξελίξεις, μαζί με την αυξημένη μετανάστευση της δεκαετίας του 1960 οδήγησαν στη γήρανση του πληθυσμού, η οποία αναμένεται να συνεχισθεί για αρκετό διάστημα. Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που συναντάται σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 15,5% του συνόλου των πληθυσμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούσαν ηλικιωμένοι, ηλικίας 60-80 χρόνων και άνω, το έτος 1960, ενώ το 2020 αναμένεται το ποσοστό αυτό ν' αυξηθεί στο 23,9%. Στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό για το έτος 1960 ήταν 11,8% με προοπτική αύξησης στο 24,8% το 2020. Οι πιο γηρασμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού 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%.

Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία.

Το πέρασμα στην τρίτη ηλικία μειώνει την δυνατότητα ανεξαρτησίας του ατόμου και δημιουργεί ανάγκες φροντίδας. Μέχρι την τελευταία δεκαετία η φροντίδα των ηλικιωμένων είχε βασικά αντιμετωπισθεί στα

πλαίσια της οικογένειας και για τη μεγάλη πλειοψηφία τους ιδίως στις αγροτικές περιοχές, το ίδιο εξακολουθεί να συμβαίνει και σήμερα. Ωστόσο, οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές που σημειώνονται σε όλες τις περιοχές, της χώρας μας έχουν αρχίσει να προκαλούν δυσχέρειες στη φροντίδα των ηλικιωμένων στα πλαίσια της οικογένειας.

Παράλληλα, σε όλες τις χώρες οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από άμεση παροχή ιατρικών, νοσηλευτικών, κοινωνικών υπηρεσιών και από ειδικές δομές υγείας και νοσηλευτικής φροντίδας. Η ανάγκη δηλαδή για κρατικές υπηρεσίες πρόνοιας και προγράμματα για τους ηλικιωμένους γίνεται ολοένα και πιο μεγάλη. Ενώ, απαιτείται επίσης συνεχής βοήθεια και συμπαράσταση για τους συγγενείς που επωμίζονται το βάρος της φροντίδας.

Η αύξηση του ορίου της ζωής του ανθρώπου δεν έχει καμία αξία αν παράλληλα δεν παρέχονται σ' αυτόν και οι προϋποθέσεις για να έχουν τα χρόνια αυτά κάποιο νόημα και σημασία. Μαζί με τα προγράμματα που εξασφαλίζουν εισόδημα, ιατρική περίθαλψη και στέγη στον υπερήλικα, χρειάζεται ν' αναπτυχθούν και οι ειδικές κοινωνικές υπηρεσίες που βοηθούν τον υπερήλικα, να κάνει μια επιτυχέστερη προσαρμογή στη φάση αυτή της ζωής του.

Η παροχή ιδρυματικής φροντίδας είναι μια από τις πολλές πηγές βοήθειας που πρέπει να βρίσκονται στη διάθεση του υπερήλικα. Εξωιδρυματικές κοινωνικές υπηρεσίες και προγράμματα είναι επίσης απαραίτητα, προκειμένου να βοηθήσουν τον υπερήλικα να παρατείνει την κοινωνική λειτουργία του και να καθυστερήσει την εισαγωγή του στο ίδρυμα, καθιστώντας – όταν αυτό γίνει αναπόφευκτο – την μετάβαση του από την ζωή στην κοινότητα, στο ίδρυμα βαθμιαία και πιο ομαλή.

Κάνοντας μια σύντομη αναδρομή στο παρελθόν, από την εποχή της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας εμφανίζονται, σε διάφορες βαθμίδες, κρατικές υπηρεσίες για την περίθαλψη των ηλικιωμένων. Στην Αγγλία το 1601 ψηφίστηκε ο Πτωχικός Νόμος, ο οποίος αναγνώριζε την ευθύνη του κράτους για την προστασία των ηλικιωμένων, αν και στην ουσία οι τοπικές εκκλησιαστικές ενορίες είχαν επωμιστεί το βάρος των κοινωνικών προγραμμάτων. Με τροποποίηση σε αυτόν τον νόμο το 1834 καθιερώθηκε η στεγαστική αποκατάσταση των απόρων και των ηλικιωμένων και 1925 εισήχθη στην Αγγλία ο θεσμός των κοινωνικών ασφαλίσεων. Το 1940 τα προγράμματα προστασίας των ηλικιωμένων περιλήφθηκαν στο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας της χώρας.

Το 1880 ο Μπίσμαρκ εισήγαγε στη Γερμανία τον θεσμό της συνταξιοδότησης των ηλικιωμένων, ο οποίος έγινε υπόδειγμα για πολλές άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Σήμερα περισσότερα από 100 κράτη έχουν θεσπίσει κάποια μορφή προγραμμάτων για την προστασία των ηλικιωμένων. Οι ΗΠΑ υπήρξαν ένα από τα τελευταία έθνη που εισήγαγαν τέτοια προγράμματα. Από το 1935, οπότε ψηφίστηκε ο νόμος για τη σύσταση της κοινωνικής ασφάλισης, καταβάλλονται συντάξεις γήρατος, το επίπεδο τους όμως, είναι αρκετά χαμηλό.

Στην χώρα μας, η πρόνοια υπέρ των ηλικιωμένων εμφανίζεται από την αρχαία Ελλάδα και αναπτύσσεται ιδιαίτερα στους βυζαντινούς χρόνους. Σήμερα, πέρα από τη συνταξιοδότηση των ηλικιωμένων εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα, τόσο περίθαλψης όσο και αξιοποίησης των παραγωγικών δυνατοτήτων της τρίτης ηλικίας.

Η εργασία αυτή αποτελεί περιγραφική μελέτη, του βαθμού συμπαράστασης και φροντίδας στα άτομα της τρίτης ηλικίας κατά την παραμονή τους στην κοινότητα ή την διαμονή τους στο γηροκομείο και της παροχής υπηρεσιών στα άτομα αυτά και στις οικογένειές τους ώστε να παραμείνουν στην κοινότητα.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στο να επικοινωνήσει τους στόχους που πρέπει να έχουμε σαν κοινωνία για την Τρίτη Ηλικία αλλά και να ενθαρρύνει ευρύτερα την ανάπτυξη των κοινωνικών κέντρων όπου και υλοποιούνται τα αντίστοιχα προγράμματα με σκοπό την συμμετοχή πολιτών από όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Επιπλέον, φιλοδοξεί να αποτελέσει ένα εργαλείο για την ανάπτυξη σημαντικών συνεργασιών μεταξύ των εμπλεκόμενων με την Τρίτη ηλικία υπηρεσιών με σκοπό να εργαστούν από κοινού και να ξεκινήσουν δράσεις όσο το δυνατό περισσότερο μέσα στην κοινότητα.

Ειδικότερα για τους ηλικιωμένους οφείλουμε να παρέχουμε σαν κοινωνία, την δυνατότητα επιλογής υπηρεσιών και παροχών όπως επίσης και να τους δώσουμε τη δυνατότητα να έχουν τη δική τους φωνή για τα πράγματα που τους αφορούν.

Ορισμοί Βασικότερων Όρων

Τρίτη Ηλικία

Όλα τα άτομα άνω των 65 ετών ανήκουν τυπικά στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας. (Εμκε–Πουλοπούλου, Η., (1999).

Κοινωνική πολιτική

Η **κοινωνική πολιτική** περιλαμβάνει όλες σχεδόν τις δραστηριότητες του κράτους που αποβλέπουν στην εξυπηρέτηση του συνόλου. Η κοινωνική πολιτική ασχολείται με την πολιτική αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων εξετάζοντας τις οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και πολιτιστικές τους διαστάσεις. Επιμέρους τομείς της κοινωνικής πολιτικής είναι: η υγεία, η κατοικία, η εργασιακή απασχόληση, η κοινωνική ασφάλιση, η κοινωνική πρόνοια (Εμκε–Πουλοπούλου, Η., (1999).

Άνοια

Η άνοια είναι μια επίκτητη και εμμένουσα έκπτωση των διανοητικών ικανοτήτων, που επηρεάζει πολλαπλά γνωστικά πεδία, και είναι αρκετά σοβαρή ώστε να δημιουργεί πρόβλημα στην καθημερινή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του ατόμου. (<http://www.psy.net.gr/>)

N. Αλτσχάιμερ

Η **N. Alzheimer** ανήκει στις εκφυλιστικές νόσους του Κ.Ν.Σ. που εμφανίζονται κατά την τρίτη ηλικία. Το 5% των ατόμων άνω των 65 και το 20% άνω των 80 έχουν N. Alzheimer - η δεύτερη πιο συχνή πάθηση στην ηλικία των 80 μετά τις αρθρίτιδες. (<http://www.psy.net.gr/>)

N. Κρουτσφέλντ-Τζάκομπ

Η Νόσος Κρουτσφέλντ-Τζάκομπ είναι μια εξαιρετικά σπάνια, θανατηφόρα εγκεφαλική διαταραχή που προκαλείται από ένα στοιχείο πρωτεΐνης που λέγεται προϊός. Στα πρόωρα συμπτώματα περιλαμβάνονται φθίνουσα μνήμη και έλλειψη συντονισμού. Καθώς αυτή η ασθένεια εξελίσσεται, συνήθως πολύ ραγδαία, η διανοητική επιδείνωση γίνεται έκδηλη, εμφανίζονται ακούσιες σωματικές κινήσεις και το άτομο μπορεί να τυφλωθεί, να παρουσιάσει αδυναμία στα χέρια ή πόδια και τελικά να πέσει σε κώμα. (<http://www.psy.net.gr/>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Η τρίτη ηλικία αφορά άτομα άνω των 60-65 ετών που είναι σε θέση, εφόσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και οικονομική ζωή.

Η τέταρτη ηλικία περιλαμβάνει άτομα ηλικιωμένα, συνήθως άνω των 80 ετών και άνω, που σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται.

Επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις ακόλουθες διαπιστώσεις:

α) Τα γηρατειά αρχίζουν από τη γέννηση και από βιοϊατρική άποψη ακόμη νωρίτερα και είναι μία διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

β) Μεγάλες διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Για κάθε άνθρωπο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια, διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικές συνέπειες.

γ) Οι διαφορές που παρατηρούνται αυξάνονται όσο προχωρεί η ηλικία.

δ) Το όριο που χωρίζει τη μέση ηλικία από τα γηρατειά δεν είναι ξεκάθαρο.

ε) Ένα όριο ηλικίας συνταξιοδότησης κοινό για όλους δεν λαμβάνει υπόψη τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν στα άτομα.

1.2 Δημογραφικές εξελίξεις

Το 2050 το 19% των ανθρώπων θα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών. Ο πληθυσμός της Γης γερνά τόσο γρήγορα που οι ηλικιωμένοι θα ξεπεράσουν σε αριθμό τα παιδιά για πρώτη φορά στην ιστορία του ανθρώπινου γένους μέχρι το 2050, υποστηρίζει σε έκθεσή του ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών.

Το 2050 οι άνθρωποι ηλικίας άνω των 60 ετών θα φτάνουν σχεδόν τα δύο δισεκατομμύρια, ξεπερνώντας όσους θα είναι κάτω των 15 χρονών. Η έκθεση αυτή συντάχθηκε με την ευκαιρία της 2^{ης} Παγκόσμιας Συνόδου για το Γήρας που θα γίνει στη Μαδρίτη τον Απρίλιο. Η πρώτη σύνοδος είχε γίνει στη Βιέννη το 1982. Τα άτομα τρίτης ηλικίας, η πληθυσμιακή ομάδα που αυξάνεται γρηγορότερα από όλες τις υπόλοιπες, φτάνουν σήμερα τα 629 εκατομμύρια, δηλαδή ένας στους δέκα ανθρώπους θεωρείται ηλικιωμένος. Οι άνω των 80 ετών αποτελούν σήμερα το 12% του πληθυσμού του πλανήτη. Εκτιμάται ότι το 2050 το 19% των ανθρώπων θα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών. Ο αριθμός των αιωνόβιων

αναμένεται επίσης να αυξηθεί κατά 15 φορές, από 210.000 σήμερα στα 3,2 εκατομμύρια μέσα στα επόμενα 48 χρόνια. Τέλος, σύμφωνα με την έκθεση, οι γυναίκες της τρίτης ηλικίας είναι πολύ περισσότερες από τους άνδρες, αφού σε κάθε 100 ηλικιωμένες γυναίκες αντιστοιχούν 81 άνδρες.

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνοιακές, και υγειονομικές προεκτάσεις. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η δραματική πτώση της γεννητικότητας, έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μία από τα πλέον γηρασμένες χώρες του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Ενώ στις ΗΠΑ, η αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών, στο σύνολο του πληθυσμού, είναι 16,5%, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 22,3%. Το έτος 2030, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών, στη χώρα μας, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), θα αυξηθεί κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου.

Η φθίνουσα γονιμότητα και η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας. Οι παππούδες και οι γιαγιάδες σήμερα κοντεύουν να ξεπεράσουν αριθμητικά τα παιδιά.

Σήμερα, σε εκατό παιδιά κάτω των 15 ετών αναλογούν 71 άτομα άνω των 65 χρόνων. Το έτος 2020, σύμφωνα με σχετική έρευνα του ΕΚΚΕ, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι όσο και των νέων.

Παλαιότερα, το έτος 1853, το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 3,2% και των νέων κάτω των 15 ετών 41,2%.

Οι πιο γηρασμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%.

Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία.

Σήμερα, ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων απ' ότι στο παρελθόν. Παράλληλα με αυτή την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων.

Η υπογεννητικότητα αποτελεί κυρίαρχο σύγχρονο πρόβλημα που συνδέεται με την αστικοποίηση του πληθυσμού και τη συγκέντρωσή του στις πόλεις, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, την έλλειψη κατάλληλης υποδομής σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, την ανεπάρκεια των οικογενειακών επιδομάτων και γενικότερα στη διαφοροποίηση των κοινωνικών αξιών. Οι παραπάνω διαπιστώσεις, έχουν δραματικές συνέπειες για την ηλικιακή υπόσταση του πληθυσμού.

Ένα έθνος που δεν είναι σε θέση να ανανεώνει τον πληθυσμό του είναι καταδικασμένο να εξαφανιστεί. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι καταλυτικά αρνητικές για την οικονομία, τα ασφαλιστικά σύστημα, την κοινωνική πρόνοια και υγεία, την εθνική άμυνα, την προοπτική επιβίωσής του σ' ένα περιβάλλον γειτονιάς, όπου χώρες όπως η Τουρκία γιγαντώνονται πληθυσμιακά.

Στην τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα, ο ελληνικός πληθυσμός θα σημείωνε επικίνδυνη στασιμότητα, αν δε μεσολαβούσε η ορμητική εισροή 200.000 περίπου ομοεθνών παλιννοστούντων και προσφύγων και 650.000 περίπου αλλοεθνών και ξένων λαθρομεταναστών που αναλογούν συνολικά στο 8,5% του πληθυσμού. Η μετατροπή της χώρας από τόπο εξαγωγής σε κέντρο εισαγωγής μεταναστών, αποτελεί ένα σοβαρότατο νέο δεδομένο που ανατρέπει πολλά από τα παλαιότερα κοινωνικά, ηλικιακά, οικονομικά κι εθνικά της χαρακτηριστικά. Αυτή η καινοφανής εξέλιξη συνδέεται άμεσα με την οξύτατη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υποκατάσταση του εγχώριου εργατικού δυναμικού ελληνικής καταγωγής, από εργαζόμενους ξένης υπηκοότητας.

Οι παράγοντες της δημογραφικής γήρανσης βρίσκονται στις συνιστώσες δυνάμεις της δημογραφικής μεταβολής, δηλαδή, στην θνησιμότητα, τη γεννητικότητα, την εξωτερική μεταναστευτική κίνηση και την εσωτερική μετανάστευση. Στην κατά χρόνο παρατηρούμενη αύξηση της γήρανσης, επέδρασαν οι εξής παράγοντες:

- Ø η μείωση της θνησιμότητας και η επιμήκυνση της ζωής («γήρανση από την κορυφή»).
- Ø η μείωση της γεννητικότητας, από την οποία ενσωματώθηκαν στα κατώτερα κλιμάκια ηλικιών, ελλειμματικές γενεές και συρρίκνωσαν την πυραμίδα του πληθυσμού στις νέες ηλικίες («γήρανση από την βάση»).
- Ø η εξωτερική μεταναστευτική κίνηση, η οποία με την αποδημία αφαίρεσε από τις παραγωγικές και αναπαραγωγικές κυρίως ηλικίες νέους και συρρίκνωσε την πυραμίδα του πληθυσμού στις ηλικίες αυτές, ενώ με την παλιννόστηση πρόσθεσε κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες πληθυσμό.
- Ø ειδικότερα, η εισροή αλλοδαπών βραχυχρονίως φαίνεται ότι διογκώνει τον πληθυσμό στις παραγωγικές ηλικίες, πράγμα το

οποίο ερμηνεύεται ως ανασταλτικό της γήρανσης του πληθυσμού (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999).

Η γήρανση του πληθυσμού, αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά θέματα που έχουμε να αντιμετωπίσουμε στον 21ο αιώνα. Είναι γνωστές οι εξελίξεις που σηματοδεύονται από το φαινόμενο της αντίστροφης πυραμίδας των γενεών.

Η γήρανση του πληθυσμού μας φέρνει αντιμέτωπους με ένα ευρύ φάσμα σοβαρών θεμάτων όπως (Βιολάκη-Παρασκευά Μ., 1989):

- Ø Η κοινωνική ασφάλιση και η υγεία
- Ø Η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών
- Ø Η διασφάλιση της ισότητας και της αυτονομίας του ηλικιωμένου
- Ø Η συνεχής βελτίωση ενός δικτύου αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης για την Τρίτη Ηλικία.

Σημαντικό ρόλο σ' αυτό το θέμα της Τρίτης Ηλικίας δεν έχει μόνο το κράτος, αλλά και :

- Ø Η οικογένεια και γενικά το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον
- Ø Η κοινότητα με ιδιαίτερη αναφορά στην εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης και της τοπικής κοινωνίας, και
- Ø Οι εθελοντικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις.

Χρειάζονται τρόποι για να ενδυναμωθεί η προσφορά και γενικά η εμπλοκή των τριών αυτών παραγόντων στο θέμα των ηλικιωμένων. Και έχουν γίνει βήματα προόδου. Γύρω από αυτούς τους άξονες κινείται ο γενικότερος προβληματισμός και διαμορφώνονται οι σχετικές πολιτικές στις Ευρωπαϊκές χώρες. Η κατάσταση βελτιώνεται σταδιακά.

Τα ΚΑΠΗ είναι ένας επιτυχημένος θεσμός στην αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης, Τα Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες σε πανελλήνια κλίμακα και καλύπτουν ανάγκες κοινωνικής φροντίδας σε μη εξυπηρετούμενους μοναχικούς ηλικιωμένους,

Τα ΚΗΦΗ (Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων), όπου αυτά λειτουργούν, είναι μικρές αξιόλογες μονάδες ημερήσιας νοσηλείας.

Τα Ενοριακά Προγράμματα Σίτισης Απόρων Ηλικιωμένων που ανήκουν στη δραστηριότητα της Εκκλησίας , αναφέρονται ενδεικτικά στις αξιόλογες Εθελοντικές δραστηριότητες και προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στους μοναχικούς ηλικιωμένους που βιώνουν την απόλυτη εγκατάλειψη.

Στόχος κάθε οργανωμένης κοινωνίας πρέπει να είναι η διασφάλιση μίας «υγιούς γήρανσης» για τους πολίτες τους. Υγιής γήρανση είναι η διατήρηση καλής ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου με εξασφάλιση της

αυτονομίας του και της αυτάρκειάς του, και η προστασία του σε περίπτωση που αρρωστήσει.

Επισημαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου, και πρέπει να τους φροντίζουμε όπως φροντίζουμε και τις άλλες ομάδες ηλικιών, κάτι που θα βγάλει τον ηλικιωμένο από την απομόνωσή του και το αίσθημα μοναξιάς.

Σε αυτήν την κοινωνία που οραματιζόμαστε, οι άνθρωποι της Τρίτης Ηλικίας έχουν και λόγο και ρόλο. Άνω των 60 ετών είναι σήμερα ο ένας στους τέσσερις Έλληνες ενώ το 2050 το ποσοστό αναμένεται να φθάσει το 41%.

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι σε θέση να απολαύσουν πλήρως τη ζωή όταν η κοινωνία τους προσφέρει στοιχειωδώς δυνατότητες και διευκολύνσεις.

Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας πλέον, μετά τον Ν.3106 / 10-02-2003, με τη σύσταση σε αυτά Αυτοτελούς Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών, είναι σε μία άοκνη προσπάθεια ως προς τη διερεύνηση των Κοινωνικών αναγκών και των κοινωνικών προβλημάτων σε επίπεδο Περιφέρειας, το σχεδιασμό και την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας, και για την ανακούφιση της Τρίτης Ηλικίας.

1.3 Δικαιώματα και υποχρεώσεις ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του ΟΗΕ της Ευρωπαϊκής ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμα και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματά τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Τα περισσότερα κείμενα περιέχουν αμέσως ή εμμέσως την αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων.

Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Τα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης της ΕΟΚ που παρέχουν ελευθερία κίνησης για τους εργαζόμενους και τους αυτοαπασχολούμενους, συνεπάγονται το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη στις οποίες εξακολουθούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα: το δικαίωμα διαμονής πρέπει να χορηγείται και σε όσους έχουν παύσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μία κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του/της επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενο για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από φυλή, φύλο, ηλικία, αναπηρία ή θρησκεία. Σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ αναφέρεται σε "επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση".

Κύριο αίτημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και οι δυσκολίες που έχουν στην εξεύρεση εργασίας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος αναφέρεται εκτός από τα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση

σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους κλπ.

Όσον αφορά τις υποχρεώσεις-ευθύνες των ηλικιωμένων όσο το επιτρέπει η υγεία τους και η προσωπική τους κατάσταση είναι:

1ο. Να παραμείνουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι.

2ο. Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.

3ο. Να επωφελούνται από την εκπαίδευση και την ειδίκευση.

4ο. Να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση.

5ο. Να ενημερώνουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητές τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης.

6ο. Να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν.

7ο. Να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές.

8ο. Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας.

9ο. Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα.

10ο. Να αποφασίζουν για την περίθαλψή τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια

Η ισχύουσα νομοθεσία δηλαδή το Ποινικό και Αστικό Δίκαιο καθώς και η σχετική νομολογία καλύπτουν τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη σε περίπτωση ασθένειας. Τα δικαιώματα όλων των ασθενών και επομένως και των υπερηλίκων είναι:

Ø Η ενημέρωση για την πραγματική κατάσταση της υγείας τους για την ιατρική διάγνωση και θεραπεία.

Ø Η συμμετοχή στο σχεδιασμό της θεραπείας και της φροντίδας.

Ø Η άρνηση του υπερήλικα για συμμετοχή σε πειραματική έρευνα.

Ø Το δικαίωμα να μην υποβάλλεται σε χειρουργικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις χωρίς πλήρη ενημέρωση για τους κινδύνους που διατρέχει και χωρίς την έγγραφη συγκατάθεσή του που μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσει.

Ø Η προσωπική ρύθμιση οικονομικών υποθέσεων.

Ø Η τήρηση του ιατρικού και νοσηλευτικού απορρήτου (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1994).

1.4 Η κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Υπηρεσίες που απευθύνονται μόνο στους ηλικιωμένους παρέχονται στην Ελλάδα από το κράτος, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και την ιδιωτική επιχειρηματική πρωτοβουλία (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999). Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην Τρίτη ηλικία επικεντρώνεται κυρίως στη θεραπεία και στην περίθαλψη και λιγότερο στην πρόληψη. Έτσι, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας σε αυτή την ηλικία στρέφεται στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αντίθετα με ότι συμβαίνει στις νεαρότερες συνήθως ηλικίες, των οποίων ο κύριος όγκος ζήτησης στρέφεται στις προληπτικές υπηρεσίες (Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., 1993).

Ειδικά στην Ελλάδα είναι έντονη η έλλειψη κλινών αποθεραπείας μέσης ή μακράς νοσηλείας. Έτσι, για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων, είτε παρατείνεται η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία, είτε οι ηλικιωμένοι κατευθύνονται σε μικρές ιδιωτικές κλινικές (Νιάκας Δ., και Μπεαζόγλου Τ., 1993). Κατά συνέπεια, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους προκαλεί ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη νέου τύπου κοινωνικών υπηρεσιών για την πρόληψη και υποστηρικτική θεραπεία, καθώς και η αύξηση του αριθμού των γηριατρικών κρεβατιών, σε συνεργασία πάντοτε με την τοπική αυτοδιοίκηση.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες να αναπτυχθούν πολιτικές για τους ηλικιωμένους με στόχους:

- Ø Την διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης,
- Ø Την αναβάθμιση και τον εμπλουτισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας
- Ø Την ενίσχυση των οικογενειακών πολιτικών (άτυπα δίκτυα φροντίδας),
- Ø Την προώθηση της ενεργού συμμετοχής των ατόμων τρίτης ηλικίας, όπως και την παροχή δυνατοτήτων για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους,
- Ø Την διασύνδεση των επιμέρους προνοιακών πολιτικών και προγραμμάτων.
- Ø Την ενθάρρυνση της τοπικής αποκεντρωμένης και μικρής κλίμακας λειτουργίας (Νιάκας Δ., και Μπεαζόγλου Τ., 1993)

Οι τύποι φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα που έχουν διαμορφωθεί στην προσπάθεια να βρεθούν οι πιο σωστές επιλογές για την φροντίδα των ηλικιωμένων είναι (Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., Μπουρσανίδης Χ., 1991):

Η Άτυπη Φροντίδα (Informal Care) η οποία προσφέρεται περιστασιακά ή μόνιμα από άτομα που δεν είναι επαγγελματίες, αλλά είναι συνήθως συγγενείς ή φίλοι. Η μορφή αυτή αποτελεί ακόμα το στήριγμα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα έχει ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων που ζουν μαζί ή κοντά στα παιδιά τους, ή έχουν άλλους συγγενείς και η συχνή επαφή και φροντίδα με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται. Λέγεται ότι το 56% των ηλικιωμένων ζουν με τα παιδιά τους ή πού κοντά και το 82% έχουν συχνή επαφή με τους συγγενείς τους. Οι φίλοι και οι γείτονες παρέχουν επίσης βοήθεια και υποστηρίζουν εκείνους τους ηλικιωμένους που δεν ζουν κοντά με τις οικογένειες τους (Giarchi, G., 1996). Στην Ελλάδα η μορφή αυτή της φροντίδας, θεωρείται υποχρέωση για τα παιδιά των ηλικιωμένων γονιών και το κράτος φροντίζει μόνο τον ηλικιωμένο που είναι μη αυτοεξυπηρετούμενος και ζει μόνος του.

Η οικιακή φροντίδα (Domiciliary Care): Είναι οι υπηρεσίες που προσφέρονται από φορείς και άτομα στα πλαίσια των κοινωνικών υπηρεσιών, εθελοντικών οργανισμών χωρίς όμως να αποκλείεται και η συνεργασία των συγγενών και φίλων. Σκοπός αυτών των υπηρεσιών είναι να παραμείνει ο ηλικιωμένος σπίτι του, να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η πιθανότητα εισαγωγής του σε κάποιο γηροκομείο, με το να του εξασφαλίζει αξιοπρεπείς και υγιείς συνθήκες ζωής, βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα της ζωής του.

Όλοι οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να παραμείνουν όσο το δυνατόν περισσότερο στο σπίτι τους, στη γειτονία τους. Η παραμονή στο σπίτι επιτρέπει την καλύτερη χρήση των πόρων της κοινότητας γιατί δίνει την δυνατότητα να αναπτυχθεί το άτυπο σύστημα φροντίδας, αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών καθώς και η αυτοβοήθεια και αλληλοβοήθεια μεταξύ αυτών που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα. Η πολιτική της παραμονής των υπερήλικων στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, αν και δεν λύνει όλα τα προβλήματα, ανταποκρίνεται στην επιθυμία των περισσότερων ηλικιωμένων (Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, (1994).

Ειδικότερα, τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κατ' οίκον Νοσηλεία», αποσκοπούν στην παροχή βοήθειας, ώστε να παραμείνει ο ηλικιωμένος στο σπίτι του και να απολαμβάνει ένα καλό επίπεδο ζωής, στην παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του ηλικιωμένου και στην έγκαιρη επέμβαση για παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη ψυχολογική του υποστήριξη (Χαλαστάνη Β., 1993).

Η ιδρυματική φροντίδα (Residential Care) Είναι το είδος της φροντίδας που περιλαμβάνει την κλειστή περίθαλψη που παρέχεται από κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς. Όταν η οικογένεια δεν είναι ικανή να φροντίσει τους ηλικιωμένους της και δεν υπάρχει καμία άλλη λύση, η

οικογένεια επιλέγει να στείλει τον ηλικιωμένο σε κάποιο ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, αλλά έχοντας το στίγμα ότι εγκατέλειψε τον ηλικιωμένο.

Σήμερα διαπιστώνεται ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται στον ηλικιωμένο, έχουν διευρυνθεί και συμπληρωθεί με υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι. Υπάρχει συνεχής απομάκρυνση από τη νοσοκομειακή ή την ιδρυματική φροντίδα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και αυτές δεν εφαρμόζονται όταν πρέπει. Καταβάλλεται επίσης προσπάθεια για την εύκολη πρόσβαση σε εναλλακτικές υπηρεσίες, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τις επιθυμίες των ατόμων και διατηρούν την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων.

Ο νέος τρόπος αντιμετώπισης θεωρεί ως προτεραιότητα την επέκταση της θεραπείας και της πρόληψης προβλημάτων, για τα οποία μέχρι σήμερα δεν υπήρχαν προγράμματα. Ο γενικός στόχος είναι η απομάκρυνση από το «κλινικό» μοντέλο και η υιοθέτηση του «κοινωνικού» μοντέλου, το οποίο αναπτύσσεται κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Η επιτυχία του κοινωνικού και τοπικού προσανατολισμού βοηθά να περιοριστεί στο ελάχιστο η προσφυγή σε ιδρυματική ή νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι γίνεται εξοικονόμηση πόρων και αποφεύγεται η ιδρυματική αντιμετώπιση. Η διατήρηση ενός ενεργού ρόλου του ηλικιωμένου στην κοινωνία για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, σημαίνει ότι θα παραμείνουν ανεξάρτητοι στο δικό τους περιβάλλον και με αυτή την έννοια, υπάρχει μια μετατόπιση από την μόνιμη φιλοξενία σε ιδρύματα σε μια ανοικτή προστασία (Giarchi, G., 1996; Nijikamp P., Vollerling A., 1991).

Το πρώτο πρόγραμμα που αναπτύχθηκε κάτω από τις νέες αντιλήψεις, ήταν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) κατά τη δεκαετία του 1980. Είναι αποδεδειγμένο ότι η μακρόχρονη παρουσία των ΚΑΠΗ στον ελληνικό χώρο έχει επιδράσει θετικά στην καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων. Τη δεκαετία του 1990 ξεκίνησε να δίνεται έμφαση στις οικογενειακές πολιτικές, αφού άρχισαν να εμφανίζονται φαινόμενα αποδόμησης στο θεσμό της οικογένειας. Ταυτόχρονα, δοκιμάστηκε και εφαρμόστηκε επιτυχώς το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι για τους ηλικιωμένους που στερούνται οικογένειας, ή μένουν μακριά ή είναι αποκομμένοι από αυτήν, με στόχο την παροχή φροντίδας στο σπίτι των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα στους αδύνατους ή μοναχικούς, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και να διατηρηθεί η αυτονομία και η ανεξαρτησία τους.

1.5 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα αν ζουν στις αναπτυσσόμενες ή αναπτυγμένες χώρες, στην οικογένεια ή σε κάποιο ίδρυμα, είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών.

Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από:

~ **Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς «φιλανθρωπία».**

~ **Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι απαραίτητοι, ή ότι είναι βάρος στους άλλους.** Η σιγουριά και η ασφάλεια που αισθάνονται οι ηλικιωμένοι ζώντας κοντά στα παιδιά τους και στα εγγόνια τους, βοηθάνε ώστε να αποφευχθεί η αποσύνθεση της προσωπικότητάς τους, ενώ συγχρόνως τους δίνουν κουράγιο να αντιμετωπίσουν και να δεχθούν ομαλά την τελευταία αυτή φάση της ζωής τους.

~ **Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη** με σεβασμό στην προσωπικότητά τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους. Στην Ελλάδα δε λειτουργούν εξειδικευμένες γηριατρικές μονάδες, με συνέπεια οι ηλικιωμένοι να εξυπηρετούνται από τις γενικές υγειονομικές υπηρεσίες. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που παρέχεται στους ηλικιωμένους αγρότες μέσω των Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατειρών, στους συνταξιούχους του Ι.Κ.Α., του Τ.Ε.Β.Ε. και των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών μέσω των υπηρεσιών τους και στους συνταξιούχους του δημοσίου μέσω των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών, καλύπτει τις άμεσες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων, απέχει όμως σημαντικά από ένα πλήρες και σωστά οργανωμένο υγειονομικό σύστημα, που να ανταποκρίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στις σύγχρονες ιατροκοινωνικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας στη χώρα μας (Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α., 1999).

~ **Ψυχαγωγία, δραστηριότητα, απασχόληση,** αίσθημα ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι είναι απαραίτητοι, ότι προσφέρουν και αναγνωρίζεται η προσφορά τους τόσο από την οικογένεια του όσο και

από την κοινωνία. Ως προς την ψυχαγωγία, οι ηλικιωμένοι που δε βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα, συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και στις δραστηριότητες διάφορων σωματείων ή οργανώσεων. Ένα μεγάλο όμως μέρος των ηλικιωμένων, δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Στις περιπτώσεις αυτές τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Υπερηλίκων (Κ.Α.Π.Η.) παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας, ανεβάζοντας θεατρικά έργα, παρουσιάζοντας μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές.

~ **Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν**, αίσθημα ότι λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις και στις εξελίξεις που τους αφορούν ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων και ότι έχουν τη δυνατότητα επιλογής και ελέγχου πάνω στη ζωή και στη μοίρα τους.

~ **Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.** Η κατ' οίκον φροντίδα από ειδικές υπηρεσίες, αποτρέπει την εισαγωγή των ηλικιωμένων σε ιδρύματα ή ελαχιστοποιεί το χρόνο της νοσοκομειακής τους περίθαλψης, ενώ παράλληλα τους προσφέρει μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η παρεχόμενη κατ' οίκον φροντίδα δεν πρέπει να ακολουθεί σταθερό πρόγραμμα, αλλά πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζει κατά περίπτωση ο κάθε υπερήλικας.

~ **Σεβασμό και αναγνώριση των δικαιωμάτων τους**, σεβασμό της προσωπικότητάς τους, της ελευθερίας τους, αυτοσεβασμό και αυτονομία, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό, χωρίς καμία διάκριση από τα άλλα άτομα των άλλων ηλικιών και ίση μεταχείριση σε όλους τους τομείς.

~ **Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους.** Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται κάποιο τρίτο άτομο και βοήθεια στην κίνηση τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο, κτλ. Εφόσον όμως, διαθέτουν τα απαραίτητα για την μετακίνηση τους βοηθήματα και εφόσον διαμορφωθούν οι χώροι και η επίπλωση του σπιτιού τους σύμφωνα με τις ανάγκες τους, τότε έχουν περισσότερες πιθανότητες να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους.

~ **Εκπαίδευση, επικοινωνία, κοινωνικές επαφές, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες** και όχι στον αποκλεισμό, στην απομόνωση και την απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα.

~ **Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια**, απολαμβάνοντας όσα απέκτησαν τόσα χρόνια, στον οικείο χώρο τους ανάμεσα σε αγαπημένα τους πρόσωπα, αναγνωρίζοντας την μακρόχρονη και συνεχή προσφορά τους τόσο προς την οικογένεια τους, όσο και προς το Κράτος.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη.

Μερικά παραδείγματα (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999): οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για αυτοκατανάλωση τους. Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή : για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας.

Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύσουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους.

Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν πιο ακριβά γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες.

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο όμως πολλές άλλες ανάγκες τους δεν καλύπτονται. Όπως είναι οι βασικές οικονομικές ανάγκες, που δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού ουσιώδης και μερικές φορές μοναδικός πόρος ζωής των

ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα.

Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη. Οι ενδιαφερόμενοι συχνά δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται, τις υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας και τις διάφορες παροχές που προσφέρουν το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και μη κυβερνητικές οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους- άρρωστους και τις οικογένειες τους.

1.6 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται, κατά κύριο λόγο, ως επιβαρυντικοί παράγοντες και ως μη αποδοτικοί παραγωγικά, με αποτέλεσμα να τίθενται έμμεσα ή άμεσα στο κοινωνικό περιθώριο. Οι καταστάσεις αυτές τους ωθούν συνήθως σε δογματισμούς, σε δυσπροσαρμοστία και σε επιφυλακτικότητα, απέναντι σε κάθε νέα ιδέα, σχέση ή συνήθεια.

Στην πραγματικότητα όμως, η μεγάλη ηλικία δεν δημιουργεί πάντοτε προβλήματα. Πολλά άτομα μεγάλης ηλικίας για παράδειγμα, δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας, ενώ άτομα πολύ νεότερα μπορεί να εμφανίζουν φυσιολογικά και ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με τα γηρατειά. Εξ άλλου είναι δυνατόν να παραμείνει κανείς πολύ δραστήριος σε μεγάλη ηλικία, ακόμα και να εργάζεται με αμειβόμενη απασχόληση, ενώ υπάρχουν νέοι που για διάφορους λόγους δεν εργάζονται.

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στα γηρατειά είναι συχνά συνέπεια των χαρακτηριστικών που απέκτησαν οι ηλικιωμένοι στην προηγούμενη ζωή τους όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, η οικονομική κατάσταση, η υγεία, η οποία συνδέεται με τον τρόπο ζωής. Οι ενήλικες της τελευταίας δεκαετίας του 20ού αιώνα έχουν ήδη αποκτήσει ορισμένα χαρακτηριστικά που θα κάνουν πιο παραγωγικά και αυτόνομα τα γηρατειά τους. Εξ άλλου οι νεότεροι έχουν ορισμένες συνήθειες π.χ. κάπνισμα, «σφηνάκια» κλπ, που αν δεν αλλάξουν θα έχουν επιπτώσεις

στην υγεία και τη μακροβιότητα των ηλικιωμένων του μέλλοντος (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999).

Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι :

~ **Η μοναξιά** : η απώλεια στενών συγγενών όπως αδελφών, εξαδέλφων και κυρίως του ή της συζύγου, δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα στενεύει και ο κύκλος των φίλων και γνωστών. Δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που είτε ζουν στις μεγάλες πόλεις μακριά ή χωρίς οικογένεια, είτε διαμένουν σε απομονωμένα χωριά ή σε περιοχές όπου σημειώθηκε μεγάλη μετανάστευση και βιώνουν έντονα την αποξένωση, την έλλειψη συναισθηματικής συμπαράστασης, και τη μοναξιά. Η μοναξιά επίσης μεγαλώνει καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου, ο οποίος δεν παύει να αποτελεί και μια πηγή φόβου και άγχους.

~ **Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο** : οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των ηλικιωμένων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών τους από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους, όσο και το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον. Ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων μη έχοντας τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι, στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Συχνά, οι πενιχρές συντάξεις που δίδονται στους ηλικιωμένους, τους αναγκάζουν να ζουν σε συνθήκες οικονομικής ανέχειας.

~ **Η στέγαση** : η διαμόρφωση των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου, αναγκάζει τους υπερήλικες να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους¹⁶. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα (παλαιά, δώροφα, με εσωτερική σκάλα, πολύ μικρή τουαλέτα και μικρά δωμάτια, δίχως θέρμανση και δίχως στοιχειώδη οικιακό εξοπλισμό) με αποτέλεσμα να γίνεται ακόμα δυσκολότερη η ζωή τους. Η διαβίωση τους σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα.

~ **Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης** : τα αποτελέσματα σειράς ερευνών, που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες του κόσμου, έχουν οδηγήσει στην διαπίστωση ότι τα ποσοστά των υπερηλικών και των μεσηλικών που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά.¹² Έτσι, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης,

περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων και οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση, αφού εμποδίζει τους αναλφάβητους να συντάξουν κάποιο γράμμα, να παρακολουθήσουν τα μη μεταγλωττισμένα προγράμματα της τηλεόρασης (καθώς δυσκολεύονται να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων), ή ακόμα να διαβάσουν τις οδηγίες κάποιου φαρμακευτικού παρασκευάσματος.

~ **Οι δυσκολίες στην επικοινωνία :** το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων που προαναφέρθηκε, σε συνδυασμό με τη γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των νέων, δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία των ηλικιωμένων με άτομα νεαρότερης ηλικίας, όπως φίλους, συγγενείς, αγαπημένα πρόσωπα, όπως επίσης και με τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας. Οι δυσκολίες που συναντούν οι ηλικιωμένοι στην κατανόηση των στάσεων και της συμπεριφοράς των νεότερων κοινωνικών ομάδων που τους περιβάλλουν, τους εμποδίζουν να δημιουργήσουν ικανοποιητικές σχέσεις και τους καταδικάζουν στην αποξένωση και την απομόνωση.

~ **Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους :**

η κοινωνία συχνά φέρεται πατερναλιστικά, βλέπει τον ηλικιωμένο με συγκατάβαση ή τον θεωρεί βάρος. Πολλές φορές επίσης, η κοινωνία θεωρεί ότι ο ηλικιωμένος πρέπει να αποτελεί παράδειγμα αρετής και του έχει προσδώσει την εξαγνισμένη εικόνα του ασπρομάλλη και σεβάσμιου Σοφού, με πλούσιες εμπειρίες και σκέψεις που ξεπερνάνε τα κοινά ανθρώπινα προβλήματα. Αν αποκλίνει απ' αυτό το πρότυπο, ξεπέφτει από το ύψος του. Η αντίθετη όψη του νομίσματος είναι ο γερο-ξεμωραμένος, που γελάνε τα παιδιά μαζί του . Έτσι κι αλλιώς , είτε με την αρετή είτε με την υποβάθμιση τους, οι ηλικιωμένοι δεν ανήκουν στην ανθρωπότητα (Σιμόν Ντε Μπωβουάρ, 1980).

~ **Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων :** οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν ομάδα με κοινωνική δύναμη και δεν έχουν τρόπο να επιβάλουν τα δικαιώματά τους . Συχνά, αν οι ηλικιωμένοι δείξουν πως έχουν τις ίδιες επιθυμίες, τα ίδια αισθήματα και τις ίδιες ανάγκες με τους νέους, ο κόσμος τους αποστρέφεται. Ο έρωτας και η ζήλια μοιάζουν αηδιαστικά ή ανόητα, η σεξουαλικότητα αποκρουστική και η βία γελοία (Σιμόν Ντε Μπωβουάρ, 1980).

~ **Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες,** οι οποίες συχνά προσβάλουν τους ηλικιωμένους (οστεοπόρωση, διαβήτης, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνος, αρθρίτιδες , γεροντική άνοια, κα.), καθώς και τα αναπόφευκτα προβλήματα που δημιουργεί η φθορά που επέρχεται με το πέρασμα των χρόνων (βαθιές ρυτίδες, ευδιάκριτες

φλέβες, απώλεια μνήμης, μειωμένη όραση, γεύση, ακοή, κα.) τα οποία δυσκολεύουν αφάνταστα την προσαρμογή των ηλικιωμένων στο περιβάλλον.

~ **Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης** (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α. (1999): οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση. Εάν ο ηλικιωμένος βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς. Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα, που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές, η λύση είναι η παροχή κάποιας φροντίδας από τρίτα πρόσωπα, έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως προβλήματα (όπως αισθήματα απογοήτευσης, ανασφάλειας και μειωμένης αυτοεκτίμησης, από την απώλεια της αυτονομίας) καθώς και άλλα ιατροκοινωνικά προβλήματα.

~ **Το ανεπαρκές υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών υγείας** και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια, δημιουργεί πολύ σοβαρά προβλήματα για ορισμένες ομάδες ηλικιωμένων. Στην Ελλάδα δε λειτουργούν εξειδικευμένα γηριατρικά νοσοκομεία ή γηριατρικές μονάδες σε γενικά νοσοκομεία, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να εξυπηρετούνται από τις γενικές νοσηλευτικές μονάδες, οι οποίες έχουν οργανωτική δομή σχεδιασμένη κατά βάση για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α. (1999).

~ **Η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών** κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο, δημιουργεί σοβαρότατα προβλήματα στους ηλικιωμένους.

1.7 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, της Ευρωπαϊκής ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμα και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματα τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Τα περισσότερα κείμενα περιέχουν αμέσως ή εμμέσως την

αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων.

Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (<http://www.lexilogos.com>) (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων, ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Πιο συγκεκριμένα, καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμα δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την αναπηρία, τη χηρεία, τη γεροντική ηλικία, όπως και για όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξαρτήτων της θέλησής του.

Στην Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (<http://www.lexilogos.com>), αναφέρεται επίσης, ότι κάθε άτομο έχει δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την προσωπική του ασφάλεια, καθένας έχει το δικαίωμα να κυκλοφορεί ελεύθερα και να εκλέγει τον τόπο της διαμονής του στο εσωτερικό ενός κράτους, καθένας έχει το δικαίωμα της ελευθερίας της γνώμης και της έκφρασης, που σημαίνει το δικαίωμα να μην υφίσταται δυσμενείς συνέπειες για τις γνώμες του, και το δικαίωμα να αναζητεί, να παίρνει και να διαδίδει πληροφορίες και ιδέες, με οποιοδήποτε μέσο έκφρασης, και από όλο τον κόσμο, κάθε άτομο, ως μέλος του κοινωνικού συνόλου, έχει δικαίωμα κοινωνικής προστασίας και πολλά άλλα δικαιώματα όλων των ανθρώπων, χωρίς καμία απολύτως διάκριση, ειδικότερα ως προς τη φυλή, το χρώμα, το φύλο, τη γλώσσα, τις θρησκείες, τις πολιτικές ή οποιοσδήποτε άλλες πεποιθήσεις, την εθνική ή κοινωνική καταγωγή, την περιουσία, τη γέννηση ή οποιαδήποτε άλλη κατάσταση.

Τα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης της ΕΟΚ που παρέχουν ελευθερία κίνησης για τους εργαζομένους και τους αυτοαπασχολούμενους, συνεπάγονται το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη στις οποίες εξακολουθούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα : το δικαίωμα διαμονής πρέπει να χορηγείται και σε όσους έχουν παύσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα.

Ο Κοινωνικός Χάρτης (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999) αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μία κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις, την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του /της επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν

έχει δικαίωμα σύνταξης και διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενο για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από φυλή, φύλο, ηλικία, αναπηρία ή θρησκεία. Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρεται σε «επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση». Κύριο αίτημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και οι δυσκολίες που έχουν στην εξεύρεση εργασίας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας έχει αναλάβει τη διεξαγωγή μελέτης με σκοπό την εξεύρεση θετικών ενεργειών από τους εργοδότες ώστε να βοηθήσουν τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν ενεργοί και δραστήριοι στις θέσεις εργασίας τους αν το επιθυμούν (<http://www.lexilogos.com>).

Γενικότερα όμως, οι ηλικιωμένοι όπως και τα άτομα όλων των ηλικιών, έχουν δικαίωμα στην ζωή, στην ελευθερία, στον έρωτα, στην ψυχαγωγία, στην ενημέρωση, έχουν δικαίωμα να επιλέγουν τον τρόπο ζωής τους, να διαβιούν σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, έχουν το δικαίωμα να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και να αυξάνουν την αυτάρκειά τους, να έχουν ίσες ευκαιρίες και κατοχυρωμένα δικαιώματα ώστε να μη γίνονται αποδέκτες προκαταλήψεων και αποκλεισμών, όπως επίσης να απολαμβάνουν υπηρεσιών και παροχών που να τους εξασφαλίζουν υγεία και επιβίωση, να επιλέγουν, να διεκδικούν και να εξασφαλίζουν τους τρόπους και τα μέσα που βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής τους.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος (<http://www.lexilogos.com>) αναφέρεται εκτός από τα δικαιώματα και στις **υποχρεώσεις** των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην αναμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας, τους, κλπ.

Όσον αφορά τις υποχρεώσεις ευθύνες των ηλικιωμένων όσο το επιτρέπει η υγεία τους και η προσωπική τους κατάσταση είναι :

- ~ Να παραμείνουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι.
- ~ Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
- ~ Να επωφελούνται από την εκπαίδευση και ειδίκευση.
- ~ Να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση.
- ~ Να ενημερώνουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητες τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης.
- ~ Να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν.
- ~ Να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες , εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές.
- ~ Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας.
- ~ Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα.
- ~ Να αποφασίζουν για την περίθαλψη τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια.

Αναμφισβήτητα λοιπόν, τα άτομα της τρίτης ηλικίας, όπως και τα άτομα όλων των άλλων ηλικιών, έχουν υποχρεώσεις και δικαιώματα, τα οποία πρέπει παγκοσμίως να τηρούνται και να είναι σεβαστά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

2.1 Καρδιαγγειακές παθήσεις

Η πιο συνηθισμένη αρρώστια στους ηλικιωμένους είναι η αρτηριοσκλήρυνση με διάφορες εκδηλώσεις εκτός από την αρτηριακή πίεση, όπως ζάλες, νεφρικές ή καρδιακές ανεπάρκειες, διαταραχές μνήμης κ.α. και διάφορες επιπλοκές που η συχνότερή τους είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, άλλοτε ως θρόμβωση και άλλοτε ως αιμορραγία που και οι δύο εμφανίζονται κατά κανόνα ως ημιπληγία. Αναπηρία και θάνατος από το καρδιαγγειακό σύστημα συνεχώς αυξάνονται στους ηλικιωμένους. Είναι δύσκολος ο προσδιορισμός της αιτιολογίας της καρδιοπάθειας. Η υπέρταση, το κάπνισμα και ο διαβήτης είναι οι βασικοί παράγοντες που προδιαθέτουν τους ηλικιωμένους, ενώ τα λίπη, η αύξηση του βάρους και η έλλειψη άσκησης μπορεί να αποδειχθούν σημαντικοί παράγοντες.

Η αρτηριακή πίεση είναι η πιο συχνή ασθένεια που πλήττει την τρίτη ηλικία. Η συχνότητα της υπέρτασης είναι μεγαλύτερη σε άτομα άνω των 50 ετών. Η αύξηση της συστολικής πίεσης φαίνεται να ακολουθεί την άνοδο της ηλικίας και αυξάνει περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Η διαστολική πίεση παρουσιάζει ελάχιστη μέση αύξηση μεταξύ 25 και 75 ετών. Η αύξηση της μέσης συστολικής και διαστολικής πίεσης ιδιαίτερα στις γυναίκες προκαλεί και διαταραχές αιμάτωσης των διαφόρων οργάνων. Οι υπερήλικες εμφανίζουν διακυμάνσεις επίσης από εποχή σε εποχή (το χειμώνα υψηλότερες) από ημέρα σε ημέρα, ακόμη και μέσα στην ίδια ημέρα μεγαλύτερες σε σύγκριση με τους νεότερους ηλικιωμένους. Η συντριπτική πλειοψηφία των θανάτων από υπερτασική νόσο παρατηρείται στην ηλικιακή υποομάδα 85+. Οι γυναίκες άνω των 65 ετών παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη θνητότητα έναντι των ανδρών.

Ο διαβήτης είναι νόσος συχνή στη μεγάλη ηλικία με σημαντικές επιπτώσεις στα αγγεία. Η συχνότητα του διαβήτη αυξάνει απότομα ανάμεσα στα 50 και τα 60 και βαίνει αυξανόμενη με την πάροδο της ηλικίας.

Ο διαβήτης, επηρεάζει δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, τη σωματική τους εικόνα και την κινητικότητα τους και συνδέεται με τη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2104, 15/02/08).

2.2 Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Στην ηλικία των 60 ετών κάθε άτομο έχει χάσει ένα σημαντικό αριθμό νευρικών κυττάρων. Η πλειονότητα των υγείων ηλικιωμένων είναι ικανή να διατηρήσει ακέραιες τις νοητικές λειτουργίες σε απόλυτα

ικανοποιητικό επίπεδο αρκεί να παρέχονται τα κατάλληλα ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα. Στα φυσιολογικά γηρατειά οι άθικτες νοητικές λειτουργίες αποτελούν τον κανόνα και όχι την εξαίρεση.

Επομένως η νοητική εξασθένηση δεν θεωρείται φυσιολογική συνέπεια της γήρανσης αλλά μάλλον πρόκειται για νόσο που υπερισχύει στις πολύ μεγάλες ηλικίες. Ορισμένες γνωστικές λειτουργίες παραμένουν ακέραιες, ενώ άλλες μεταβάλλονται με την αύξηση της ηλικίας. Τα ηλικιωμένα άτομα διατηρούν ακέραιες τις ικανότητες που απέκτησαν στην προηγούμενη ζωή τους π.χ. το λεξιλόγιο και τις γενικές γνώσεις, ενώ παρουσιάζουν σημαντική μείωση στις ικανότητες εκείνες που διασφαλίζουν την καινούργια μάθηση και το χειρισμό μέσων καταστάσεων με σύγχρονους τρόπους. Σε μερικά ηλικιωμένα άτομα παρατηρείται βραδύτητα αντίδρασης στα διάφορα ερεθίσματα και σε άλλους η ταχύτητα δημιουργεί φαινόμενα σύγχυσης. Στις πολύ μεγάλες ηλικίες υποβαθμίζεται η νοημοσύνη ορισμένων ηλικιωμένων, παρουσιάζονται δυσκολίες σε αριθμητικούς υπολογισμούς, λογικές συσχετίσεις και σύνδεση γεγονότων ή καταστάσεων, μπορεί ακόμα να παρουσιάζεται κάποια μείωση της κριτικής τους ικανότητας.

Η εξασθένηση της μνήμης αρχίζει από τη μέση ηλικία. Η μορφή της μνήμης αλλάζει σε πολλούς ανθρώπους καθώς περνούν τα χρόνια. Κάποια απώλεια της μνήμης είναι σχεδόν καθολικό φαινόμενο στο γεροντικό πληθυσμό. Μειώνεται η μνήμη που αφορά τα πρόσφατα γεγονότα: είναι γνωστή η τάση των ηλικιωμένων να θυμούνται το παρελθόν καλύτερα από το παρόν. Η διαταραχή της μνήμης ακολουθεί το

Νόμο του Ribot που χαρακτηρίζεται από προοδευτική απώλεια των πρόσφατων μνημονικών εικόνων. Τα γεγονότα του μακρινού παρελθόντος μπορούν να διατηρηθούν με μεγαλύτερη σαφήνεια και ακρίβεια στο μυαλό του ηλικιωμένου. Με άλλα λόγια ενώ η βραχυχρόνια μνήμη είναι πιο ευάλωτη, η μακροχρόνια μνήμη διατηρείται. Οι ηλικιωμένοι χάνουν τα πράγματά τους γιατί δεν θυμούνται που τα έβαλαν.

Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η σημαντική απώλεια μνήμης πρέπει να θεωρείται ως σύμπτωμα ασθένειας μάλλον παρά ως χαρακτηριστικό των γηρατειών. Το πρόβλημα της μνήμης δεν το προκαλούν τόσο τα ίδια τα γηρατειά όσο οι συνέπειες τους: το άγχος, κάποιες καταθλιπτικές τάσεις, η αίσθηση της απομόνωσης, η αγωνία για το αύριο. Όλα αυτά συμβάλλουν σε απώλεια της αυτοεκτίμησης που προκαλεί μείωση των ενδιαφερόντων και ελάττωση της διάθεσης για δράση. Η κατάχρηση αλκοόλ, υπνωτικών, ηρεμιστικών, το κάπνισμα, η υπερβολική κούραση προκαλούν συχνά παροδικές αμνησίες.

Ορισμένες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα στους ηλικιωμένους, και αποτελούν

την πρώτη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας στην Ελλάδα, ιδιαίτερα τα εγκεφαλικά σύνδρομα, οι διάφορες μορφές άνοιας και η νόσος του Πάρκινσον.

Με τον όρο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), περιγράφεται ομάδα παθήσεων του εγκεφάλου όπως θρόμβωση, εμβολή, παροδικά ισχαιμικά επεισόδια και εγκεφαλική αιμορραγία. Η ημιπληγία συνέπεια αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι σπάνια σε άτομα κάτω των 40 ετών, συχνή σε άτομα άνω των 50 ετών και κατόπιν αυξάνει με την ηλικία. Αν και αφορά όλες τις ηλικίες είναι συχνότερη στην 6η και 7η δεκαετία της ζωής.

Η νόσος του Πάρκινσον είναι μία από τις πιο γνωστές παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Αρχίζει στη μέση ηλικία αλλά πολλοί ασθενείς είναι άνω των 70. Υπάρχουν δύο μορφές, στην πρώτη υπερέχει ο τρόμος και στη δεύτερη η ακαμψία (Εμκε-Πουλοπούλου, Η.,1999).

Στις παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού συστήματος συγκαταλέγονται η άνοια και η νόσος Alzheimer.

2.3 Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος

Σημαντικές είναι οι αλλοιώσεις του μυοσκελετικού συστήματος στα γηρατεία. Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται απώλεια του ασβεστίου και του φωσφόρου των οστών και οστική αραίωση σε όλο το σκελετό. Μετά τα 60, μειώνεται η μάζα των οστών, τα οποία γίνονται πιο αδύνατα, ελαφρότερα, πορώδη και επιρρεπή σε κατάγματα. Τα μυϊκά κύτταρα με την πάροδο των ετών ατροφούν με συνέπεια τη μείωση του όγκου των μυών. Οι μύες αποβάλλουν την ελαστικότητά τους και τη συσταλτικότητά τους, το λίπος μειώνεται. Οι τένοντες, οι σύνδεσμοι και οι μεμβράνες παρουσιάζουν παρόμοιες γεροντικές εκφυλιστικές επεξεργασίες. Παρατηρείται μείωση των οστικών κυττάρων και ατροφία των κυψελών που προκαλεί λέπτυνση των οστών. Η απώλεια του οστού αφορά τα ανόργανα άλατα και τη βασική οργανική ουσία. Η ονομασία αυτών των μεταβολών είναι οστεοπενία της μεγάλης ηλικίας, κοινώς οστεοπόρωση.

Η παράταση της μέσης διάρκειας ζωής έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ορθοπεδικών παθήσεων σε υπερήλικες. Στα περισσότερα ορθοπεδικά κέντρα μεγάλος αριθμός ασθενών ξεπερνά την ηλικία των 70 ετών και οι θάλαμοι δίνουν την εντύπωση γηριατρικών μονάδων. Η θνησιμότητα των ατόμων με κάταγμα του ισχίου είναι μεγαλύτερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού της ίδιας ηλικίας.

Τρία πολύ σημαντικά νοσήματα φθοράς του μυοσκελετικού συστήματος παρουσιάζονται κατά την τρίτη ηλικία. Οι αρθρίτιδες, η οστεοπόρωση και η οσφυαλγία εκφυλιστικής αιτιολογίας. Και οι τρεις παθήσεις είναι πολύ συχνές και κατ' εξοχήν αναπηρικές. Η οσφυαλγία που οφείλεται σε εκφυλιστικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης είναι συχνό νόσημα στους ηλικιωμένους. Τα νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος που αφορούν την τρίτη ηλικία έχουν σχέση με τη φθορά του αρθρικού χόνδρου, των οστών ή των μεσοσπονδυλίων δίσκων. Η προοδευτική καταστροφή των αρθρικών χόνδρων οδηγεί στην ανάπτυξη των αρθρίτιδων.

Η αρθρίτιδα δεν είναι μια μεμονωμένη δυσλειτουργία αλλά ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε επώδυνα ερεθισμένες ή πρησμένες αρθρώσεις. Η λέξη συμπεριλαμβάνει περίπου εκατό διαφορετικές ασθένειες, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν νωρίς και έχουν τις εξής προειδοποιητικές ενδείξεις: πρήξιμο, ερυθρότητα και πόνος στις αρθρώσεις, δυσκαμψία, κυρίως το πρωί, και περιορισμένο εύρος κινήσεων.

Με τον καιρό ο σκελετός του σώματος μπορεί να γίνει τόσο εύθραυστος που ακόμα και ένα παραπάτημα στη σκάλα ή ένα γλίστρημα στο χαλάκι του μπάνιου μπορεί να προκαλέσουν σπάσιμο καρπού, λεκάνης ή γοφού. Το σπάσιμο του γοφού δεν είναι απλή υπόθεση. Περίπου το 15-25% των ηλικιωμένων που παθαίνουν κάταγμα στο γοφό πεθαίνουν ένα χρόνο μετά το ατύχημά τους, ενώ ένα άλλο 25% χάνουν την αυτονομία τους και χρειάζονται μακροχρόνια νοσηλευτική περίθαλψη. Τα κόκαλα της σπονδυλικής στήλης μπορούν επίσης να συντριβούν και να συμπιεστούν από την οστεοπόρωση, προκαλώντας παραμόρφωση και αφόρητους πόνους στη μέση.

Τρεις είναι οι συνήθεις μορφές της αρθρίτιδας:

1. Η οστεοαρθρίτιδα ή εκφυλιστική αρθρίτιδα, προσβάλλει σχεδόν τους πάντες μετά την ηλικία των 65 ετών, ιδίως τις γυναίκες, αν κι ορισμένα άτομα έχουν ελάχιστα ή καθόλου συμπτώματα.

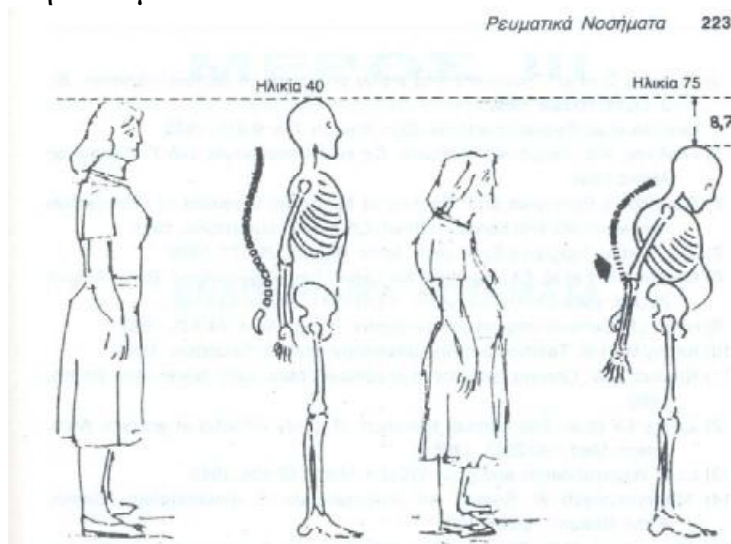
2. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα επηρεάζει επίσης περισσότερο τις γυναίκες από τους άντρες. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα, προσβάλλει αδιακρίτως άτομα κάθε φύλου, φυλής εθνότητας και πλήττει κυρίως την τρίτη ηλικία. Οι γυναίκες προσβάλλονται 2-3 φορές περισσότερο από τους άνδρες αν και ο αριθμός των ανδρών που προσβάλλονται από τη νόσο ανέρχεται. Κυρίως προσβάλλονται άτομα ηλικίας 40-60 ετών κατά τους χειμερινούς μήνες (Γαλανόπουλος, 1995).

Το 5-10% των αρρώστων έχουν οικογενειακό ιστορικός ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Μια άλλη ένδειξη γενετικής προδιάθεσης της νόσου είναι η ανεύρεση αντιγόνου ιστοσυμβατότητας HLA- DRW4 σε μεγάλο αριθμό ασθενών (Jayson, στο Real et al, 1993)

Η ουρική και η ψευδοουρική αρθρίτιδα, δύο από τις πιο βασανιστικές μορφές αρθρίτιδας, εμφανίζονται πιο συχνά στους άντρες παρά στις γυναίκες.

Η οστεοπόρωση μετατρέπει τα υγιή κόκαλα σε κάτι που μοιάζει με κομμάτια ξύλου φαγωμένα από τερμίτες και μπορούν να σπάσουν πολύ εύκολα. Προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες γιατί μετά την εμμηνόπαυση, όταν επιβραδύνεται η παραγωγή οιστρογόνων, η απώλεια οστικής μάζας πραγματοποιείται με γρήγορο ρυθμό. Επίσης, οι γυναίκες ξεκινούν με πιο λεπτά κόκαλα και ζουν περισσότερο, οπότε προσβάλλονται περισσότερο.

Αλλά ο άνδρας δεν είναι απρόσβλητος από την οστεοπόρωση. Καθώς τα επίπεδα τεστοστερόνης μειώνονται, υπάρχει απώλεια οστικής μάζας. Στην πραγματικότητα, περίπου το ένα τέταρτο όσων πάσχουν από οστεοπόρωση είναι άντρες. Δυστυχώς, τα γηρατειά σε συνδυασμό με τις αλλαγές και την απραξία που συνήθως τα συνοδεύει, διαβρώνουν τα κόκαλα των ηλικιωμένων.



Πηγή: Χανιώτης, 1997, σελ. 223. Η οστεοπόρωση στα ηλικιωμένα άτομα χαρακτηρίζεται από απώλεια σωματικού ύψους, λόγω μεταβολών στους σπόνδυλους και στην σπονδυλική στήλη.

Η πιθανότητα να εμφανίσει οστεοπόρωση ένας ηλικιωμένος είναι μεγάλη. Οι μισές γυναίκες και το ένα τέταρτο των αντρών θα υποστούν κάποιο κάταγμα λόγω της οστεοπόρωσης προς το τέλος της ζωής τους. Το 32% των γυναικών και το 17% των αντρών έχουν σπάσει το γοφό τους μέχρι την ηλικία των 90 και γι' αυτό ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό η οστεοπόρωση.

2.4 Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος

Σημαντικές είναι οι αλλοιώσεις του αναπνευστικού συστήματος το οποίο γερνά ταχύτερα από κάθε άλλο και η λειτουργική του μείωση θέτει ένα ανώτατο όριο στη διάρκεια ζωής του ανθρώπου. Γεροντικές αλλοιώσεις προκαλούν σοβαρές δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος και κυρίως μείωση της ζωτικής χωρητικότητας που στα 60-65 χρόνια φτάνει στο μισό του φυσιολογικού.

Οι ηλικιωμένοι πάσχουν από διάφορες μη νεοπλασματικές ασθένειες. Φλεγμονώδεις παθήσεις των βρόγχων και του πνευμονικού παρεγχύματος, όχι μόνο αποτελούν συχνές αιτίες θανάτων αλλά και αιτίες σοβαρών αναπηριών. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άλλες παθήσεις των πνευμόνων είναι αρκετά συχνές στη μεγάλη ηλικία ενώ τα τελευταία χρόνια ελέγχονται οι φυματιώδεις παθήσεις του πνεύμονα. Όλες οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να προκαλέσουν έμμεσα και άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως καρδιοπάθεια, οστεοπάθεια, παθήσεις του αίματος κλπ. Η συχνότητα της πνευμονίας είναι αυξημένη στους ηλικιωμένους και αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου.

Στους ηλικιωμένους οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος συμβαίνουν συχνά, ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες και οι επιπλοκές από πνευμονία και γρίπη καταλήγουν σε πολλές χιλιάδες θανάτων κάθε χρόνο.

2.5 Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος

Με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζονται διάφορες αλλοιώσεις της κινητικότητας του γαστρεντερικού συστήματος.

Τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού συστήματος είναι από τις συνηθέστερες θανατηφόρες νεοπλασματικές παθήσεις στις μεγάλες ηλικίες, με κλινικά συμπτώματα -εναλλαγή δυσκοιλιότητας με ευκοιλιότητα- που δεν οδηγούν εγκαίρως τους ασθενείς στο γιατρό. Ειδικότερα ο καρκίνος του παχέος εντέρου, σημειώνει έξαρση στις μεγάλες ηλικίες, όπου αποτελεί το συχνότερο καρκίνο του πεπτικού συστήματος και τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα για τους άνδρες. Στις ηλικίες 65-69 ετών η σχέση ανδρών γυναικών είναι 2:1. Ο καρκίνος του στομάχου είναι ο συνηθέστερος στους υπερήλικες (80+). Ο καρκίνος των χοληφόρων οδών και του παγκρέατος είναι ο τέταρτος σε συχνότητα καρκίνος του γαστρεντερικού μετά τους καρκίνους του στομάχου, του παχέος εντέρου και του οισοφάγου. Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος εμφανίζεται κυρίως στις ηλικίες 50-54 ετών με ελαττωμένη συχνότητα στις μεγαλύτερες αλλά και στις νεότερες ηλικίες. Το ήπαρ είναι το όργανο

που δέχεται συχνότερα μεταστάσεις από διάφορα πρωτοπαθή καρκινώματα όπως του πνεύμονα, του παγκρέατος και άλλων τμημάτων του γαστρεντερικού συστήματος, του μαστού ή του θυρεοειδούς.

Οι μεταστάσεις καρκίνου του ήπατος συχνά αποτελούν πρώτη εκδήλωση νεσπλάσματος όπου η πρωτοπαθής αιτία βρίσκεται στο πεπτικό και το αναπνευστικό σύστημα. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του παγκρέατος παρατηρούνται σε άτομα ηλικίας 65-75 ετών. Στα 75 χρόνια η συχνότητά του είναι 10 φορές υψηλότερη από ότι σε νεότερη ηλικία. Η προχωρημένη ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Για τους κακοήθεις όγκους του πεπτικού συστήματος η ριζική χειρουργική αντιμετώπιση όταν είναι εφικτή, αποτελεί τη θεραπεία εκλογής στην προχωρημένη ηλικία αν και παρατηρείται αυξημένη θνησιμότητα στους ασθενείς άνω των 65 ετών σε σύγκριση με νεότερους.

Η γήρανση προδιαθέτει στην ακράτεια κοπράνων αλλά δεν την προκαλεί διότι μπορεί να οφείλεται σε νευρολογικές ή άλλες ανωμαλίες π.χ. βλάβη του σφιγκτήρα από δύσκολο τοκετό ή δυσκοιλιότητα (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999).

2.6 Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος

Πολλές αλλοιώσεις συνδέονται με την προϊούσα ηλικία που συνδέεται με τη βαθμιαία μείωση της νεφρικής μάζας. Τα ειδικά πλήγματα που υφίσταται το ουροποιητικό σύστημα κατά το γήρας είναι τριπλής προέλευσης: μηχανικά κωλύματα, αρτηριοσκλήρυνση και λοιμώξεις. Οι αλλοιώσεις στο ουροποιητικό σύστημα αφορούν α) τους νεφρούς που το φυσιολογικό τους βάρος μειώνεται κατά 30%, τα αγγεία τους σκληρύνονται και το παρέγχυμά τους συρρικνώνεται διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι ο φυσιολογικός ανθρώπινος νεφρός μειώνεται από 250 γραμμάρια στην ηλικία των 40 ετών σε 200 γραμ. στην ηλικία των 80 ετών, η νεφρική ροή του πλάσματος ελαττώνεται καθώς επίσης μειώνεται και ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης περίπου κατά 1 % το χρόνο, β) τους ουρητήρες που διευρύνονται και τα τοιχώματά τους υπερτρέφονται, γ) την ουροδόχο κύστη, η οποία παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη ινώδους ιστού, ατροφία των μυϊκών ινών και αύξηση του κολλαγόνου του ιστού. Με την πάροδο της ηλικίας κάθε άτομο εμφανίζει χαρακτηριστικές Ανατομικές φυσιολογικές μεταβολές της κύστης: ελάττωση της χωρητικότητας, αύξηση του υπολείμματος μετά την ούρηση, αύξηση των αυτόματων συσπάσεων. δ) Τον προστάτη ο οποίος ενώ κατά την προγεροντική ηλικία υπερτρέφεται αντίθετα στο βαθύ

γήρας ατροφεί σε όγκο και σε βάρος και σχηματίζονται μέσα στον προστάτη λίθοι.

Ο καρκίνος των ουροφόρων οδών προβάλλει ως η μεγαλύτερη απειλή των γηρατειών. Ο καρκίνος του προστάτη σχεδόν ανύπαρκτος στη μέση ηλικία παρουσιάζεται μεταξύ 55 και 70 ετών. Οι πάσχοντες από προστάτη με οικογενειακό ιστορικό της νόσου έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν υποτροπή της ασθένειας και να πεθάνουν από καρκίνο σε σχέση με άνδρες χωρίς οικογενειακό ιστορικό.

Ο καρκίνος της κύστης αποτελεί την πρώτη απειλή για τους Έλληνες άνδρες καπνιστές. Τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται στους άνδρες ηλικίας 60-74 ετών. Ο καρκίνος του νεφρού παρουσιάζεται σε σχετικά νεότερα άτομα σε σύγκριση με τον καρκίνο του προστάτη. Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται μεταξύ 60-70 ετών και είναι ο 1ος σε συχνότητα καρκίνος στους άνδρες και ο 12ος στις γυναίκες.

Όσο πιο μειωμένη ηπατική και νεφρική λειτουργία αναστέλλουν την καρκινογόνο δράση στοιχείων και μειώνεται ο κίνδυνος ταχείας ανάπτυξης όγκων (Έμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999).

Οι ακράτειες ούρων αφορούν όλες τις ομάδες ηλικιών αλλά είναι ιδιαίτερα συχνές στην τρίτη ηλικία και αποτελούν μάλλον σύμπτωμα παρά νόσο. Υπάρχουν τα εξής είδη ακράτειας:

1. Η παροδική ακράτεια.
2. Η ακράτεια από προσπάθεια.
3. Η ακράτεια από έπειξη.
Η ακράτεια από υπερχείλιση.
4. Η λειτουργική ακράτεια.
5. Η ακράτεια μεικτού τύπου.

2.7 Παθήσεις του ενδοκρινικού συστήματος

Τα γηρατεία συνδέονται με μια σειρά αλλαγών στις λειτουργίες του ενδοκρινικού συστήματος. Οι αλλοιώσεις που παρατηρούνται στους αδένες των ηλικιωμένων είναι: α) ο όγκος και το βάρος της υπόφυσης ελαττώνονται και οι μεταβολές είναι περισσότερο εμφανείς στους άνδρες παρά στις γυναίκες.

β) Το βάρος του θυρεοειδή αδένος μειώνεται και παθαίνει σοβαρές ιστολογικές αλλοιώσεις ενώ σημειώνεται μεγάλη μείωση της λειτουργικότητάς του με την πάροδο των ετών, γεγονός που αποτελεί κατά πολλούς ερευνητές, την κύρια αιτία επέλευσης του γήρατος. Στις ηλικιωμένες γυναίκες ακόμα και έμπειροι γιατροί είναι δυνατό να μην αντιληφθούν ότι πάσχει από τον θυρεοειδή.

Η νόσος συχνά συγγέεται κλινικά με τα φυσιολογικά γηρατειά, την αρτηριοσκλήρωση, την έλλειψη βιταμινών ή την αναιμία. γ) Οι γεννητικοί αδένες. Ο όγκος και το βάρος των όρχεων μειώνεται συνεχώς και γίνονται ατροφικοί. Αν και υπάρχει γενικά ελάττωση των σπερμογόνων κυττάρων η σπερματογέννηση δεν επηρεάζεται ανάλογα. Φυσικά μειώνεται και στο βαθύ γήρας εξαφανίζεται τελείως, αν και υπάρχουν παραδείγματα ανδρών 90-95 ετών που έγιναν γονείς. Στον άνδρα η μείωση της ορμονικής λειτουργίας των όρχεων αρχίζει από το 30ό έτος και συνεχίζεται προοδευτικά έτσι ώστε περί το 70ό έτος η τεστοστερόνη που κυκλοφορεί ανέρχεται στο μισό της ποσότητας των νεανικών ετών. Στη γυναίκα η έκκριση των ωοθηκών σταματά απότομα κατά την εμμηνόπαυση και στερεί το γυναικείο οργανισμό της παρουσίας των οιστρογόνων με αποτέλεσμα να σημειώνεται αύξηση της συχνότητας του διαβήτη και της οστεοπόρωσης (Έμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999).

Οι διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις των ωοθηκών αρχίζουν κυρίως με την εμμηνόπαυση, η οποία και μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα από τα πρώτα προγεροντικά φαινόμενα στις γυναίκες. Οι γεροντικές μεταβολές των ωοθηκών αφορούν την ελάττωση του όγκου. δ) Τα επινεφρίδια: το βάρος τους μειώνεται με το γήρας. Οι μη νεοπλασματικές ασθένειες του θυρεοειδούς (υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός) ταλαιπωρούν αρκετούς μεσήλικες και ηλικιωμένους. Με πολλά συμπτώματα π.χ. ο υπερθυρεοειδισμός προκαλεί απίσχναση, ταχυκαρδία, εξοφθαλμία, υπερδιέγερση του νευρικού συστήματος κλπ. Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι νεόπλασμα επιθετικό, με πρώιμες μεταστάσεις και μικρό προσδόκιμο επιβίωσης.

2.8. Παθήσεις του αιματοποιητικού συστήματος

Στα 60 χρόνια ο αριθμός των αιμοποιητικών κυττάρων έχει πέσει περίπου στο μισό. Ενώ ο αριθμός των ερυθρών διατηρείται σχετικά σταθερός, η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης ελαττώνονται προοδευτικά μόνο στους άντρες. Συχνή είναι στη μεγάλη ηλικία η μικρού βαθμού ελάττωση της αιμοσφαιρίνης που δεν φτάνει τα όρια αναιμίας. Η συχνότητα όλων των λευχαιμιών αυξάνεται απότομα μετά τα 50 χρόνια.

2.9. Παθήσεις των αισθητήριων οργάνων

Όλες οι αισθήσεις αδυνατίζουν στα γηρατειά και κυρίως η όραση και η ακοή, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να χάνει σιγά-σιγά το άτομο την επαφή με το περιβάλλον και να μην αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα. Η όσφρηση και η γεύση περιορίζονται με τα χρόνια.

2.9.1 Όραση

Η όραση είναι μία από τις πιο σπουδαίες αν όχι η πιο σπουδαία λειτουργία του ατόμου. Καλή όραση είναι σημαντικός παράγοντας της ποιότητας ζωής ιδίως σε συνθήκες μοναξιάς και εξάρτησης. Ο φόβος τύφλωσης είναι ο μεγαλύτερος φόβος του ανθρώπου μετά το φόβο του θανάτου. Οι περισσότεροι ανάπηροι-τυφλοί είναι άνω των 65 ετών και αυτό έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής Έμκε-Πουλοπούλου, Η. 1999).

Ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας και η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελούν τις συχνότερες γεροντικές ασθένειες.

1. Καταρράκτης
2. Γλαύκωμα
3. Εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας
4. Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (Morris, V., 2005).

2.9.2. Όσφρηση

Η ευαισθησία του αισθητηρίου της όσφρησης ελαττώνεται με την ηλικία με αποτέλεσμα το ηλικιωμένο άτομο να μη διακρίνει συγγενείς οσμές. Οι μεταβολές στην όσφρηση των ηλικιωμένων μπορεί να οφείλονται στο φυσιολογικό γήρας, στην ασθένεια ή/και στην φαρμακοθεραπεία (Έμκε-Πουλοπούλου, Η., (1999). Η δυσλειτουργία της όσφρησης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε διατροφικές ελλείψεις, να χειροτερεύει ασθένειες ή να οδηγήσει σε δηλητηριάσεις από τρόφιμα, κάρβουνα, γκάζι και σε ακραίες περιπτώσεις να δημιουργήσει άγχος, ανορεξία και κατάθλιψη.

2.9.3. Ακοή

Αρκετοί ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ποικίλης μορφής και έντασης ενοχλήματα στην περιοχή των αφτιών π.χ. βύσματα κυψέλης, εμβοές, ίλιγγο κ.α. Η επίδραση των γηρατειών στα αφτιά έχει αποδοθεί με τον όρο πρεσβυακουσία, η οποία γίνεται πιο αισθητή σε χώρους με θόρυβο.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περισσότεροι από το ένα τρίτο των ατόμων άνω των 60 ετών και το 50% των ατόμων άνω των 85 ετών έχουνσημαντική απώλεια της ακοής.

Η πρεσβυακουσία και η εμβοή αποτελούν τις συχνότερες γεροντικές ασθένειες ακοής.

2.9.4 Προβλήματα κατάποσης

Συχνό ενόχλημα των υπερηλίκων είναι η δυσφαγία δηλαδή διαταραχή του μηχανισμού της κατάποσης που είναι βασανιστική και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής. Οι αιτίες δυσφαγίας των ηλικιωμένων διαφέρουν από αυτές των νεότερων ατόμων. Τα γηρατεία επιδρούν με διάφορους τρόπους στη διαδικασία της κατάποσης: προκαλούν πρωτοπαθείς αλλοιώσεις ως άμεση συνέπεια της διαδικασίας της γήρανσης και δευτεροπαθείς αλλοιώσεις που είναι συνέπεια διαφόρων ασθενειών. Αρκετές περιπτώσεις δυσφαγίας είναι νευρολογικής αιτίας όπως π.χ. μυασθένεια. Οι δυσκολίες στην κατάποση έχουν επιπτώσεις στην ψυχολογία του ηλικιωμένου.

2.9.5 Δόντια

Όπως όλα τα οργανικά συστήματα έτσι και οι ιστοί του στόματος γηράσκουν. Τα δόντια συνήθως εμφανίζουν τερηδόνα, τα ούλα υπερτρέφονται, τα οστά των γνάθων ατροφούν και συχνά παρουσιάζουν οστεοπόρωση και τα δόντια μπορεί να πέσουν. Τα οδοντιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι τερηδόνες, περιοδοντική νόσος, στοματικός καρκίνος (με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες παρά στις γυναίκες) που αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας. Ακόμα στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες, πρωσοπαλγίες, νευραλγίες του τριδύμου. Λειτουργικά προβλήματα που μπορεί να προέλθουν από αυτές τις καταστάσεις είναι η διαφυγή σιέλου από τα χείλη, η αδυναμία προετοιμασίας τροφής για κατάποση, η τροποποιημένη ομιλία, η δυσφαγία, η στοματική αναπνοή.

2.10 Διαταραχές του ύπνου

Ο ύπνος είναι ένα άπιαστο όνειρο για πολλούς ηλικιωμένους. Πάνω από το ένα τρίτο των ατόμων άνω των 65 έχουν προβλήματα αϋπνίας.

Δεν είναι ότι η μεγάλη ηλικία αλλάζει τις ανάγκες του ατόμου για ύπνο, ο ηλικιωμένος μπορεί να παίρνει εν αν υπνάκο γιατί χρειάζεται περισσότερο ύπνο από ότι στο παρελθόν η ξυπνάει στις 5 το πρωί γιατί χρειάζεται λιγότερο ύπνο. Τα περισσότερα άτομα, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, χρειάζονται τουλάχιστον επτά με οκτώ ώρες ύπνου την ημέρα.

Αλλά μετά την ηλικία των 40, και σίγουρα μετά την ηλικία των 60, τα άτομα περνούν λιγότερο χρόνο στα βαθύτερα στάδια του ύπνου. Ο ύπνος τους είναι πιο ελαφρύς και ξυπνούν πιο εύκολα την νύχτα.

Ορισμένοι δε συνειδητοποιούν ότι ξυπνούν, μερικές φορές κοιμούνται και ξυπνάνε χωρίς καμία ανάμνηση του γεγονότος και δεν καταλαβαίνουν γιατί νιώθουν τόσο κουρασμένοι την επόμενη ημέρα (Εμκε-Πουλοπούλου, Η. (1999). Εκτός από τις σχετιζόμενες με την ηλικία αλλαγές στον κύκλο ύπνου-εγρήγορσης, ο πόνος, η ασθένεια, η κατάθλιψη, το στρες, η θλίψη, οι ορμονικές διαταραχές, η αδράνεια και η κακή διατροφή ευθύνονται για τη διατάραξη των φυσιολογικών μοντέλων ύπνου. Το ίδιο κάνουν και τα φάρμακα, ειδικά τα διουρητικά, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ασθένειας του παρκινσον, ορισμένα αντικαταθλιπτικά, αντιυπερτασικά, στεροειδή, αποσυμφορητικά, παυσίπονα, και φάρμακα για το άσθμα, καθώς και η καφεΐνη, ο καπνός και το αλκοόλ. Η άνοια, η οποία απορυθμίζει το βιολογικό ρολόι, μπορεί να διαταράξει ακόμα περισσότερο τις συνήθειες ύπνου και εγρήγορσης (Morris, V., 2005).

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι επιρρεπή σε διάφορες διαταραχές ύπνου, μεταξύ αυτών:

1. Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών και περιοδική κίνηση των άκρων: Το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών είναι μια κατάσταση στην οποία το άτομο έχει μια αίσθηση κνησμού και κεντρίσματος στα πόδια του και μερικές φορές έχει την επιθυμία να τρέξει ή να κινηθεί, ενώ προσπαθεί να κοιμηθεί ή μετά από μια παρατεταμένη περίοδο αδράνειας (όπως για παράδειγμα όταν κάθεται στο αεροπλάνο ή στο λεωφορείο).

2. Άπνοια ύπνου: Για διάφορους λόγους, ορισμένα άτομα σταματάνε να αναπνέουν για αρκετά δευτερόλεπτα ή και 1-2 λεπτά συχνά επανειλημμένως κατά τη διάρκεια της νύχτας. Το άτομο το οποίο κοιμάται ξυπνάει απότομα καθώς τους κόβεται η αναπνοή αλλά αφυπνίσεις είναι τόσο σύντομες που συνήθως δεν τις συνειδητοποιεί (Morris, V., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

3.1 Διαταραχές της διάθεσης

Τα γεράματα δεν είναι μια εύκολη κατάσταση, μάλιστα ορισμένες φορές είναι εξαιρετικά δυσάρεστη, αλλά δεν προκαλούν κατάθλιψη, άγχος ή άλλες Ψυχικές παθήσεις. Παρά τις απώλειες και την αδυναμία που βιώνουν, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι προσαρμόζονται αρκετά καλά. Μάλιστα, πολλοί χαίρονται και ηρεμούν αυτά τα τελευταία χρόνια της ζωής τους.

Όταν η λύπη μετατρέπεται σε απελπισία, όταν κάποιες απλές ανησυχίες τους καθηλώνουν, όταν ο ηλικιωμένος δεν απολαμβάνει πλέον τις αγαπημένες του ασχολίες, τότε πρέπει να ζητηθεί επαγγελματική βοήθεια. Η απαισιοδοξία, η συνεχής θλίψη, η δυστροπία και το συνεχές άγχος δεν αποτελούν αναγκαίο κακό των γηρατειών. Οι άνθρωποι δεν παθαίνουν ξαφνικά κατάθλιψη επειδή έγιναν 80 ετών. Υπάρχουν ενδείξεις του προβλήματος (Morris, V., 2005).

Οι διαταραχές της διάθεσης (ή Συναισθηματικές διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Διακρίνουμε τη διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα (affect), που αποτελεί την εξωτερική έκφρασή της. Και καθώς η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική, πιο σωστά οι Συναισθηματικές Διαταραχές περιγράφονται σαν διαταραχές της διάθεσης, όρο που υιοθέτησε το DSM-III-R και το DSM-IV.

Στις διαταραχές της διάθεσης περιλαμβάνεται και η κατάθλιψη, μια διαταραχή με μεγάλη συχνότητα εμφάνισης στους ηλικιωμένους. Το 15%-25% των ηλικιωμένων πάσχουν από κατάθλιψη. Το ποσοστό αυξάνει αν υπάρχει χρόνια ασθένεια ή αν το άτομο ζει σε γηροκομείο – η κατάθλιψη ξεπερνά κατά πολύ τη συχνότητα εμφάνισης του Αλτςχάιμερ, το ποσοστό αυτό φτάνει το 30-50 %.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία δεν έχει μελετηθεί συστηματικά. Συνήθως καλύπτεται από οργανικές ασθένειες. Υπάρχει επομένως έντονη ανάγκη εντοπισμού και ταυτοποίησης της κατάθλιψης των ηλικιωμένων, καθώς μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνη για τη ζωή των ηλικιωμένων.

Μπορεί να αποτελέσει πρόδρομο αυτοκτονικών τάσεων. Το 10%-15% των ανθρώπων με βαριά κατάθλιψη αυτοκτονούν. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με την ηλικία (Morris, V., 2005).

Κοινωνικά θέματα που συμβάλλουν στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων, εμποδίζοντάς τους να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία:

- Ø Η κοινωνία μας εστιάζει και εκτιμά τα νιάτα – οι ικανότητες και τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων υποτιμούνται συνεχώς από την κοινωνία μας.
- Ø Οι ηλικιωμένοι μπορεί να αισθάνονται ότι η ζωή τους είναι ασήμαντη - ότι πλέον δεν έχουν αξία.
- Ø Έχουν μάθει να είναι ανεξάρτητοι και αισθάνονται ότι θα πρέπει να είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους και τα προβλήματά τους και σ' αυτή τη φάση της ζωής τους η ανεξαρτησία και η αυτονομία τους βαίνει μειούμενη.
- Ø Δεν αισθάνονται άνετα να συζητούν και έχουν την τάση να μειώνουν τη σημασία εμφάνισης συμπτωμάτων συναισθηματικής ή ψυχολογικής φύσεως. Το κοινωνικό στίγμα επιδεινώνει το πρόβλημα
- Ø Φοβούνται την εισαγωγή τους σε νοσοκομείο, ιδιαίτερα σε ψυχιατρικό.
- Ø Η απώλεια της οικογένειας, της εργασίας, των σωματικών δυνάμεων, της καλής εμφάνισης, του σπιτιού, της αυτοεκτίμησης, του ρόλου, της κοινωνικής θέσης, του δικτύου υποστήριξης – είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας.
- Ø Δεν έχουν πια εκτεταμένες οικογένειες που προσφέρουν νόημα, υποστήριξη και φροντίδα στη ζωή τους.
- Ø Η κατάθλιψη μπορεί να επιδεινωθεί λόγω κακής υγείας, κακής διατροφής, έλλειψης σωματικής άσκησης, έλλειψης φωτός, χρημάτων και κοινωνικής υποστήριξης.
- Ø Ένας ακόμα παράγοντας μπορεί να είναι η κακοποίηση των ηλικιωμένων.

Τα ζητήματα αυτά περιπλέκονται καθώς :

- Ø Η διαγνωστική διαδικασία είναι περίπλοκη, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν ιατρικά προβλήματα, γεγονός σύνηθες σε ανθρώπους της τρίτης ηλικίας
- Ø Είναι δύσκολο να βρεθούν τα όρια μεταξύ της κατάθλιψης και της θλίψης που συνδέεται με την απογοήτευση και την απώλεια
- Ø Συμπτώματα όπως η απάθεια, η κακή διάθεση, η διαταραχή μνήμης κτλ, θεωρούνται κομμάτι της διαδικασίας γήρανσης, ενώ στην πραγματικότητα είναι συμπτώματα κατάθλιψης.

Ø Οι ηλικιωμένοι φοβούνται να μιλήσουν για τη σύγχυση και την απώλεια μνήμης που τους προκαλεί η κατάθλιψη, γιατί θεωρούν ότι μπορεί να έχουν προσβληθεί από Αλτςζάιμερ.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήπιας μορφής - έλλειψη ενέργειας και πρωτοβουλίας, κοινωνική απομόνωση, απώλεια ενθουσιασμού και μια γενικότερη απάθεια - μερικές φορές αποτελούν την πρώτη ένδειξη γεροντικής άνοιας.

Η σοβαρή κατάθλιψη στους ηλικιωμένους συνοδεύεται μερικές φορές από ψευδαισθήσεις, δηλαδή πιστεύουν πράγματα που απλώς δεν είναι αληθινά. Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν κατάθλιψη μπορεί να έχουν και παραισθήσεις, δηλαδή να βλέπουν ή να ακούνε πράγματα που δεν υπάρχουν.

3.2 Αγχώδεις διαταραχές

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει νιώσει άγχος. Παρόλα αυτά ακριβής ορισμός του όρου είναι δύσκολος γιατί η έννοια αυτή χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων του ατόμου.

Καθώς το άγχος βιώνεται ψυχολογικά ως συναίσθημα, είναι χρήσιμο για την κατανόησή του να αναφερθούμε σ' ένα άλλο παρόμοιο συναίσθημα που είναι ο φόβος.

Ο φόβος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται αντιληπτός(ή) συνειδητά. Η ένταση και η διάρκεια του φόβου είναι ανάλογη προς τον κίνδυνο και ο φόβος υποχωρεί όταν το άτομο αναλάβει δράση που οδηγεί σε φυγή ή αποφυγή (Μάνου, Ν. 1997).

Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, τρόμος των μυών και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μυς (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή.

Το άγχος, αντίθετα, είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Όπως και ο φόβος, έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική

δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Σ' αντίθεση, όμως, με τον φόβο η πηγή του άγχους, είτε είναι άγνωστη, είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση της φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί (Morris, V. 2005).

Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κτλ.). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου - οπότε και έχουμε κάποια Αγχώδη διαταραχή.

Οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό και ιδίως στην πληθυσμιακή ομάδα της Τρίτης Ηλικίας. Οι Ειδικές (ή Απλές) Φοβίες είναι οι πιο συχνές από αυτές, αλλά άτομα με τις φοβίες αυτές σπάνια αναζητούν θεραπεία. Η Διαταραχή Πανικού και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είναι οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές στα άτομα που ζητούν θεραπεία (Μάνου, Ν. 1997).

3.2.1 Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία

Η αγοραφοβία είναι ο έντονος φόβος για τα πολύ συχνά στα μέρη, και η κλειστοφοβία, δηλαδή ο φόβος για τα κλειστά μέρη και οι διαταραχές πανικού, στις οποίες το άγχος εμφανίζεται ξαφνικά και με ιδιαίτερη ένταση.

3.2.2. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (ΨΚΔ) είναι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή/και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του.

Οι ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο τις βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες (ως δηλ. «δυστονικές προς το εγώ») και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία (Μάνου, Ν. 1997).

Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει (αν προσπαθήσει να τις αντισταθεί νιώθει υπέρμετρο άγχος) ως απάντηση σ' ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή για να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται.

Ο βαθμός ευαισθησίας του ατόμου για τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς του ποικίλλει, αλλά σε κάποια στιγμή το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι υπερβολικοί ή παράλογοι (Μάνου, Ν. 1997).

Η Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, είναι αρκετά συνήθης στους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα στις ηλικιωμένες γυναίκες. Ένα άτομο έχει «ανεπιθύμητες σκέψεις, συχνά για κάτι ανούσιο, τρομακτικό ή αηδιαστικό καθώς και την έντονη παρόρμηση να κάνει κάτι το οποίο επανειλημμένως καταπραΰνει τις έμμονες ιδέες.

3.2.3. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Το βασικό χαρακτηριστικό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (ΓΑΔ) είναι υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις Φοβίες, τη Διαταραχή Πανικού ή την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Morris, V., 2005).

Δεν υπάρχει τίποτα που να αφορά στους ηλικιωμένους και να είναι εύκολο. Υπάρχουν διάφορες παθήσεις που συχνά διαγνώσκονται λανθασμένα ως διαταραχή άγχους, συμπεριλαμβανομένων του υπερθυρεοειδισμού και καρδιοπάθειας ή πνευμονοπάθειας που προκαλούν ταχυκαρδία και δυσκολία στην αναπνοή. Επίσης, το άγχος και η ταραχή μπορεί να είναι συμπτώματα του παραληρήματος, της κατάθλιψης ή της γεροντικής άνοιας, κι όχι μια ανεξάρτητη αρρώστια. Είναι επίσης πιθανό ο γονιός σας να μην έχει κάποια Ψυχιατρική διαταραχή αλλά να αντιδρά σε δικαιολογημένους φόβους (για παράδειγμα, φοβάται ότι θα μείνει χωρίς χρήματα ή ότι θα πέσει θύμα κλοπής). Αντίθετα, σε μια διαταραχή άγχους, ο φόβος υπερβαίνει την πραγματικότητα και συνεχίζει να υφίσταται ακόμα και αφού αντιμετωπιστεί η αιτία του φόβου (Μάνου, Ν., 1997).

Η ΓΑΔ είναι συχνότερη στις γυναίκες και υπολογίζεται ότι έχει επιπολασμό ζωής περίπου 5% (3% επιπολασμό έτους). Λίγοι από τους ασθενείς με ΓΑΔ αναζητούν ψυχιατρική θεραπεία. Πολλοί από αυτούς επισκέπτονται παθολόγους, καρδιολόγους ή πνευμονολόγους. Σε

σύγκριση με τη διαταραχή πανικού και την κατάθλιψη η ΓΑΔ είναι σχετικά ήπια διαταραχή. Περίπου 10%-12% των ηλικιωμένων αγχωδών ασθενών που επισκέπτονται ψυχιάτρους έχουν ΓΑΔ.

3.3 Γνωστικές διαταραχές

Αυτό που χαρακτηρίζει τις διαταραχές αυτές είναι η ύπαρξη ενός κλινικά σημαντικού ελλείμματος σε κάποια ή κάποιες από τις γνωστικές λειτουργίες (μνήμη, κρίση, προσανατολισμός κτλ.) που αποτελεί και σημαντική αλλαγή από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. Για καθεμιά από αυτές τις διαταραχές η αιτιολογία είναι είτε μια γενική ιατρική κατάσταση (που μπορεί όμως και να μην είναι προσδιορίσιμη) είτε μια ουσία (δηλ. κάποια ουσία κατάχρησης («ναρκωτικό»), κάποιο φάρμακο ή κάποια τοξίνη) είτε κάποιος συνδυασμός των παραπάνω (Μάνου, Ν., 1997).

Στο DSM-IV οι διαταραχές που αποκαλούνταν πριν «οργανικές ψυχικές διαταραχές» ομαδοποιούνται σε τρεις ομάδες: 1) Παραλήρημα, Άνοια και Αμνησικές και Άλλες Γνωστικές Διαταραχές 2) Ψυχικές Διαταραχές Οφειλόμενες σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και 3) Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες.

Το Παραλήρημα χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συνείδησης και μεταβολή στις γνωστικές λειτουργίες που αναπτύσσονται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στο Παραλήρημα ταξινομούνται κατά το DSM-IV σύμφωνα με την αιτιολογία τους: Παραλήρημα Οφειλόμενο σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα Προκαλούμενο από Ουσίες, Παραλήρημά Πολλαπλής Αιτιολογίας, Παραλήρημα Μη Προσδιοριζόμενο Αλλιώς (Μάνου, Ν., 1997).

Η Άνοια χαρακτηρίζεται από πολλαπλά γνωστικά ελλείμματα που περιλαμβάνουν και έκπτωση της μνήμης. Οι διάφορες άνοιες επίσης ταξινομούνται σύμφωνα με την αιτιολογία τους: Άνοια Τύπου Alzheimer, Αγγειακή Άνοια, Άνοια Οφειλόμενη σε Άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις (π.χ. νόσο από HIV, τραύμα κεφαλής, νόσο του Πάρκινσον, νόσο του Huntington), Άνοια Επίμονη Προκαλούμενη από Ουσίες (δηλ. οφειλόμενη σε ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή τοξίνη), - Άνοια Πολλαπλής Αιτιολογίας, Άνοια μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Περίπου το 50% των ατόμων άνω των 65 ετών λένε ότι δυσκολεύονται να θυμηθούν κάποια πράγματα περισσότερο από ότι παλιότερα. (Στην πραγματικότητα, το ίδιο λένε και πολλοί που είναι πάνω από 40 ετών). Εάν τους δοθεί αρκετός χρόνος, υγιή άτομα ηλικίας 70 ή 80 ετών μπορούν να τα πάνε εξίσου καλά με τα νεότερα άτομα στα τεστ μνήμης (Μάνου, Ν. 1997).

Μετά τα 80, σχεδόν όλοι βιώνουν κάποια εξασθένηση στη μνήμη τους καθώς και στις μαθηματικές, λεκτικές ικανότητές τους (αν και οι λεκτικές ικανότητες μάλλον επηρεάζονται λιγότερο από τις άλλες), όπως και στην ικανότητα προσανατολισμού. Είναι αυτό που οι γιατροί ονομάζουν "ελάχιστη διανοητική ανεπάρκεια" ("απώλεια μνήμης συσχετιζόμενη με την ηλικία" ή "ήπια γεροντική άνοια").

Δυστυχώς, περίπου το 40 τοις εκατό των ατόμων με ελάχιστη διανοητική ανεπάρκεια αναπτύσσουν Αλτςχάιμερ μέσα σε τρία χρόνια. Αλλά αυτό πάλι σημαίνει ότι το 60 τοις εκατό δεν εκδηλώνει Αλτςχάιμερ. Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούν το Παραλήρημα, η Άνοια, η Άνοια τύπου Alzheimer και η Αγγειακή Άνοια.

3.3.1 Παραλήρημα

Οι διαταραχές που χαρακτηρίζονται ως Παραλήρημα έχουν σαν κοινή κλινική εκδήλωση διαταραχή της συνείδησης και των γνωστικών λειτουργιών.

Το παραλήρημα είναι ιδιαίτερα σύνηθες στους ηλικιωμένους αλλά, δυστυχώς, αρκετά συχνά δε γίνεται σωστή διάγνωση ή δε γίνεται αντιληπτό. Είναι περισσότερο σύνηθες σε ηλικιωμένους που νοσηλεύονται. Περίπου το 20 τοις εκατό των ατόμων άνω των 70 ετών έχουν παραλήρημα κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο, ενώ τουλάχιστον 10-20 τοις εκατό παθαίνουν παραλήρημα κατά την παραμονή τους.

Το πιο κοινό ερέθισμα είναι μια εγχείρηση. Περίπου το 15-25 τοις εκατό των ηλικιωμένων παθαίνουν παραλήρημα μετά από μια προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση αλλά πολύ περισσότεροι - ίσως και 65 τοις εκατό - παθαίνουν παραλήρημα μετά από μια επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Το Παραλήρημα είναι συχνή διαταραχή, ιδιαίτερα σε νοσηλευόμενα άτομα και μάλιστα ηλικιωμένα.

Υπολογίζεται ότι σε άτομα πάνω από 65 ετών που νοσηλεύονται για κάποια γενική ιατρική κατάσταση 10% εμφανίζουν Παραλήρημα κατά την εισαγωγή τους και επιπλέον 10-15% μπορεί να αναπτύξουν Παραλήρημα κατά τη νοσηλεία τους (Μάνου, Ν. (1997).

3.3.2 Άνοια

Οι διαταραχές που περιγράφονται ως Άνοια χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων (συμπεριλαμβανόμενης έκπτωσης της μνήμης), που οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης, στα επίμονα

αποτελέσματα της δράσης κάποιας ουσίας ή σε πολλαπλές αιτιολογίες (π.χ. στον συνδυασμό των αποτελεσμάτων της ύπαρξης αγγειακής νόσου του εγκεφάλου και νόσου του Alzheimer) (Μάνου, Ν. 1997).

Το βασικό χαρακτηριστικό της Άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον κάποια από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας.

Τα σημαντικότερα σημεία της άνοιας είναι τα εξής:

1. Δυσκολίες στην απόκτηση, συγκράτηση νέων πληροφοριών και γνώσεων. Οι δυσκολίες της μάθησης μπορεί να εκφράζονται με το γεγονός ότι ο ασθενής ξεχνά λόγω προβλήματος στη βραχυπρόθεσμη μνήμη. Για παράδειγμα δεν θυμάται πρόσφατα γεγονότα ή συνομιλίες, ξεχνά τα ραντεβού του, δεν θυμάται που έβαλε τα κλειδιά του ή τοποθετεί σε λανθασμένους τόπους αντικείμενα.

2. Δυσκολίες στη σκέψη. Όταν υπάρχει ένα πρόβλημα στο σπίτι ή στην εργασία του, ο ασθενής δυσκολεύεται να συλλογιστεί και να προτείνει ένα λογικό σχέδιο αντιμετώπισης του προβλήματος.

Ανάλογες δυσκολίες εκδηλώνονται όταν ο ασθενής πρέπει να διεκπεραιώνει συνήθειες αλλά σχετικά πολύπλοκες και σύνθετες εργασίες όπως για παράδειγμα η ετοιμασία φαγητού.

3. Δυσκολίες στον προσανατολισμό. Ο ασθενής δυσκολεύεται να βρει χώρους που είναι γνωστοί σε αυτόν. Χάνεται εύκολα. Δυσκολεύεται στην οδήγηση.

4. Δυσκολίες γλώσσας. Δεν βρίσκει τις κατάλληλες λέξεις για να εκφράζεται σωστά και δεν μπορεί να αρχίσει ή να παρακολουθήσει μια συνομιλία, ενώ πρωτότερα αυτά δεν αποτελούσαν πρόβλημα (Μάνου, Ν. (1997).

Η άνοια δεν είναι αναπόφευκτο συνεπακόλουθο των γηρατειών, αλλά το αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας, μόλυνσης, τραυματισμού ή άλλης αρρώστιας (Μάνου, Ν. (1997).

Εντούτοις, είναι σύνηθες φαινόμενο στους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα στους υπερήλικες. Αν και τα στατιστικά στοιχεία ποικίλλουν, κατά κανόνα το δέκα τοις εκατό των ατόμων που είναι πάνω από 65 και περίπου το πενήντα τοις εκατό των ατόμων άνω των 85 υποφέρουν από άνοια (Μάνου, Ν. (1997).

Περίπου το 60 τοις εκατό των περιπτώσεων άνοιας είναι αποτέλεσμα της νόσου του Αλτςχαιμερ. Περίπου το 30 τοις εκατό προκαλούνται από ελαφριά συχνά ανεπαίσθητα εγκεφαλικά επεισόδια, μια περίπτωση που ονομάζεται αγγειακή ή πολυεμφρακτική άνοια. Αρκετά συχνά, όμως, η νόσος του Αλτςχαιμερ και η αγγειοπάθεια εκδηλώνονται ταυτόχρονα με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να διαπιστωθεί τι προκαλεί τι. Το υπόλοιπο 10 τοις εκατό των περιπτώσεων οφείλεται σε άλλες αιτίες,

όπως ο αλκοολισμός, ο ιός HIV και οι ασθένειες Κρόϊτςφελντ-Γιάκομπ, Χάντιγκτον, Πάρκινσον και Πικ. Σύμφωνα με τις περισσότερες εκτιμήσεις λιγότεροι από το 50% των ασθενών με Πάρκινσον εκδηλώνουν άνοια και η άνοια προσβάλλει περισσότερο τη μνήμη και την ταχύτητα σκέψης του ατόμου παρά τις λεκτικές του ικανότητες (Μάνου, Ν. (1997).

3.3.3. Άνοια τύπου Alzheimer

Η Άνοια Τύπου Alzheimer, που προκαλείται από τη νόσο Alzheimer, είναι η πιο κοινή από τις άνοιες. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη και χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού.

Η άνοια δεν είναι αναπόφευκτο συνεπακόλουθο της τρίτης ηλικίας, αλλά το αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας, μόλυνσης, τραυματισμού ή άλλης αρρώστιας.

Εντούτοις, είναι σύνηθες φαινόμενο στους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα στους υπερήλικες. Αν και τα στατιστικά στοιχεία ποικίλλουν, κατά κανόνα το δέκα τοις εκατό των ατόμων που είναι πάνω από 65 και περίπου το πενήντα τοις εκατό των ατόμων άνω των 85 υποφέρουν από άνοια (Morris, V. (2005).

Περίπου το 60 τοις εκατό των περιπτώσεων άνοιας είναι αποτέλεσμα της νόσου του Αλτςχάιμερ.

Περίπου το 30 τοις εκατό προκαλούνται από ελαφριά συχνά ανεπαίσθητα εγκεφαλικά επεισόδια, μια περίπτωση που ονομάζεται αγγειακή ή πολυεμφρακτική άνοια. Αρκετά συχνά, όμως, η νόσος του Αλτςχάιμερ και η αγγειοπάθεια εκδηλώνονται ταυτόχρονα με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να διαπιστωθεί τι προκαλεί τι (Μούγιας Α. (2001).

Το υπόλοιπο 10 τοις εκατό των περιπτώσεων οφείλεται σε άλλες αιτίες, όπως ο αλκοολισμός, ο ιός HIV, και οι ασθένειες Κρόϊτςφελντ-Γιάκομπ, Χάντιγκτον, Πάρκινσον και Πικ (Μούγιας Α., 2001).

- Ø Άνοια έχει το 1 % περίπου των ατόμων μέχρι 65 χρόνων.
- Ø Μεταξύ 65 και 74 περίπου το 3%.
- Ø Μεταξύ 75 και 84 περίπου το 19%.
- Ø Συμπτώματα άνοιας εμφανίζουν μέχρι και το 47% των ατόμων πάνω από 85 χρόνων.
- Ø Συνολικά σε ηλικίες πάνω από τα 65 χρόνια το 4-5% των ατόμων, πάσχει από άνοια, σε βαθμό που να μην μπορούν να ζήσουν αυτόνομα (Morris, V. (2005).

Τα γηρατεία είναι σαφώς ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για τη νόσο του Αλτςχάιμερ. Μετά την ηλικία των 65 ετών, ο ρυθμός της ασθένειας διπλασιάζεται ανά πενταετία.

Τα στάδια που περιγράφονται στη συνέχεια είναι απλώς μια γενική περιγραφή του τι μπορεί να συμβεί σε κάποιον κατά την εξέλιξη της ασθένειας, η οποία τυπικά διαρκεί πέντε έως δώδεκα χρόνια.

Πρώτο στάδιο:

- ✓ Ο ασθενής είναι ακόμα δραστήριος και κοινωνικός και μπορεί να απολαμβάνει ακόμα τη ζωή, παρόλο που καταλαβαίνει ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά.
- ✓ Η βραχυπρόθεσμη μνήμη αρχίζει και εξασθενεί.
- ✓ Εμφανίζονται κάποια μικρά προβλήματα στην ομιλία.
- ✓ Παραμελείται η προσωπική υγιεινή.
- ✓ Η κρίση παρεμποδίζεται και η αφηρημένη σκέψη είναι δύσκολη.
- ✓ Οι συναισθηματικές του αντιδράσεις είναι αλλοπρόσαλλες και υπερβολικές.
- ✓ Η εκτέλεση των καθημερινών εργασιών, γίνεται δύσκολη και απαιτεί περισσότερο χρόνο από πριν.
- ✓ Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής μπορεί να αρχίσει να χάνει τον προσανατολισμό του σε οικεία μέρη και σε δρόμους τους οποίους γνωρίζει καλά.

Δεύτερο στάδιο:

- ✓ Τα σημάδια γίνονται εμφανή. Ο ασθενής μπορεί να συμπεριφέρεται παράξενα.
- ✓ Η βραχυπρόθεσμη μνήμη έχει χαθεί σχεδόν τελείως.
- ✓ Ο συντονισμός των κινήσεων του είναι προβληματικός, κάτι που μπορεί να προκαλέσει πτώσεις και ατυχήματα. Η σύγχυση και ο κακός συντονισμός των κινήσεων δυσχεραίνουν την εκτέλεση κάποιων απλών, καθημερινών εργασιών.
- ✓ Σε αυτό το στάδιο, ο ασθενής συχνά χρειάζεται βοήθεια για να κάνει μπάνιο, να φάει και να ντυθεί.
- ✓ Οι περίπλοκες εργασίες που απαιτούν τη λήψη αποφάσεων ή την εκτέλεση μιας σειράς βημάτων, προκαλούν σύγχυση.
- ✓ Η έλλειψη προσανατολισμού είναι έντονη.

- ✓ Οι ασθενείς μπορεί να αρχίσουν να περιπλανώνται άσκοπα, ιδίως αν βρίσκονται σε ένα άγνωστο μέρος.
- ✓ Ο εκνευρισμός και το περπάτημα πάνω-κάτω είναι συχνά φαινόμενα.
- ✓ Οι διαθέσεις είναι ακόμα πιο υπερβολικές.
- ✓ Πολλά άτομα γίνονται παρανοϊκά και έχουν παραισθήσεις ή/και ψευδαισθήσεις.
- ✓ Τα άτομα δυσκολεύονται να συγκρατήσουν τον αυθορμητισμό τους, με αποτέλεσμα να γίνονται αγενή ή πρόστυχα.
- ✓ Τα προβλήματα στη γλώσσα και στην ομιλία επιδεινώνονται.
- ✓ Η ικανότητα πρόσθεσης, αφαίρεσης ή εκτέλεσης άλλων μαθηματικών πράξεων έχει ουσιαστικά χαθεί.
- ✓ Οι κύκλοι ύπνου αλλάζουν, οπότε ο ασθενής μπορεί να κοιμάται περίεργες ώρες.
- ✓ Επαναλαμβάνονται μονότονα οι ίδιες ιστορίες και οι ίδιες πράξεις.

Τρίτο στάδιο:

- ✓ Σε αυτό το στάδιο οι ασθενείς εξαρτώνται πλήρως από τους άλλους και χρειάζονται συνεχή φροντίδα..
- ✓ Η σύγχυση είναι πολύ έντονη. Μαζί με τη βραχυπρόθεσμη μνήμη, έχει χαθεί και το μεγαλύτερο μέρος της μακροπρόθεσμης μνήμης.
- ✓ Οι ικανότητες επικοινωνίας καθώς και η ικανότητα βάδισης έχουν επίσης χαθεί σε αυτό το στάδιο.
- ✓ Οι ασθενείς έχουν ακράτεια.
- ✓ Οι ασθενείς, έχουν σημαντική, απώλεια βάρους.
- ✓ Μπορεί να εμφανιστούν σωματική ακαμψία και επιληπτικές κρίσεις (Μούγιας Α., 2003).

Οι παραισθήσεις (το να βλέπει και να ακούει κανείς πράγματα που δεν υπάρχουν), οι ψευδαισθήσεις (το να πιστεύει κανείς παράλογα πράγματα) και η παράνοια (ειδικότερα το να πιστεύει κανείς ότι οι άλλοι προσπαθούν να τον σκοτώσουν ή ότι η σύζυγός του τον απατά), είναι όλα συνήθη φαινόμενα.

Τελικά, οι ασθενείς δεν μπορούν να μιλήσουν, να σηκωθούν από το κρεβάτι ή να φάνε μόνοι τους. Είναι επιρρεπείς στον υποσιτισμό, στις λοιμώξεις, στην αφυδάτωση, στην πνευμονία και σε άλλες ασθένειες. Η αιτία θανάτου είναι συνήθως κάποια λοίμωξη (των πνευμόνων, του δέρματος ή του ουροποιητικού συστήματος) (Μούγιας Α. (2003).

3.3.4 Αγγειακή ή πολυεμφρακτική άνοια

Η Άνοια αυτή (της οποίας η συχνότητα είναι σημαντική 15-25% των ανοιών) κατέχει ενδιάμεση θέση μεταξύ των μη αναστρέψιμων ανοιών και των ανοιών που μπορούν να θεραπευθούν, με την έννοια ότι η έγκαιρη θεραπεία της υπέρτασης και της αγγειακής νόσου στην οποία και οφείλεται μπορεί να την προλάβει ή να αναστείλει την πρόοδό της.

Η Αγγειακή Άνοια χαρακτηρίζεται από απότομη έναρξη και από κλιμακωτή (δηλαδή όχι ομοιόμορφα προϊούσα όπως στην Άνοια Τύπου Alzheimer) πορεία επιδείνωσης με «κατά τόπους» κατανομή των ελλειμμάτων (δηλαδή επηρεάζονται ορισμένες λειτουργίες, αλλά όχι άλλες) στα αρχικά τουλάχιστον στάδια της πορείας της. Η Αγγειακή Άνοια προσβάλλει πιο συχνά τους άντρες και εμφανίζεται νωρίτερα από ότι η Άνοια τύπου Alzheimer. Οι επιπλοκές της Αγγειακής Άνοιας είναι ανάλογες προς τις επιπλοκές της Άνοιας Τύπου Alzheimer (Μούγιας Α. (2003).

Το τριάντα με σαράντα τοις εκατό των περιπτώσεων άνοιας πιστεύεται ότι οφείλονται μερικώς ή εξ ολοκλήρου σε μια σειρά εγκεφαλικών, τόσο μικρών που δεν γίνονται αντιληπτά. Η ροή του αίματος παρεμποδίζεται σε κάποιο σημείο του εγκεφάλου, συνήθως εξαιτίας θρόμβου, βουλωμένης αρτηρίας ή ρήξης αιμοφόρου αγγείου, αφήνοντας πίσω κατεστραμμένο ή νεκρωμένο ιστό. Με κάθε διαδοχικό εγκεφαλικό, ο εγκέφαλος χάνει όλο και περισσότερο την ικανότητα να λειτουργήσει.

Τα άτομα που πάσχουν από αγγειακή άνοια, διατρέχουν συχνά τον κίνδυνο να πάθουν εγκεφαλικό λόγω διαβήτη, υψηλής αρτηριακής πίεσης ή άλλων καρδιοαγγειακών παθήσεων. Οι γιατροί μπορούν να εντοπίσουν την πάθηση με αξονική τομογραφία του εγκεφάλου. Αν και τα συμπτώματα μοιάζουν πολύ με εκείνα του Αλτςχάιμερ, η αγγειακή άνοια επηρεάζει πρώτα τις σωματικές ικανότητες και μετά το μυαλό. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει αδυναμία, να χάσει την όρασή του ή να πάθει ακράτεια πολύ πριν αρχίσει να ξεχνά ή να πέφτει σε σύγχυση. Τα συμπτώματα εμφανίζονται απότομα και επιδεινώνονται γρήγορα. Στο Αλτςχάιμερ, η επιδείνωση της ασθένειας γίνεται πιο σταδιακά. Αν γίνει νωρίς η διάγνωση, η εξέλιξη της αγγειακής άνοιας μπορεί να επιβραδυνθεί, μειώνοντας τις πιθανότητες εγκεφαλικού. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση φαρμάκων για την υψηλή αρτηριακή πίεση, την υψηλή χοληστερίνη και τις αγγειακές παθήσεις, με τη βελτίωση του κυκλοφοριακού μέσω της διατροφής και της άσκησης και με τη βελτίωση του διαβήτη (Μούγιας Α. (2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

4.1 «Κράτος Πρόνοιας»

Με την ευρεία έννοια η κοινωνική πολιτική περιλαμβάνει όλες σχεδόν τις δραστηριότητες του κράτους που αποβλέπουν στην εξυπηρέτηση του συνόλου. Η κοινωνική πολιτική ασχολείται με την πολιτική αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων εξετάζοντας τις οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και πολιτιστικές τους διαστάσεις. Επιμέρους τομείς της κοινωνικής πολιτικής είναι: η υγεία, η κατοικία, η εργασιακή απασχόληση, η κοινωνική ασφάλιση, η κοινωνική πρόνοια (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., (1999).

Κάθε κράτος, σε καθορισμένες χρονικές περιόδους, προσπαθεί να εφαρμόσει ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας, υιοθετεί δηλαδή μία εγκεκριμένη κοινωνική πολιτική. Ο ορισμός «κράτος πρόνοιας» ή «κοινωνικό κράτος» ή «κράτος ευημερίας» (μετάφραση του αγγλικού όρου welfare state) έχει επικρατήσει μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αν και όπως είναι γνωστό υπήρχε σαν έννοια από το τέλος του 19ου αιώνα . Αναφέρεται στον ευρύτερο κοινωνικό ρόλο του κράτους στις χώρες του Δυτικού κόσμου, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται στους πολίτες ένα ελάχιστο επίπεδο οικονομικής και κοινωνικής ευημερίας . Το κράτος πρόνοιας αναλαμβάνει να καλύψει ανάγκες απασχόλησης, εκπαίδευσης, κατοικίας, υγείας, κοινωνικής φροντίδας προστασίας του περιβάλλοντος και του ελεύθερου χρόνου για τον ενεργό και τον μη ενεργό πληθυσμό. Παρέχει είτε το ίδιο άμεσα αυτές τις υπηρεσίες ή ρυθμίζει την παροχή ους από τον ιδιωτικό - κερδοσκοπικό και μη - τομέα . Οι δε παροχές μπορεί να είναι: σε χρήματα όπως συντάξεις ή εκπαιδευτικές επιδοτήσεις, ή παροχές σε είδος, όπως υπηρεσίες υγείας.

Η Κοινωνική Πρόνοια είναι το σύνολο των μέτρων που λαμβάνονται από το κράτος ή από τους ελεγχόμενους από αυτό οργανισμούς με στόχο την κοινωνική προστασία των ατόμων που έχουν ανάγκη (ηθική, υλική κλπ) και τα οποία δεν μπορούν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες με δικά τους μέσα, ενώ δεν καλύπτονται συνήθως από κάποιον ασφαλιστικό οργανισμό. Οι παροχές της πρόνοιας είναι σε χρήμα (πχ. Επιδόματα, βοηθήματα) ή σε είδος (πχ. ρούχα, φάρμακα, τρόφιμα) και στόχος τους είναι είτε μεμονωμένα άτομα (απροστάτευτα παιδιά, ηλικιωμένοι, ανάπηροι) είτε ομάδες ατόμων (πρόσφυγες) (Σταθόπουλος, Π., 1999).

Σήμερα, είναι γεγονός ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες αλλά και στην χώρα μας, διαπιστώνεται μια τάση μετατόπισης του κέντρου βάρους άσκησης της κοινωνικής πολιτικής από τον κρατικό τομέα σε

συνεργατικά σχήματα παρέμβασης που στοχεύουν στην ενεργή συμμετοχή πολλαπλών συντελεστών παροχής κοινωνικών υπηρεσιών στο τοπικό επίπεδο. Μια τέτοια πολιτική υπαγορεύει την ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Μη Κερδοσκοπικών Οργανισμών καθώς και την ανάπτυξη άτυπων δικτύων φροντίδας και ομάδων αυτοβοήθειας.

Εξάλλου, την τελευταία δεκαετία γίνεται περισσότερο λόγος για την κοινωνία πρόνοιας (welfare society) παρά για το κράτος πρόνοιας (welfare state) Σε αυτό το πλαίσιο δίνεται έμφαση στην συμμετοχή των κατοίκων, στην αυτενέργεια και στην αυτοβοήθεια και την ενδυνάμωση της κοινωνίας των πολιτών για την κάλυψη του κενού που αφήνει η αποδόμηση του κράτους πρόνοιας.

Παρόλο όμως που διαπιστώνονται κενά στον τομέα Κοινωνικής Πρόνοιας είναι λοιπόν και αυτός ένας τομέας της κοινωνικής πολιτικής ο οποίος πολλές φορές συμπληρώνει τα κενά άλλων τομέων. Έτσι για παράδειγμα, όταν μειώνονται οι παροχές σε επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης αυξάνονται οι δικαιούχοι αρωγής από την Κοινωνική Πρόνοια.

Δεν πρέπει όμως να συγχέεται με την κοινωνική ασφάλιση. Οι βασικές τους διαφορές είναι ως προς δύο σημεία: πρώτον, το δικαίωμα του λήπτη της παροχής από την Κοινωνική Πρόνοια δεν είναι αχώριστο, δεν μπορεί δηλαδή να απαιτηθεί δικαστικά. Δεύτερον, οι παροχές της κοινωνικής πρόνοιας δεν είναι ανταποδοτικές, δηλαδή ο λήπτης της παροχής δεν συμμετέχει, όπως ο ασφαλισμένος, στο σχηματισμό του ασφαλιστικού κεφαλαίου.

Η έννοια της «Κοινωνικής Πρόνοιας» είναι ακόμα ρευστή και μπορούμε να την καταλάβουμε καλύτερα από τους στόχους της. Στόχος της Κοινωνικής Πρόνοιας είναι: «Παροχή βοήθειας σε ολόκληρο τον πληθυσμό και ειδικά σε ομάδες που αντιμετωπίζουν προσωρινά ή μόνιμα κοινωνικά ή προβλήματα υγείας για τη δημιουργία αξιοπρεπών συνθηκών ζωής, για την αξιοποίηση όλων των δυνατοτήτων και των ταλέντων τους και για ενεργό συμμετοχή στην κοινωνικοοικονομική ζωή και ανάπτυξη της χώρας, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση και τον τόπο διαμονής τους».

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν χρησιμοποιούσε με μεγάλη συχνότητα τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, επειδή η οικογένειά τους βρισκόταν σαν συμπαραστάτης στις καθημερινές τους ανάγκες αλλά και σε έκτακτες περιστάσεις ασθένειας, ατυχημάτων και άλλων παροδικών δυσκολιών (Εμκε–Πουλοπούλου, Η., (1999).

Υπολογίζεται ότι η επικοινωνία μεταξύ των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους είναι σε καθημερινή βάση, για μια σε κάθε τρεις οικογένειες. Παρά τις συχνές επαφές των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους

οι δυνατότητες της οικογένειας να προσφέρει διαρκή βοήθεια αμφισβητείται από τα ίδια τα ηλικιωμένα άτομα. Οι οικογένειες αρχίζουν να είναι λιγότερο πρόθυμες ή σε θέση να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους (Σταθόπουλος, Π., 1999).

Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην 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 πράγμα το οποίο επιτυγχάνεται μέσω των διάφορων προγραμμάτων και υπηρεσιών που έχουν διαμορφωθεί σύμφωνα με τις προβαλλόμενες ανάγκες της τρίτης ηλικίας .

Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειάς τους περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

4.2 Δραστηριότητες

Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό το κράτος πρόνοιας προσπαθεί με διάφορες παρεμβάσεις του να συντηρήσει τον ενεργό πληθυσμό ή να βοηθήσει στην αναπαραγωγή του και να συντηρήσει τον μη ενεργό πληθυσμό.

Στις παρεμβάσεις που αφορούν στην κοινωνική αναπαραγωγή και τη συντήρηση του ενεργού πληθυσμού μπορούν να αναφερθούν:

Η άμεση παροχή υπηρεσιών από το ίδιο το κράτος δωρεάν ή με μειωμένο κόστος (πχ. ιατρικές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εκπαίδευση, κοινωνική εργασία).

Οι επιδοτήσεις συγκεκριμένων αγαθών και υπηρεσιών (π.χ. κατοικίας προσιτής στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα) (Σταθόπουλος , Π., 1999).

Η αναδιανομή του εισοδήματος μέσω του φορολογικού συστήματος και της κοινωνικής ασφάλισης.

Ο έλεγχος με διάφορες ρυθμίσεις της συμπεριφοράς του κεφαλαίου (νόμοι για τις συνθήκες εργασίας στο εργοστάσιο, νόμοι για την προστασία του καταναλωτή, για τη δόμηση, την υποχρεωτική εκπαίδευση κλπ.).

Παρεμβάσεις του δεύτερου τύπου που έχουν σχέση με τον μη ενεργό πληθυσμό είναι:

Παροχές προς τους ανέργους, τους ηλικιωμένους, τους ασθενείς, τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Παρεμβάσεις στην οικογένεια, στο δίκτυο των συγγενικών προσώπων του ατόμου και στην τοπική κοινότητα για ενίσχυση και ρύθμιση του ρόλου τους στην παροχή φροντίδας.

Καθοριστικός είναι ο ρόλος των κοινωνικών υπηρεσιών και των προγραμμάτων που έχουν τεθεί σε εφαρμογή τα τελευταία χρόνια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και κάλυψη των αναγκών.

4.3 Πηγές χρηματοδότησης

Οι πηγές χρηματοδότησης είναι οι εισφορές εργαζομένων (που για τους μισθωτούς προέρχονται από τους ίδιους και τους εργοδότες και για τους αυτοτελώς εργαζόμενους από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και την φορολογία), οι εισφορές εργοδοτών, οι κοινωνικοί πόροι (γενικές δημόσιες δαπάνες) και άλλα τρέχοντα έσοδα όπως οι πρόσοδοι από την αξιοποίηση περιουσιακών στοιχείων των ασφαλιστικών φορέων.

Οι πηγές χρηματοδότησης είναι κυρίως: η άμεση ή έμμεση κρατική επιχορήγηση και οι ασφαλιστικές εισφορές.

Κρατική επιχορήγηση (άμεσες κρατικές δαπάνες) : είτε από τα γενικά ορολογικά έσοδα του προϋπολογισμού, είτε από φόρους ειδικής διάθεσης, δηλαδή φόρους που επιβάλλονται ειδικά για τον συγκεκριμένο σκοπό.

Φορολογικές ελαφρύνσεις (έμμεσες κρατικές δαπάνες): φορολογικές εκπτώσεις, φορολογικές απαλλαγές, μειωμένοι φορολογικοί συντελεστές στα άτομα μεγάλης ηλικίας, στους πολύτεκνους, στις άγαμες μητέρες, στα άτομα: ειδικές ανάγκες κ.ο.κ., προκειμένου δηλαδή να ενισχυθούν οικονομικά άτομα που αντιμετωπίζουν ειδικές συνθήκες

Φορέας χρηματοδότησης των προγραμμάτων που κάνουν χρήση τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι η Τοπική Αυτοδιοίκηση. Ο για μεγάλο χρονικό διάστημα πολυκερατισμός της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, «ο ανορθόδοξος τρόπος χρηματοδότησης, η υπολειμματική στελέχωση, το ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο οργάνωσης αρμοδιοτήτων και λειτουργίας» (Αλτάνης Π., 1996), δημιούργησε ένα κεντρικό γραφειοκρατικό κράτος με δαπανηρές και αναποτελεσματικές λειτουργίες ενώ αποτέλεσε τροχοπέδη για την χάραξη στρατηγικού σχεδιασμού για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής από την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την περισσότερο άναρχη, ελλειμματική και κάθε άλλο παρά συγκροτημένη και θεσμικά κατοχυρωμένη παρέμβαση της τοπικής κοινωνίας στα προβλήματα και ανάγκες που βιώνει καθημερινά. Σε ότι αφορά τις υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο, παρατηρείται πληθυσμιακή και γεωγραφική άνιση - κατανομή τους, επικάλυψη, ανεπάρκεια, πενιχρή υποδομή, έλλειψη προσωπικού και συγκεντρωτισμός στην διαδικασία

λήψης αποφάσεων, καθώς και στον σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων (Βάγια Χ., 1988).

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια πραγματοποιείται μια προσπάθεια μεταφοράς αρμοδιοτήτων από το κεντρικό επίπεδο στο τοπικό που δημιουργεί προσδοκίες για μια διαφορετικού τύπου αντιμετώπιση των τοπικών προβλημάτων και αναγκών.

Συγκεκριμένα, ο Νόμος Καποδίστρια για την συγκρότηση της Τοπική Αυτοδιοίκησης δημιούργησε ένα διαφορετικό πλαίσιο προϋποθέσεων που παρά το σημαντικό έλλειμμα πόρων και πηγών, ευνοεί τον σχεδιασμό και εφαρμογή τοπικών αναπτυξιακών προγραμμάτων και πρωτοβουλιών, που στοχεύουν στην ανάπτυξη υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων και αναγκών, με την δημιουργία δημοτικών κοινωνικών υπηρεσιών, την αξιοποίηση ευρωπαϊκών κονδυλίων, διακοινοτικών συνεργασιών και την οργάνωση της τοπικής κοινωνίας (Ζαϊμάκης, Γ., Κανδυλάκη, Α., 2005).

44 Μοντέλα πρόνοιας χώρων Ε.Ε (Ελλάδα- Ιταλία, Μ. Βρετανία, Γερμανία, Δανία)

Για την κοινοτική φροντίδα εξαρτώμενων ηλικιωμένων , στο σύνολο τους τα κράτη επιλέγουν τη μικτή πρόνοια ως μια προσπάθεια περικοπής των δαπανών σε σχέση και με τις δημογραφικές αλλαγές. Διακρίνονται όμως ομάδες χωρών με διαφορετική δομή συστημάτων πρόνοιας και κοινοτικής φροντίδας, ενώ φαινομενικά συγκλίνουν στους στόχους.

Μια ομάδα είναι για παράδειγμα είναι αυτή των χωρών, όπως η Ελλάδα και η Ιταλία, τις οποίες χαρακτηρίζει η υπερεξάρτηση των ηλικιωμένων από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας με κεντρικό άξονα την οικογένεια, οι οποίες αντιμετώπιζαν ήδη σοβαρές ελλείψεις στις κρατικές υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας , είτε κεντρικές, είτε τοπικές, ενώ είναι σαφές ότι οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας θα τους στερήσουν τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των άτυπων δικτύων.

Στις χώρες αυτής της ομάδας δεν υπάρχουν ακόμα οι προϋποθέσεις για να λειτουργήσει ολοκληρωμένα μια μικτή πρόνοια. Απουσία αυτοδύναμης τοπικής αυτοδιοίκησης και συνεργασίας με τον εθελοντικό τομέα είναι κάποια από τα βασικά κριτήρια που εμποδίζουν κάτι τέτοιο .

Σε μια δεύτερη ομάδα χωρών όπως η Μ. Βρετανία, σε γενικές γραμμές διαπιστώνονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά με τις προηγούμενες χώρες όπως για παράδειγμα το ότι και στη συγκεκριμένη περίπτωση , κεντρικός μοχλός της φροντίδας των ηλικιωμένων ήταν τα άτυπα δίκτυα φροντίδας, όμως έχουν δημιουργηθεί καλύτερες

προϋποθέσεις για τη λειτουργικότητα ενός συστήματος μικτής πρόνοιας. Αποτελεί μια χώρα που παραδοσιακά στο χώρο της πρόνοιας υπάρχει ένας ισχυρός ιδιωτικός τομέας . Από το 1990 και μετά τέθηκαν βάσεις έτσι ώστε η προσοχή της χώρας δίνεται στη λειτουργία ενός μοντέλου κρατικής ρύθμισης αλλά ιδιωτικών παροχών . Αυτό όμως δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν προβλήματα όπως το κόστος για τους ηλικιωμένους που έχουν καλύτερα εισοδήματα ή το θέμα του συντονισμού των υπηρεσιών . Βέβαια σε θέματα που αφορούν την ενεργοποίηση και την ενδυνάμωση του ηλικιωμένου έχουν προχωρήσει αρκετά. Η αξιοποίηση του εθελοντικού, μη κερδοσκοπικού καθώς και του ιδιωτικού τομέα από τις κρατικές ή τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες αποτελεί μια στρατηγική επιλογή της πολιτείας στην διαδικασία αναζήτησης περισσότερο οικονομικών λύσεων, της αποκέντρωσης και της ιδιωτικοποίησης της πρόνοιας. Σε αυτό το πλαίσιο η Βρετανία έχει προχωρήσει αρκετά προς την κατεύθυνση σύναψης συμβολαίων (contracting) με εθελοντικούς φορείς και οργανισμούς. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η Γαλλία όπως και η Ιταλία. Με το σύστημα αυτό κρατικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο συνάπτουν συμβόλαια - τα οποία περιλαμβάνουν κανονισμούς και όρους για το τι θα προσφέρεται και πώς - με εθελοντικές οργανώσεις ή κερδοσκοπικές επιχειρήσεις για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας σε συγκεκριμένες κατηγορίες «πελατών» (Alcock, P. and L. Christensen 1995).

Στα κορπορατιστικά μοντέλα (Γερμανία) επικρατεί η ραστηριοποίηση τόσο του εθελοντικού τομέα , όσο και του ιδιωτικού με κεντρικό άξονα την οικογένεια στη μακρόχρονη φροντίδα , όπως και σε άλλες προνοιακές υπηρεσίες . Όμως παρουσιάζεται εξαιρετικά υψηλό το κόστος φροντίδας τόσο για τις οικογένειες, όσο και για τον ηλικιωμένο τον ίδιο. Οι λύσεις που αναζητήθηκαν ήταν κυρίως στο τομέα της κοινωνικής ασφάλισης, δίνοντας τη δυνατότητα στον ίδιο τον ασφαλισμένο να επιλέξει και να αγοράσει στη συνέχεια το είδος της φροντίδας που επιθυμεί από τον ιδιωτικό τομέα ή και από την οικογένεια. Σε αυτό το μοντέλο ενώ υπάρχει πολλαπλότητα τομέων παροχής φροντίδας και κάλυψη των δαπανών από την κοινωνική ασφάλιση, διαπιστώνεται συγχρόνως η έλλειψη καθοδήγησης του πολίτη στις υπηρεσίες και του συντονισμού των φορέων.

Τέλος, ιδιαίτερη ομάδα αποτελούν οι Σκανδιναβικές χώρες που ήδη διαθέτουν ένα ισχυρά αποκεντρωτικό σύστημα με αυτόνομη χρηματοδότηση, με πολύ καλό επίπεδο υπηρεσιών , όπου οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας είναι υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Οι χώρες αυτές δεν στηριζόντουσαν ποτέ ιδιαίτερα στα άτυπα δίκτυα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, αλλά

θέλουν να βελτιώσουν ακόμη περισσότερο την ποιότητα των υπηρεσιών και να ενισχύσουν την ανεξάρτητη διαβίωση των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Βγαίνει το συμπέρασμα ότι η πορεία από το κράτος σε μικτά σχήματα πρόνοιας στην κοινοτική φροντίδα θα είναι σταθερή στο μέλλον διότι υπάρχουν πλέον εξωτερικές πιέσεις που ωθούν τα συστήματα πρόνοιας προς διαφορετικές επιλογές. Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι παρά τις σημαντικές αλλαγές, η οικογένεια παραμένει το κύριο στήριγμα αυτών που χρειάζονται φροντίδα σε όλες τις χώρες τις Ευρώπης είτε με την άμεση παροχή υπηρεσιών στα εξαρτώμενα μέλη, είτε με το διαμεσολαβητικό της ρόλο στην περίπτωση των Σκανδιναβικών χωρών .

Στην Ελλάδα έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στον τομέα κοινοτικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους . Γενικότερα γίνεται περισσότερο λόγος για φροντίδα από την κοινότητα παρά στην κοινότητα (Στασινοπούλου, 1992). Αν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες χρειάστηκαν αρκετά χρόνια νέο – φιλελεύθερων πολιτικών και προσπάθειες ιδιωτικοποίησης της πρόνοιας για να «πείσουν» τους «ενεργούς πολίτες», να αναλάβουν την φροντίδα των ίδιων και μελών της οικογένειας τους, αποσυνδέοντας την έννοια της ευημερίας και της πρόνοιας από την κρατική της διάσταση και τονίζοντας παράλληλα την ατομική ευθύνη και το δικαίωμα επιλογής, στην χώρα μας ακολουθήθηκε μια διαφορετική - και ίσως σε αρκετά σημεία αντίθετη - πρακτική. Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στην περιφέρεια, παρατηρούμε την κυριαρχία των άτυπων δικτύων κοινωνικής φροντίδας (οικογένεια, γειτονιά). Το γεγονός αυτό συνδέεται με ζητήματα που αφορούν στην διατήρηση των δεσμών των ελλήνων με την εκτεταμένη οικογένεια και την αντίληψη ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων για παράδειγμα είναι οικογενειακή ευθύνη - ιδιαίτερα των γυναικών - αλλά και με το έλλειμμα ανάπτυξης αντίστοιχων επίσημων δομών (Σταθόπουλος, Π., 1999). Αντίστοιχη φαίνεται να είναι η κατάσταση στον τομέα της φροντίδας αλλά και της γενικότερης δομής του κράτους πρόνοιας και σε άλλες χώρες - κυρίως του Νότου - όπως για παράδειγμα στην Ισπανία, Πορτογαλία την Νότια Ιταλία αλλά και στην Ιρλανδία όπου η εκτεταμένη οικογένεια αλλά και η καθολική εκκλησία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση και την παροχή υπηρεσιών (Alcock, P. and L. Christensen 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ-ΦΟΡΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

5.1 Κέντρα ανοιχτής περιθάλψης ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η)

A. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Αναφέρεται πως "...οι κοινωνίες κρίνονται από το πώς φροντίζουν τα μωρά τους και τους ηλικιωμένους τους .." (Β' Κ.Α.Π.Η Δήμου Νίκαιας 1999). Με βάση τα μέτρα προστασίας που προβλέπονται για τον τομέα της τρίτης ηλικίας με τον οποίο ασχολούμαστε μπορεί να διαμορφωθεί κατά κάποιον μια μορφή αξιολόγησης.

Μέχρι πρόσφατα η κρατική μέριμνα για την Τρίτη ηλικία περιοριζόταν στην οικονομική της ενίσχυση. Ωστόσο το σύνολο του πληθυσμού των ηλικιωμένων, δεν είναι μόνο το σύνολο απόμαχων, αλλά και ενεργών πολιτών που έχουν ακόμα πολλά να προσφέρουν στην κοινωνία. Η ταχύτερη συνταξιοδότηση και η επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής, οδηγούν στη συνεχή αύξηση ενός ειδικού κοινωνικού, που δημιουργεί το σύνολο των ηλικιωμένων στον ευρύτερο πληθυσμό.

Είναι λοιπόν αναγκαία η άμεση διερεύνηση των ειδικών προβλημάτων της κοινωνικής αυτής ομάδας όχι μόνο για την καλύτερευση των συνθηκών ζωής τους αλλά και για την υπεράσπιση των συμφερόντων του κοινωνικού συνόλου γενικότερα, που χρειάζεται την Τρίτη ηλικία.

Στα πλαίσια αυτής της άποψης, έγινε κοινή συνείδηση, η ευθύνη της Πολιτείας απέναντι στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας και τις ανάγκες τους, με αποτέλεσμα την δημιουργία νέων θεσμών, προσαρμοσμένων στις οικονομικές, κοινωνικές, ιατρικές και εργασιακές εξελίξεις. Η προστασία των ηλικιωμένων έγινε τον τελευταίο καιρό επιτακτικότερη, γιατί ακριβώς οι ανάγκες έχουν διογκωθεί.

Μέχρι σήμερα μιλούσαμε για υπερήλικες, εννοώντας τα άτομα εκείνα που συμπληρώνουν το 65ο έτος της ηλικίας τους, δηλαδή το όριο συνταξιοδότησης και κατά συνέπεια την υποχρεωτική παύση της εργασίας τους λόγω ηλικίας (Σταθόπουλος, Π., 1999).

Το όριο αυτό επιλέχθηκε εξαιτίας της παλιάς αντίληψης για την βιολογική φθορά του ανθρώπου, την πτώση της σωματικής και πνευματικής του δύναμης και διαφόρων κριτηρίων, αναλόγων της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης κάθε χώρας καθώς επίσης και το πολιτιστικό της επίπεδο.

Παλαιότερα το πρόβλημα των ηλικιωμένων, δεν είχε πάρει τις σημερινές διαστάσεις και η αντιμετώπιση του ήταν απλή. Τα χρήματα

της σύνταξης ή ο εγκλεισμός σε κάποιο γηροκομείο έδιναν τη λύση, άλλωστε η γεννητικότητα βρισκόταν σε υψηλά επίπεδα, ο μέσος όρος ζωής ήταν χαμηλός, οι δεσμοί της οικογένειας πιο στενοί.

Με το πέρασμα των χρόνων , οι συνθήκες εργασίας , ο τρόπος ζωής, η πρόοδος της ιατρικής και των άλλων επιστημών, επιμήκυναν τη ζωή του ανθρώπου και βοήθησαν στη διατήρηση των πνευματικών και σωματικών δυνάμεων, πέραν του 60ου έτους της ηλικίας. Ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνεται και θα συνεχίσει να αυξάνεται. Σήμερα η αντίληψη που κυριαρχεί όσον αφορά τον ηλικιωμένο και την κοινωνική φροντίδα γι' αυτόν είναι η παραμονή του στο ανοιχτό περιβάλλον ή καλύτερα ο ηλικιωμένος στο σπίτι , μέσα στη γειτονιά , στην κοινότητα, μόνος ή με την οικογένεια του, τα παιδιά του, τους συγγενείς του.

Το γηροκομείο, το ίδρυμα έχουν πλέον παραμεριστεί αρκετά παρόλο που δεν αμφισβητείται το γεγονός πως εξακολουθούν να αποτελούν λύση σε πολλές περιπτώσεις ηλικιωμένων. Οι σύγχρονες όμως ιδέες κυριαρχούν όπως για ελευθερία, αξιοπρέπεια, ιδέες που καθιστούν όλα τα άτομα νέα και ηλικιωμένα μέλη της κοινότητας, ενεργά αυτόνομα, ισότιμα.

Αυτές οι ιδέες οδηγούν στη δημιουργία ενός πλέγματος υπηρεσιών, που καλύπτουν τις ανάγκες και δίνουν λύσεις στα προβλήματα του ηλικιωμένου, που προέρχονται κυρίως από την απομόνωση , το φόβο και την ανησυχία για την υγεία του, την αδράνεια στην οποία μπορεί να βρεθεί εξαιτίας του απεριόριστου ελεύθερου χρόνου του.

Έτσι λοιπόν το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το οποίο είναι αυτό που έχει την αρμοδιότητα για τη χάραξη πολιτικής , το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για την Τρίτη ηλικία εφάρμοσε μέτρα προστασίας που περιλαμβάνουν παροχές σε χρήμα, παροχές σε είδος, προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες. Η πολιτική για τους ηλικιωμένους περικλείει τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, σε ανάδοχες οικογένειες, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων για ηλικιωμένους. Επιπλέον το Υπουργείο έχει την ευθύνη για την έκδοση αδειών λειτουργίας που ασχολούνται με την προστασία των ηλικιωμένων.

• ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ

1. Συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι, μετά το 65^ο έτος της ηλικίας τους λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α

2. Ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών , τα οποία έχουν αναπηρία (σωματικά ή διανοητικά ανάπηροι) πάνω από 67% , έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση .

3. Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, ηλικιωμένα άτομα όπως και άτομα και οικογένειες όλων των ηλικιών δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση.

4. Επιδότηση ενοικίου. Μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών, τα οποία αποδεδειγμένα δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία, δικαιούνται επιδότηση ενοικίου.

• ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1. Φροντίδα στο σπίτι. Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παραμονή του ηλικιωμένου, όσο το επιτρέπουν οι συνθήκες στο οικογενειακό του περιβάλλον, κοντά στους συγγενείς και τους φίλους του.

2. Προγράμματα αναδοχής. Αν και στη χώρα μας δεν είναι διαδεδομένη, αυτή η μορφή φροντίδας αρχίζει να ενθαρρύνεται ως εναλλακτική λύση φροντίδας και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μοναχικών κυρίως υπερηλίκων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια.

3. Προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα. Αρχικά ο όμιλος εθελοντών ξεκίνησε το πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων με το όνομα «Γωνιά του παππού και της γιαγιάς». Το 1979 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ίδρυσε τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) τα οποία από το 1983 έχουν περιέλθει στην αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης (Σταθόπουλος, Π., 1999).

ΦΟΡΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

5.1 ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η)

Μια από τις βασικότερες προσφορές υπηρεσιών στους ηλικιωμένους είναι αυτές των Κ.Α.Π.Η που αποτελούν κρατικά προγράμματα καταρτισμένα για την εξυπηρέτηση της επικρατούσας τάσης «παραμονή στο σπίτι».

Τα ΚΑΠΗ αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο, που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ αποτελεί ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους ή σαν μέλη της οικογένειας. Γίνονται δεκτοί άνδρες και γυναίκες ηλικίας 60ετών και άνω που είναι κάτοικοι του Δήμου στον οποίο λειτουργεί ΚΑΠΗ. Η ίδρυση και η λειτουργία των κέντρων αυτών αποτελεί το πρώτο θετικό

βήμα στον τομέα της κοινωνικής αντιμετώπισης των ηλικιωμένων από την κοινωνία και το κράτος.

Η ίδρυση και λειτουργία των 270 Κ.Α.Π.Η. στους περισσότερους Δήμους της Χώρας αποτελεί την πλέον σαφή απόδειξη του ενδιαφέροντος του κράτους για την εξοϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων.

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η

Α) Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

Β) Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες τις τρίτης ηλικίας.

Γ) Έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους

Οι βασικοί στόχοι που καλούνται να εκπληρώσουν τα κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων είναι η κοινωνική συμμετοχή, η προληπτική υγιεινή, η ενεργοποίηση, η ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και οι διασυνδέσεις και συνεργασίες.

Η πλήρης ανάπτυξη των προγραμμάτων ενός ΚΑΠΗ επιτυγχάνει τη διαφοροποίηση από τα άλλα γνωστά ως σήμερα προγράμματα , που οργανώνονται από διάφορους φορείς και φιλανθρωπικές οργανώσεις , με παροχή πολύ περιορισμένων υπηρεσιών. Ο παραδοσιακός τρόπος παροχής βοήθειας παραχωρεί τη θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου, που οδηγεί στην ένταξη του ηλικιωμένου στην κοινότητα. Οι υπηρεσίες ποιότητας δημιουργούν ισχυρά πρότυπα που πετυχαίνουν την κοινωνική συμμετοχή τους.

Προσφερόμενες Υπηρεσίες των ΚΑΠΗ

Α) Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές) και επιμόρφωση (διαλέξεις , μελέτη διάφορων θεμάτων)

Β) Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και νοσηλεία .

Γ) Κοινωνική εργασία που προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους .

Δ) Φυσικοθεραπεία

Ε) Εργασιοθεραπεία

Ζ) Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις

Στ) Συνεργασία με άλλα προγράμματα για παροχή υπηρεσιών στο σπίτι ή γενικότερης φροντίδας («Βοήθεια στο Σπίτι» , ΚΗΦΗ)

Ο κύκλος επιτυχίας των ΚΑΠΗ συνίσταται κατά πολύ στην ευαισθητοποίηση της γειτονιάς, όπου τα νεότερα μέλη της αποδέχονται τα παλιότερα και εκδηλώνουν την επιθυμία τους για προσφορά υπηρεσιών στο ΚΑΠΗ , στο σπίτι τους ή στις ποικίλες δραστηριότητες που διοργανώνονται . Η κινητοποίηση της γειτονιάς μπορεί να γίνει από κάθε ηλικία , περιλαμβανομένων ακόμη και των παιδιών ενός Δημοτικού σχολείου σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς. Σε ορισμένα ΚΑΠΗ λειτουργούν ομάδες ανάγνωσης παραμυθιών σε παιδιά νηπιαγωγείου αποδεικνύοντας τη σημασία των παιδιών στη περίπτωση των ηλικιωμένων αλλά και τη σημασία και το ρόλο που παίζουν οι ηλικιωμένοι απέναντι στα παιδιά. Μπορούν να χαρούν την παιδική παρουσία και τη θετική αύρα που τα νεαρά άτομα εκπέμπουν, δίνοντας αποδεδειγμένα ζωή στους μεγαλύτερους ανθρώπους (Σταθόπουλος ,Π. (1999).

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ ξεκίνησε με δυναμισμό και στερεές βάσεις και αποτελεί την αρχή μιας νέας πολιτικής. Ο δυναμισμός του δεν επιτρέπει στατικότητα, αλλά τον οδηγεί σε διασυνδέσεις και συνεργασίες με άλλους φορείς, που ο καθένας στον κύκλο της αρμοδιότητας του συμπληρώνει με παροχές και υπηρεσίες . Διασυνδέσεις γίνονται με σχολεία και πολιτιστικούς συλλόγους για τη σμίκρυνση του χάσματος των γενεών, με τις Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης του Υπουργείου Παιδείας (ΝΕΛΕ) , με τον Ελληνικό Οργανισμό Τουρισμού (ΕΟΤ) και με άλλους φορείς της κοινότητας (Β' Κ.Α.Π.Η Δήμου Νίκαιας Σεπτ. 1999).

5.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Το 1997 το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., τους Δήμους και τα Κ.Α.Π.Η. αξιολογώντας τις απαιτήσεις της σύγχρονης ελληνικής Κοινωνίας για μία πιο ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων ξεκίνησε την εφαρμογή του Εθνικού πιλοτικού προγράμματος με την ονομασία «Βοήθεια Στο Σπίτι». Η πορεία του κρίθηκε επιτυχημένη και έτσι το 2000 δημιουργήθηκαν οι πρώτες Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας συγχρηματοδοτούμενες από το Β' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης και το Υπουργείο Εργασίας. Το 2002 ξεκίνησε η υλοποίηση των προγραμμάτων Βοήθεια Στο Σπίτι που συγχρηματοδοτούνται από το Γ' Κ.Π.Σ. και Εθνικούς Πόρους. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε 751 Ο.Τ.Α. και στόχος είναι να λειτουργήσει και στους 900 Δήμους της χώρας μας. Άρα συμπεραίνουμε ότι είναι ένας άκρως επιτυχημένος θεσμός ο οποίος θα έχει συνέχεια στον χρόνο.

Σκοπός του προγράμματος είναι η προστασία με στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες (ΚΕΔΚΕ 2002).

Εξασφαλίζει :

- την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση,
- την παραμονή στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον
- την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Οι ομάδες στελεχώνονται από Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές Οικογενειακούς Βοηθούς και συνεργάζονται με ψυχολόγους, ιατρούς παθολόγους, διαιτολόγους.

Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι: Κοινωνική και ψυχολογική στήριξη του ωφελούμενου, πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα, καθαριότητα του χώρου όπου διαμένει ο ηλικιωμένος, αγορές, πληρωμές λογαριασμών, συντροφιά, πρόγραμμα σίτισης, συνοδεία στο νοσοκομείο, ατομική υγιεινή και άλλες υπηρεσίες που κρίνονται απαραίτητες για την πραγματοποίηση των στόχων του προγράμματος.

Ενώ το προσωπικό παραμένει το ίδιο ο αριθμός των περιστατικών συνεχώς αυξάνεται, με αποτέλεσμα να μειώνεται η συχνότητα επισκεψιμότητας, ο χρόνος παροχής υπηρεσιών ενώ παρουσιάζεται αδυναμία ένταξης καινούργιων περιστατικών. Παρατηρείται ένα συναισθηματικό δέσιμο των μελών της ομάδας με τους εξυπηρετούμενους με αποτέλεσμα να αδυνατούν να διαγράψουν από το πρόγραμμα όσα περιστατικά δεν χρήζουν πλέον υποστήριξης από αυτό. Η σταδιακή διακοπή παροχής υπηρεσιών είναι πολλές φορές η λύση του προβλήματος.

Είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τους επαγγελματίες πόσο μάλλον για τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους η διακοπή της συνεργασίας όμως η ομάδα πρέπει να αντεπεξέλθει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες όλων εκείνων των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν αποδεδειγμένη αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης. Είναι συχνό το φαινόμενο να παραπέμπονται περιστατικά τα οποία δεν είναι στο πλαίσιο αρμοδιοτήτων του προγράμματος. Και αυτό γιατί οι αρμόδιες υπηρεσίες θεωρούν ότι το Βοήθεια Στο Σπίτι είναι η λύση για όλα τα βαριά περιστατικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρύνεται το προσωπικό με αρμοδιότητες για τις οποίες πολλές φορές δεν είναι νομικά κατοχυρωμένο. Έτσι κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για αρτιότερη συνεργασία μεταξύ των δημόσιων φορέων κοινωνικής πρόνοιας και του προγράμματος ώστε να αντιμετωπίζονται οι πολύ προβληματικές περιπτώσεις άμεσα και αποτελεσματικά. Παρεμβαίνοντας ο κάθε φορέας στον τομέα δράσης που του αντιστοιχεί τότε είναι βέβαιο ότι το σύστημα κοινωνικής φροντίδας θα λειτουργήσει αρτιότερα και με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τον εξυπηρετούμενο και την τοπική κοινωνία.

Το πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι είναι ένας θεσμός ο οποίος θα έπρεπε να ενθαρρύνει και ενισχύει τον εθελοντισμό. Οι ανάγκες είναι πολλές αλλά η ανταπόκριση της κοινωνίας παρά τις αρχικές προσδοκίες είναι περιορισμένη. Παρόλο που γίνονται προσπάθειες προσέλκυσης εθελοντών λίγοι είναι αυτοί που μπορούν να αντιληφθούν την σημασία της προσφοράς στους ηλικιωμένους. Δεν είναι χάσιμο χρόνου αλλά ανάσα ζωής για όλους αυτούς που περιμένουν από τα στελέχη του προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι να χτυπήσουν την πόρτα τους και να νοιαστούν για τις ανάγκες τους.

Όπως, όλα τα προγράμματα που εδράζονται στη λογική της τοπικής ανάπτυξης, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», εμφανίζει σημαντικά πλεονεκτήματα τόσο για τους άμεσα επωφελούμενους από αυτά, όσο και για το σύνολο των συντελεστών της τοπικής κοινωνίας. Η εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και βιωσιμότητας του προγράμματος θα πρέπει να αποτελέσει το πρώτο μέλημα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, όπως συμβαίνει σε όλη την Ευρώπη και όχι μόνο.

Ταυτόχρονα, η Δημόσια Διοίκηση, σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο, θα πρέπει να σταθεί αρωγός και αξιολογητής της προσπάθειας. Η συνεργασία και ο συντονισμός, καθίσταται όρος απαραίτητος για την επιτυχή συνέχιση του προγράμματος, προς όφελος των συμπολιτών μας, των τοπικών κοινωνιών, αλλά και της συνολικής κοινωνικής μας συγκρότησης (ΚΕΔΚΕ 2002).

5.3 ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η)

Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) είναι μονάδα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων μη δυνάμενων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα, των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει (‘‘ΚΟΙΝ.ΠΟΛΙΤΙΑ ΚΡΗΤΗΣ’’, Π.Τ.Κ.Σ.Κ.Α.Ε, Ηράκλειο 2005).

Σκοπός :

Το ΚΗΦΗ αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων με την παραμονή τους σε οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο.

Υπηρεσίες που παρέχονται:

- Νοσηλευτική Φροντίδα
- Φροντίδα για την κάλυψη βασικών καθημερινών αναγκών
- Ατομική υγιεινή
- Συναισθηματική υποστήριξη
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Στελέχωση :

- Νοσηλεύτρια
- Κοινωνικοί φροντιστές
- Βοηθητικό προσωπικό
- Γιατρός
- Φυσιοθεραπευτής

Η λειτουργία των ΚΗΦΗ είναι από το πρωί ως το μεσημέρι εκτός τις ημέρες Σαββάτου και Κυριακής και η μεταφορά των ατόμων γίνεται από ειδικό όχημα που προσφέρεται στα κέντρα αν και σε πολλά κέντρα στερούνται κάτι τέτοιο με αποτέλεσμα να φροντίζουν για τη μεταφορά των μελών το στενό τους περιβάλλον.

Εγγραφή ηλικιωμένων :

- Αίτηση του ιδίου του ηλικιωμένου ή παραπομπή του ατόμου από το συγγενικό περιβάλλον ή κάποιον άλλο φορέα .
- Γνωμάτευση γιατρού δημοσίου, ή ασφαλιστικού οργανισμού σχετική με την κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου .
- Αντίγραφο δήλωσης φορολογίας εισοδήματος
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας

Διακοπή φιλοξενίας :

- Μετά από αίτηση των ιδίων των ατόμων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα
- Όταν εμφανίσουν σοβαρά προβλήματα στη συμπεριφορά ή την υγεία του ηλικιωμένου που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου ή των υπολοίπων μελών ή του προσωπικού.

ΜΟΝΑΔΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Στόχος των προγραμμάτων κοινωνικής μέριμνας είναι, με το εξειδικευμένο προσωπικό που απασχολείται σε αυτά, να υποστηρίξει την

οικογένεια ώστε να κρατά κοντά της τα ηλικιωμένα ή ανήμπορα μέλη της να στηρίζει τα άτομα αυτά ώστε να μην αποκόπτονται από τον κοινωνικό περίγυρο, να προσπαθεί γενικότερα να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους και να δημιουργεί τις προϋποθέσεις για αξιοπρεπή διαβίωση.

Το εξειδικευμένο προσωπικό που καλύπτει τις ανάγκες του προγράμματος αποτελείται από κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλεύτριες και οικογενειακούς βοηθούς .

Ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει το συντονισμό του προγράμματος και εισηγείται τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη σωστή λειτουργία και εξέλιξη του.

Ερευνά την υγεία, τις συνθήκες διαμονής και διατροφής, την οικογενειακή και οικονομική, ασφαλιστική και κοινωνική κατάσταση του χρήζοντα βοήθειας ατόμου , προσδιορίζει τις ανάγκες και επιλαμβάνεται τις επίλυσης τους. Η νοσηλεύτρια αναλαμβάνει τα νοσηλευτικά περιστατικά κρατώντας ιστορικό για τη καθεμιά περίπτωση. Οι οικογενειακοί βοηθοί αναλαμβάνουν πρακτικές εξυπηρετήσεις και βοήθεια για τη διατήρηση υγιεινής (Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος , Τεύχος 32ο «Σχεδιασμός», 1993).

Δράσεις Προγράμματος

Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή, ταξινόμηση και συστηματική επεξεργασία των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ατόμων που χρήζουν βοήθειας. Πηγές πληροφοριών αποτελούν οι ανάγκες που εντοπίζονται από διάφορους άλλους φορείς που συνεργάζονται όπως και από επιτόπιες προσεγγίσεις.

Επίσης γίνεται μια ιεράρχηση των κοινωνικών αναγκών αυτών των ατόμων που αφορούν ανάγκες εξασφάλισης ή βελτίωσης της αυτοεξυπηρέτησης, ανάγκες κάλυψης βασικών αναγκών καθημερινής λειτουργίας, αντιμετώπιση αναγκών πρόληψης, παρακολούθησης ή αποκατάστασης ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων. Μέσω των διάφορων δραστηριοτήτων γίνεται μια διερεύνηση των κοινωνικών δυνάμεων και τάσεων που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην προβολή και ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων εθελοντισμού (1992) (Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος , Τεύχος 52ο , «Σχεδιασμός Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος» , 1998; Χατζηβαρνάβα Ε., Χανδάνος Γ. , Οικονόμου Α., 1992).

Γενικότερα, το πρόγραμμα «**Κοινωνικής Μέριμνας**» απευθύνεται σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως, λόγω προσωρινών ή μόνιμων προβλημάτων υγείας ή ακόμη και σε άτομα με ειδικές ανάγκες και στις οικογένειες αυτών που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα (Χατζηβαρνάβα Ε.,

Χανδάνος Γ. , Οικονόμου Α. 1992; Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος , Τεύχος 52ο, 1998).

5.4 ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Η *Εκκλησία* λειτουργεί πάνω από 60 λεγόμενους «*Οίκους γαλήνης*» που παρέχουν βοήθεια σε φτωχούς ηλικιωμένους.

Το *πρόγραμμα θετής οικογένειας για τους ηλικιωμένους* είναι μια εναλλακτική μορφή ανοικτής φροντίδας για τους ηλικιωμένους, το οποίο καθιερώθηκε νομικά το 1992, αλλά ακόμη δεν έχει ενεργοποιηθεί πλήρως (Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος, 1999)

Καλοκαιρινή κατασκήνωση και κοινωνικός τουρισμός: Το Κοινωνικό Κέντρο για την Οικογένεια και τους Νέους πραγματοποιεί ένα πρόγραμμα καλοκαιρινής κατασκήνωσης σε στενή συνεργασία με τα Ανοικτά Κέντρα για τους ηλικιωμένους. Αυτό παρέχει δωρεάν καλοκαιρινές διακοπές σε όσους ηλικιωμένους είναι άνω των 60 χρόνων, και σε μερικές περιπτώσεις θεραπεία με ιαματικά λουτρά – όταν υπάρχουν χρόνιες παθήσεις – στις οποίες συμμετέχουν κάπου 15.000 άτομα κάθε χρόνο. Ένα παρόμοιο πρόγραμμα πραγματοποιείται από τον Εθνικό Οργανισμό Τουρισμού που χρηματοδοτεί, κάθε χρόνο, διακοπές 7 ημερών για τους ηλικιωμένους με χαμηλό εισόδημα μέσω του προγράμματος «Κοινωνικός Τουρισμός» (Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος, Τεύχος 78^ο, 2005; Χατζηβαρνάβα Ε., Χανδάνος Γ. , Οικονόμου Α. , 1992).

Άλλες παροχές για τους ηλικιωμένους: προγράμματα στοιχειώδους παιδείας και μαθήματα διασκέδασης και ψυχαγωγίας που προσφέρουν κατάρτιση στους ηλικιωμένους, δωρεάν εισιτήρια για το θέατρο που επιχορηγούνται μέσα από το πρόγραμμα κοινωνικής αρωγής, ειδικές τιμές στα εισιτήρια των σιδηροδρόμων και στα αεροπορικά εισιτήρια με την εθνική αεροπορική εταιρία (Στασινοπούλου Ο., 1996; Χατζηβαρνάβα Ε., Χανδάνος Γ., Οικονόμου Α.)

Εκτός από την περαιτέρω ανάπτυξη των προαναφερόμενων προγραμμάτων και παροχών, η εθνική πολιτική για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει την ανάπτυξη στο εγγύς μέλλον των εξής:

Κέντρα Αποκατάστασης, όπως απαιτεί ο πρόσφατος νόμος μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Χατζηβαρνάβα Ε., Χανδάνος Γ. , Οικονόμου Α. , 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Γηρατειά δε σημαίνουν απαραίτητα εξάρτηση και αδυναμία αυτονομίας. Όμως, με την αύξηση του προσδοκώμενου επιβίωσης, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων της 3ης και ιδιαίτερα της 4ης ηλικίας αντιμετωπίζει προβλήματα που μερικές φορές τα καθιστούν αδύναμα να αυτοεξυπηρετηθούν. Αρκετές φορές το οικογενειακό περιβάλλον αναγκάζεται να αναζητήσει λύσεις κλειστής φροντίδας ή, σε άλλες περιπτώσεις, την πρόσληψη προσώπου, προκειμένου να αναλάβει τη φροντίδα του ηλικιωμένου στο σπίτι. Ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει στην οικογένεια μέλος που δεν εργάζεται η καθημερινή φροντίδα ενός ηλικιωμένου με αναπηρία ή χρόνιο νόσημα δημιουργεί σωματική και ψυχική κόπωση (Σταθόπουλος, Π., 1999).

Στοιχεία από επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι παρόλο που οι οικογένειες συνεχίζουν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους, νέοι σοβαροί παράμετροι δυσχεραίνουν αυτό το έργο. Υπάρχουν όλο και περισσότεροι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι, λόγω της αύξησης του προσδοκώμενου επιβίωσης. Υπάρχει αύξηση στα χρόνια επιβίωσης αυτών που είναι εξαρτημένοι. (π.χ. ότι το 25% των ηλικιωμένων, άνω των 75 χρόνων, έχουν ανάγκη βοήθειας στις καθημερινές τους δραστηριότητες).

Η ιδρυματική περίθαλψη έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Φυσικά δεν είναι η πλέον κατάλληλη επιλογή, αλλά και δεν καλύπτει τη γενική αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, που χρειάζονται βοήθεια. Οι φροντιστές (μέλη της οικογένειας) των εξαρτημένων ηλικιωμένων, είναι συνήθως κι αυτοί ηλικιωμένοι, με τα δικά τους προβλήματα υγείας, που επιδεινώνονται απ' το βάρος της φροντίδας. Νεότεροι φροντιστές, συνήθως, αναγκάζονται να βγουν στην αγορά εργασίας προκειμένου να συμβάλλουν στο οικογενειακό εισόδημα. Περισσότερη ανάγκη φροντίδας φαίνεται να αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι των μεγάλων αστικών κέντρων.

Είναι αποδεδειγμένο ότι το βιολογικό, συναισθηματικό, και οικονομικό κόστος του φροντιστή είναι τεράστιο. Στους εργαζόμενους φροντιστές παρατηρείται συχνά μεγάλη κούραση από το διπλό βάρος δουλειάς και φροντίδας, γεγονός που τους υποχρεώνει να μειώσουν το ωράριο εργασίας, να αλλάξουν απασχόληση, ακόμη και να παραιτηθούν από την εργασία τους, την οποία δύσκολα ξαναβρίσκουν όταν διακοπεί η φροντίδα (www.50plus.gr).

Ακόμη, πολλά ψυχολογικά προβλήματα έχουν τη ρίζα τους στη μακρόχρονη φροντίδα ενός ηλικιωμένου συγγενή. Έτσι η κατά

διαστήματα υποστήριξη - ανακούφιση του φροντιστή, αποτελεί το μοναδικό φάρμακο. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούν οι υπάρχουσες υπηρεσίες στην κοινότητα προς εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους.

6.1 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ υιοθετήθηκε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Προνοίας. Ο Θεσμός εξελίχθηκε σταδιακά μέσω των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα όπου φθάνει μέχρι σήμερα να λειτουργούν περισσότερα από 300 κέντρα. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες του κέντρου απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση (Σταθόπουλος, Π. 1999).

Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην κοινότητα, στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου και η αποφυγή της ιδρυματικής κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων.

Ο σκοπός των ΚΑΠΗ είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου
- Η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων
- Πρωτογενή Πρόληψη (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων)
- Δευτερογενή Πρόληψη (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση) (www.50plus.gr).

Οι υπηρεσίες προσφέρονται στα ΚΑΠΗ είναι:

- Ø Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους
- Ø Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή Περίθαλψη
- Ø Φυσιοθεραπεία

- Ø Εργοθεραπεία
- Ø Οργανωμένη ψυχαγωγία
- Ø Κατ' οίκον εξυπηρέτηση
- Ø Συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινών κατασκηνώσεων
- Ø Προγράμματα εθελοντισμού
- Ø Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους

Τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται από Ιατρούς Φυσικής Ιατρικής, Κοινωνικούς λειτουργούς, Φυσιοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Επισκέπτες/τριες Υγείας ή Νοσηλευτές/τριες και Οικογενειακούς Βοηθούς (www.50plus.gr).

6.2 Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι

Είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, δηλαδή άτομα με αισθησιοκινητικές αναπηρίες, ψυχική νόσο, νοητική υστέρηση.

Εξασφαλίζει την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση, την παραμονή στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Υλοποιείται με ευθύνη των δήμων και κοινοτήτων. Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών.

Σήμερα, λειτουργούν περισσότερες από 1.000 μονάδες "Βοήθεια στο Σπίτι" σε όλη την Ελληνική Επικράτεια.

Παρέχει, συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη, νοσηλευτική μέριμνα, φροντίδα του νοικοκυριού, συντροφιά, μικρο-αγορές, πληρωμή λογαριασμών, βοήθεια στην ατομική υγιεινή και άλλες υπηρεσίες που κρίνονται αναγκαίες. Οι υπηρεσίες παρέχονται με περιοδικές επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητές τους.

Το πρόγραμμα απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σ' αυτούς που:

- δεν εξυπηρετούνται πλήρως,
- χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα,
- διαβιούν μοναχικά ή είναι εγκαταλελειμμένοι και
- δεν έχουν επαρκείς οικονομικούς πόρους.

Στόχος των υπηρεσιών είναι να παραμείνουν μέσα στο κοινωνικό τους περιβάλλον και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Το πρόγραμμα στελεχώνεται από καταρτισμένα στελέχη και ειδικούς επιστήμονες, όπως κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και οικιακούς βοηθούς.

Μέσω του προγράμματος εξασφαλίζεται στενή συνεργασία με τους αρμόδιους τοπικούς φορείς, το ιατρικό προσωπικό, το νοσοκομείο και τις άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία τού προγράμματος το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας παρέχει σε αρκετούς δήμους ειδικά πολυμορφικά αυτοκίνητα. Αρκετά από αυτά δόθηκαν και από το "Αθήνα 2004" μετά τη λήξη των Ολυμπιακών Αγώνων Αθήνα 2004. Επίσης πλαισιώνεται με εθελοντές (www.perkm.gr).

6.3 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων αποσκοπούν στην παραμονή των ατόμων 3ης και 4ης 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.

Το πρόγραμμα διέπεται από τις αναγνωρισμένες ειδικές αρχές, που αναφέρονται στους ηλικιωμένους (Αμηρά Α., Γεωργιάδου Ε., Τεπέρογλου Α., 1980).

Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων:

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

Τα ΚΗΦΗ απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες – άνοια κ.λ.π.), των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται η αντιμετώπιζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει (Βενιέρης, Δ., 1997).

Τα ΚΗΦΗ αναπληρώνουν αυτό το κενό με την παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας, από ειδικευμένο προσωπικό, εθελοντές και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας ή/ και ολιγόωρης παραμονής.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΗΦΗ είναι:

- Ø Νοσηλευτική φροντίδα
- Ø Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Ø Ατομική υγιεινή
- Ø Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Ø Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων

Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή, αξιοποιώντας την εμπειρία των στελεχών στην καταγραφή και αξιολόγηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της περιοχής, αλλά και την προσφορά εργασίας στελεχών του ΚΑΠΗ οι ειδικότητες των οποίων δεν περιλαμβάνονται στο βασικό κορμό των στελεχών του ΚΗΦΗ. Τα ΚΗΦΗ συνεργάζονται, επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας της περιοχής καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ) (www.perkm.gr).

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η συνεργασία του ΚΗΦΗ με το ΚΑΠΗ και άλλες οργανώσεις για την εξεύρεση εθελοντών. Προηγείται εκπαίδευση και κατάλληλη τοποθέτηση στη δομή. Τα ΚΗΦΗ στελεχώνονται από Νοσηλευτές/τριες, Κοινωνικούς Φροντιστές και Βοηθητικό Προσωπικό.

6.4 Λέσχες Φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς για να προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Είναι χώροι όπου οι ηλικιωμένοι Αθηναίοι μπορούν να αναζητήσουν ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία.

Το πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας περιλαμβάνει δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, επισκέψεις σε πολιτιστικούς χώρους, καλλιτεχνικές δραστηριότητες, ημερήσιες εκδρομές και περιπάτους. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων 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. Οι ηλικιωμένοι έχουν την ευκαιρία 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 (Βιολάκη-Παρασκευά Μ. (1989)).

Επίσης έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν 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.

Ήδη, στην Αθήνα λειτουργούν 19 Λέσχες Φιλίας. Οι δυο νεότερες είναι η Λέσχη Φιλίας στους Αμπελοκήπους και στον Άγιο Παύλο. Σύντομα, πρόκειται να γίνουν 21 με τη Λέσχη Φιλίας στο Κουκάκι και τη Λέσχη Φιλίας στο Νέο Κόσμο. Και οι δυο αυτές Λέσχες βρίσκονται στο στάδιο εργασιών διαμόρφωσης των χώρων και μέσα στο τρέχον έτος πρόκειται να εγκαινιαστούν. Αναμένεται να εξυπηρετήσουν εκατοντάδες άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, δίνοντας τους διέξοδο και δυνατότητες δημιουργικής αξιοποίησης του χρόνου τους.

Παράλληλα, με τη δημιουργία νέων Λεσχών, τα τελευταία χρόνια, στις ήδη υπάρχουσες έχουν συντελεστεί και συντελούνται εργασίες αναβάθμισης των χώρων, αλλά και των παρεχόμενων προγραμμάτων και υπηρεσιών με επιμόρφωση του προσωπικού των υφιστάμενων προγραμμάτων για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, αξιοποιώντας συνεργασίες με πανεπιστήμια και εξειδικευμένους φορείς. Στο πλαίσιο αυτής της φιλοσοφίας, εκπαιδεύτηκαν κοινωνικοί λειτουργοί των Λεσχών Φιλίας και όλο το προσωπικό του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" σε ειδικό Πρόγραμμα της Μονάδας Παρηγορητικής Αγωγής και Ανακούφισης Πόνου για την διαχείριση ατόμων, που πάσχουν από χρόνιες και ανίατες παθήσεις. Η συνεργασία, εκτός από την εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού που συνεχίζεται, περιλαμβάνει και παραπομπές περιστατικών για εξειδικευμένη συμβουλευτική.

Το προσωπικό των Λεσχών Φιλίας απαρτίζουν κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό.

6.5 Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας

Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας στα περισσότερα ΚΕΦΟ εφαρμόζει προγράμματα για την Τρίτη ηλικία. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής βασικές δραστηριότητες:

1. Ομάδες: Ομάδες τρίτης ηλικίας των οποίων οι συναντήσεις καθορίζονται από τα μέλη σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα μέλη συγκεντρώνονται με σκοπό την δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία ώστε να αποφεύγεται η απομόνωσή τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντα τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και δράση

2. Λέσχες: Όταν υπάρχει δυνατότητα επιδιώκεται η δημιουργία ενός ιδιαίτερου και μόνιμου χώρου, όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας συναντιούνται καθημερινά και αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους αξιοποιώντας δημιουργικά τον ελεύθερό τους χρόνο. Τα προγράμματα στηρίζονται από ευαισθητοποιημένα στελέχη του Ε.Ο.Π. και ειδικευμένο προσωπικό (κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νοσηλεύτριες). Ανάλογα με τις επιμέρους δραστηριότητες που αναπτύσσονται στις λέσχες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων (Δοντάς Α., 1991).

6.6 Ιδρυματική περίθαλψη

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Τα γηροκομεία στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1994).

2. Τα άσυλα, τα οποία δέχονται κατάκοιτούς που πάσχουν από χρόνιες (ανίατες) ασθένειες.

Οι στόχοι της κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων είναι:

Ø Παροχή στέγασης και διατροφής

Ø Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική

Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (www.perkm.gr).

Ο σεβασμός των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των ηλικιωμένων εξαρτημένων ατόμων, η αναγνώριση της αξίας τους και η προστασία της αξιοπρέπειάς τους αφορά όλα τα μέρη όπου ζουν: σε ξενοδοχεία ηλικιωμένων, οίκους ευγηρίας, κατοικίες, νοσοκομεία, νοσοκομεία χρονίως πασχόντων.

Κανείς δεν μπορεί να γίνει δεκτός σε ίδρυμα χωρίς προηγούμενο διάλογο και χωρίς τη συναίνεσή του. Ο τρόφιμος πρέπει να εκφράζει τις επιλογές του και τις επιθυμίες του. Το ίδρυμα πρέπει να διαθέτει ένα προσωπικό χώρο, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, να ικανοποιεί τις επιθυμίες του, να ενθαρρύνει τις πρωτοβουλίες, να ευνοεί τις ατομικές δραστηριότητες και να αναπτύσσει συλλογικές δραστηριότητες μέσα και έξω από το ίδρυμα. Πρέπει επίσης να εξασφαλίζει νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη προσαρμοσμένη στην κατάσταση υγείας του τροφίμου και σε περίπτωση ανάγκης, περίθαλψη εκτός ιδρύματος. Το ίδρυμα να δέχεται την οικογένεια, τους φίλους και τους εθελοντές και να τους ενθαρρύνει να συμμετέχουν στις δραστηριότητές του (Μούγιας, Α., Κανελλοπούλου, Μ. & Παναγούτσος, Π., 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΆΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

7.1. Άτυπα δίκτυα φροντίδας

Η ‘άτυπη φροντίδα’ ή ‘φροντίδα στον ανεπίσημο τομέα’ έχει αναγνωριστεί ότι παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης σε ευάλωτους ηλικιωμένους (Εμκε-Πουλοπούλου, Η. (1999)). Η άτυπη φροντίδα διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία και διαφοροποιείται ανάλογα με την κοινωνική τάξη μέσα στην ίδια κοινωνία. Η φροντίδα στον ανεπίσημο τομέα χαρακτηρίζεται από τον ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας της και εξετάζεται σε αντιδιαστολή με τη φροντίδα που παρέχεται από τον «επίσημο τομέα» των κοινωνικών υπηρεσιών.

Ο όρος «ανεπίσημη φροντίδα» (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α., 1999) επίσης χρησιμοποιείται για να διακρίνεται από παρόμοιες μορφές φροντίδας η οποία όμως παρέχεται με αμοιβή από οικιακές βοηθούς, πρακτικές νοσοκόμες, φροντιστές ηλικιωμένων κ.ά. Βασικός φορέας άτυπης φροντίδας είναι η οικογένεια και ακολουθούν οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες.

Στην Ελλάδα (Σταθόπουλος, Π., 1999) επικρατεί η αντίληψη ότι τα άτυπα δίκτυα, ιδιαίτερα τα οικογενειακά και ευρύτερα συγγενικά δίκτυα, παρέχουν ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας, καθημερινής αλλά και εντατικής, καθώς υποκαθιστούν ή συμπληρώνουν σε μεγάλο βαθμό το επίσημο δίκτυο των κοινωνικών υπηρεσιών (κρατικών και ιδιωτικών). Άτυπα δίκτυα προσφέρουν βοήθεια όπως οικονομική ενίσχυση, στέγαση, σίτιση, βοήθεια για εξυπηρέτηση αναγκών όπως μετακινήσεων, προσωπικής καθαριότητας, καθώς και ψυχολογική στήριξη και παρέα. Ο ρόλος όμως των άτυπων δικτύων στη φροντίδα των ηλικιωμένων, αν και ακόμα αρκετά εκτεταμένος, θεωρείται ότι έχει μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Διαφαίνεται, ότι τα επόμενα χρόνια η ελληνική οικογενειακή ζωή θα κινείται προς τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Σε μια έρευνα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας το 71,5% των ελλήνων ηλικιωμένων ανέφεραν ότι οι οικογένειες αρχίζουν να είναι λιγότερο πρόθυμες να βοηθήσουν (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α., 1999).

Παρά ταύτα, η οικογένεια εξακολουθεί να θεωρείται το πιο σημαντικό άτυπο κοινωνικό δίκτυο όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες, τόσο στη χώρα μας όσο και στις χώρες με διευρυμένα συστήματα κράτους πρόνοιας (Σταθόπουλος Π., 1999). Η άτυπη μορφή φροντίδας στο σπίτι από την οικογένεια του ηλικιωμένου, δεν είναι λοιπόν μόνο ελληνικό φαινόμενο. Στην Αγγλία, το 90% των

ηλικιωμένων, όπως αναφέρει ο καθηγητής Τριζελιώτης, (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α., 1999) φροντίζονται από την οικογένεια τους. Στις Η.Π.Α. επτά εκατομμύρια άτομα φροντίζουν ηλικιωμένους γονείς. Από τα επτά εκατομμύρια, το 75% είναι γυναίκες, από τις οποίες πάλι το 55% εργάζονται και το 39% φροντίζουν συγχρόνως και τα παιδιά τους.

Τα μέλη της οικογένειας φροντίζουν τους ηλικιωμένους τους ακόμη και όταν εκείνοι ζουν σε άλλο σπίτι. Πολλές φορές μάλιστα φροντίζουν και περισσότερα από ένα άτομα. Σε οικογένειες με περισσότερα του ενός παιδιά, τη φροντίδα του ηλικιωμένου αναλαμβάνει αυτός που είναι πιο πρόσφορος είτε γεωγραφικά, είτε συζυγικά, είτε εργασιακά, είτε από άποψη παιδιών.

Υπολογίζεται ωστόσο, ότι στην Ελλάδα ένα πολύ μεγάλο μέρος της άτυπης φροντίδας παρέχεται από γυναίκες ηλικίας 45 – 65 χρόνων (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999). Οι γυναίκες αυτές, μπορεί να είναι και οι ίδιες γιαγιάδες, μητέρες, σύζυγοι, κόρες και εργαζόμενες. Συχνά όμως, αυτές οι γυναίκες, οι ανεπίσημοι και άμισθοι βοηθοί, αναγκάζονται να παραμελήσουν τα δικά τους προβλήματα υγείας, την οικογένεια τους και την εργασία τους, προσφέροντας την βοήθεια τους όλο το εικοσιτετράωρο, αγρυπνώντας για νύχτες και παράλληλα με την εργασία τους, για τη φροντίδα των δικών τους ηλικιωμένων.

Αυτό πολλές φορές έχει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία : με την ταχεία εξάντληση της ζωτικότητας τους, καθώς υποφέρουν από προβλήματα στην μέση, κόπωση, αλλά και διαταραχές που επηρεάζονται από το άγχος, όπως άσθμα, έλκος στομάχου, κλπ. Όπως επίσης παρουσιάζεται ρήξη στις οικογενειακές τους σχέσεις, ιδιαίτερα μεταξύ των συζύγων, περιορισμός της κοινωνικής τους ζωής και καθόλου σπάνια απώλεια της εργασίας τους.

Οι άνδρες στις περισσότερες περιπτώσεις φροντίζουν να βοηθούν οικονομικά καταβάλλοντας τα έξοδα για γιατρούς, φάρμακα, κλπ, ενώ είναι λιγότερο πιθανό να ασχοληθούν με το νοικοκυριό και την καθαριότητα – ευπρεπισμό του ηλικιωμένου. Γι' αυτό είναι αρκετά μικρότερο το ποσοστό άτυπης φροντίδας που παρέχεται από τους άντρες. Η προσφορά τους βέβαια, είναι εξίσου σημαντική, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που το ηλικιωμένο άτομο είναι ο δικός τους γονιός ή σύζυγος.

Η ανάγκη υποστήριξης προς την οικογένεια ανακύπτει όταν η απαίτηση για φροντίδα των γονιών συμπίπτει με την απαίτηση να ανατρέφουν δικά τους παιδιά μικρής ηλικίας ή είναι και αυτοί μεσήλικες που προσπαθούν να προσαρμοσθούν στην πραγματικότητα των δικών τους γηρατειών ή ακόμη έχουν παράλληλα με τη φροντίδα των γονιών τη φροντίδα ενός άρρωστου ηλικιωμένου συζύγου. Η φροντίδα αυτή για

άρρωστους ανήμπορους γονείς, μπορεί να γίνει μια μεγάλη δοκιμασία που οδηγεί πολλές φορές σε απόγνωση.

Σε περιπτώσεις όπου οι ηλικιωμένοι δεν έχουν παιδιά, ή τα παιδιά τους έχουν γεράσει ή κατοικούν μακριά, πολύτιμη και ανεκτίμητη είναι η προσφορά των φίλων και γειτόνων, που προσφέρουν σημαντικό αλλά αφανές έργο, ξοδεύοντας πολλές φορές αρκετό μέρος του χρόνου τους παρέχοντας κάθε είδους υποστήριξη (φαγητό, ψώνια, καθαριότητα, οικονομική ενίσχυση, καθώς και ψυχολογική στήριξη και παρέα, βοήθεια για εξυπηρέτηση αναγκών όπως μετακινήσεων, κα).

Τα άτυπα δίκτυα έχουν περιορισμένες δυνατότητες και μπορούν να παρέχουν φροντίδα μέσα σε ορισμένα πλαίσια: μετά από κάποιο σημείο οι πόροι τους (χρόνος, χρήματα, συναισθηματική ενέργεια) εξαντλούνται. Γι' αυτό το λόγο, είναι αναγκαία όχι μόνον η αναγνώριση και η υποστήριξη όσων φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα, αλλά και η παρέμβαση από τον επίσημο φορέα ώστε να δοθεί η αναγκαία ανακουφιστική βοήθεια και ανάπαυση για να μπορούν να συνεχίσουν το έργο τους.

Περιστασιακά μπορεί να απαιτείται και ολοκληρωτική ανακούφιση, ώστε να είναι ικανοί να συνεχίσουν μ' αυτόν τον απαιτητικό ρόλο. Πρέπει να συνειδητοποιηθεί στη χώρα μας από τους φορείς του δημοσίου και του εθελοντικού τομέα η αναγκαιότητα συμπαράστασης των ατόμων που παρέχουν φροντίδα σε μακροχρόνια βάση σε παιδιά, ηλικιωμένους, ασθενείς ή ανάπηρους. Για να μπορούν να ανταποκριθούν ικανοποιητικά σ' αυτό το ρόλο έχουν ανάγκη από βοήθεια.

Χρειάζονται πρωτίστως κοινωνική αναγνώριση για την προσφορά τους. Έπειτα χρειάζονται και οι ίδιοι ανακούφιση από την καθημερινή ενασχόληση τους μ' εκείνους που φροντίζουν. Έχουν ανάγκη να μπορούν να κάνουν διακοπές, να ψυχαγωγηθούν, να αναπαυθούν, να φροντίσουν για τις δικές τους προσωπικές ανάγκες, ώστε ανανεωμένοι να μπορούν να συνεχίσουν να φροντίζουν για κάποιον άλλον. Είναι αναγκαίο επίσης, να τους δοθεί κάποιο οικονομικό επίδομα, το οποίο να αποζημιώνει αν όχι την παρεχόμενη φροντίδα, τουλάχιστον τα έκτακτα έξοδα που επιβαρύνονται, όπως διατροφή, θέρμανση, αμοιβές γιατρών, ιατρικές εξετάσεις, κα.

Συμπερασματικά, τα άτυπα δίκτυα φροντίδας παρόλο που προσφέρουν πολύ σημαντικό έργο στην φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, δεν μπορούν και δεν πρέπει να υποκαθιστούν τους δημόσιους και εθελοντικούς φορείς κοινωνικής προστασίας, ενώ σκόπιμο είναι να τους παρασχεθεί η κατάλληλη βοήθεια και στήριξη, για να συνεχίσουν το πολυσήμαντο έργο τους.

7.2. Υπηρεσίες που προσφέρουν οι εθελοντικές οργανώσεις

Με τη σημερινή στελέχωση των Κέντρων Υγείας και τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού σε μικρά ή μεγαλύτερα χωριά, με τις δυσκολίες μεταφοράς, η παροχή νοσηλείας στο σπίτι είναι μερική και η παροχή φροντίδας κυρίως των κατακεκλιμένων είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί με εθελοντική εργασία.

Η εθελοντική εργασία επιδέχεται ποικιλίας ορισμών ανάλογα με τα την οργανωτική δομή της, το χαρακτήρα των δραστηριοτήτων της, τη μορφή κινήτρων της, κ.α. Υπό την ευρεία έννοια καθορίζεται ως η συνεισφορά ατόμων στο πλαίσιο μιας μη κερδοσκοπικής, μη αμειβόμενης δράσης που δεν προβλέπει επαγγελματική εξέλιξη (http://www.vprc.gr/7/11/1_gr.html). Σκοπό έχει την ευημερία του συνανθρώπου, της κοινότητας ή της κοινωνίας γενικότερα. Η εθελοντική εργασία αποτελούσε ανέκαθεν μέρος κάθε πολιτισμού και κοινωνίας. Σήμερα βέβαια έχει αλλάξει περιεχόμενο, μορφή, μεθόδους και πεδία παρέμβασης, ανταποκρινόμενη στις απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας.

Η εθελοντική εργασία, αποτελεί μια μορφή συμμετοχής και έμπρακτης κοινωνικής αλληλεγγύης από συνειδητοποιημένους πολίτες. Αναπτύσσεται στη βάση υγιών κινήτρων και εφ' όσον προσφέρει ικανοποίηση στους ίδιους τους εθελοντές. δημιουργεί όρους βαθμιαίας επίλυσης κάποιων καιρίων κοινωνικών προβλημάτων, όταν το κράτος αδυνατεί. Αποτελεί μια διαρκή διαδικασία που φέρνει κοντά τους ανθρώπους, προωθεί την επικοινωνία και τη συνεργασία και παράγει δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης και αλληλοβοήθειας.

Όταν λοιπόν, η εθελοντική προσφορά ενθαρρύνεται, οργανώνεται και εποπτεύεται σωστά, αποτελεί πολύ σημαντική χρήση του ανθρώπινου δυναμικού. Η παρουσία ενός ατόμου που βοηθά στη φροντίδα ανεπίσημα, όπως ένας εθελοντής, μπορεί μερικές φορές να περιορίσει την πιθανότητα να είναι οι κρατικές υπηρεσίες αναγκαίες. Σε καμία περίπτωση όμως, η εθελοντική υπηρεσία δεν πρέπει να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι μπορεί ή πρέπει να αντικαθιστά την επαγγελματική εργασία.

Ο εθελοντισμός αποτελεί σημαντικό κεφάλαιο σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, ενώ συχνά επηρεάζεται από τις πολιτισμικές αξίες και την παράδοση εθελοντισμού κάθε χώρας. Στις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης παρατηρείται προθυμία για την παροχή εθελοντικής εργασίας, αλλά δεν συμβαίνει το ίδιο στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και ιδιαίτερα στην Ελλάδα (Εμκε-Πουλοπούλου, Η. (1999). Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των Ελλήνων πολιτών σχετικά με τον εθελοντισμό και τη συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις τα τελευταία χρόνια είναι αμφίθυμες. Από στοιχεία που προέρχονται από

έρευνα (Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ 27.11. και 1.12.2000 με τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε τυχαίο δείγμα 1000 ενήλικων ατόμων, κατοίκων του Λεκανοπεδίου Αττικής από το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών. Πρβλ., Β. Διονυσοπούλου, "Εθελοντισμός: Τέσσερις στους 10 δεν θέλουν", εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 6.12.2000, σ. 18 και 47). που πραγματοποιήθηκε στα τέλη του 2000 διαφαίνεται ότι μόλις το 3,8% του συνόλου του δείγματος συμμετείχε σε κάποια εθελοντική οργάνωση συστηματικά, ενώ το 16,1% συμμετείχε περιστασιακά και το 9,4% δήλωσε ότι έχει συμμετάσχει μια φορά σε κάποια ομάδα εθελοντικής προσφοράς εργασίας. Αντίθετα, το 70,1% δήλωσε ότι δε συμμετείχε ποτέ, έστω και μια φορά σε κάποια εθελοντική ομάδα για την επίτευξη ενός σκοπού.

Άλλη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, έδειξε ότι οι περισσότεροι εθελοντές είναι γυναίκες. Σε σύνολο σχεδόν 55 χιλιάδων ατόμων το 19,3% είναι 45-64 ετών και το 2,6% είναι 65 ετών και άνω, ενώ υπάρχουν και εθελοντές 80 ετών και άνω (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999). Είναι μία ομάδα με ικανότητες, γνώσεις, εμπειρία και ψυχικό πλούτο που θέλουν να προσφέρουν στους συνανθρώπους τους. Μερικοί συνταξιούχοι μάλιστα, που έχουν καλύψει τις οικονομικές τους ανάγκες με τη σύνταξη και έχουν υγειονομική κάλυψη, είναι πρόθυμοι να προσφέρουν.

Οι νέοι στην Ελλάδα καταλαμβάνουν την τελευταία θέση στην προσφορά εθελοντικής εργασίας ανάμεσα σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. (μέσος όρος 7,4%) (http://www.vprc.gr/7/11/1_gr.html). Το γεγονός αυτό, δικαιολογείται εν μέρει αν ληφθεί υπόψη ότι οι νέοι έχουν περιορισμένο ελεύθερο χρόνο λόγω του βεβαρημένου εκπαιδευτικού προγράμματος που ακολουθούν οι περισσότεροι. Ωστόσο όμως, ακόμη και τον ελεύθερο χρόνο που τους απομένει φαίνεται να τον διανέμουν σε άλλου είδους ασχολίες όπως, να συναντούν τους φίλους τους, να βλέπουν τηλεόραση, να ακούν μουσική ή ακόμη πιο συχνά να ασχολούνται με το διαδίκτυο.

Σύμφωνα με απόφαση του Συμβουλίου Ευρώπης για την ανάπτυξη του εθελοντισμού, που είναι δικαίωμα κάθε πολίτη, πρέπει όλοι οι πολίτες με την εκπαίδευση, τη συνεχή ενημέρωση από όλα τα μέσα μαζικής επικοινωνίας να συνειδητοποιήσουν τα διάφορα κοινωνικά προβλήματα και τη σημασία της εθελοντικής συνεισφοράς για την επίλυση τους (Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, 1996). Η μύηση στον εθελοντισμό πρέπει να αρχίσει από την παιδική ηλικία: η ευαισθητοποίηση για τον αδύναμο, τον χρόνια πάσχοντα μπορεί να πραγματοποιηθεί από τα ΜΜΕ, τα σχολεία και γενικότερα την εκπαίδευση. Η προσπάθεια για την εκπαίδευση εθελοντών βοηθών φροντίδας στο σπίτι χτίζει την ελπίδα για μια καλύτερη δυνατή

αντιμετώπιση μιας ομάδας ανθρώπων που είναι στην πλειονότητα τους υπερήλικες και στο σύνολο τους κατάκοιτοι. Για την φροντίδα αυτών των ατόμων, παράλληλα με τη συστηματική και περιοδική επίλυση των προβλημάτων υγείας τους, απαιτείται και η καθημερινή κοινή φροντίδα τους.

Οι εθελοντικές οργανώσεις στις μέρες μας έχουν εξαπλωθεί σε πολλά και διαφορετικά αντικείμενα, έχουν αποκτήσει ένα σημαντικό ρόλο στην διαχείριση μεγάλου πλήθους και μεγέθους κοινωνικών προβλημάτων. Από την αντιμετώπιση προβλημάτων στην μικρότερη και εγγύτερη κοινότητα, μέχρι την αντιμετώπιση προβλημάτων με παγκόσμια διάσταση.

Οι εθελοντικές οργανώσεις μελετούν και διερευνούν τα σύγχρονα προβλήματα και επισημαίνουν τρόπους αντιμετώπισης τους, ενθαρρύνουν την συμμετοχή των πολιτών στην εθελοντική προσφορά και καλλιεργούν την κοινωνική αλληλεγγύη και αλληλοβοήθεια ως μια υγιή στάση ζωής και τέλος αποβλέπουν στο να στηρίξουν τα άτομα όλων των ηλικιών που παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα, και ειδικότερα όσον αφορά τους ηλικιωμένους, συμβάλλουν ώστε να παραμένουν στο σπίτι τους και τη γειτονιά τους.

Περιληπτικά, οι ελληνικές εθελοντικές οργανώσεις είναι κυρίως μη κερδοσκοπικές, καταστατικά κατοχυρωμένες, στην πλειονότητά τους ολιγομελείς, χωρίς αυστηρούς κανόνες συμμετοχής, μη ανήκουσες στην Εκκλησία. Όσον αφορά τους σκοπούς τους υπερτερούν σαφώς οι φιλανθρωπικές και έπονται οι πολιτιστικές και οι περιβαλλοντικές εθελοντικές οργανώσεις.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα λειτουργούν 3 είδη εθελοντικών οργανώσεων: α) οργανώσεις που συντονίζουν προγράμματα εθελοντικής εργασίας για ομάδες εθελοντών για διάστημα 2-3 εβδομάδων με πλήρη απασχόληση, β) οργανώσεις που δρουν σε τοπικό επίπεδο με συγκεκριμένο στόχο, γ) οργανώσεις που διοχετεύουν μεμονωμένους εθελοντές για προσφορά εργασίας κοινωνικού χαρακτήρα (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999).

Η πιο σημαντική και γνωστή Οργάνωση είναι ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός που από το 1877 που ιδρύθηκε, (<http://www.redcross.gr>) παραμένει αφοσιωμένος στις ανθρωπιστικές αρχές του και δεν σταμάτησε ούτε μια στιγμή να διεξάγει το πολύτιμο έργο του, το οποίο συνίσταται κυρίως στην φροντίδα τον πιο αδύναμων πληθυσμιακών ομάδων της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει στα άτομα της τρίτης ηλικίας, υπηρεσίες βοήθειας και νοσηλείας στο σπίτι, με εθελοντές που τους επισκέπτονται συχνά στο σπίτι ή στο χώρο που βρίσκονται, προσφέροντας τους συντροφιά, συναισθηματική συμπαράσταση, μικροεξυπηρετήσεις (στη σχέση τους με τις υπηρεσίες,

στη πληρωμή λογαριασμών, ψώνια, κ.τ.λ.), καθώς και διευκόλυνση ή συνοδεία των ηλικιωμένων σε φορείς (νοσοκομεία, ιατρεία) ή σε κάποιο περίπατο. Τα τελευταία χρόνια επίσης, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός σε συνεργασία με τον Ο.Τ.Ε. εφαρμόζει με επιτυχία το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού (βλέπε σελ.24), το οποίο είναι βοηθητικό και ιδιαίτερα χρήσιμο κυρίως για τους μοναχικούς ηλικιωμένους.

Το μέγεθος των εθελοντικών οργανώσεων κυμαίνεται από μερικές δεκάδες μέχρι μερικές εκατοντάδες μέλη σε πολλές περιοχές της χώρας, όπου βοηθούν οικογένειες και ηλικιωμένους που ζουν σε κατάσταση φτώχειας. Επειδή όμως οι οργανώσεις αυτές λειτουργούν με τρόπο ανεξάρτητο, συνήθως χωρίς συνεργασία με τις τοπικές αρχές ή το κράτος, δεν είναι δυνατόν να υπολογισθεί η έκταση των πολύτιμων υπηρεσιών που προσφέρουν. Σίγουρα όμως, βάσιμο είναι, να ισχυριστεί κανείς ότι οι εθελοντές έχουν αποκτήσει το δικό τους ουσιαστικό ρόλο, και ποσοτικά και ποιοτικά, στην ευημερία και στην πρόοδο των σύγχρονων κοινωνιών, τόσο των αναπτυγμένων όσο και των αναπτυσσόμενων χωρών (<http://www.redcross.gr>).

7.3. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Πολιτικές για την κοινωνική προστασία των ηλικιωμένων, υπάρχουν σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη. Όλες αυτές οι πολιτικές επιδιώκουν την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας των ηλικιωμένων, αναπτύσσοντας δίκτυα που θα παρέχουν ανοικτή περίθαλψη, επιτρέποντας έτσι στους ηλικιωμένους να παραμείνουν στην κοινότητα, και στα σπίτια τους όσο το δυνατόν πιο πολύ και να κρατηθούν υγιείς μέχρι τα βαθιά γεράματα. Σύλλογοι φιλίας που προσφέρουν προγράμματα ψυχαγωγίας, επιμορφωτικές δραστηριότητες και πληροφόρηση, υπάρχουν για τους υγιείς ηλικιωμένους. Ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες παρέχονται από διάφορα ειδικά κέντρα στους ηλικιωμένους όταν είναι απαραίτητο. Επίσης υπάρχουν νοσοκομεία ημέρας και κέντρα ημερήσιας φροντίδας για τους μη υγιείς ηλικιωμένους που προσφέρουν ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και προγράμματα φροντίδας.

Κύρια διαφορά μεταξύ αυτού του είδους τα κέντρα και των ΚΑΠΗ, είναι η διαφοροποίηση μεταξύ δημιουργικών δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα στα περισσότερα κέντρα υπάρχει μια σαφής διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσανατολίζονται σε υγιείς και αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους και σε αυτούς που δεν είναι υγιείς. Φαίνεται ότι τα ΚΑΠΗ είναι ένα μοναδικό είδος οργανισμού ο οποίος συνδυάζει και τους δύο τύπους υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες που προσφέρει κάθε ΚΑΠΗ, δεν είναι βέβαια οι ίδιες σε όλα τα κέντρα αυτά, γιατί σε

πολλά υπάρχει έλλειψη προσωπικού και οικονομικών πόρων, πράγμα που επηρεάζει το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών (Εμκε-Πουλοπούλου, Η., 1999).

Ιστορική αναδρομή της θεσμοθέτησης των ΚΑΠΗ

Η διεθνή τάση αναδιάρθρωσης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας (Στασινοπούλου, 1996), στην Ελλάδα βρήκε έκφραση, όσο αφορά στους ηλικιωμένους, με τη σύσταση των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και τη θεσμοθέτηση προγραμμάτων όπως «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κατ' οίκον Νοσηλεία». Θεσμοί οι οποίοι άλλωστε, με διαφορετικά σχήματα, λειτουργούν στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Hutten JBF., 1996).

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ αποτελεί ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους ή σαν μέλη της οικογένειας. Η πολιτεία αναγνώρισε την ανάγκη παροχής προληπτικής ιατρικής, ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης της Τρίτης Ηλικίας την δεκαετία του '70. Έτσι ίδρυσε τα Κέντρα αυτά, τα οποία παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.

Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει τη σύσταση των ΚΑΠΗ είναι το Ν.Δ. 162/1974, «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' 227). Στο πρώτο άρθρο του Ν.Δ. αναγνωρίζεται η αρμοδιότητα του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών όσον αφορά στην προστασία των υπερηλίκων. Για το σκοπό αυτό, μεταξύ άλλων μέτρων, στο άρθρο τρία του Ν.Δ. παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης Κέντρων Προστασίας Γήρατος, τα οποία θα παρέχουν εξοϊδρυματική φροντίδα, ψυχαγωγία και απασχόληση των υπερηλίκων ατόμων.

Τα παραπάνω Κέντρα συνιστώνται με Προεδρικά Διατάγματα, ως ΝΠΔΔ υπαγόμενα στην αρμοδιότητα και την άμεση εποπτεία του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών. Η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ, ρυθμίζονται με το Ν.Δ. 162/73 όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74. Με το Ν. 1416/84, για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, το κράτος μεταβίβασε στην τοπική αυτοδιοίκηση την ευθύνη για την ανάπτυξη του θεσμού των ΚΑΠΗ. Σύμφωνα με το νόμο προβλέπεται η ετήσια επιχορήγηση, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας των δήμων και των

κοινοτήτων, καθώς και των ΚΑΠΗ των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για σκοπούς και δραστηριότητες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φογαδάκη Ε., 1990).

Μέλη του ΚΑΠΗ εγγράφονται άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών, που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας του Κέντρου, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση. Τα ενεργά μέλη του ΚΑΠΗ δεν μπορεί να είναι λιγότερα από 50 και περισσότερα από 300. Για την εγγραφή τους τα μέλη πληρώνουν μια συμβολική συνδρομή ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες. Ανάλογη είναι και η οικονομική συμμετοχή στις διάφορες εκδηλώσεις του ΚΑΠΗ.

Σκοπός, στόχοι και υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 329/89, για κάθε ΚΑΠΗ γίνεται σύσταση Οργανισμού Λειτουργίας, Διοίκηση και Διαχείρισης. Με βάση τον Οργανισμό, σκοπός των ΚΑΠΗ είναι:

- Ø Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων και ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Ø Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Ø Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους

Οι στόχοι των Ανοικτών αυτών Κέντρων είναι:

- Ø Η κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων
- Ø Η προληπτική ιατρική
- Ø Η ενεργοποίηση των μελών
- Ø Η Αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους
- Ø Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας
- Ø Η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών
- Ø Οι Διασυνδέσεις και συνεργασίες με άλλους φορείς
- Ø Η ιατροκοινωνική έρευνα

Οι βασικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχει το ΚΑΠΗ είναι:

Α) η οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση,

B) η παροχή οδηγιών για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη,

Γ) η προσφορά κοινωνικής εργασίας στους ηλικιωμένους και στο άμεσο περιβάλλον τους,

Δ) η παροχή υπηρεσιών φυσικοθεραπείας και εργοθεραπείας

Ε) η βοήθεια στο σπίτι στις περιπτώσεις αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης

Στ) η συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις

Ζ) εντευκτήριο.

Διοίκηση και Στελέχωση των ΚΑΠΗ

Τα ΚΑΠΗ διοικείται από επταμελές συμβούλιο, το οποίο απαρτίζουν :

- Ø Ο δήμαρχος ή ο αντιδήμαρχος που ορίζει ο δήμαρχος, ως Πρόεδρος.
- Ø Ένας Δημοτικός Σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου
- Ø Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ, που εκλέγεται μεταξύ των μελών του από τους ίδιους τους, ηλικιωμένους.
- Ø Ένας Κοινωνικός Λειτουργός, υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από το Υπουργείο.
- Ø Ένας Δημότης που προτείνει ο Δήμαρχος, ανάμεσα σε άτομα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του δημοτικού Συμβουλίου.
- Ø Ένας αιρετός εκπρόσωπος των εργαζομένων στο ΚΑΠΗ.
- Ø Ένας εκπρόσωπος των Τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων (Τεπέρογλου Α., 2004).

Για την εκπλήρωση του έργου τους τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται με :

α) Κοινωνικό Λειτουργό, ο οποίος είναι ο συντονιστής της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του κέντρου. Είναι αυτός που υποδέχεται κάθε μέλος του κέντρου και κάνει την εγγραφή του σ αυτό. Συμβάλει στην αντιμετώπιση τυχόν ψυχολογικών, ατομικών ή οικογενειακών προβλημάτων του μέλους, σεβόμενος την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ηλικιωμένου. Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του Κέντρου και την Διοίκηση και έχει την διοικητική ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας όλων των υπηρεσιών. Επίσης οργανώνει σύμφωνα με το εγκεκριμένο πρόγραμμα διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγικές, επιμορφωτικές και επικοινωνεί με τους φορείς της περιοχής ή της κοινότητας με σκοπό την διαφώτιση και την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα του ΚΑΠΗ.

β) Φυσικοθεραπευτή, ο οποίος ύστερα από γραπτή εντολή του ιατρού, εφαρμόζει φυσιοθεραπευτική αγωγή στα μέλη του κέντρου στον χώρο του ΚΑΠΗ ή στο σπίτι των μελών, σε έκτακτες ή ειδικές ανάγκες που κρίνει ο ιατρός.

γ) Εργοθεραπευτή, ο οποίος έχει ως έργο του την αξιοποίηση και την δραστηριοποίηση του μέλους για δημιουργική απασχόληση και παραγωγικό έργο, με σκοπό την οικονομική του ενίσχυση. Επίσης βοηθά τον ηλικιωμένο στην άσκηση για αυτοεξυπηρέτηση και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων. Και ο εργοθεραπευτής μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του στο σπίτι του μέλους αν κρίνεται απαραίτητο.

δ) Ιατρό φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης ή γηγίατρο, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ιατρείο του κέντρου. Συνήθως είναι μερικής απασχόλησης.

ε) Αδελφή επισκέπτρια ή Νοσηλεύτρια, η οποία συνεργάζεται με τον ιατρό του Κέντρου και παρέχει νοσηλευτική φροντίδα και οδηγίες στο χώρο του ιατρείου ή στο σπίτι του μέλους από εντολή ιατρού.

στ) Οικογενειακή βοηθό, η οποία προσφέρει τις υπηρεσίες της στο σπίτι των μελών που ζουν μόνοι τους και έχουν ανάγκη βοήθειας, όπως στις δουλειές του σπιτιού ή σε άλλες μικροεξυπηρετήσεις έξω από το σπίτι.

Η γραμματειακή και διοικητική υποστήριξη του ΚΑΠΗ ανατίθεται σε δημοτικό ή κοινοτικό υπάλληλο, με βάση το άρθρο 109 του Ν. 1188/81 και σε μέλη του Κέντρου. Εφόσον οι ανάγκες το απαιτούν, για κάθε μία από τις παραπάνω ειδικότητες μπορεί να προσληφθεί και δεύτερο άτομο. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ άρχισε να λειτουργεί το 1979 όταν στήθηκε πειραματικά το πρώτο Κέντρο, ενώ στη συνέχεια λειτούργησαν οχτώ Κέντρα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις. Σήμερα, στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης, λειτουργούν περισσότερα από 370 ΚΑΠΗ σε όλη την Ελλάδα, από τα οποία όμως 120 δεν λειτουργούν κανονικά λόγω έλλειψης προσωπικού και χρηματοδότησης (Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φογαδάκη Ε., (1990).

Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι (Π.Β.Σ)

Στα πλαίσια λειτουργίας πολλών ΚΑΠΗ, λειτουργεί παράλληλα και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο έχει σαν σκοπό την παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, την διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους, την αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, την εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε το 1997 όταν το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών την ΚΕΔΚΕ, τους Δήμους και τα ΚΑΠΗ, αξιολογώντας τις απαιτήσεις της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας για μια πιο ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων ξεκίνησε την εφαρμογή του εθνικού πιλοτικού προγράμματος με την ονομασία «Βοήθεια στο Σπίτι». Η πορεία του κρίθηκε επιτυχημένη και έτσι το 2000 δημιουργήθηκαν οι πρώτες Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας συγχρηματοδοτούμενες από το Β΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης και το Υπουργείο Εργασίας. Το 2002 ξεκινάει η υλοποίηση των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι που συγχρηματοδοτούνται από το Γ΄ΚΠΣ και Εθνικούς Πόρους. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα με έντονη κοινωνική αναφορά, καθώς αγγίζει την ευαίσθητη- και με σύνθετης υφής προβλήματα- κοινωνική ομάδα της τρίτης ηλικίας (ΚΕΔΚΕ 2002).

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους και σε άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ψυχοκινητικά προβλήματα, με προτεραιότητα εκείνους που διαβιών μόνοι τους, που δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας και , των οποίων το εισόδημα δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν την μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία. Απευθύνεται επίσης, σε άτομα που διαβιών με την οικογένεια τους, αλλά χρήζουν ψυχοσυναισθηματικής στήριξης είτε οι ίδιοι, είτε ο οικογενειακός τους περίγυρος.

Το ΠΒΣ εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Παρέχονται υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας Νοσηλευτικής Φροντίδας και Οικογενειακής Οικιακής Βοήθειας και ανάπτυξης κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών. Οι ειδικότητες που εργάζονται στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι είναι κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και οικογενειακοί βοηθοί και ως εξωτερικοί συνεργάτες ιατροί και φυσικοθεραπευτές.

Οι υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα είναι :

- Ø Ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια
- Ø Νοσηλευτικές υπηρεσίες και φυσικοθεραπεία
- Ø Κοινωνική Εργασία με άτομα, ομάδες και κοινότητα
- Ø Κοινωνική Εργασία με οικογένεια
- Ø Πρακτικές εξυπηρετήσεις όπως εξόφληση λογαριασμών, ψώνια, συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες, επισκέψεις στο σπίτι, τηλεφωνικές επικοινωνίες ανάλογα με τις ανάγκες του

εξυπηρετούμενου, ευκαιρίες για ψυχαγωγία και συμμετοχή στη ζωή

Ø Κατ οίκον καθαριότητα

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα προγράμματα αυτά αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα τόσο λειτουργικά όσο και θεσμικά που δυσχεραίνουν το έργο τους. Τα προβλήματα αυτά επικεντρώνονται κυρίως στο γεγονός ότι δεν υπάρχει κάποιος ενιαίος φορέας υπεύθυνος για τον σχεδιασμό, την εποπτεία και την χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών, αλλά σε όλα αυτά εμπλέκονται ταυτόχρονα τρία διαφορετικά υπουργεία (Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φογαδάκη Ε., 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

8.1 Αρχές του προγράμματος

Είναι αυτονόητο ότι κανένας δεν μπορεί να αποφύγει το γήρας και επομένως υπάρχει γενικό συμφέρον η ύπαρξη πρόνοιας για τις ανάγκες που δημιουργεί η προχωρημένη ηλικία. Κάθε άτομο έχει δικαίωμα για μια αξιοπρεπή ζωή, ανεξάρτητα από τις αλλοιώσεις που μπορεί να έκανε ο καιρός στις πνευματικές και σωματικές του δυνάμεις. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, με σαφή αντίληψη των σύγχρονων δομών της οικογένειας και της κοινωνίας, προκειμένου να εξασφαλίσει οργανωμένη και αποτελεσματική φροντίδα για τους ανθρώπους της 3^{ης} ηλικίας, προχώρησε στην εφαρμογή του ολοκληρωμένου προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» για την 3^η ηλικία.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», εφαρμόστηκε πρώτα πιλοτικά στο Δήμο Περιστερίου το έτος 1997 και το έτος 1998, μετά την εφαρμογή του στον ανωτέρω δήμο, αποφασίστηκε η επέκτασή του σε 102 Δήμους της Χώρας που διαθέτουν επαρκώς οργανωμένο Κ.Α.Π.Η., σύμφωνα με τις προδιαγραφές και την αξιολόγηση της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.

Το πρόγραμμα εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Με την δράση αυτή διευρύνονται ποσοτικά και ποιοτικά οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται στους πολίτες. Παρέχονται υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής Φροντίδας και Οικογενειακής Οικιακής Βοήθειας και ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών με δυνατότητα επέκτασης του είδους και του εύρους των υπηρεσιών αυτών.

Σύμφωνα με τη Π4β/5814/2-10-97 (ΦΕΚ 917/Β/17-10-97) Κοινή Υπουργική Απόφαση, απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση του προγράμματος είναι η σύναψη σχετικής Προγραμματικής Σύμβασης μεταξύ του Υπουργείου Υγείας – Πρόνοιας, του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, του επιλεγμένου Δήμου, του αντίστοιχου Κ.Α.Π.Η., της οικείας Δημοτικής Επιχείρησης και της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. (ΚΕΔΚΕ 2002)

Το περιεχόμενο αυτής της Προγραμματικής Σύμβασης είναι το εξής:

A. Το προοίμιο της σύμβασης

Β. Το αντικείμενο της σύμβασης

Γ. Ρυθμίσεις που αφορούν :

- την εξασφάλιση της αναγκαίας υποδομής για την εφαρμογή του προγράμματος
- την εξασφάλιση του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού
- την εξασφάλιση οικονομικών πόρων για την κάλυψη των λειτουργικών δαπανών και των γενικών εξόδων
- τη διατύπωση των βασικών κανόνων οργάνωσης, διοίκησης και διαχείρισης του προγράμματος
- το πλαίσιο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων μερών σε σχέση με τις ως άνω προϋποθέσεις λειτουργίας και πραγματοποίησης των σκοπών του προγράμματος
- την διάρκεια ισχύος της συνεργασίας

Ημερομηνία έναρξης του προγράμματος ορίζεται η ημερομηνία υπογραφής, από όλους τους συμβαλλομένους, της προαναφερθείσας Προγραμματικής Σύμβασης και η διάρκεια του πέντε (5) έτη.

Σύμφωνα με σχετικό έγγραφο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το πρόγραμμα διέπεται από τις αρχές που εμπεριέχονται στις γενικές διακηρύξεις και συνθήκες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως και στις ειδικές αρχές που αναφέρονται στους ηλικιωμένους και τα ΑΜΕΑ. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων τους όπως στο:

- να επιλέγουν τον τρόπο ζωής τους
- να διαβιούν σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον
- να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και να αυξάνουν την αυτάρκειά τους
- να έχουν ίσες ευκαιρίες και κατοχυρωμένα δικαιώματα ώστε να μη γίνονται αποδέκτες προκαταλήψεων και αποκλεισμών
- να απολαμβάνουν υπηρεσιών και παροχών που να τους εξασφαλίζουν υγεία και επιβίωση
- να επιλέγουν, να διεκδικούν και να εξασφαλίζουν τους τρόπους και τα μέσα που βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής τους

8.2 Σκοποί του προγράμματος

Σύμφωνα με την αριθ. Π4β/5814/97(ΦΕΚ 917/Β/17.10.1997) Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας

Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, γενικός σκοπός του προγράμματος, είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, με προτεραιότητα σ' αυτούς που:

- α. Δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως.
- β. Χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα.
- γ. Διαβιούν μοναχικά.
- δ. Δεν έχουν επαρκείς πόρους ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους αφενός και αφετέρου να διατηρηθούν οι ίδιοι και οι οικογένειες τους στον κοινωνικό ιστό, παραμένοντας στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Πιο συγκεκριμένα **επιδίωξη** του προγράμματος είναι :

- Ø Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ κατά προτεραιότητα στο σπίτι, στο άμεσο τοπικό επίπεδο και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους και την ενημέρωση των φορέων σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής όπως και άλλων ενδιαφερομένων οργανισμών.
- Ø Η δημιουργία προϋποθέσεων για την αξιοπρεπή και υγιή διαβίωση τους και την κοινωνική τους ευημερία.
- Ø Η προάσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων τους και η προστασία τους από αρνητικές διακρίσεις και συμπεριφορές κοινωνικού στιγματισμού, εκμετάλλευσης, κακοποίησης και παραμέλησης.
- Ø Η παραμονή τους στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και αποφυγή της χρήσης ιδρυματικής περίθαλψης.
- Ø Η εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους.
- Ø Η διευκόλυνση της μετακίνησης, της επικοινωνίας και της κοινωνικής συμμετοχής τους.
- Ø Η μελέτη και προώθηση των αναγκαίων αλλαγών στο εσωτερικό του σπιτιού, στον εξοπλισμό και στο περιβάλλοντα χώρο σύμφωνα με τους κανόνες εξασφάλισης μέγιστης χρήσης και προσπέλασης τους.
- Ø Η στήριξη και ανακούφιση της οικογένειας τους και των προσώπων που έχουν ευθύνη φροντίδας τους, χωρίς να υποκατασταθούν από τις υπηρεσίες του προσωπικού του προγράμματος αλλά αντιθέτως να ενισχυθούν η αλληλεγγύη και οι οικογενειακοί δεσμοί.
- Ø Η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση των εξειδικευμένων αναγκών φροντίδας τους.

- Ø Η ρύθμιση των νοσηλευτικών και υγειονομικών αναγκών τους που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι.
- Ø Η διασυνδετική τους με τις υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες και δικαιώματα τους και ιδιαίτερα την συνεργασία και τον συντονισμό με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της περιοχής και την συστηματοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Ø Η παραπομπή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες για την κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών κυρίως για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας και πρόνοιας και η προετοιμασία της επιστροφής τους στο οικείο περιβάλλον και η εξασφάλιση υπηρεσιών αποκατάστασης.
- Ø Η ενίσχυση φιλικών δεσμών και κοινωνικών σχέσεων, όπως και συμπεριφορών κοινωνικού ενδιαφέροντος.
- Ø Η συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, η ανάπτυξη της Κοινωνική Αλληλεγγύης, η διαρκής ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυνατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.
- Ø Η διαρκής μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων, ώστε να υποβάλλονται σχετικές εισηγήσεις προς τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να λαμβάνονται μέτρα προς κάλυψη αυτών των αναγκών.
- Ø Η διαρκής επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

8.3 Παρεχόμενες υπηρεσίες

- Ø Η διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους Δήμους και η κοινωνική χαρτογράφηση τους.
- Ø Η εκπαίδευση εθελοντών και διοργάνωση δράσεων Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Ø Η Κοινωνική Εργασία με άτομα, ομάδες και οικογένειες.
- Ø Η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.
- Ø Η διασυνδετική με υπηρεσίες, Υγείας – Πρόνοιας και άλλες, που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων (Ασφαλ. Οργανισμοί κ.λ.π.).
- Ø Η ιατρική παρακολούθηση, Νοσηλευτική φροντίδα και Φυσικοθεραπεία στο σπίτι ή όπου αλλού παρέχεται.
- Ø Οι υπηρεσίες οικογενειακής βοηθητικής φροντίδας (ατομική και οικιακή καθαριότητα, κάλυψη καθημερινών αναγκών διαβίωση, κ.ά.).
- Ø Η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων.
- Ø Η συστηματοποίηση του δικτύου υπηρεσιών του Δήμου για την κοινωνική φροντίδα ηλικιωμένων στο σπίτι και σύνδεση με αντίστοιχες υπηρεσίες της ευρύτερης κοινότητας (Παπαδάκης, Μ., 1997).

8.4 Προετοιμασία και κύριες φάσεις του προγράμματος

Το πρόγραμμα στο στάδιο της προετοιμασίας και εκτέλεσης περιλαμβάνει:

Εκπαίδευση προσωπικού, προσαρμογή του σχεδίου στις τοπικές ιδιαιτερότητες του προγράμματος κατά φάση ανάπτυξης, καθορισμός χρονοδιαγράμματος, επιλογή εργαλείων και τεχνικών, προμήθεια αναγκαίου υλικού και εξοπλισμού, επιλογή τρόπου εσωτερικής αξιολόγησης και στατική επεξεργασία για τις ανάγκες παρακολούθησης και εξωτερικής αξιολόγησης, και υποβολή ενδιάμεσων και τελικών εκθέσεων εκτέλεσης του προγράμματος (ΚΕΔΚΕ 2002).

Κύριες φάσεις ενεργειών :

1. Κοινωνική χαρτογράφηση της περιοχής ευθύνης και της ευρύτερης κοινότητας
2. Διερεύνηση, καταγραφή-συστηματική επεξεργασία των αναγκών των ηλικιωμένων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα.

Πηγές θα αποτελέσουν, οι επιστημονικές μελέτες, οι ανάγκες που έχουν εντοπίσει τα Κ.Α.Π.Η., οι συλλογικές οργανώσεις των ΑΜΕΑ, τα αιτήματα που θα υποβληθούν από τους πολίτες, οι παραπομπές άλλων τοπικών φορέων, οι καταγραφές των στελεχών της δράσης κ.α.

3. Ιεράρχηση αναγκών ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ του πληθυσμού προς εξυπηρέτηση (καθορισμός προτεραιοτήτων)

- ανάγκες εξασφάλισης ή βελτίωσης της αυτοεξυπηρέτησης
- ανάγκες κάλυψης βασικών αναγκών καθημερινής λειτουργίας

(διαβίωσης)

- αντιμετώπιση αναγκών πρόληψης, παρακολούθησης ή αποκατάστασης ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων

- κάλυψη πολιτιστικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων

(Παπαδόπουλος, Ν.Γ., Ζάχος Η., 1985).

4. Συνεργασία και συντονισμός με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ), με τοπικούς φορείς ή δίκτυα, με προτεραιότητα τις υγειονομικές και προνοιακές υπηρεσίες του δημοσίου, τομέα, των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, εθελοντικών οργανώσεων καθώς και των προγραμμάτων πρόνοιας της Εκκλησίας.

5. Ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και προετοιμασία της κοινότητας για τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ καθώς και για το περιεχόμενο του προγράμματος.

6. Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία, στους τομείς (Παπασπυρόπουλος Σ., (1991):

- ο Συμβουλευτικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης στις ομάδες στόχο και την οικογένεια
- ο Εξασφάλισης υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας
- ο Έμπρακτης υπεράσπισης και προώθησης των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίησης του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος
- ο Νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας (όπως αυτή ορίζεται στο πρόγραμμα σπουδών σε συνδυασμό με τα επαγγελματικά δικαιώματα των στελεχών)
- ο Οικογενειακής–Οικιακής βοηθητικής φροντίδας και ικανοποίησης πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- ο Φροντίδας της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας
- ο Αγωγής Υγείας και Πρόληψης
- ο Προσαρμογής και βελτίωσης της χρήσης και προσπέλασης των χώρων καθώς και εξοπλισμού του σπιτιού και του εξωτερικού περιβάλλοντος

- Διασυνδετικής με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα για την αξιοποίηση των υπηρεσιών, μέσων και παροχών τους για την κάλυψη των αναγκών αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κ.λ.π.
- Διευκόλυνσης των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας
- Διευκόλυνσης της πολιτιστικής θρησκευτικής και κοινωνικής συμμετοχής και δραστηριοποίησης.

7. Ανάπτυξη ασφαλούς και απόρρητου συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος και συστήματος συγκέντρωσης στατιστικών δεδομένων, με ευθύνη του υπευθύνου του συντονισμού του προγράμματος, για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας της δράσης και τις ανάγκες ενημέρωσης των αρμοδίων εποπτικών αρχών, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη αυτής.

8.5 Φορέας υλοποίησης

Το πρόγραμμα υλοποιείται από τους φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζονται στην αριθ. 4035/27.7.2001 (ΦΕΚ 1127/τ.Β/30.8.2001) κοινή Υπουργική απόφαση, όπως συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και ισχύει.

Ο δικαιούχος φορέας υλοποίησης απαγορεύεται να απασχολεί τα στελέχη του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» για αλλότρια καθήκοντα. Η παραβίαση αυτής της υποχρέωσης, συνιστά παράβαση καθήκοντος δημόσιου λειτουργού, σε βάρος του κοινωνικού συμφέροντος και εγείρει τις ανάλογες κυρώσεις που προβλέπονται από τη σχετική νομοθεσία.

Ο δικαιούχος φορέας υλοποίησης οφείλει να παρέχει κάθε δυνατή πληροφόρηση για την πορεία και εξέλιξη της δράσης «Βοήθεια στο σπίτι», στην ομάδα Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ) που εδρεύει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Επίσης υποχρεούται να υποβάλει τα στοιχεία τα οποία θα συμβάλουν στην επικαιροποίηση των καταχωρημένων στοιχείων που υπάρχουν ήδη στο Χάρτη Πρόνοιας.

Επίσης υποχρεούται να εξασφαλίσει χώρο στέγασης προσβάσιμο για όλους τους εξυπηρετούμενους, κατά προτίμηση εντός ή πλησίον του κτιρίου του Κ.Α.Π.Η. εφ' όσον αυτό λειτουργεί στην περιοχή, τον αναγκαίο εξοπλισμό του, τα απαραίτητα μέσα και κάθε διευκόλυνση στην ομάδα των στελεχών του προγράμματος, για την απρόσκοπτη παροχή των υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους πολίτες.

Υποχρέωση του δικαιούχου φορέα είναι η παροχή του απαραίτητου νοσηλευτικού και υλικού καθαριότητας για την χρήση στις παρεχόμενες υπηρεσίες, εφ' όσον αυτά δεν εξασφαλίζονται από τον εξυπηρετούμενο.

Ο χώρος που θα διατεθεί για τη στέγαση του προγράμματος, πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα χώρο για ατομικές συναντήσεις [όπου να υπάρχει ένα γραφείο, καθίσματα, μία βιβλιοθήκη ασφαλιζόμενη, ένα ερμάριο ασφαλιζόμενο, τηλεφωνική γραμμή, ηλεκτρονικός υπολογιστής (με όλες τις περιφερειακές συσκευές και σύνδεση με το δια - δίκτυο)] και ένα χώρο για ομαδικές συναντήσεις (όπου να υπάρχει ένα τραπέζι εργασίας και συναντήσεων, καθίσματα και μία βιβλιοθήκη).

Όσα από τα παραπάνω δεν αποτελούν επιλέξιμες δαπάνες όπως έχουν καθορισθεί από τις σχετικές Κοινές Υπουργικές αποφάσεις, μπορεί να παρέχονται από το δικαιούχο φορέα υλοποίησης ή τον οικείο Δήμο εφόσον υπάρχει αυτή η δυνατότητα (ΚΕΔΚΕ 2002)

8.6 Προσωπικό υλοποίησης του προγράμματος

Η κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» αποτελείται από ένα κοινωνικό/ή λειτουργό, ένα έως δύο νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες και ένα έως τρεις οικογενειακούς βοηθούς.

Ο ρόλος του **κοινωνικού λειτουργού** στο πρόγραμμα :

- Έχει την ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας του προγράμματος, φροντίζει για την ενημέρωση της κοινότητας, την προβολή του προγράμματος, την διευθέτηση παραπομπών.
- Έχει την ευθύνη της κοινωνικής έρευνας, της αξιολόγησης και ένταξης εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα.
- Διαδραματίζει ρόλο οργανωτικό και συντονιστικό, καθορίζει το πλαίσιο δράσης, το χρονοδιάγραμμα, τις φάσεις ενεργειών, τη σταδιακή αξιολόγηση του προγράμματος.
- Φροντίζει για την οργάνωση, το σχεδιασμό, την επέκταση και τον εθελοντισμό.
- Έχει την ευθύνη εξασφάλισης χορηγιών σε είδη πρώτης ανάγκης (τρόφιμα, νοσηλευτικό υλικό, ρουχισμό, υλικό τεχνικό εξοπλισμό).
- Ακόμη τηρεί αρχεία περιπτώσεων και ατομικά δελτία υγείας των εξυπηρετούμενων.
- Επιλέγει μεθοδολογικά εργαλεία, σχεδιάζει τρόπους παρέμβασης και εποπτεύει ομάδες εργασίας.
- Επικοινωνεί με αρχές, φορείς και υπηρεσίες εφαρμόζοντας όλες τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας με άτομα, με ομάδες και με την κοινότητα.
- Επιδιώκει συνεργασία με την οικογένεια του ηλικιωμένου, είτε αυτή φροντίζει τον ηλικιωμένο είτε αποστασιοποιείται από τα προβλήματα του.
- Προσφέρει κοινωνική εργασία στους εξυπηρετούμενους, σε επίπεδο ψυχοσυναισθηματικής στήριξης, συμβουλευτική οικογένειας και παραπέμπει σε φορείς.
- Ασχολείται με κοινωνικο – προνοιακά θέματα, δηλαδή συντάξεις, αναπηρικά επιδόματα, επιδόματα στέγασης, επιδόματα συνοδών αναπήρων, έκτακτα επιδόματα από το Δήμο, κτλ.

Ο ρόλος του **νοσηλευτή** ή **νοσηλεύτριας** στο πρόγραμμα:

- Αναλαμβάνει την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (μετρήσεις ζαχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής πίεσεως, περιποίηση κατακλίσεων και εγκαυμάτων, περιποίηση τραύματος, ενεσοθεραπεία, κα).

- Φροντίζει για την αγωγή υγείας των εξυπηρετούμενων (συμβουλές διατροφής και ατομικής υγιεινής, παρακολούθηση για τη σωστή λήψη φαρμάκων και τον εντοπισμό τυχόν παρενεργειών από τη χρόνια λήψη τους).
- Επιδιώκει την εκπαίδευση της οικογένειας (ενημέρωση – επίδειξη στα μέλη της οικογένειας για την κατάλληλη φροντίδα του ασθενή).
- Παραπέμπει και συνοδεύει τους εξυπηρετούμενους σε φορείς (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια).
- Έχει την ευθύνη της συνταγογραφίας (συνταγογράφηση φαρμάκων και αγορά τους σε συνεργασία με την οικογενειακή βοήθο).

Ο ρόλος της **οικογενειακής βοήθου** στο πρόγραμμα:

- Έχει την ευθύνη για την οικιακή φροντίδα (σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα σπιτιού, πλύσιμο ρούχων ή πιάτων, κλπ.).
- Φροντίζει για την παρασκευή φαγητού (μαγείρεμα – σίτιση)
- Προσφέρει ατομική φροντίδα στους εξυπηρετούμενους (τάισμα, ντύσιμο, μπάνιο).
- Αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει εξωτερικές εργασίες (ψώνια, εξόφληση λογαριασμών).
- Διευκολύνει τους εξυπηρετούμενους για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες.
- Βοηθάει τους εξυπηρετούμενους στην μετακίνηση τους εντός ή εκτός σπιτιού (περίπατο).

Η ομάδα των στελεχών του προγράμματος εφαρμόζει τις αρχές και μεθόδους της ομαδικής εργασίας και του κοινωνικού σχεδιασμού. Στα πλαίσια αυτά μεταξύ άλλων, αφού έχουν προηγηθεί οι αναγκαίες αρχικές φάσεις των ενεργειών, ορίζεται σταθερή ημέρα και ώρα για τον μηνιαίο και εβδομαδιαίο προγραμματισμό και απολογισμό της ομάδας. Τα μέλη της ομάδας υποχρεούνται να τηρούν αρχείο με τα καθημερινά στατιστικά στοιχεία των υπηρεσιών τις οποίες παρέχουν και σε εβδομαδιαίο ή μηνιαίο δελτίο θα τα παραδίδουν στον συντονιστή του προγράμματος για τις ανάγκες ενημέρωσης των αρμοδίων εποπτικών αρχών, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη του προγράμματος.

Τα τηρούμενα προσωπικά στοιχεία των εξυπηρετούμενων, φυλάσσονται σε ασφαλισμένο μέρος, με ευθύνη του / της κοινωνικής λειτουργού υπεύθυνου του προγράμματος, είναι απόρρητα και αποκλειστική πρόσβαση έχουν μόνο τα στελέχη του προγράμματος που

δεσμεύονται για την τήρηση του απορρήτου (μέσω των αδειών τους άσκησης επαγγέλματος και οι εισαγγελικές αρχές).

Η πρόσληψη του προσωπικού του προγράμματος γίνεται με σύμβαση μίσθωσης έργου. Για τη σύναψη μίσθωσης έργου απαιτείται :

- 1) Η ύπαρξη κανονισμού της επιχείρησης
- 2) Απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου αυτής στην οποία θα περιλαμβάνονται :
 - ο αριθμός των προσώπων στα οποία θα ανατεθεί το έργο
 - η ειδικότητα των ατόμων αυτών (κοινωνικός ή κοινωνική λειτουργός, νοσηλεύτης ή νοσηλεύτρια και οικογενειακή βοηθός)
 - ο επακριβής προσδιορισμός του έργου που θα εκτελεσθεί στα πλαίσια της προγραμματικής σύμβασης
 - ο χρόνος απασχόλησης τους, το συνολικό ποσό της αμοιβής τους ή η τμηματική καταβολή αυτής
 - ο τόπος που πρόκειται να εκτελεσθεί έργο
 - ρητή αναφορά ότι δεν καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες

Με βάση τα παραπάνω θα καταρτισθεί η σύμβαση και θα υπογραφεί μεταξύ του αρμόδιου οργάνου της επιχείρησης και του εργαζόμενου.

Στο σημείο αυτό διευκρινίζεται ότι το προσωπικό που προσλαμβάνεται με σύμβαση μίσθωσης έργου από τις δημοτικές επιχειρήσεις για την υλοποίηση του προγράμματος αυτού, θα απασχοληθεί κατ' αρχήν για ένα έτος.

Επειδή όμως το πρόγραμμα εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής της Κυβέρνησης, η οποία μελετά την επέκταση αυτού του προγράμματος στο σύνολο της Χώρας και δεδομένης της ευαισθησίας τόσο του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης όσο και του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας σε κοινωνικά θέματα, έχοντας υπόψη και τα αποτελέσματα της εφαρμογής του κατά τα πρώτο χρόνο, θα επιδιωχθεί η απασχόληση του προσωπικού αυτού σε μονιμότερη βάση.

8.7 Εποπτεία – παρακολούθηση – έλεγχος

Ο συντονισμός, η υποστήριξη και η παρακολούθηση της πορείας και εξέλιξης τη δράσης «Βοήθεια στο σπίτι» αποτελεί ευθύνη της Ομάδας Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ) που έχει συσταθεί με την αριθ. ΔΥ1δ/οικ. 10024/1.6.2001 Κοινή Απόφαση (ΦΕΚ 726/τ.Β/2001 κατ'

εξουσιοδότηση της παραγρ. 18 του άρθρου 18 του Ν. 2503/1997 (ΦΕΚ 107/τΑ/97), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

Στην ΟΔΕ, η οποία εδρεύει στο καθ' ύλην αρμόδιο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, συμμετέχουν υπηρεσιακά στελέχη, εκπρόσωποι των συναρμόδιων Υπουργείων Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Εργασίας και Κοινων. Ασφαλίσεων, εκπρόσωποι της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., της ΕΣΑΕΑ, Εκπρόσωποι της Εκκλησίας της Ελλάδος, των κοινωνικών και επιστημονικών φορέων όπως και ειδικοί εμπειρογνώμονες.

Ειδικότερα το έργο της ΟΔΕ συνίσταται στην κατάρτιση των προδιαγραφών λειτουργίας του προγράμματος, στην παρακολούθηση αυτού σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, στην υποστήριξη των στελεχών και των φορέων υλοποίησης του προγράμματος, στην αύξηση του ρυθμού εκτέλεσης του έργου και στη μεγιστοποίηση του αναμενόμενου αποτελέσματος.

Παράλληλα η ΟΔΕ στηρίζει τη διαδικασία καταχώρησης των πληροφοριών που εισάγονται στο Χάρτη της Πρόνοιας.

Η λειτουργία και οι δραστηριότητες της ΟΔΕ υποστηρίζονται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, των συναρμόδιων Υπουργείων και των Περιφερειών της Χώρας.

Την άμεση διοικητική εποπτεία του προγράμματος, έχει το Διοικητικό Συμβούλιο του τελικού δικαιούχου φορέα υλοποίησης του, το οποίο οφείλει να παρέχει κάθε δυνατή πληροφόρηση στην ΟΔΕ για την πορεία και εξέλιξη της δράσης.

Η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης της οικείας Περιφέρειας ασκεί έλεγχο σε όλα τα στάδια από την προετοιμασία μέχρι την ολοκλήρωση της πράξης όπως αναλυτικά περιγράφεται στο άρθρο 6 του Ν.2860/2000 και στην ΚΥΑ 4035/27-7-2001 (ΦΕΚ 1127/τ.Β/2001) όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα και ισχύει.

Ο δικαιούχος φορέας υλοποίησης της δράσης υποχρεούται μέσω των εξουσιοδοτημένων αρμοδίων προσώπων ν' ακολουθεί τις οδηγίες της Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης της Περιφέρειας και να παρέχει κάθε στοιχείο και διευκόλυνση στην άσκηση του έργου της.

8.8 Οικονομική ενίσχυση του προγράμματος

Η χρηματοδότηση του προγράμματος καλύπτεται εξίσου από το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, από εθνικούς πόρους, βάσει των προβλεπόμενων στην Κοινή Υπουργική Απόφαση Π4β/5814/2-10-97 (ΦΕΚ 917/Β/17-10-97 II).

Συγκεκριμένα, το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης χρηματοδότησε κατά τα έτη 1998 έως 2002 από τους Κεντρικούς Αυτοτελείς Πόρους, πενήντα ένα (51) δικαιούχους Ο.Τ.Α. που εφάρμοσαν το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (Α΄ φάση). Επίσης, κατόπιν μεταφοράς σχετικών πιστώσεων από τον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, χρηματοδοτήθηκαν επιπλέον πενήντα ένας (51) Ο.Τ.Α που είχαν ενταχθεί στο εν λόγω πρόγραμμα (Β΄ φάση).

Κάθε Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α) που συμμετέχει στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», σύμφωνα με την υπ' αριθ. Παβ/5814/2-10-97 Κ.Υ.Α. των Υπουργών Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας-Πρόνοιας (ΦΕΚ 917 Β/17.10.97) χρηματοδοτείται με το ποσό των δώδεκα εκατομμυρίων (12.000.000) δραχμών για κάθε επόμενο χρόνο από τα τρία (3) πρώτα χρόνια του προγράμματος, για τα υπόλοιπα 2 χρόνια του προγράμματος (από τα 5 χρόνια) με ποσό έξι εκατομμυρίων (6.000.000) δραχμών, σύμφωνα με τους όρους και τη διαδικασία που προβλέπεται στις προγραμματικές συμβάσεις.

Τα χρήματα αυτά πρέπει να διατεθούν, βάσει των όρων της σύμβασης, για την κάλυψη των δαπανών (αμοιβές προσωπικού – λειτουργικά) στις δημοτικές επιχειρήσεις, που σύμφωνα με τις συμβατικές τους υποχρεώσεις, θα αναλάβουν την πρόσληψη και απασχόληση του κατάλληλου προσωπικού.

Το πρόγραμμα υπάρχει περίπτωση να έχει πόρους και από χορηγίες, Δωρεές, Επιδοτήσεις, Επιχορηγήσεις και κάθε άλλη νόμιμη πηγή εσόδων.

ΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ:

- Με τη λειτουργία του προγράμματος ένας σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων θα βοηθηθεί στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους στο χώρο διαμονής τους εξασφαλίζοντας ένα αξιοπρεπή τρόπο ζωής. Έτσι αποφεύγεται η κλειστή περίθαλψη, όπου το κόστος νοσηλείας είναι πολύ μεγάλο και όπου δεν αποτελεί και την καλύτερη λύση για τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας.
- Ένας μεγάλος αριθμός άνεργων (κυρίως γυναικών) που ήταν επιφορτισμένες με τη φροντίδα ηλικιωμένων και είχαν οδηγηθεί σε επαγγελματικό αποκλεισμό, θα διευκολυνθούν αφενός στην αναζήτηση εργασίας, εφόσον θα έχουν περισσότερο χρόνο στη διάθεση τους και θα έχουν απαλλαγεί από το άγχος των επιπλέον οικογενειακών υποχρεώσεων και αφετέρου έχουν τη

δυνατότητα να πετύχουν την επαγγελματική τους ανέλιξη με την απόκτηση ειδικών επαγγελματικών προσόντων.

- Επιπλέον με τη λειτουργία του προγράμματος, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις ώστε να καταφέρει ένας μεγάλος αριθμός συγγενών ανδρών και κυρίως γυναικών (που αναλαμβάνουν συνήθως την φροντίδα των ηλικιωμένων), να διαμορφώσουν αρμονικές σχέσεις με τις οικογένειες τους, αφιερώνοντας περισσότερο χρόνο σε αυτές.
- Με τη λειτουργία του προγράμματος επίσης, δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας και επωφελούνται οι άνεργοι με ειδίκευση ή μη (Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλεύτης, οικογενειακοί βοηθοί) που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην προσπάθειά τους να ενταχθούν στην αγορά εργασίας.

Οι ευρύτερες **κοινωνικές ωφέλειες** του Προγράμματος είναι :

A. ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ

Με τη λειτουργία του Προγράμματος δημιουργούνται θέσεις απασχόλησης και αυξάνεται η δυνατότητα πρόσβασης των ανέργων στο χώρο εργασίας αφού ένας σημαντικός αριθμός ανέργων έχει την ευκαιρία να ενταχθεί στην αγορά εργασίας.

B. ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ

Με τη λειτουργία του Προγράμματος δίνεται η δυνατότητα στις γυναίκες να μπορούν να διεκδικήσουν εργασία, όπως και να αποκτήσουν ειδικά επαγγελματικά προσόντα που θα τις βοηθήσουν στην καλύτερη επαγγελματική τους εξέλιξη.

Γ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Με την εφαρμογή του Προγράμματος διασφαλίζονται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων και προωθείται μια πολιτική που έχει σαν άμεσο στόχο τον άνθρωπο και επομένως την πρόοδο και την ανάπτυξη. Τα ηλικιωμένα άτομα επωφελούνται σε πολλαπλό επίπεδο με το να τους δίνεται η δυνατότητα να έχουν μία φυσιολογική ζωή στο χώρο και στις δραστηριότητες που επιθυμούν, δημιουργώντας γέφυρες επικοινωνίας, προσφοράς και αλληλεγγύης. Η ολοκληρωμένη παρακολούθηση των ηλικιωμένων, όσον αφορά την υγεία τους, τα κοινωνικο-προνοιακά θέματα και την ψυχολογική τους στήριξη, οδηγεί σε ένα αξιοπρεπή τρόπο διαβίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο : ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ Γ' ΗΛΙΚΙΑ

9.1 Αιτίες εισόδου

Κοινωνικο-οικονομικές είναι οι αιτίες εισόδου σε ίδρυμα. Σημαντικό ρόλο παίζει η οικογενειακή κατάσταση, η απώλεια της αυτονομίας που απαιτεί φροντίδα και οικονομικοί λόγοι. Συγκεκριμένα: α) αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων που δεν έχουν συγγενείς ή συγγενείς που είναι σε θέση να τον φροντίσουν, β) Οικογενειακές δυσχέρειες π.χ. ο πλησιέστερος συγγενής και μόνος συγκάτοικος είναι άρρωστος ή δεν μπορεί να λείπει από την υπηρεσία του σε συνδυασμό με σωματικές αναπηρίες που διαταράσσουν την ομαλή οικογενειακή ζωή (Πατσαλίδου, Α., 2006).

Υπάρχουν οικογένειες που δεν είναι διαθέσιμες ή δεν επιθυμούν να παρέχουν περί-θαλψη σε ασθενείς ηλικιωμένους . Είναι γεγονός πως στην χώρα μας δεν προβλέπεται η οικονομική ενίσχυση της οικογένειας που φροντίζει το/ τα ηλικιωμένο/ α μέλος/ οι της. Τα τελευταία χρόνια η επικρατούσα πρακτική υπαγορεύει την πρόσληψη στον ρόλο του φροντιστή μεταναστριών από τις χώρες της πρώην Σ. Ένωσης και της Ανατολικής Ευρώπης κάτι το οποίο συνεπάγεται μια ιδιαίτερη οικονομική επιβάρυνση για την οικογένεια, προβλήματα που δημιουργεί η πιθανή συγκατοίκηση, ζητήματα επικοινωνίας αλλά και ελλιπή προγραμματισμό των πραγματικών αναγκών του ηλικιωμένου (Τεπέρογλου Α., 2004).

Έτσι, σκιαγραφείτε ένα πλαίσιο ιδιαίτερα αρνητικό για την συνέχιση της «αυτονόητης και θεμελιωμένης αρχής του καθήκοντος παιδιών, εγγονών, συγγενών να φροντίζουν τους ηλικιωμένους» γ) Η μοναξιά εξαιτίας μιας πρόσφατης χηρείας μπορεί να αποτελέσει σημαντική αιτία για την αναζήτηση συντροφιάς μέσα σε ένα γηροκομείο (Πολύζος Ν., 1981).

Ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι συνήθως αυτο-εγκαταλείπονται και μερικοί ζουν σε κατάσταση απίστευτης ακαθαρσίας, δ) Κατάσταση υγείας: οι άρρωστοι, ανάπηροι ή ευάλωτοι ηλικιωμένοι που δεν παρουσιάζουν δυνατότητες οργανικής ή διανοητικής βελτίωσης και έχουν ανάγκη προσωρινής ή οριστικής περίθαλψης 24 ώρες το 24ωρο, δηλαδή όσοι πάσχουν από νευροφυτικές διαταραχές, διανοητικές διαταραχές, ακράτεια ούρων και κοπράνων, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος που εμποδίζουν την κινητικότητα ή καθλώνουν στο κρεβάτι: συγγυτικοί ή εκκεντρικοί ηλικιωμένοι, άτομα με αδιαφορία για

την αξιοπρέπεια της εμφάνισης τους ή με συναισθηματικές κρίσεις (θυμού, κλάματος κλπ.) διαταράσσουν κάθε ομαλή οικογενειακή ζωή.

Πολλοί ενοχλούν τη νύχτα και δεν αφήνουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να κοιμηθούν ή εξαφανίζονται όταν βγαίνουν έξω από το σπίτι. Μερικοί συγγενείς δεν δέχονται τον ασθενή στο σπίτι μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο (Πατσαλίδου, Α., 2006).

Τελικά η κινητικότητα η άνοια καθορίζουν αν ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να παραμείνει σπίτι του. Χωρίς αμφιβολία υπάρχουν ασθένειες που δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν σωστά στο σπίτι, ε) Οικονομικές δυσχέρειες, φτώχεια, που δεν επιτρέπουν την αυτόνομη διαβίωση σε ιδιωτικές κατοικίες, ιδιαίτερα όταν τα άτομα είναι ενοικιαστές της κατοικίας τους. Όλα τα σπίτια δεν είναι κατάλληλα για τη διατήρηση ενός ευάλωτου ηλικιωμένου. Οι οικονομικές δυσχέρειες γίνονται ιδιαίτερα αισθητές σε άτομα που στηρίζονται μόνο σε σύνταξη και λιγότερο σε άτομα που ήταν προηγουμένως ελεύθεροι επαγγελματίες. Το κόστος διατήρησης στο σπίτι είναι υψηλό και περιλαμβάνει εκτός από τις αμειβόμενες υπηρεσίες, εκείνες που προσφέρονται από την οικογένεια και τους φίλους και τις εξωτερικές κοινοτικές υπηρεσίες, στ) Η έλλειψη υπηρεσιών κατ' οίκον. ζ) Ο εγωκεντρισμός του σύγχρονου ανθρώπου. Ορισμένα άτομα της οικογένειας προβάλλουν σαν δικαιολογία ότι δεν αντέχουν να βλέπουν την κατάρρευση του ηλικιωμένου συγγενή μέσα στο σπίτι τους ή να τον επισκέπτονται καθημερινά στο σπίτι του.

Οι χρόνιες συγχυτικές καταστάσεις καταστρέφουν την ικανότητα του αρρώστου να ζήσει ανεξάρτητη ζωή μέσα στην οικογένεια όταν η συμπεριφορά γίνει ανυπόφορη -διεγέρσεις, αϋπνίες, πρόκληση ατυχημάτων- οι συγγενείς αναγκάζονται να τους περιορίσουν σε ειδικά ιδρύματα, σε ψυχιατρεία ή σε ιδρύματα για χρονίως πάσχοντες (Πολύζος Ν., 1981).

9.2 Γηροκομεία

Αν η προσδοκώμενη ζωή είναι μικρή, η πίεση στην κοινωνία για την παροχή ιδρυματικής περίθαλψης για τους ασθενείς ή ανάπηρους ηλικιωμένους είναι περιορισμένη. Ο αριθμός εκείνων που επιζούν στη μεγάλη ηλικία και εκείνων που ζητούν υπηρεσίες που να τους στηρίζουν είναι ελάχιστος και η φροντίδα τους μπορεί να γίνεται από τα μέλη της οικογένειας. Με την αύξηση της προσδοκώμενης ζωής ο αριθμός των ατόμων που απαιτούν βοήθεια και φροντίδα διευρύνεται. Ιδιαίτερα προβλήματα παρουσιάζουν οι καταστάσεις βαριάς σωματικής ή ψυχο-διανοητικής αναπηρίας που η αντιμετώπιση τους στο σπίτι καθίσταται

προβληματική ή αδύνατη και δημιουργεί πολλά προβλήματα στο οικογενειακό περιβάλλον.

Συγχρόνως η αστικοποίηση, η μετανάστευση, η είσοδος των ενδεχόμενων φροντιστών της οικογένειας στην αγορά εργασίας και αλλαγές στην κατοικία αυξάνουν τη ζήτηση για κοινωνικές υπηρεσίες ανοικτής και κλειστής περίθαλψης. Το γηροκομείο είναι η έσχατη και αναπόφευκτη λύση όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του ηλικιωμένου, ή όταν αποκλειστεί εντελώς η περίθαλψη του στο σπίτι και για τους μοναχικούς οικονομικά αδύνατους υπερήλικες.

Μελέτες και έρευνες σε χώρες της ΕΕ έδειξαν ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζουν στην κοινότητα, στο σπίτι τους σε κανονικές κατοικίες ή σε κατοικίες προσαρμοσμένες για τους ηλικιωμένους ενώ λίγοι ζουν σε οίκους ευγηρίας. Μελέτη του ΟΟΣΑ έδειξε ότι η αναλογία ηλικιωμένων που ζει σε ιδρύματα κυμαίνεται από 1,5% στην Ιαπωνία μέχρι και 13% στη Ολλανδία ενώ στις περισσότερες χώρες το ποσοστό είναι 4-6%. Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες τα ποσοστά ιδρυματοποίησης είναι πολύ χαμηλά ή ασήμαντα. Οι περισσότεροι τρόφιμοι γηροκομείων είναι υπερήλικες και οι γυναίκες υπερ-αντιπροσωπεύονται. Το ποσοστό ιδρυματοποίησης αυξάνεται με την ηλικία και διαχρονικά.

Στην Ελλάδα στην πλειονότητα τους τα ηλικιωμένα άτομα ζουν μόνα τους στα σπίτια τους ή με τα παιδιά τους. Ακόμα και ηλικιωμένοι με ειδικές ανάγκες εξακολουθούν να δέχονται φροντίδα και υπηρεσίες από την οικογένεια, τους φίλους ή/και τους γείτονες. Ένα πολύ μικρό ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων είτε αναγκαστικά είτε οικειοθελώς, ζει σε ιδρύματα, ποσοστό που αυξάνει με την πάροδο του χρόνου (Τεπέρογλου Α., 2004).

Αιτία του χαμηλού ποσοστού στην Ελλάδα είναι ότι η οικογένεια είναι πρόθυμη να περιποιείται τους ηλικιωμένους της και ότι η περίθαλψη που παρέχεται σε ιδρύματα είναι χαμηλής ποιότητας γεγονός που αποθαρρύνει τους ηλικιωμένους και τις οικογένειες τους να ζητούν ιδρυματική περίθαλψη.

9.3 Ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα

Σημαντική είναι η δράση και η προσφορά των ιδρυμάτων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η λειτουργία τους στηρίζεται σε δωρεές, κληροδοτήματα και την εκμετάλλευση της περιουσίας τους. Το καλύτερο ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι το Γηροκομείο Αθηνών, δυναμικότητας 800 κλινών που διαθέτει και νοσοκομείο με 144 κλίνες. Έχει αποδοτική οργάνωση και ευαισθητοποιημένο, αφοσιωμένο

προσωπικό και παρέχει αξιοπρεπή διαβίωση σε ηλικιωμένους διαφόρων οικονομικών τάξεων. Ο χώρος είναι μεγάλος, περιποιημένος, με λουλούδια και δέντρα μέσα σε ένα υγιεινό περιβάλλον. Το Γηροκομείο Πειραιώς με ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη διεύθυνση και προσωπικό προσφέρει επίσης πολύ ικανοποιητικές υπηρεσίες.

Το Κράτος επιχορηγεί τον προϋπολογισμό αρκετών ιδρυμάτων, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συμμετέχει στη διοίκηση και οργάνωση τους, εγκρίνει τους προϋπολογισμούς, καθορίζει το ύψος των τροφείων, συνάπτει συμβάσεις με ΝΠΙΔ και καταβάλλει αποζημίωση για τη δωρεάν περίθαλψη των οικονομικώς αδυνάτων και των χρονίως πασχόντων. Το ΙΚΑ έχει συνάψει συμβάσεις με ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και με ιδιωτικές γενικές κλινικές. Το νοσήλειο που καταβάλλεται -στο οποίο προστίθενται οι δαπάνες για φάρμακα και φυσικοθεραπεία- είναι πολύ χαμηλό ενώ το κόστος νοσηλείας για το Ίδρυμα είναι πολύ μεγαλύτερο.

Μέχρι το 1996 υπήρχε απαλλαγή από το φόρο στο εισόδημα από ακίνητα και οικοδομές και οι δωρεές αφαιρούνταν από το φορολογητέο εισόδημα των δωρητών.

Οι ρυθμίσεις που προβλέπονται σε Νόμο του 1997 που θεωρήθηκε από νομικούς ως αντισυνταγματικός δημιουργούν αντικίνητρα και φαλκιδεύουν τους σκοπούς των κοινωφελών ιδρυμάτων που εξαρτώνται από χορηγίες και δωρεές (Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδας, 1982).

Όστοςο εκκρεμούν πολλές αιτήσεις. Όπως και σε πολλά δημόσια ιδρύματα ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οι όροι εισόδου αποκλείουν ηλικιωμένα άτομα που έχουν πραγματική ανάγκη π.χ. απαιτείται ηλικία τουλάχιστον 72 ετών και το άτομο να είναι αυτοεξυπηρετούμενο. Το μεγαλύτερο μέρος του αριθμού των εισαγομένων προέρχεται από τις αγροτικές περιοχές της χώρας. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις πρέπει να εκσυγχρονιστούν, η στελέχωση είναι ελλιπής και υπάρχει έλλειψη προγραμμάτων απασχόλησης των τροφίμων. Ο φιλοξενούμενος πληθυσμός είναι οικονομικά αδύνατος και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

9.4 Ιδιωτικοί «οίκοι ευγηρίας»

Οι κρατικοί οίκοι ευγηρίας απαιτούν να είναι οι ηλικιωμένοι αυτοεξυπηρετούμενοι όταν εισέρχονται και αυτό αποκλείει ένα μεγάλο μέρος εξαρτημένων ηλικιωμένων. Τα λίγα ιδρύματα χρονίως πασχόντων έχουν μακρές λίστες αναμονής, προβλήματα προσωπικού και διοίκησης. Η ανεπάρκεια των θέσεων σε δημόσια και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα

για ηλικιωμένους και τα μεγάλα κέρδη των ιδιωτικών λεγόμενων "οίκων ευγηρίας" είχαν ως συνέπεια την έντονη και αυξανόμενη παρουσία του ιδιωτικού τομέα ιδρυματικής περίθαλψης και των ιδιωτικών κλινικών που πολλές φορές χρησιμοποιούνται για τη μετανοσοκομειακή περίθαλψη ηλικιωμένων. Για να λειτουργήσει ένας ιδιωτικός οίκος ευγηρίας έχουν επιβληθεί ορισμένες προϋποθέσεις και όροι. Πρέπει να σημειωθεί ότι μερικά ιδρύματα δεν έχουν άδεια λειτουργίας επειδή δεν πληρούν τους όρους που θέτει το κράτος. Ο αριθμός των τροφίμων των ιδρυμάτων χωρίς άδεια είναι άγνωστος.

Μερικές επιχειρήσεις έχουν άδεια ως ιδιωτικές κλινικές: δεν απευθύνονται αποκλειστικά σε ηλικιωμένους αν και η πλειονότητα των κρεβατιών τους κατέχεται από ηλικιωμένους. Μερικοί ασφαλιστικοί φορείς καταβάλλουν τα έξοδα περίθαλψης σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία για περιορισμένο χρονικό διάστημα, ενώ τα έξοδα δεν καλύπτονται σε ιδιωτικές επιχειρήσεις-γηροκομεία. Οι περισσότεροι "οίκοι ευγηρίας" του ιδιωτικού τομέα είναι ακριβοί και πολλοί από αυτούς, χαμηλής ποιότητας. Προκειμένου τη μετατόπιση του ενδιαφέροντος από το οικονομικό ζήτημα που συνδέει τις περισσότερες ιδιωτικές επιχειρήσεις τέτοιου τύπου, εκπρόσωποι αυτών καταφέρονται «εναντίον των παιδιών που παρκάρουν τους γονείς τους στα γηροκομεία».

Ούτε λίγο ούτε πολύ, λοιπόν, ευθύνη φέρει το άμεσο περιβάλλον του ηλικιωμένου και όχι -στο ακέραιο- ο επιχειρηματίας που πλουτίζει ανενόχλητος, προσφέροντας ουσιαστικά ένα κατάλυμα, ευάλωτο, όπως αποδεικνύεται, στα ακραία καιρικά φαινόμενα. Έτσι, διά της αποτελεσματικής μεθόδου της «μεταβίβασης», ενοχοποιείται η οικογένεια για σκληρότητα, αφροντισιά και αναλγησία, ο δε επαρκώς (αν όχι αδρά) αμειβόμενος ιδιοκτήτης του ιδρύματος φέρει το «άλλοθι» της δικαιολογημένης κερδοσκοπίας.

9.5 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κλειστής προστασίας ηλικιωμένων

Τα ιδρύματα για ηλικιωμένους παρουσιάζουν ορισμένα πλεονεκτήματα όπως π.χ. ασφάλεια και παροχή ορισμένων υπηρεσιών, αλλά και πολλά μειονεκτήματα όπως «γκετοποίηση», περιορισμούς στην ανεξαρτησία, κανονισμοί που περιορίζουν τις ατομικές ελευθερίες, αλλαγή στις συνήθειες και τον τρόπο ζωής, περιορισμένος χώρος για τα έπιπλα και τα προσωπικά αντικείμενα, απαγόρευση συγκατοίκησης με τα αγαπημένα ζώα. Ο ιδρυματισμός επιφέρει κάθετη πτώση στη σωματική και πνευματική υγεία των ηλικιωμένων. Γι' αυτό ένας σημαντικός

αριθμός κλινών γηροκομείου καλύπτονται από κατάκοιτους ή ημι-κατάκοιτους ή άτομα με γεροντική άνοια, που ήταν αυτοεξυπηρετούμενοι κατά την είσοδο τους στο ίδρυμα. Η συγκατοίκηση ασθενών με άνοια που συχνά διατηρούν ικανοποιητική κινητικότητα, με ασθενείς που έχουν πνευματική διαύγεια αλλά δεν μπορούν να μετακινηθούν, χειροτερεύει την κατάσταση των δεύτερων Το προσωπικό τις περισσότερες φορές είναι ανεπαρκές και κουρασμένο και έχει να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις. Οι στεγαστικές και διαιτητικές συνθήκες των ηλικιωμένων δεν χαρακτηρίζονται ικανοποιητικές. Κακή διαρρύθμιση των χώρων, χώροι υγιεινής περιορισμένοι με αποτέλεσμα να διαπληκτίζονται οι τρόφιμοι, μερικά γηροκομεία δεν διαθέτουν κεντρική θέρμανση ούτε ντουλάπια για κάθε τρόφιμο, άλλα φιλοξενούν 20 άτομα σε μία αίθουσα. Το διαιτολόγιο σε μερικά ιδρύματα ήταν ικανοποιητικό, σε άλλα φτωχό και σε μερικά ακατάλληλο. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εξασφαλίζεται για τους ασφαλισμένους μέσω των ασφαλιστικών Οργανισμών και για τους μη ασφαλισμένους από τον ιατρό του Ιδρύματος. Τα έκτακτα περιστατικά παραπέμπονται σε νοσοκομεία (Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδα, 1982).

Η νοσηλεία εξασφαλίζεται από αυτοδίδακτες που είχαν προσληφθεί ως υπηρέτριες ή θαλαμηπόλοι και απέκτησαν πείρα. Το βράδυ το προσωπικό είναι ανεπαρκέστατο. Οικονομικοί λόγοι υποχρεώνουν τα ιδρύματα να περιορίσουν το προσωπικό τους και να μη διαθέτουν ειδικευμένο, έμπειρο προσωπικό. Η έλλειψη απασχόλησης και κινησιοθεραπείας έχει αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Η ψυχαγωγία περιορίζεται στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο αλλά μερικοί τρόφιμοι δεν μπορούν να εκμεταλλευθούν αυτά τα μέσα ψυχαγωγίας, λόγω ελαττωμένης όρασης και ακοής.

Παρά τα μειονεκτήματα της η ιδρυματική περίθαλψη είναι ακόμα απαραίτητη για άτομα που δεν έχουν παιδιά ή συγγενείς, για εκείνους που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να έχουν τη φροντίδα της οικογένειας ή για ανήμπορους ηλικιωμένους.

Στην Ελλάδα υπάρχουν κρατικά, ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί "οίκοι ευγηρίας". Ωστόσο η κρατική υποδομή για τη φροντίδα των ηλικιωμένων είναι απαράδεκτα ανεπαρκής. Τα κρατικά και τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά γηροκομεία απευθύνονται κυρίως σε άτομα των οποίων τα οικονομικά είναι ανεπαρκή. Όσοι δεν διαθέτουν τα μέσα γίνονται δεκτοί δωρεάν και οι υπόλοιποι πληρώνουν ανάλογα με τα εισοδήματά τους.

Στην Ελλάδα τα περισσότερα κρατικά και μη κερδοσκοπικά γηροκομεία δεν δέχονται άρρωστους ή μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους. Ωστόσο, εάν χάσουν την αυτονομία τους μέσα στο ίδρυμα

δεν τους διώχνουν. Το 1993 υπήρχαν τα εξής είδη ιδρυμάτων: α) Γηροκομεία. 1 κρατικό και 55 ιδιωτικά με 3075 τροφίμους. Η εισαγωγή στο γηροκομείο εξαρτάται από τον κανονισμό του ιδρύματος: να αυτοεξυπηρετούνται, να είναι άνω ορισμένης ηλικίας, να μη πάσχουν από μεταδοτικό νόσημα, να έχουν εισόδημα που ορίζει κάθε ίδρυμα και να υπάρχουν κενές θέσεις.

Για όσους δεν μπορούν να πληρώσουν απαιτείται πιστοποιητικό οικονομικής αδυναμίας. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν "ενδιάμεσα ιδρύματα" δηλαδή νοσοκομεία ημέρας και αναρρωτήρια, για τη συμπλήρωση της θεραπείας μετά από νοσοκομείο ώστε να υπάρξει πλήρης ανάρρωση. Μία ιδιαιτερότητα της Ελλάδας είναι η εισαγωγή σε ιδιωτικές κλινικές ηλικιωμένων με διάφορες ασθένειες όπου οι ασφαλιστικοί φορείς αναλαμβάνουν τα έξοδα διαμονής και νοσηλείας για αρκετά μεγάλα χρονικά διαστήματα. Οι κλινικές αυτές χρησιμοποιούνται και για την ανάρρωση μετά από οξεία ασθένεια, όταν ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθεί (Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας, 1982).

Στην Ελλάδα η κατανομή των ιδρυματικών υπηρεσιών είναι άνιση. Η κάλυψη των αναγκών δεν είναι ικανοποιητική στα μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Εξ άλλου είναι ανεπαρκείς σε αριθμό οι κλίνες σε δημόσια και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και μέτρια ή κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα περισσότερα ιδρύματα στεγάζονται σε παλαιά κτίρια. Οι τρόφιμοι διαμένουν σε μεγάλους κοιτώνες με πολλά κρεβάτια, υποτυπώδη επίπλωση. Τα δωμάτια ενός ή δύο ατόμων διατίθενται σε άτομα που καταβάλλουν σημαντικά ποσά, κατά πολύ ανώτερα από τη μέση σύνταξη του ΙΚΑ. Το προσωπικό είναι ανεπαρκές και ανειδίκευτο με αποτέλεσμα να μη δίδεται κατάλληλη φροντίδα ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους που είναι κινητικά ανάπηροι.

Συμβιώνουν οι υγιείς με τους πάσχοντες, το διαιτολόγιο μπορεί να είναι ακατάλληλο ή ανεπαρκές, η ιατρική περίθαλψη ελλιπής. Παρατηρείται έλλειψη υπηρεσιών φυσιοθεραπευτών, εργασιοθεραπευτών, ψυχολόγων. Σπάνια υπάρχουν βιβλιοθήκες, αίθουσες παιχνιδιών. Οι χώροι υποδοχής είναι περιορισμένοι.

Τα ιδιωτικά γηροκομεία μη κερδοσκοπικής πρωτοβουλίας ανήκουν στην Εκκλησία, σε μη κυβερνητικές οργανώσεις και στην τοπική αυτοδιοίκηση.

Η Εκκλησία δείχνει ιδιαίτερη ευαισθησία στους ηλικιωμένους. Ιδρύει κέντρα υπερηλικών κατά περιφέρειες ώστε να μην ξεριζώνει τους ηλικιωμένους από το φυσικό τους χώρο και αποκλείει τα μεγάλου μεγέθους ιδρύματα διότι στις μικρές ομάδες υπάρχει προσωπική σχέση μεταξύ περιθαλπομένων και προσωπικού και αποφεύγονται οι

ψυχολογικές επιπτώσεις από την αλλαγή του τρόπου ζωής και τον ιδρυματισμό. Επιδιώκει την εθελοντική προσφορά με σκοπό να δώσει στους ανθρώπους τη δυνατότητα να ασκούν έργο αγάπης και φιλαλληλίας. Το 1996 λειτουργούσαν 64 γηροκομεία άνω των 1700 τροφίμων στις 79 Μητροπόλεις της χώρας. Σε όλα τα ιδρύματα της Εκκλησίας υπάρχει καθαριότητα, καλή συμπεριφορά προς τους υπερήλικες, ανθρώπινο περιβάλλον. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τη Στέγη Κατάκοιτων Γερόντων στην Αθήνα όπου παρέχεται διαμονή, σίτιση και περίθαλψη κατάκοιτων ηλικιωμένων και γίνονται δεκτοί άνδρες και γυναίκες άνω των 60 ετών χωρίς πόρους και οικογενειακό περιβάλλον. Δυστυχώς οι θέσεις είναι περιορισμένες και δεν καλύπτουν τις τεράστιες ανάγκες που υπάρχουν.

Η Ορθόδοξη Εκκλησία της Ελλάδος όπως άλλωστε και άλλες Χριστιανικές Εκκλησίες αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό φορέα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και προστασίας. Η συμβολή της, συνίσταται σε θεωρητικό επίπεδο κυρίως στην ιδεολογική διαμόρφωση της έννοιας της καθολικής προσφοράς και στην ενεργοποίηση εθελοντών μέσω και της παροχής ισχυρών ηθικών κινήτρων, που αποτελούν βάση για τη σε βάθος χρόνου συνέχεια της δράσης, ενώ σε πρακτικό επίπεδο, στην οργάνωση ενός αποκεντρωμένου και ιδιαίτερα αποτελεσματικού δικτύου κοινωνικής προσφοράς, χρηματοδοτούμενου κατά κύριο λόγο με πόρους των ίδιων των προσφερόντων (Εκκλησίας και ιδιωτών εθελοντών δωρητών) (Καρπαθίου, Σ., 1994).

9.6 Επιπτώσεις ιδρυματισμού

— **Για τον ηλικιωμένο τρόφιμο.** Η παραπομπή σε κάποιο ίδρυμα κλειστής περίθαλψης είναι μια διαδικασία επώδυνη για το άτομο αλλά εφόσον δεν υπάρχει συμπαράσταση συγγενών, δεν υπάρχει άλλη λύση. Τα γηροκομεία προκαλούν έντονη περιθωριοποίηση. Το κόστος του ιδρυματισμού για τον υγιή ηλικιωμένο είναι τριπλό:

α) *οικονομικό* γιατί απαιτούν προσωπικό εξειδικευμένο και κατάλληλο και ειδικά προσαρμοσμένους χώρους που αυξάνουν τη μηνιαία δαπάνη που καταβάλλει ο τρόφιμος, β) *ψυχολογικό* και γ) *κοινωνικό*. Όταν οι ηλικιωμένοι υπό την πίεση των περιστάσεων αναγκάζονται να εγκατασταθούν σε ίδρυμα συναντούν δυσκολίες προσαρμογής στο νέο περιβάλλον. Είναι υποχρεωμένοι να εγκαταλείψουν τις συνήθειες που είχαν και τις δραστηριότητες που ασκούσαν στο παρελθόν και να απομονωθούν, να αποξενωθούν από τους δεσμούς που διατηρούσαν στην προηγούμενη κοινωνική τους ζωή.

Συχνά, με την επιβάρυνση της κατάστασης κάθε μακροχρόνια πάσχοντος ηλικιωμένου ατόμου οι επισκέψεις των συγγενών ελαττώνονται. Επισκέψεις επιτρέπονται κάθε ημέρα αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις οι συγγενείς τους επισκέπτονται σπάνια ή και καθόλου όταν τα ιδρύματα βρίσκονται έξω από τις πόλεις. Η προοδευτική εγκατάλειψη Ανθρώπων που έχουν ακόμα καλή επικοινωνία με το περιβάλλον ωθεί τον ηλικιωμένο σε εσωστρεφισμό και κατάθλιψη. Οι συνθήκες της ιδρυματικής διαμονής οδηγούν τους ηλικιωμένους στο μαρασμό και στις γεροντικές ψυχώσεις χωρίς καμία δυνατότητα αυτενέργειας και πρωτοβουλίας.⁵⁸

Ένα εύρημα όλων των ερευνών είναι ότι οι άνθρωποι που ζουν σε ιδρύματα έχουν χειρότερη υγεία και μικρότερη προσδοκώμενη ζωή από εκείνους που ζουν στην κοινότητα. Η πνευματική επιδείνωση είναι κοινό χαρακτηριστικό. Είναι κατανοητό γιατί το άτομο θεωρεί την είσοδο του σε ίδρυμα μεγάλη τραγωδία. Οι γυναίκες νοιώθουν το ψυχολογικό σοκ ιδιαίτερα έντονα, γιατί είναι πιο συνδεδεμένες με τα σπίτια τους σε σύγκριση με τους άνδρες. Εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και πολλές φορές "κλείνονται στον εαυτό τους. Ωστόσο μερικές φορές η είσοδος ηλικιωμένου σε ίδρυμα τον κάνει να αισθάνεται λιγότερο αποκομμένος, δημιουργεί φιλίες και παραμελεί τον εαυτό του λιγότερο από πριν. Από πολλές πηγές προκύπτει ότι από τους ηλικιωμένους που εισάγονται σε ίδρυμα περισσότεροι από τους μισούς πεθαίνουν τον πρώτο χρόνο και τα 2/3 τα δύο πρώτα χρόνια. Και δεν φταίνε μόνο οι συνθήκες του ιδρύματος: για τους γέρους κάθε μορφή ξεριζώματος μπορεί να προκαλέσει θάνατο (Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδας, (1982).

Μερικοί τρόφιμοι χαρακτηρίζονται από εγκατάλειψη, κατάπτωση. Ο ηλικιωμένος που ζει σε ίδρυμα χωρίς να κάνει τίποτε, υποβαθμισμένος και σε κατάσταση αντικειμένου παθαίνει γρήγορα γεροντική άνοια που συχνά οδηγεί στο θάνατο.

Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στους τροφίμους των ιδρυμάτων σχετικά με την ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης. Άλλοι θεωρούν ότι είναι ασφαλείς, δηλώνουν ευχαριστημένοι και εκφράζουν ευγνωμοσύνη ενώ άλλοι θεωρούν ότι είναι φυλακισμένοι, αισθάνονται καταπιεσμένοι από τις συνθήκες ζωής των γηροκομείων.

Πολλοί αισθάνονται δυστυχισμένοι στη μοναξιά τους και φοβισμένοι για το μέλλον τους. Ενώ προϋπόθεση εισόδου σε δημόσια και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ιδρύματα είναι η αυτοεξυπηρέτηση, με την πάροδο του χρόνου αρκετοί ηλικιωμένοι τρόφιμοι παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα κινητικότητας, άνοιας κλπ. με αποτέλεσμα τα περισσότερα γηροκομεία να έχουν μετατραπεί σε ιδρύματα προθανάτιου

αναμονής. (Ο τρόφιμος του ιδρύματος υποφέρει από τους αυστηρούς κανονισμούς: όλοι σηκώνονται νωρίς το πρωί και κοιμούνται νωρίς το βράδυ (Παπαδόπουλος, Ν.Γ., Ζάχος Η., 1985); Παπασπυρόπουλος Σ., 1991).

Ο τρόφιμος αποκόπτεται από τους συγγενείς και τους φίλους του, σε μερικά ιδρύματα του εξωτερικού του φοράνε στολή και χάνει την προσωπικότητα του μετατρέπόμενος σε ένα αριθμό. Συνήθως δεν επιτρέπεται στους τροφίμους να βγαίνουν από το ίδρυμα όποτε θέλουν (Παπαδόπουλος, Ν.Γ., Ζάχος Η. (1985).

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της μετακίνησης σε ίδρυμα μπορούν να απαλυνθούν με πολλούς τρόπους. Σε ορισμένα μέρη, τα μέλη του προσωπικού του ιδρύματος επισκέπτονται τον ηλικιωμένο πολλές φορές στο σπίτι του πριν να μπει στο ίδρυμα για να τον γνωρίσουν και ν' απαντήσουν στις ερωτήσεις του. Συχνά τον προσκαλούν να επισκεφθεί τους χώρους. Ο ηλικιωμένος μπορεί να πάρει στο ίδρυμα τα αγαπημένα αντικείμενα που του δίνουν μια αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας. Το προσωπικό του ιδρύματος μπορεί να καταβάλλει ιδιαίτερες προσπάθειες για να καθησυχάσει το νεοφερμένο και οι συγκάτοικοι να δημιουργήσουν φιλικό κλίμα υποδοχής (Παπασπυρόπουλος Σ., 1991).

— **Για την οικογένεια.** Η ανίατη κατάσταση ενός ηλικιωμένου ατόμου ιδιαίτερα η άνοια γίνεται αφορμή σοβαρής διαταραχής του οικογενειακού περιβάλλοντος και αιτία απασχόλησης μελών της οικογένειας ιδιαίτερα της κόρης ή της νύφης για την περιποίηση του. Το οικονομικό πρόβλημα που αναφέρθηκε για τους ηλικιωμένους αφορά και την οικογένεια. Μερικοί συγγενείς επισκέπτονται συχνά τους ηλικιωμένους στο γηροκομείο (Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδας, 1982).

Οι σχέσεις της οικογένειας του ηλικιωμένου και της ομάδας περίθαλψης του ιδρύματος μπορεί να έχει διάφορες μορφές όπως συνεργασία, αδιαφορία, αρνητική-διεκδικητική στάση με αποτέλεσμα μερικές επισκέψεις συγγενών να δημιουργούν μια κατάσταση που δεν είναι ενδεδειγμένη για την ενσωμάτωση του ηλικιωμένου στο ιδρυματικό περιβάλλον. Τα μέλη της οικογένειας έχουν συναίσθημα ανασφάλειας η ενοχής, μπορεί να κάνουν παρατηρήσεις σχετικά με την έλλειψη φυσιοθεραπείας, την καθαριότητα, την ένδυση, την ποιότητα της τροφής, την έλλειψη θεραπευτικού αποτελέσματος (Πατσαλίδου, Α., 2006). Υπάρχουν οικογένειες που ειδοποιούνται τηλεφωνικώς για τη χειροτέρευση της κατάστασης του συγγενή τους και δεν έρχονται. Στην τελική φάση οι γιατροί δέχονται διάφορα αιτήματα από ευθανασία μέχρι θεραπευτική υπερβολή. Στην Ελληνική κοινωνία όπου θεωρείται ακόμη στίγμα για την οικογένεια ο εγκλεισμός του ηλικιωμένου σε ίδρυμα,

πολλά μέλη της οικογένειας αισθάνονται ενοχές και τύψεις, όταν είναι αναγκασμένα να το κάνουν.

—**Για την κοινωνία.** Με τον ιδρυματισμό δεν περνά το μήνυμα της κοινωνικής αλληλεγγύης, φτωχαίνει η κοινωνία γιατί καθιερώνεται μια νέα διάκριση με βάση την ηλικία. Η προοδευτική εξάρτηση των υπερηλίκων από άλλους, η καταρράκωση της αξιοπρέπειας τους, η ουσιαστική απομόνωση όσων ζουν τυπικά μαζί με τις οικογένειες και τέλος η δημιουργία κλειστών κοινοβίων γερόντων δημιουργούν νέα οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα, με αναπόφευκτο αντίκτυπο στο κοινωνικό σύνολο, στην οικογένεια των 3-4 γενεών και στους ίδιους τους υπερήλικες. Το αποτέλεσμα είναι ότι ιδρύονται συνεχώς ιδρύματα από το κράτος, τις μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και την ιδιωτική πρωτοβουλία διότι οι οικογένειες δεν είναι διαθέσιμες, δεν έχουν τη δυνατότητα ή δεν επιθυμούν να παρέχουν περίθαλψη σε ηλικιωμένους ασθενείς ή/και εξαρτημένους συγγενείς (Πολύζος Ν., 1981; Ρήγα, Α., Παναγιωτακόπουλος, Δ., Βακάκη, Β., Γκόγκα, Α., Κουτσογιάννη, Ε, Πετροτρογιαννάκη, Ν, και Μακρυκώστα, Π., 1997).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελούν μία ιδιαίτερη ηλικιακή ομάδα. Το χρονολογικό όριο διαχωρισμού ενός ενήλικα από ένα υπερήλικα είναι τα 65 χρόνια. Σε αυτήν την περίοδο της ζωής του ανθρώπου ξεκινούν μια σειρά από φυσιολογικές βιολογικές μεταβολές, οι οποίες επιβάλλουν μια ιδιαίτερη φροντίδα στα άτομα αυτής της ηλικίας. Οι μεταβολές αυτές σχετίζονται άμεσα με τη σύσταση του σώματος του υπερήλικα, τις εγκεφαλικές και νευρολογικές λειτουργίες, το καρδιαγγειακό του σύστημα, το αναπνευστικό του σύστημα, το γαστρεντερικό σύστημα, τη νεφρική του λειτουργία και τον ευρύτερο μεταβολισμό του.

Όσον αφορά τη σύσταση του σώματος του, παρατηρείται μια σταδιακή μείωση της μυϊκής μάζας αυτών των ατόμων, με αντίστοιχη αύξηση του λιπώδους ιστού. Συνήθως, αυτές οι αλλαγές συνοδεύονται από αλλαγές και στο σωματικό βάρος, είτε αύξηση είτε και μείωση (λόγω κακής θρέψης από οδοντικά προβλήματα, από συνυπάρχουσες νόσους κ.α.). Επίσης, παρατηρείται και μια σταδιακή μείωση της οστικής τους πυκνότητας, γεγονός που καθιστά τα άτομα αυτά ιδιαίτερα επιρρεπή σε κατάγματα και σκελετικά προβλήματα.

Όσον αφορά την εγκεφαλική λειτουργία, παρατηρείται μια σταδιακή μείωση των νευρώνων του εγκεφάλου, της εγκεφαλικής αιματικής ροής, λόγω αλλοίωσης των εγκεφαλικών αγγείων, καθώς και της σύνθεσης ουσιών που είναι υπεύθυνες για τις εγκεφαλικές λειτουργίες, όπως είναι οι λεγόμενοι νευροδιαβιβαστές. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα μία μείωση των ψυχοκινητικών και διανοητικών ικανοτήτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Οι λειτουργίες του καρδιαγγειακού τους συστήματος υφίστανται σημαντική καταπόνηση, καθώς οι από καιρό και φυσιολογικά δημιουργούμενες αλλοιώσεις των αγγείων, σε συνδυασμό με τη μείωση της λειτουργικότητας του καρδιακού μυ, οδηγούν σε μείωση της αιματικής τους ροής. Όλα αυτά επιβάλλουν την αύξηση της καρδιακής λειτουργίας, ώστε να μπορεί το άτομο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του οργανισμού. Παράλληλα, παρατηρείται μείωση της λειτουργικότητας των αναπνευστικών μυών, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται και η αναπνευστική λειτουργία, ενώ και η νεφρική λειτουργία, λόγω μείωσης της λειτουργικότητας των νεφρών και της νεφρικής αιματικής ροής, είναι

διαταραγμένη, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στην απομάκρυνση των άχρηστων ουσιών από τον οργανισμό, στην επαναρρόφηση απαραίτητων θρεπτικών ουσιών (όπως είναι η γλυκόζη και οι πρωτεΐνες) και στην ορμονική ρύθμιση της διούρησης, η οποία αυξάνεται, οδηγώντας έτσι σε αυξημένες απώλειες υγρών και ηλεκτρολυτών. Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι όλα αυτά επιβαρύνουν σημαντικά την ευρύτερη δραστηριότητα και τον τρόπο ζωής του ήδη ταλαιπωρημένου υπερήλικα.

Από όλα όμως όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, ίσως το σημαντικότερο είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται στο γαστρεντερικό σύστημα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, τα οποία πέρα από την καθαρά βιολογική τους πλευρά έχουν σοβαρό αντίκτυπο και στην ψυχολογική τους διάθεση. Συγκεκριμένα, στα άτομα αυτά είναι πολύ συχνή η εμφάνιση στομαχικών διαταραχών, ναυτίας, τάσης για έμετο, ξηροστομίας, δυσκολίας στην κατάποση, τα οποία είναι συνήθως συνέπειες της αυξημένης λήψης φαρμάκων. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα το να δημιουργούν εκνευρισμό και μια ευρύτερη αρνητική ψυχολογία, η οποία εκφράζεται πολλές φορές ακόμη και ως άρνηση ή αδυναμία λήψης τροφής, οπότε τα άτομα αυτά οδηγούνται σε απώλεια βάρους και εμφανίζουν σημαντική αδυναμία.

Διαφαίνεται λοιπόν καθαρά, ότι πέρα από την υποχρέωση που καθένας έχει απέναντι στα άτομα της τρίτης ηλικίας, και οι καθαρά βιολογικές αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί επιβάλλουν μία ιδιαίτερη μεταχείριση αυτών όσον αφορά τόσο τη διατροφική τους φροντίδα όσο και την ψυχολογική τους υποστήριξη. Στόχος αυτών είναι η καλύτερη προσαρμογή του υπερήλικα στις νέες απαιτήσεις που προκύπτουν, η αποφυγή ασθενειών, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η ευρύτερη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης.

Εκτός όμως από όσα αναφέρθηκαν, ίσως το σημαντικότερο από όλα είναι η ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων τρίτης ηλικίας. Η προσπάθεια για συνεχή παρουσία τους στο κοινωνικό γίνεσθαι, για παρότρυνση της συμμετοχής τους στις κοινές δραστηριότητες, η ενθάρρυνσή τους για ενασχόληση με κάποιο χόμπι κ.λ.π.. Όλα όμως αυτά είναι απαραίτητα να εντάσσονται στα πλαίσια μιας ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής που θα έχει ως επίκεντρο την Τρίτη Ηλικία, με τη δημιουργία σύγχρονων κέντρων αποκατάστασης ηλικιωμένων, τη στελέχωση των γηροκομείων, ΚΑΠΗ, χώρων αναψυχής με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και με τη διοργάνωση προγραμμάτων επιμόρφωσης ηλικιωμένων.

Το ποσοστό των ατόμων που ανήκει στην Τρίτη ηλικία αυξάνεται με την πάροδο των ετών και αυτό είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων που συνέλαβαν στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Μεταξύ των παραγόντων αυτών αναφέρονται η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, η επιτυχημένη αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων και οι ιατρικές εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών. Όσο όμως αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης τόσο αυξάνεται και ο αριθμός των ατόμων που μπαίνει στην Τρίτη Ηλικία.

Τα άτομα που ανήκουν στην Τρίτη Ηλικία δε θα πρέπει να θεωρούνται σαν άτομα εργασιακά και κοινωνικά παροπλισμένα μια και ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς παραμένουν δραστήριοι και παραγωγικοί.

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

Η ύπαρξη άτυπων δικτύων στήριξης στο πλαίσιο της ελληνικής οικογένειας όπως και αυτό των δομών κλειστής φροντίδας προβλέπουν μέτρα και τρόπους αντιμετώπισης δυσκολιών που αντιμετωπίζουν άτομα τρίτης ηλικίας.

Παρόλο που έχει αναλυθεί έντονα ο ρόλος της εκτεταμένης Ελληνικής οικογένειας και οι ευθύνες που αναλαμβάνουν οι περισσότερες από αυτές για τα ηλικιωμένα μέλη, παρόλα αυτά η αυξανόμενη, όλο και περισσότερο, συμμετοχή και των δυο φύλων στην αγορά εργασίας, καθιστά πολλές φορές αδύνατη τη προσφορά φροντίδας στα ηλικιωμένα μέλη και πολύ περισσότερο όταν πρόκειται για άτομα τρίτης ηλικίας με αυξημένα προβλήματα εξαιτίας της φυσιολογικής και βαθμιαίας σωματικής κατάπτωσης.

Γνωρίζοντας τις αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις του ιδιωτικού τομέα και τη μειωμένη ευελιξία που μπορεί να έχει ένας εργαζόμενος, μπορούμε να συνδέσουμε την επαγγελματική κατάσταση των παιδιών των ηλικιωμένων με την αδυναμία των πρώτων να προσφέρουν την απαιτούμενη φροντίδα στους δεύτερους. Οι ανάγκες ενός ηλικιωμένου ατόμου ειδικά με αυξημένα προβλήματα υγείας, αλλά όχι μόνο, αποτελούν αύξηση εξόδων των ίδιων των παιδιών σε περίπτωση που αναλάβουν τη φροντίδα τους.

Οι παροχές κοινωνικής ασφάλισης και Πρόνοιας για τους ηλικιωμένους, δυστυχώς δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών τους με αποτέλεσμα να θεωρείται κύρια συνεισφορά για την κάλυψη τους, αυτή των παιδιών. Κάθε παιδί διακατέχεται από το αίσθημα καθήκοντος απέναντι στον γονέα για όσα του έχει προσφέρει. Τι γίνεται όμως σε περιπτώσεις που η οικονομική κατάσταση των παιδιών δεν θεωρείται ικανοποιητική έτσι ώστε να αντεπεξέλθουν πλήρως και στις οικονομικές ανάγκες του ηλικιωμένου γονέα αλλά και στις οικονομικές απαιτήσεις της οικογένειας που έχει διαμορφώσει το ίδιο το παιδί .

Ένας, βέβαια, από τους λόγους που προτρέπεται ένα ηλικιωμένο μέλος σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης από τα παιδιά του, μπορεί να έχει να κάνει και με τη τυπική και μη ουσιαστική σχέση ανάμεσα τους.

Ο κρατικός τομέας είναι ο κύριος τομέας είναι ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών. Οι περισσότερες συζητήσεις για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών περιστρέφονται γύρω απλό τον κρατικό τομέα , τίθεται το θέμα της ανακατανομής των αρμοδιοτήτων πρόνοιας στους διάφορους τομείς και φορείς . Βασική προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη ενός σύγχρονου αποτελεσματικού και προσβάσιμου δικτύου υπηρεσιών φροντίδας σ επίπεδο τοπικής κοινότητας.

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση πρόσφατα έχει εισέλθει στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας. Η συμμετοχή της όμως ακόμη είναι ουσιαστικά περιορισμένη, αφού εμποδίζεται από την έλλειψη οικονομικών πόρων ,θεσμικών ρυθμίσεων, αρμοδιοτήτων και συντονισμού μεταξύ των διαφόρων επιπέδων διοίκησης οδηγώντας κατά συνέπεια πολλούς ηλικιωμένους στην αναζήτηση λύσεων των προβλημάτων τους μέσω των κλειστών ιδρυμάτων περίθαλψης.

Η παραπομπή σε κέντρα κλειστής περίθαλψης ίσως αποτελεί την έσχατη λύση στα προβλήματα που προκύπτουν σε αυτές τις ηλικίες εντούτοις όμως δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η αναγκαιότητα ύπαρξης τους καθώς καλούνται να προσφέρουν μέχρι και σήμερα φροντίδα σε ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι ευαίσθητη η τρίτη ηλικία για τον λόγο ότι βγαίνει από την παραγωγική εργασία. Και μαζί με την έκπτωση των σωματικών ικανοτήτων, αρχίζουν και προβλήματα ψυχικής υγείας, και μια διέξοδος είναι να αποκτήσει κάποια απασχόληση, όπως να διαβάζει, να ασχολείται με τα παιδιά, να τα πηγαίνει στο σχολείο, να κινείται, να παίρνει μέρος στις συζητήσεις, να πηγαίνει στα καφενεία, στα ΚΑΠΗ.

Παράγοντες κλειδιά για να παραμένουν οι ηλικιωμένοι ενεργοί είναι:

i) Η φυσική και πνευματική δραστηριότητα.

ii) Η κοινωνική συμμετοχή. Η ελληνική οικογένεια είναι ακόμα πολύ θετική στο να αναλαμβάνει την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων αλλά χρειάζεται πηγές ενημέρωσης και πληροφόρησης για να υποστηρίξουν την προσπάθεια αυτή ώστε να μάθει πώς να βοηθήσει με τον καλύτερο τρόπο τα ηλικιωμένα άτομα.

iii) Η λειτουργική ικανότητα, η οποία είναι πολύ σημαντική για τη διατήρηση της ανεξαρτησίας και της καλής ποιότητας ζωής σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ηλικία. Η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση προβλημάτων λειτουργικότητας μπορεί να οδηγήσει στην άμεση αντιμετώπιση τους, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η δυνατότητα των ηλικιωμένων να πραγματοποιούν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και επομένως να ζουν ανεξάρτητα. Η διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας σε ικανοποιητικά επίπεδα οδηγεί τα άτομα τρίτης ηλικίας σε ένα ανεξάρτητο και ποιοτικότερο τρόπο διαβίωσης, μειώνοντας παράλληλα τον κίνδυνο εμφάνισης παθήσεων. Θεωρείται σημαντικός δείκτης της πιθανής ιδρυματοποίησης και θνησιμότητας καθώς επίσης και της ευεξίας, της κατάλληλης και αποδοτικότερης χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Αντίθετα παράγοντες αδρανοποίησης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας και κατά σειρά αξιολόγησης από τους ηλικιωμένους είναι:

i) Η ύπαρξη χρόνιων ασθενειών (62,9%), η οποία ενισχύει την υπολειτουργικότητα στα άτομα τρίτης ηλικίας, αφού σε αρκετές

περιπτώσεις εξαιτίας αυτών αυξάνεται σημαντικά ο χρόνος εκτέλεσης μιας δραστηριότητας καθημερινής διαβίωσης.

ii) Η ψυχική κούραση (21,4%)

iii) Η έλλειψη ενδιαφερόντων (15,7%).

Τα άτομα τρίτης ηλικίας δεν φαίνεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται από έρευνες, όπου τα ποσοστά εκτέλεσης δίχως κανένα περιορισμό κυρίως των βασικών δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης είναι σαφώς υψηλά.

Αρκετά συχνά τα άτομα τρίτης ηλικίας τείνουν να υποεκτιμούν τις δυνατότητές τους στην εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης, όταν η αξιολόγηση περιλαμβάνει δοκιμασίες πεδίου ή παρατήρησης της ποιότητας εκτέλεσης των δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας αντιλαμβάνονται τα φυσικά συμπτώματα (πόνος ή ενόχληση) από τις παθήσεις και ασθένειες που τα ταλαιπωρούν ως λειτουργικούς περιορισμούς. Εξάλλου αυτός είναι ένας παράγοντας που μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω επεξεργασίας και έρευνας.

Οι διαφορές του φύλου όσον αφορά το επίπεδο της λειτουργικής ικανότητας μεταξύ των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι φανερές όχι όμως αποσαφηνισμένες. Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα οι γυναίκες παρουσιάζουν μειωμένη απόδοση σε σχέση με τους άνδρες τόσο στις καθημερινές όσο και στις επικουρικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης σε όλες τις ηλικίες και κυρίως μετά τα 80 έτη.

Επιπροσθέτως αναφέρεται ότι οι γυναίκες χρειάζονταν βοήθεια για την εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης και πιο συγκεκριμένα οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες χρειάζονταν περισσότερη βοήθεια από ότι οι «νεότερες» γυναίκες τρίτης ηλικίας. _εν είναι ξεκάθαροι οι λόγοι που κατατάσσουν τις γυναίκες σε χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας από αυτό των ανδρών. Μια πιθανή εξήγηση ίσως να είναι ότι οι γυναίκες επειδή έχουν μικρότερη φυσική δύναμη χάνουν πιο εύκολα την φυσική κατάσταση στην οποία στηρίζεται η λειτουργικότητα.

Η αξιολόγηση των λειτουργικών ικανοτήτων ατόμων τρίτης ηλικίας, μέσω έγκυρων ερωτηματολογίων και δοκιμασιών, οι οποίες

προσομοιάζουν τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, θεωρείται πολύ σημαντική διαδικασία καθώς ανιχνεύονται και αξιολογούνται πιθανοί περιοριστικοί παράγοντες στην ποιότητα της ζωής τους. Οι χρήσιμες αυτές πληροφορίες μπορούν να αποτελέσουν βάση στήριξης για τη δημιουργία ειδικά σχεδιασμένων προγραμμάτων με στόχο τη διατήρηση αν όχι βελτίωση των λειτουργικών ικανοτήτων των ατόμων τρίτης ηλικίας μειώνοντας παράλληλα τις πιθανότητες ιδρυματοποίησης καθώς επίσης και τα ποσοστά θνησιμότητας των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Όλοι μας, έχουμε ευθύνη να παραμείνουμε, όσο μπορούμε σωματικά και πνευματικά υγιείς, ώστε να μην αποτελούμε, χωρίς λόγο, βάρος στους άλλους. Επειδή όμως αυτό, δεν άπτεται μόνο σε εμάς αλλά σε ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι έχουν προαναφερθεί, η κοινωνία μας σαν σύνολο, θα πρέπει να στοχεύει στην καλλιέργεια, ανάπτυξη και διατήρηση ενός κλίματος αυτοεκτίμησης και σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ηλικιωμένων.

Σε κρατικό επίπεδο:

- η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας
- η παροχή αξιοπρεπών συντάξεων
- η χάραξη και εφαρμογή προνοιακής και όχι επιδοματικής πολιτικής
- η ικανοποιητική λειτουργία των Κ.Α.Π.Η., των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και των άλλων δημόσιων φορέων προστασίας ηλικιωμένων.
- ακόμα πρέπει να δίνονται κίνητρα και ερεθίσματα στους ηλικιωμένους ώστε να αξιοποιούν τα ενδιαφέροντά τους.
- επίσης να δίνονται κίνητρα για να δημιουργούνται νέα ενδιαφέροντα ανάλογα με τις δυνάμεις τους.

Με αυτό τον τρόπο ο κρατικός μηχανισμός μπορεί να συμβάλλει θετικά και καταλυτικά στην παρακίνηση των ηλικιωμένων να συμμετέχουν ενεργά σε δραστηριότητες και να προσπαθούν να φροντίζουν τον εαυτό τους εφόσον μπορούν.

Επιπλέον τα άτομα που τους φροντίζουν να ενημερώνονται για φορείς που μπορούν να τους δώσουν χρήσιμες συμβουλές και να προσφέρουν λύσεις σε διάφορες περιπτώσεις. Παράλληλα η ιδιωτική πρωτοβουλία μπορεί να καλύψει τις ελλείψεις και τα κενά του κράτους.

Έπειτα από την έρευνα, για την αξιολόγηση του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι και τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε, σημαντικό είναι να αναφερθούμε και σε μερικές προτάσεις, οι οποίες αν εφαρμοστούν, θα καλύψουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις ανάγκες των ηλικιωμένων- εξυπηρετούμενων του Προγράμματος και θα συμβάλλουν γενικότερα στην ενίσχυση και στην αποτελεσματικότερη λειτουργία του.

Καταρχήν, μια πρόταση, είναι αυτή που έχει γίνει και από τους εργαζόμενους στο Πρόγραμμα, αλλά και από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους, για την επέκταση της λειτουργίας του Προγράμματος, κατά τις απογευματινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα. Αυτό είναι κάτι, που θα βοηθούσε και θα εξυπηρετούσε σε μεγάλο βαθμό τόσο τους ίδιους τους ηλικιωμένους, όσο και τις οικογένειες τους, οι οποίες αναλαμβάνουν την φροντίδα των ηλικιωμένων τους, εκείνες τις ώρες.

Ακόμα, η αύξηση του αριθμού του προσωπικού του Προγράμματος, είναι μια αναγκαία ενέργεια και όχι απλά μια πρόταση. Και τούτο, διότι είναι σημαντικά μικρός ο αριθμός του προσωπικού του Προγράμματος, σε σχέση με τους ηλικιωμένους που πρέπει να εξυπηρετήσει. Από την μια μεριά λοιπόν, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων, και απ την άλλη, οι ανάγκες και οι απαιτήσεις τους που είναι τόσες πολλές, δυσκολεύουν την κατάσταση, ώστε 3 άτομα είναι σχεδόν αδύνατον να φέρουν εις πέρας το πολυσήμαντο έργο τους, σε απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό.

Εκτός όμως από την αύξηση του αριθμού των ειδικοτήτων που ήδη υπάρχουν στο Πρόγραμμα, επιθυμητό θα ήταν και η ένταξη άλλων ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα γιατρών (παθολόγων, ψυχιάτρων, κ.α.) ή φυσιοθεραπευτών. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν αυτές οι ειδικότητες, είναι πολύ σημαντικές για τους ηλικιωμένους και πολλοί από αυτούς αναγκάζονται να πληρώνουν από την πενιχρή τους σύνταξη, για επισκέψεις φυσιοθεραπευτών ή γιατρών, ενώ κάποιοι άλλοι που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν, πολλές φορές μένουν αβοήθητοι. Επομένως, η ένταξη νέων ειδικοτήτων στο Πρόγραμμα, θα έδινε τη δυνατότητα κάλυψης των αναγκών των εξυπηρετούμενων, σε ευρύτερα πλαίσια.

Η οικονομική ενίσχυση στους εξυπηρετούμενους που έχουν απάνθρωπο επίπεδο διαβίωσης, καθώς και η αύξηση του ορίου εισοδήματος από τα ασφαλιστικά ταμεία ή την Κοινωνική Πρόνοια, είναι

επίσης καθοριστικές ενέργειες για την εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Επιπλέον, οικονομική ενίσχυση θα μπορούσε να δοθεί και προς τις οικογένειες για την αναδοχή των ηλικιωμένων.

Μια ενδιαφέρουσα πρόταση θα ήταν η Δημιουργία Ημερήσιων Νοσοκομείων, αυτά σκοπό έχουν την εξυπηρέτηση ατόμων τρίτης Ηλικίας σε πιο προχωρημένα στάδια αποκατάστασης που έχουν γυρίσει στο σπίτι τους από το Νοσοκομείο. Η κοινωνική ανάγκη επιβάλλει τη δημιουργία ημερήσιων νοσοκομείων, φαίνεται και από τον αριθμητικό πολλαπλασιασμό τους στη χώρα που τα εισήγαγε. Το πρώτο ημερήσιο νοσοκομείο (Day Hospital) άνοιξε στην Αγγλία το 1958 και μέχρι το 1970 είχαν τα 120. Ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου είναι και οι επισκέψεις –θεραπείες. Τα άτομα τρίτης ηλικίας θα πηγαίνουν ή θα μεταφέρονται το πρωί, θα συμπληρώνουν ορισμένα θεραπευτικά προγράμματα όπως εγχύσεις ορών, φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία, θα παίρνουν ένα καλό γεύμα και θα επιστρέφουν σπίτι τους το απόγευμα.

Δημιουργία Υπηρεσιών Συμπαράστασης, με σκοπό να κρατηθεί στο σπίτι ο ηλικιωμένος είναι σημαντικό να οργανωθούν υπηρεσίες οικιακής βοήθειας και φροντίδας για υπερήλικες που ζουν μόνοι τους ή με τις οικογένειες τους και πάσχουν από σοβαρές ασθένειες. Η δημιουργία εθελοντικών υπηρεσιών στο χώρο της γειτονιάς και της κοινότητας, θα διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αποφυγή ιδρυματοποίησης. Εδώ τονίζεται ότι πρέπει να αυξηθεί σε ποσότητα και ποιότητα η προσφορά του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι.

Δημιουργία Υπηρεσιών Διανομής Υγιεινής Διατροφής. Ανάμεσα στις τόσες βιολογικές μεταβολές του γήρατος ανήκει και η μειωμένη κινητικότητα και όραση. Αυτό δυσκολεύει την ικανότητα αυτοσυντήρησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας και επιπλέον καθιστά αδύνατη τη παρασκευή φαγητού. Η δημιουργία προγράμματος διανομής ζεστού φαγητού, κατάλληλο για τις ανάγκες του κάθε ατόμου ξεχωριστά, μπορεί να στελεχωθεί από εθελοντές οι οποίοι θα συμβάλλουν θετικά στην διατήρηση της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και κατ επέκταση στην παραμονή τους στην κοινότητα.

Ακόμα, η συνεργασία του προσωπικού, με τους διάφορους φορείς της κοινότητας, για την καλύτερη εξυπηρέτηση τους, εκπαιδευτικά σεμινάρια των στελεχών του Προγράμματος που θα τους βοηθήσουν να

προσφέρουν το καλύτερο δυνατό, Ημερήσιοι Σταθμοί Παραμονής Ηλικιωμένων που θα ανακουφίσουν σημαντικά τόσο τους ίδιους τους ηλικιωμένους, όσο και τις οικογένειες τους, που πολλές φορές πληρώνουν γυναίκες για να τους φροντίζουν όταν εκείνοι δεν μπορούν. Και τέλος, η ύπαρξη μεταφορικού μέσου, διαθέσιμου για τις μετακινήσεις των μοναχικών ηλικιωμένων, καθώς και η ύπαρξη ασθενοφόρου διαθέσιμου για την μεταφορά τους στο νοσοκομείο, είναι μερικές ακόμα προτάσεις, για την ενίσχυση και την αποτελεσματικότερη λειτουργία του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλτάνης Π., (1996) *Η Κοινωνική Εργασία στην Ελλάδα - στάσεις και αντιλήψεις των Κοινωνικών Λειτουργών*. Πρακτικά του Πανελλήνιου Συνεδρίου για τις Κοινωνικές Υπηρεσίες και την Κοινωνική Εργασία στην Υγεία και την Πρόνοια, Αθήνα, ΣΚΛΕ & ΠΟΕΔΗΝ, 89-109

Αμηρά Α., Γεωργιάδου Ε., Τεπέρογλου Α. (1980), *Ο Θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Β' Κ.Α.Π.Η Δήμου Νίκαιας, «Η Τρίτη Ηλικία Σήμερα: Πολιτικές και Κοινωνικές Διαστάσεις.», Νίκαια , ΣΕΠΤΕΜΒΡΗΣ 1999

Βάγια Χ., (1988): *Πληροφορική και Κοινωνικές Υπηρεσίες* (επιμ.). περ. «ΕΚΛΟΓΗ» (τ. 76)

Βενιέρης, Δ. (1997). Dimensions of social policy in Greece. South European Societies and Politics (Special issue on Southern European Welfare States, edited by M. Rhodes), 1,3, 67-86.

Βιολάκη-Παρασκευά Μ. (1989) «Τρίτη Ηλικία», Πρακτικά Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής, Αθήνα 8-9/12/89, σελ, 11-14.

Γαλανόπουλος. (1995). Βασική Κλινική Ρευματολογία. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., (1993) *Οι δαπάνες για την υγεία στην Τρίτη ηλικία στην Ελλάδα*, Αθήνα.

Δεύτερη Πανελλήνια Δημερίδα (Ηράκλειο 19-20 Μαρτίου 2004), «Σύγχρονες Ανάγκες Κοινωνικής Φροντίδας , Δομές και Προγράμματα στην Τοπική Κοινωνία», "ΚΟΙΝ.ΠΟΛΙΤΙ.Α ΚΡΗΤΗΣ", Π.Τ.Κ.Σ.Κ.Λ.Ε, Ηράκλειο 2005

Δοντάς Α., (1991) «Η παροχή υπηρεσιών πρόνοιας-υγείας στους ηλικιωμένους είναι ηθικά παραδεκτή;» στο Ακαδημία Αθηνών , *Οι νέοι και η τρίτη ηλικία*, Αθήνα, σελ. 22-29.

Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, (1994), *Οδηγός των ΚΑΠΗ*, Αθήνα.

Έμκε-Πουλοπούλου, Η. (1994). «Ο ασθενής δεν είναι αιχμάλωτος». Ελευθεροτυπία.

Έμκε-Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.

Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος, Τεύχος 32ο «Σχεδιασμός», Αθήνα 1993

Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος, Τεύχος 52ο, «Σχεδιασμός Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος», Αθήνα, 1998

Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος, Τεύχος 56ο, Αθήνα, 1999

Επιστημονικό Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος, Τεύχος 78ο, Αθήνα 2005

Ζαϊμάκης, Γ., Κανδυλάκη, Α. (2005). Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες. Αθήνα: Κριτική.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ 27.11. και 1.12.2000 με τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε τυχαίο δείγμα 1000 ενήλικων ατόμων, κατοίκων του Λεκανοπεδίου Αττικής από το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών. Πρβλ., Β. Διονυσοπούλου, "Εθελοντισμός: Τέσσερις στους 10 δεν θέλουν", εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 6.12.2000, σ. 18 και 47.

Καρπαθίου, Σ. (1994). Το προνοιακό έργο της εκκλησίας για τον άνθρωπο της τρίτης ηλικίας, εκλογή θεμάτων κοινωνικής πρόνοιας, τεύχος 100, σελ. 26.

Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φογαδάκη Ε., (1990), «Κοινωνική Πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος», Αθήνα.

Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α. (1999). Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μάνου, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: university studio press

Μούγιας Α., (2001). Νόσος Alzheimer Για Επαγγελματίες Υγείας και Φροντιστές. Τρίπολη. Αθήνα: Mendor.

Μούγιας Α., (2003) Οδηγός για τη Νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές Άνοιας. Αθήνα: Mendor

Μούγιας, Α., Κανελλοπούλου, Μ. & Παναγούτσος, Π. (1997). Ψυχιατρικές δομές για ηλικιωμένους και ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσοκομείου. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου.

Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., Μπουρσανίδης Χ., (1991) Τρίτη Ηλικία και Οικονομικά της Υγείας Κοινωνική Εργασία τευχος 24, σελ 243-253, Αθήνα.
Μπωβουάρ Σιμόν Ντε, Τα Γηρατειά, (1980). Εκδόσεις ΓΛΑΡΟΣ, Αθήνα.

Νιάκας Δ., και Μπεαζόγλου Τ., (1993), Είναι αναγκαία η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης για την Τρίτη ηλικία στην Ελλάδα;, Αθήνα.

Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, (1996). Άτομα με χρόνια νοσήματα και αναπηρίες: Φροντίδα στο σπίτι, Ρέθυμνο.

Παπαδάκης, Μ. (1997). Απασχόληση ηλικιωμένων. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου.

Παπαδόπουλος, Ν.Γ., Ζάχος Η. (1985). Ψυχολογία – Γ' Τόμος, Αθήνα: Κέντρο Ψυχολογικών Μελετών.

Παπασπυρόπουλος Σ. (1991). Ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας, Εκδόσεις Γρηγόρης, Αθήνα.

Παρούτσας, Κ. (2004). «Η Τρίτη ματιά.» Ευρυτανικά Νέα, Τεύχος 98.

Πατσαλίδου, Α. (2006). «Στάδια Κρίσης της Τρίτης Ηλικίας». Ενδιαφέρον, Τεύχος 84.

Πολύζος Νίκος, (1981). Δημογραφική πρόκληση υπογεννητικότητα και γήρανση στην Ελλάδα, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα.

Ρήγα, Α., Παναγιωτακόπουλος, Γ., Βακάκη, Β., Γκόγκα, Α., Κουτσογιάννη, Ε, Πετροτρογιαννάκη, Ν, και Μακρυκώστα, Π. (1997). *Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των ηλικιωμένων και των δύο φύλων για την αντίληψη του εαυτού (Μελέτη περιπτώσεων σε ΚΑΠΗ και Γηροκομεία της Αθήνας και του Ρεθύμνου)*. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου.

Σταθόπουλος, Π. (1999). Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση. Αθήνα: έλλην

Στασινοπούλου Ο. , (1996) «Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό. Φροντίδα και Γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση» Gutenberg, Αθήνα

Σύνδεσμος κοινωνικών λειτουργών Ελλάδας, (1982). Δημογραφικές τάσεις και στατιστικά στοιχεία σχετικά με τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα. Εκλογή, Αρ. 59. ΣΕΛ.139.

Τεπέρογλου Α., 2004, «Ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του», στο Μουσούρου Λ. και Στρατηγάκη Μ. (επιμ.), Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής, Θεωρητικές αναφορές, ΚΕΚΜΟΚΟΠ, Αθήνα, Gutenberg.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2005, Ετήσια έκθεση για την υγεία, Αθήνα.

Χαλαστάνη Β., (1993), Κατ'οίκον νοσηλεία : το παράδειγμα ενός ογκολογικού νοσοκομείου, Αθήνα.

Χατζηβαρνάβα Ε., Χανδάνος Γ., Οικονόμου Α., Αξιολόγηση Προνοιακού Έργου «Σχέδιο Πρωτοβάθμιας Αξιολόγησης Προγραμμάτων και Δραστηριοτήτων Συνοικιακών Κοινωνικών Κέντρων του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας» 1992, ΈΛΛΗΝ «Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι», ΚΕΔΚΕ 2002

Alcock, P. and L. Christensen (1995) 'In and Against the State: Community-based Organisations in Britain and Denmark in the 1990s', *Community Development Journal* 30(2): 110–20.

Giarchi, G., (1996), *Caring for the Older Europeans*, England, Arena.

Hutten JBF. (1996) Home care in the United Kingdom. In: Hutten JBF, Kerkstra A (eds) *Home care in Europe: a country specific guide to its organization and financing*. England, Arena, 1996:297–31747.

Jayson, στο Real et al, *Σύγχρονη Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας*

Morris, V. (2005). *Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων*. Αθήνα: Μενδορ. Επιμέλεια έκδοσης. Καλαϊτζή.

Nijikamp P., Vollerling A., (1991), *Theoretical and empirical developments*. In Pacolet J., and Wilderom C. *The Economics of Care for the Elderly Aldershot: Darmouth*.

www.50plus.gr

www.lexilogos.com

www.medlook.net, 15/2/08

www.pepkm.gr

www.redcross.gr

www.vprc.gr/7/11/1_gr.html