

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ  
ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΛΕΙΣΤΗ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ  
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ  
Αρνητικές Επιπτώσεις



**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2303
----------------------	------

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ  
ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΛΕΙΣΤΗ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ  
Αρνητικές Επιπτώσεις

Μετέχοντες σπουδαστές:

Σαφαρής Γεώργιος  
Μπέλτσιος Γεώργιος  
Ποζιός Κωνσταντίνος

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός:

κ. Αγγελική Γιαβάση

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του Πτυχίου  
στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας  
της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας  
του Τεχνολογικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

Η Επιτροπή για την Έγκριση της Πτυχιακής Εργασίας

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας στην υπεύθυνη Καθηγήτρια της Πτυχιακής Εργασίας κ.Αγγελική Γιαβάση για την συμβολή της, καθώς επίσης και στην καθηγήτρια κ.Σκούρα Ελένη για την βοήθεια που μας έδωσε προκειμένου να γίνει αρτιότερο το ερευνητικό μέρος της μελέτης μας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

1. Περίληψη μελέτης	1
2. Εισαγωγή - επιλογή θέματος	3
3. Σκοπός	5
4. Ορισμοί όρων	6
5. Μεθοδολογία	7

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

1. Γενικά χαρακτηριστικά 3 <sup>ης</sup> ηλικίας	8
2. Δημογραφικά - στατιστικά στοιχεία	9
3. Δημογραφική γήρανση σε Ελλάδα και Ευρώπη	12
4. Εισόδημα και οι οικονομικές ανάγκες της 3 <sup>ης</sup> ηλικίας	15
5. Μακροοικονομική προσέγγιση	17
α) Η φτώχεια των ηλικιωμένων	17
β) Η απασχόληση των ηλικιωμένων	20
6. Μικροοικονομική προσέγγιση	24
α) Το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα	25
β) Η συντάξεις στην Ελλάδα κατά ασφαλιστικό φορέα	26
7) Δικαιώματα ηλικιωμένων	28
8) Κοινωνικές και Συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων	33
9. Οι κυριότερες <u>ψυχολογικές αλλαγές στην 3<sup>η</sup> ηλικία</u>	39
α) Μοναξιά	39
β) Προβλήματα κατάθλιψης και απελπισίας	40
γ) Το πρόβλημα της ανασφάλειας	44
δ) Γεροντική ανοία	46
ε) Ο φόβος του θανάτου	49
10. Συμβουλευτική της τρίτης ηλικίας	51
11. Θεωρίες του Γήρατος	53
12. Νοσήματα που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους	59
13. Βιολογικές αλλαγές στο σώμα	61
14. Τα <u>οικονομικά της Υγείας</u>	71
15. Εναλλακτικές Στρατηγικές Φροντίδας για την Υγεία	80
16) <u>Νέες τάσεις και προγράμματα που επικρατούν σήμερα στην Ελλάδα</u>	85
α) Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	86
β) Στεγαστικά προγράμματα	87
γ) Ξενώνες ενηλίκων	88
δ) Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

## ΚΛΕΙΣΤΗ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

1. Ιστορική αναδρομή	92
2. Ιδρυματική περίθαλψη στην Ελλάδα σήμερα	95
3. Κτιριακή Υποδομή (Κτιριολογικό πρόγραμμα)	99
4. Στόχοι Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.)	103
5. Προσωπικό Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.)	105
6. Οι ηλικιωμένοι σήμερα και οι λόγοι που τους οδηγούν στο Ίδρυμα	107
7. Ηλικιωμένοι και Οικογένεια	109
8. Το ίδρυμα σαν λύση	110
9. Η ιδρυματοποίηση	113
10. Η ζωή στο ίδρυμα - προσαρμογή	116
11. Σύγχρονες τάσεις ιδρυματικής προστασίας	119
12. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων	121*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Είδος έρευνας - Γιατί επιλέχθηκε η συγκεκριμένη έρευνα	133
2. Πληθυσμός της έρευνας	133
3. Ανάλυση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της έρευνας	134
4. Υποθέσεις	136
5. Ανάλυση έρευνας	137
6. Αξιολόγηση των στοιχείων της έρευνας	156

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

1. Προτάσεις και εισηγήσεις για την βελτίωση των συνθηκών ζωής των ηλικιωμένων στο ίδρυμα
2. Συμπεράσματα για την 3<sup>η</sup> ηλικία
3. Επίλογος

158

163

166

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α': ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β': ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ': ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ 3<sup>η</sup> ΗΛΙΚΙΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ': ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η πτυχιακή αυτή αναφέρεται στην τρίτη ηλικία και στην υπάρχουσα κλειστή ιδρυματική περίθαλψη παρουσιάζονται ορισμένα γενικά στοιχεία για την τρίτη ηλικία ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα τις ιδιομορφίες και τα προβλήματά της.

Γίνεται αναφορά σε δημογραφικά-στατιστικά στοιχεία στο εισόδημα, στις οικονομικές ανάγκες των ηλικιωμένων, στα συναισθήματα τους και στις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που έρχονται με το πέρασμα των χρόνων. Επίσης αναφέρονται τα προγράμματα που επικρατούν σήμερα στην προστασία των ηλικιωμένων οι νέες τάσεις καθώς και οι εναλλακτικές στρατηγικές φροντίδας για την υγεία.

Μετά απ' αυτά ασχολούμαστε με τον βασικό στόχο της εργασίας που είναι η κλειστή ιδρυματική περίθαλψη για ηλικιωμένα άτομα. Γίνεται λοιπόν ιστορική αναδρομή καθώς και αναφέρονται οι συνθήκες που επικρατούν σήμερα στην Ελλάδα. Παρουσιάζονται επίσης οι στίχοι των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, η κτιριακή τους υποδομή, και το προσωπικό που απαιτείται.

Ακόμα ερευνούνται οι λόγοι που οδηγούν στο ίδρυμα των ηλικιωμένων και δίνεται έμφαση στη διαδικασία της ιδρυματοποίησης.

Παράλληλα γίνεται αναφορά στον ρόλο που έχει ο ηλικιωμένος μέσα στην οικογένεια καθώς και στη θέση του, στην σύγχρονη κοινωνία. Κατόπιν ασχολούμαστε αναλυτικά με τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται σε ένα κλειστό ίδρυμα.



Για την συγγραφή της πτυχιακής ενός από την βιβλιογραφική συλλογή χρησιμοποιήσαμε και ένα γραπτό ερωτηματολόγιο, το οποίο απαντήθηκε από τρόφimus του Γηροκομείου Πειραιά και του Κωνσταντινοπούλειου Οίκου Ευγηρίας Πατρών. Από την έρευνά μου αυτή παρουσιάζονται τα συναισθήματά τους, τα προβλήματά τους και οι απόψεις τους για την ζωή μέσα στο ίδρυμα.

Τέλος γίνεται αξιολόγηση της έρευνας καθώς και δίνονται τα συμπεράσματα και προτάσεις για την βελτίωση των συνθηκών ζωής των ηλικιωμένων στο ίδρυμα.

## ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

- Εισαγωγικά - Περίληψη θέματος

α) Επιλογή του θέματος

β) Σκοπός του θέματος

γ) Ορισμοί

δ) Μεθοδολογία

### Εισαγωγή - Επιλογή θέματος

Η μελέτη αυτή επικεντρώνεται στην τρίτη ηλικία και συγκεκριμένα στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι στο χώρο της υπάρχουσας κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης.

Η τρίτη ηλικία αποκτά στις μέρες μας όλο και περισσότερη σημασία λόγω των νέων δημογραφικών και κοινωνικών δεδομένων (σπουδαιότητα) που συνέβαλαν στην ραγδαία αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων στα γηροκομεία. Συνεπώς κρίνουμε το θέμα αυτό ενδιαφέρον προς μελέτη και ανάλυση για να δώσουμε την γενική εικόνα της κατάστασης που επικρατεί στους χώρους της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης.

Αναλυτικότερα οι παράμετροι που μας οδήγησαν στην επιλογή αυτού του θέματος είναι οι ακόλουθοι:

α. Το φαινόμενο της αύξησης του μέσου όρου ζωής έχει σαν αποτέλεσμα την τεράστια άνοδο του αριθμού των ηλικιωμένων. Αυτό σε

σχέση με την μείωση της γεννητικότητας προκαλεί σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στην κοινωνία.

β. Οι κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη έμφαση και να ασχοληθούν με μεγαλύτερη ευαισθησία και σε εντατικούς ρυθμούς με την τρίτη ηλικία.

γ. Οι ηλικιωμένοι θεωρούντο μέχρι πρόσφατα ένα πολύ σεβαστό στοιχείο της κοινωνίας μας. Στις μέρες μας, η κατάσταση αυτή τείνει να αντιστραφεί. Δηλαδή οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται με μία αρνητική στάση από τα μέλη της οικογένειας και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι, θα πρέπει να γίνει προσπάθεια με κάθε μέσο να βελτιωθεί αυτή η αρνητική εντύπωση και κατάσταση που μαρτυρεί την τρίτη ηλικία. Οι υπεύθυνοι, περισσότερο, που ασχολούνται με τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα πρέπει να ευαισθητοποιήσουν τα μέλη της κοινωνίας ώστε να δουν την τρίτη ηλικία μέσα από ένα πιο ευνοϊκό πρίσμα.

δ. Έχει διαπιστωθεί ότι πολλοί λίγοι γενικά επιστήμονες των κοινωνικών σπουδών, έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας.

ε. Μια πιο στενή σχέση με τους ηλικιωμένους είναι ωφέλιμη και εποικοδομητική για όλους μελλοντικά θα βρεθούν αντιμετώποι με το γεγονός των γηρατειών.

Συνεπώς, σύμφωνα με τους παραπάνω λόγους που αναφέρθηκαν αποφασίσαμε να επεξεργαστούμε το θέμα της τρίτης ηλικίας και πιο ειδικά να μελετήσουμε και να καταγράψουμε την κατάσταση που επικρατεί στα γηροκομεία σήμερα.

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι να αποτυπώσει το στάδιο της τρίτης ηλικίας, μέσα από την μελέτη επιστημονικών συγγραμμάτων.

Με την εργασία μας θέλουμε να δώσουμε έμφαση στην ανθρώπινη αξία και ρόλο του ηλικιωμένου αλλάζοντας την εικόνα του σημερινού "στερεοτύπου" δηλαδή σαν ανίκανου και άρχηστου ατόμου γιατί αυτό δημιουργεί λανθασμένη εικόνα του ηλικιωμένου στις ανθρώπινες κοινωνίες. Ας μην ξεχνάμε ότι πολλοί διακεκριμένοι άνθρωποι όλων των εποχών μεγαλούργησαν στην τρίτη ηλικία.

Πιο συγκεκριμένα στόχος μας είναι να διερευνήσουμε την τρίτη ηλικία όπως αυτή αντιμετωπίζεται. Ειδικότερα στο χώρο της κλειστής ιδρυματικής περιθαλψης. Στην ελληνική κοινωνία τα γηροκομεία εξακολουθούν να έχουν αυστηρούς κανονισμούς ή στυγνή μονοτονία.

Από την άλλη μεριά η ζωή στα γηροκομεία δεν πρέπει μόνο να είναι απομόνωση κι αποξένωση από τον έξω κόσμο. Τα πιο οργανωμένα γηροκομεία προσφέρουν ως πλεονέκτημα κοινούς χώρους για φαγητά, για ψυχαγωγία κι εξασφαλίζουν τις αναγκαίες υγειονομικές υπηρεσίες.

Επιβάλλεται, λοιπόν, να δούμε το ηλικιωμένο άτομο σαν μια βιο-ψυχοκοινωνική ύπαρξη, με αθάνατη ψυχή και να τον προσεγγίσουμε στην ολότητά του.

Να αντιληφθούμε πως η προσέγγιση και η φροντίδα του ηλικιωμένου για να του προσφέρει ανακούφιση, χαρά κι ελπίδα είναι χρέος τιμής και προνόμιο. Γι' αυτό αυτή η προσέγγιση ειδικότερα στο χώρο της κλειστής

ιδρυματικής περίθαλψης αναζωπυρώνει το νόημα της ζωής του υπερήλικα και σ' αυτό το τελευταίο στάδιο.

"Το κλείσιμο στο γηροκομείο κατά τον Amman Anton (1989) σημαίνει απώλεια ανεξαρτησίας και αποτελεί μια σκληρή δοκιμασία.

### ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε καλύτερα ορισμένους όρους που θα συναντήσουμε σ' αυτήν την εργασία, κάνουμε μια προσπάθεια επεξήγησης των σημαντικότερων απ' αυτούς.

**Τρίτη ηλικία:** Ο όρος αυτός πρωτοεμφανίστηκε στην Γαλλική Βιβλιογραφία και αναφέρεται στην ομάδα των ατόμων που έχουν ξεπεράσει τα 65 χρόνια ζωή και άνω.

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

Από κοινωνικο-οικονομική άποψη, είναι η κατάσταση της φυσιολογικής φθοράς των σωματικών ή πνευματικών δυνάμεων, που τεκμαίρεται με την συμπλήρωση ενός ορίου ηλικίας ή παραμονής στην παραγωγική διαδικασία.

**Κλειστό ίδρυμα:** Είναι ειδική χρήση του όρου ~~ίδρυμα~~. Αναφέρεται σε μέρος περιορισμού (μερικού ή ολικού) όπου ο τρόπος ζωής είναι αυστηρή περιορισμένος και οργανωμένος με κανόνες οι οποίοι ελέγχονται από ειδικά πρόσωπα.

**Ολοκληρωτικό ίδρυμα:** Είναι το ίδρυμα που υποχρεώνει τους τρόφιμους τους να ζουν ομοιόμορφα στον ίδιο πάντα χώρο και δεν προσφέρει

δυνατότητα διαφυγής τους σ' ένα περιβάλλον, που θα τους επιτρέψει να ξαναποκτήσουν μία αίσθηση ατομικής ταυτότητας.

**Ιδρυματισμός:** Εγκλεισμός ενός ατόμου σε ένα ίδρυμα για θεραπευτικούς ή αναμορφωτικούς λόγους. Επίσης είναι η βαθμιαία προσαρμογή του ατόμου στην ιδρυματική ζωή.

**Γεροντολογία:** Είναι η επιστήμη που ασχολείται με την έρευνα για την γήρανση καθώς και με τα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων

**Δημογραφική Γήρανση:** Είναι η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό.

**Θνησιμότητα:** Είναι το σύνολο των θανάτων που συμβαίνουν σε μία ορισμένη χρονική περίοδο και σε ένα ορισμένο σύνολο ατόμων.

**Κοινότητα:** Είναι κάθε ανθρώπινη ομάδα που την συνδέουν στοιχεία κοινής ζωής ή ορισμένα κοινά συμφέροντα ή ενδιαφέροντα.

### Μεθοδολογία

Το ζήτημα το οποίο επιλέξαμε να μελετήσουμε είναι η τρίτη ηλικία και συγκεκριμένα να γίνει ειδική αναφορά στην κλειστή ιδρυματική περίθαλψη και στις αρνητικές της επιπτώσεις, αν υπάρχουν, στην Ελλάδα.

Η επιλογή του θέματος δεν ήταν τυχαία. Ζούμε σε μια εποχή όπου η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων στα γηροκομεία δεν είναι αυτή που θα άρμοζε, αλλά ούτε και οι ηλικιωμένοι γι' αυτό δεν θα επεδίωκαν την παραμονή τους στα γηροκομεία αν δεν το απαιτούσαν οι συνθήκες.

Η μελέτη μας διαιρείται σε δύο βασικά τμήματα. Από τη μια έχουμε την βιβλιογραφική προσέγγιση του θέματος και από την άλλη έχουμε την ερευνητική προσέγγιση.

Με την βιβλιογραφική προσέγγιση επιχειρούμε να ορίσουμε, να αναλύσουμε έννοιες όπως γηροκομείο, γηρατειά, τρίτη ηλικία, ίδρυμα κλπ. να αποσαφηνίσουμε έννοιες όπως η συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων στα γηροκομεία και να περιγράψουμε τα υπάρχοντα γηροκομεία σε υλικοτεχνική υποδομή και προσωπικό. Επίσης γίνεται μια αιτιολόγηση και αξιολόγηση των συμπερασμάτων εφ' όσον αυτά προκύπτουν από το κομμάτι της έρευνας.

Το ερευνητικό κομμάτι έχει ως στόχο να δούμε αν όντως υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις μέσα στα γηροκομεία της Ελλάδος, επιπτώσεις όπως συναισθηματικές, ψυχολογικές, μέσων διαβίωσης κλπ. Για τη διεξαγωγής έρευνας επιλέξαμε τυχαία ένα κομμάτι ηλικιωμένων από τα γηροκομεία Πατρών-Αθηνών.

### **Γενικά Χαρακτηριστικά 3ης ηλικίας**

Κατ' αρχήν θα πρέπει να διευκρινήσουμε και να καθορίσουμε από ποιο έτος και πάνω θεωρείται ένας άνθρωπος ηλικιωμένος. Τα κριτήρια που θέτουμε για το πότε κάθε άτομο εισέρχεται στην 3η ηλικία στην πραγματικότητα διαφέρουν για τον καθένα, αφού η ηλικία είναι ο μόνος παράγοντας που καθορίζει το γήρας. Υπάρχει δηλαδή διαφορά ανάμεσα στο χρονολογικό και το βιολογικό γήρας και δεν είναι απαραίτητο να ταυτίζονται μεταξύ τους. Ωστόσο, για να μελετήσουμε και να διαχωρίσουμε ένα

πληθυσμό όπως της 3ης ηλικίας είμαστε αναγκασμένοι να παραδεχθούμε σαν όριο για την ηλικία αυτό το έτος που συνήθως συνταξιοδοτούνται οι περισσότεροι άνθρωποι γύρω στα 65+έτη.

### Δημογραφικά - Στατιστικά στοιχεία

Μελετώντας τα δημογραφικά στοιχεία των ανεπτυγμένων κυρίως χωρών του πλανήτη μας διαπιστώνουμε ένα "νέο σχετικά φαινόμενο" της δημογραφικής γήρασης στην οποία δίνεται όλο και μεγαλύτερη σημασία.

Ως Δημογραφική Γήρανση ορίζεται την συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων (65+) στο συνολικό πληθυσμό.

Το φαινόμενο αυτό της "δημογραφικής γήρασης" άρχισε να αναδύεται στις περισσότερες ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες ήδη από τις αρχές του 20ου αιώνα. Οφείλουμε όμως να επισημάνουμε ότι μόνο στη διάρκεια της τελευταίας 25ετίας, το φαινόμενο αυτό βρίσκεται στο επίκεντρο συζητήσεων και προβληματισμών.

Οι σημαντικότεροι λόγοι που συντέλεσαν και συνεχίζουν να επηρεάζουν την έκρηξη αυτή της δημογραφικής γήρασης είναι:

1.- Η ελάτωση της γονιμότητας (δηλαδή η μείωση του μέσου αριθμού παιδιών κατά ζεύγος γονιών). Η μείωση των γεννήσεων σε όλη σχεδόν τις ..... χώρες είναι πολύ μεγάλη. Στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν 30,4 γεννήσεις κατά 1000 κατοίκους το 1928, 200 το 1950 φτάσαμε το 1991 να έχουμε περίπου 10 γεννήσεις ανά 1000 κατοίκους.

2.- Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης δηλαδή οικισμού, διατροφής, υγιεινής, η τεχνολογική εξέλιξη και η ανάπτυξη της ιατρικής.



Επακόλουθο αυτών είναι η αύξηση του μέσου όρου ζωής και η μεγάλη μείωση της θνησιμότητας. Λοιμώδεις νόσοι και αθεράπευτες μέχρι πρόσφατα ασθένειες θεραπεύονται.

Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι στο απώτερο και μέσο παρελθόν ωφελήθηκαν κύρια οι νεώτερες ηλικίες. Είχαμε μείωση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας ενώ παράλληλα βρέθηκαν τρόλοι θεραπείας σε λοιμώδεις νόσους που αύξαιναν την θνησιμότητα των νέων ηλικιών (π.χ. φυματίωση, ελονοσία).

Σήμερα όμως όλο και περισσότερο επωφελοούνται τα ηλικιωμένα άτομα που "κερδίζουν" σημαντικά χρόνια ζωής χάριν στις προόδους της ιατρικής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη ακόμη αύξηση του αριθμού τους και επομένως και του ειδικού τους βάρους. Στη γήρανση "εκ των κάτω" έρχεται έτσι να προστεθεί προοδευτικά η γήρανση "εκ των άνω" που από τις πρώτες δεκαετίες του επομένου αιώνα, αν τίποτε δεν αλλάζει στις αναπαραγωγικές μας συμπεριφορές (συνεχίσουμε να κάνουμε τον ίδιο αριθμό παιδιών με σήμερα) θα παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο, στο βαθμό που οι πρόοδοι της ιατρικής, γενετικής, βιολογίας, κ.ο.κ. θα μου επιτρέψουν να αυξήσουμε το μέσο όρο ζωής μας κερδίζοντας χρόνια όχι σε όλες τις ηλικίες, αλλά βασικά στις ώριμες ηλικίες (50+ έτη).

3.- Τέλος άλλος ένας παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο στην γήρανση ενός πληθυσμού είναι η μετανάστευση. Είναι προφανές ότι η μετανάστευση εργατικού δυναμικού κάνει μία χώρα πιο γηρασμένη αφού στερείται μέρος του νεανικού της πληθυσμού. Η Ελλάδα ιδιαίτερα τις δεκαετίες του 1950 και 1960 γνώρισε μεγάλη εξωτερική μετανάστευση που

της στέρησε σημαντικό αριθμό νέων ανθρώπων. Σήμερα ωστόσο δέχεται η ίδια η Ελλάδα νεανικούς πληθυσμούς από άλλες χώρες γεγονός το οποίο μπορεί να επηρεάσει τα μέχρι τώρα δημογραφικά δεδομένα και επιβραδύνει τη γήρανση του πληθυσμού της. Ωστόσο ειδικότερες μελέτες γι' αυτό το θέμα δεν έχουν γίνει αφού απ' τη μία το φαινόμενο των πολλών μεταναστών στην Ελλάδα (3,8% του πληθυσμού) είναι πρόσφατο και από την άλλη μεγάλο μέρος των μεταναστών διαβιώνει σε καθεστώς παρανομίας (λαθρομετανάστες) και η παραμονή του στη χώρα μας είναι σε μεγάλο βαθμό προσωρινή.

Το γεγονός λοιπόν πως η Ελλάδα δέχεται μεγάλο μεταναστευτικό κύμα είναι μία απόδειξη ότι έχει έλλειψη εργατικού δυναμικού πράγμα που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό και στη γήρανση του πληθυσμού της.

Ωστόσο όμως εδώ πρέπει να επισημάνουμε και να τονίσουμε ότι τα αίτια της γήρανσης του πληθυσμού μίας χώρας πρέπει να αναζητηθούν πρωταρχικά και κύρια στην πτώση της γεννητικότητα/γονιμότητας και όχι τόσο στην αύξηση του μέσου όρου ζωής (στη μείωση δηλαδή της θνησιμότητας) όπως πιστεύει ο "κοινός νους".

Επίσης οι δημογράφοι απέδειξαν ότι η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση του μέσου όρου ζωής όχι μόνον δεν οδήγησαν στη δημογραφική γήρανση αλλά αντιθέτως επιβράδυναν τους ρυθμούς αύξησής της, στο βαθμό που συρρικνώθηκε προοδευτικά αλλά ριζικά η βρεφική και η παιδική-εφηβική θνησιμότητα (συρρίκνωση μέχρι πρόσφατα σημαντική ταχύτερη αυτής στις ενδιάμεσες μεγάλες ηλικίες) κερδήθηκε σημαντικά αριθμός νέων ατόμων από το θάνατο, που σε αντίθετη περίπτωση (λαμβάνοντας υπόψη

την προοδευτική μείωση τον αριθμό των παιδιών που κάνουμε), θα οδηγούσε σε μεγαλύτερη επιτάχυνση των ρυθμών δημογραφικής γήρανσης: τα όλο και λιγότερα παιδιά που γεννάμε θα έμεναν ακόμα λιγότερα εξαιτίας της υψηλής θνησιμότητας και επομένως το ειδικό τους βάρος θα ήταν ακόμη μικρότερο από αυτό που είναι σήμερα, ενώ το ποσοστό-αναλογία των ηλικιωμένων ατόμων θα ήταν ακόμη μεγαλύτερο.

Είναι λοιπόν προφανές ότι η δημογραφική γήρανση σήμερα είναι αποτέλεσμα κυρίως της μεγάλης πτώσης των γεννήσεων που δημιουργεί μία γήρανση "εκ των κάτω" όπως συνηθίζουμε να αποκαλούμε και όχι της αύξησης του μέσου όρου ζωής όσο παράδοξο και αν φαίνεται.

### **Δημογραφική γήρανση σε Ελλάδα και Ευρώπη**

Εξετάζονται τη δημογραφική γήρανση με βάση τα ποσοστά των πληθυσμιακών ομάδων μπορούμε να γνωρίσουμε καλύτερα την εξέλιξη της στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα. Το δημογραφικό αυτό φαινόμενο είναι εξάλλου ιδιαίτερα εμφανές στις ανέπτυγμένες χώρες και κυρίως στην Γηραιά Ήπειρο.

Η Ασία η Αφρική και η Λατινική Αμερική με ποσοστά 4,5%, 2,9% και 4,4% αντίστοιχα το 1988 δεν αντιμετωπίζουν προς το παρόν τουλάχιστον αντίστοιχα φαινόμενα.

Η Σουηδία είναι η χώρα με το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων στον κόσμο 17,8%. Στις χώρες της ΕΟΚ τα ποσοστά των ηλικιωμένων κυμαίνονται γύρω στο 1990-91 από 15,6% στη Δανία και στο Ην. Βασίλειο 11,3% στην Ιρλανδία. Η Ελλάδα κατέχει μία ενδιάμεση θέση με 14%.

### ~~Ενδιάμεση~~

και συγκρίνοντας την με τις χώρες μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης μαζί με την Ισπανία, Πορτογαλία, Λουξεμβούργο, Ουγγαρία και Φιλανδία (13-14%). Στην Βαλκανική χερσόνησο έχει το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων. Η διαφορά της με την Αλβανία και την Τουρκία (4,2%) είναι τεράστια.

Εξετάζοντας τη χώρα μας με βάση το δείκτη γήρανσης (άτομα 65 και άνω ανά 100 άτομα ηλικίας 0-14 ετών) η Ελλάδα βρίσκεται στην ίδια ομάδα με τη Γαλλία, Φιλανδία, Ολλανδία, Ισπανία με 73 ηλικιωμένα άτομα σε 100 νέους 0-14.

Δανία, Νορβηγία, Σουηδία έχουν δείκτες γήρανσης πάνω από 86 ηλικιωμένους σε 100 ενώστοιχόν αντίστοιχα βρίσκονται η Κίετρας, Μάλτα, Ιρλανδία, Τουρκία με δείκτη γήρασης με ηλικιωμένη σε 100 νέους.

Μελετώντας την μεταβολή στη δομή του πληθυσμού της χώρας μου στον 20ο αιώνα διαπιστώνουμε μία σταδιακή αύξηση των ποσοστών της 3ης ηλικίας η οποία τις τελευταίες δεκαετίες είναι πολύ πιο έντονη.

Παράλληλα έχουμε και μία συνεχή μείωση των γεννήσεων. Το 1931 τα άτομα 0-14 ετών αποτελούσαν το 28,8% του πληθυσμού της χώρα και τα άτομα 65 και άνω το 6,8. Το 1971 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 24,9% τα άτομα 0-14 ετών και 11,1 οι ηλικιωμένοι ενώ το 1991 τα άτομα 0-14 ετών αποτελούσαν το 18,4% ενώ οι ηλικιωμένοι το 14,2%. Η αύξηση των ποσοστών των ηλικιωμένων δεν είναι ίδια σε όλη την Ελλάδα στα αστικά κέντρα λόγω κυρίως της εσωτερικής μετανάστευσης επιβραδύνεται ενώ αντίθετα στις αγροτικές περιοχές επιταχύνεται. Έτσι λοιπόν εξαιτίας της αντίστροφης κατανομής των ηλικιακών ομάδων σε ορισμένες αγροτικές

περιοχές, η δημογραφική γήρανση είναι πολύ πιο έντονη. Υπάρχουν στην Ελληνική ύπαιθρο πολλά χωριά που κατοικούνται κυρίως από ηλικιωμένους.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό στα άτομα της 3ης ηλικίας είναι ότι ο αριθμός των γυναικών είναι μεγαλύτερος από αυτόν των ανδρών. Το 1991 είχαμε στην Ελλάδα 190.000 περισσότερες γυναίκες από άνδρες στα άτομα 65 και άνω. Η μετανάστευση, οι πολέμοι και η μεγαλύτερη θνησιμότητα στους άνδρες εξηγούν στη διαφορά της δημογραφικής γήρανσης των δύο φύλων.

Η δημογραφική γήρανση έχει και κάποιες γενικότερες επιπτώσεις σε μία χώρα. Οι σημαντικότερες επιπτώσεις είναι οι οικονομικές και κυρίως στις δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης και στις δαπάνες υγείας.

Η δημογραφική γήρανση προκαλεί α) αυξανόμενη δυνασαλογία συνταξιούχων προς εργαζομένους πράγμα που προκαλεί δυσχέρειες στη χρηματοδότηση των συντάξεων και ιδιαίτερα των πιο χαμηλών, μεγάλη αύξηση των δαπανών για την υγεία. Επομένως έχουμε αύξηση των οικονομικών βαρών στον παραγωγικό πληθυσμό με αποτέλεσμα να έχουμε αρνητικές επιπτώσεις στην αποταμίευση, στις δημόσιες επενδύσεις και στην παραγωγή και παραγωγικότητα.

Εκτός από τις οικονομικές αναφέρονται και κοινωνικές επιπτώσεις όπως είναι: κατάληψη και διατήρηση θέσεων εργασίας, η σύγκρουση γενεών, η περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων, η μείωση του στρατεύσιμου πληθυσμού κτλ.

Πέρα όμως απ' αυτήν την οικονομιστική προσέγγιση και την αρνητική αξιολόγηση της κοινωνίας μας έναντι της δημογραφικής γήρανσης υπάρχει

και η θετική πλευρά την οποία παραβλέπουμε, αν και είναι πολύ σημαντική για την ίδια την κοινωνία και τον πολιτισμό μας.

Καταρχήν ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου αυξήθηκε κατά 15 ως 20 έτη τα τελευταία χρόνια, γεγονός που κάνει τον άνθρωπο να αισθάνεται καλύτερα. Ιδιαίτερα οι άνθρωποι της μέσης ηλικίας νιώθουν ότι είναι νεότεροι από ότι παλιότερα. Η ηλικία των 50 ετών για παράδειγμα δεν θεωρείται πλέον προχωρημένη ηλικία και ο άνθρωπος νιώθει ότι έχει πολλά χρόνια μπροστά του.

Οι ηλικιωμένη εξάλλου δημιούργησαν πολλά απ' αυτά που έχουμε σήμερα εμείς. Αγωνίστηκαν για να πετύχουν ένα καλύτερο μέλλον γι' αυτούς και τα παιδιά τους. Βοήθησαν στην ανάπτυξη της κοινωνίας γι' αυτά και δικαιοματικά ζητούν την συμπαράσταση των νεότερων. Η κοινωνία μας έχει χρέος να τους βοηθήσει και να μην τους περιθωριοποιήσει. Οι εμπειρίες τους επίσης και οι γνώσεις που έχουν αποκτήσει, μπορούν να χρησιμεύσουν και να βοηθήσουν τους νεότερους.

Τέλος δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο τρόπος που μεταχειριζόμαστε τους ηλικιωμένους σήμερα θα προδικάσει σε κάποιο βαθμό τι είδους μεταχείριση θα τύχουμε όταν εμείς γεράσουμε.

### **Εισόδημα κι οι οικονομικές ανάγκες της τρίτης ηλικίας**

Έχουν οι ηλικιωμένοι λιγότερες ανάγκες εισοδήματος από τους νεότερους. Η ιδέα αυτή, είναι πολύ διαδεδομένη λόγω των μικρότερων οικογενειακών βαρών που έχουν οι συνταξιούχοι και της απουσίας δαπανών που σχετίζονται με την εργασία τους. Οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι

υπερήλικες άνω των 75 ετών, είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες που οι νέοι κάνουν μόνοι τους ( ) ενώ η περιορισμένη κινητικότητά τους μπορεί να απαιτεί ιδιαίτερες δαπάνες (π.χ. ταξί). Επίσης, με την πάροδο του χρόνου ένα μέρος του οικιακού εξοπλισμού των ηλικιωμένων αρχηστεύεται (π.χ. ρούχα, έπιπλα, ηλεκτρικά είδη) τα οποία με την χαμηλή σύνταξη είναι δύσκολο να αντικατασταθούν. Εξάλλου, το κόστος ζωής ενός μοναχικού ατόμου είναι μεγαλύτερο από εκείνο του ζευγαριού (π.χ. ηλεκτρικό, ΟΤΕ, θέρμανση, δαπάνες για την κατοικία κλπ.). Μια επιπλέον σημαντική ανάγκη των ηλικιωμένων είναι και η περίθαλψη της οποίας, όμως, το κόστος είναι μεγάλο. Η φυσιοθεραπεία, η περιποίηση των ποδιών που χρειάζονται οι ηλικιωμένοι στοιχίζει ακριβά. Όλα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία και την χήρα που πρέπει να ζήσει με τα μισά η 7/10 της σύνταξης που περιλαμβάνουν το ζευγάρι.

Η παγκόσμια οργάνωση υγείας συνιστά α) την ενίσχυση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης ώστε να καλύπτουν όλους τους ηλικιωμένους. Β) Την καθιέρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος που να επιτρέπει την ικανοποίηση των αναγκών των ηλικιωμένων και την εξασφάλιση της ανεξαρτησίας τους, δίνοντας έμφαση στα μέτρα προστασίας του εισοδήματος των ηλικιωμένων από τον πληθωρισμό, και γ) τη μελέτη νέων τρόπων προσφοράς στους ηλικιωμένους μιας συμπληρωματικής σύνταξης και νέους τρόπους αποταμίευσης. Με τη βοήθεια ελληνικών ερευνών και επιστημονικών μελετών θα προσπαθήσουμε να δούμε αν οι ηλικιωμένοι διαθέτουν στην Ελλάδα εισόδημα που να καλύπτει τις ανάγκες τους και να ζουν με άνεση κι αξιοπρέπεια.

### I. Η Μακροοικονομική προσέγγιση

Μια μακροοικονομική προσέγγιση του θέματος θα έπρεπε να εξετάζει τα εξής θέματα: α) εξασφαλίζεται με την γεροντική ηλικία ένα επίπεδο ζωής έξω από τη φτώχεια. β) Τί ποσοστό του εθνικού εισοδήματος αποδίδεται στους ηλικιωμένους. γ) Πώς μοιράζεται αυτό το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος ανάμεσα στις υπηρεσίες και το εισόδημα (σύνταξη). Εδώ, όμως, απαιτείται ειδική μελέτη και συνολικά ποσοστά του εισοδήματος που αποδίδεται στους ηλικιωμένους και της κατανομής του ανάμεσα σε συντάξεις και υπηρεσίες.

Θα εξετάσουμε την φτώχεια και την απασχόληση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα κάνοντας συγκρίσεις με τις χώρες της ΕΟΚ.

#### 1) Η φτώχεια των ηλικιωμένων

Όπως παρατηρεί ο P. Laroque, ένας από τους πιο γνωστούς μελετητές του θέματος, στους ηλικιωμένους περιλαμβάνονται τα πιο πλούσια και τα πιο φτωχά άτομα του πληθυσμού. Οι πλούσιοι ζούν απ' την περιουσία που κληρονόμησαν από προηγούμενες γενεές ή δημιούργησαν οι ίδιοι. Οι πιο φτωχοί εγκαταλείποντας την επαγγελματική τους δραστηριότητα στερήθηκαν τα εισοδήματα από την εργασία τους, τα οποία αντιπροσώπευαν το μεγαλύτερο μέρος των πόρων τους. Ο αριθμός των φτωχών ηλικιωμένων είναι πολύ μεγαλύτερος από τον αριθμό των πλουσίων και αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού που ζει κάτω από το επίπεδο της φτώχειας.



### A) Η φτώχεια των ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Οι πιθανότητες να βρίσκεται σε φτώχεια το νοικοκυριό αυξάνουν όταν ο αρχηγός του είναι πάνω από 65 ετών και αγγίζουν πολύ υψηλές τιμές όταν υπερβεί τα 75 χρόνια.

Το 1981-82 ο δείκτης φτώχειας ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, για τις περισσότερες ομάδες ηλικιών 25-64 ετών ο δείκτης φτώχειας παραμένει σχεδόν σταθερός στα επίπεδα 17-20%. Στην ομάδα ηλικιών 65-74 η συχνότητα εμφάνισης της φτώχειας είναι 26% και στην ομάδα άνω των 75 ετών 42%. Η ηλικία των 65 ετών θεωρείται κάτι σαν ορόσημο για τα οικονομικώς ενεργά άτομα. Μετά από αυτή την ηλικία το άτομο που τώρα εργαζόταν για τη συντήρηση ολόκληρης της οικογένειας αποσύρεται συνήθως από την ενεργό δράση και συνταξιοδοτείται. Για μερικά χρόνια ακόμα το άτομο ίσως εξακολουθήσει να εργάζεται ενδεχομένως για να συμπληρώσει τα ένησημα που θα του επέτρεπαν να πάρει κάποια ανεπαρκή σύνταξη. Στην ομάδα 75 και άνω που η ικανότητα για εργασία αρχίζει να μειώνεται το άτομο βασίζεται περισσότερο από ότι στο άμεσο παρελθόν στο εισόδημα από συνταξιοδότηση του ο υψηλός κίνδυνος φτώχειας γι' αυτή την ομάδα ηλικιών πιθανών να αντανακλά αυτό το γεγονός. Εξάλλου, όταν ο αρχηγός του νοικοκυριού φθάσει σ' αυτές τις ηλικίες, τα νεότερα μέλη του νοικοκυριού που μέχρι τώρα με την εργασία τους συνεισέφεραν στο οικογενειακό εισόδημα, φεύγουν από το σπίτι για να δημιουργήσουν δικά τους νοικοκυριά.

Το 1988 σύμφωνα με τον ορισμό της φτώχειας ότι φτωχοί είναι αυτοί που έχουν εισόδημα χαμηλότερο από το μισό του μέσου κατά κεφαλήν ηλικιακού εισοδήματος, το 20% όλων των νοικοκυριών χαρακτηρίζονται φτωχοί ενώ στους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών το 27,8% (βιβλ. ΣΚΠΕ, Κοινωνική, τεύχος 24ο, έτος 6ο, 1991).

## **B) Η φτώχεια στις χώρες της ΕΟΚ και σ' άλλες αναπτυσσόμενες χώρες**

Η έκθεση του δεύτερου ευρωπαϊκού προγράμματος φτώχειας της ΕΟΚ που ορίζει ως όριο της φτώχειας εισόδημα μικρότερο του 50% του μέσου κατά κεφαλήν εθνικού εισοδήματος υπολόγισε ότι ο αριθμός των φτωχών στις χώρες της ΕΟΚ αυξήθηκε την περίοδο 1980-85 από 44 σε 50 εκατομμύρια άτομα ενώ ο αριθμός των φτωχών ηλικιωμένων μειώθηκε από 9,7 εκατομμύρια σε 8,5 εκατομμύρια (μείωση κατά 1,27%). Ο αριθμός των Ελλήνων φτωχών ηλικιωμένων μειώθηκε από 382 χιλιάδες άτομα το 1980 σε 371 χιλιάδες άτομα το 1985 (μείωση κατά 2.9%). Το αντίστοιχο ποσοστό μείωσης στην Ιρλανδία ήταν 51%, στη Γαλλία 31% και στην Ισπανία 21%. Η κακή υγεία είναι αιτία και αποτέλεσμα της φτώχειας. Η θνησιμότητα, η αναλογία των χρόνιας πασχόντων και η κακή υγεία είναι δείκτες που συνδέονται όχι μόνο με την κοινωνική τάξη αλλά κυρίως με την απασχόληση και τα οικονομικά προβλήματα. Η φτώχεια αλλά και η συμπεριφορά και οι πολιτιστικές συνήθειες ορισμένων ατόμων συμβάλλουν ώστε να μην αναζητούν θεραπεία αμέσως μόλις χρειαστεί. Εξάλλου οι λιγότερο ευνοημένες περιοχές δεν προσφέρουν ιατρική υποδομή και υπηρεσίες. Οι

φτωχοί ζουν, συχνά στις χειρότερες κατοικίες και πολλοί ζουν απομονωμένοι, μακριά από τις υπηρεσίες της πόλης.

Οι έρευνες σε διάφορες χώρες της ΕΟΚ δίνουν για την φτώχεια των ηλικιωμένων: π.χ. στην Ιταλία. Δειγματοληπτική έρευνα σε 5.200.000 άτομα άνω των 65 ετών, δηλαδή τα 2/3 των ηλικιωμένων που ζουν σε ιταλικές οικογένειες έδειξε ότι το 28,6% βρίσκονται, κάτω από το όριο της φτώχειας, ποσοστό κατά πολύ υψηλότερο από εκείνο που παρατηρείται στο σύνολο των νοικοκυριών της Ιταλίας (15,7%). Εξάλλου, τα φτωχά ηλικιωμένα νοικοκυριά αποτελούν το 33,1% όλων των νοικοκυριών στην Ιταλία.

Συγκριτική μελέτη σε 6 χώρες (ΗΠΑ, ΚΑΝΑΔΑΣ, Ηνωμένο Βασίλειο, Νορβηγία, Σουηδία, Δ. Γερμανία) έδειξε ότι α) Το ποσοστό των ηλικιωμένων με εισόδημα λιγότερο από το μισό του μέσου εθνικού εισοδήματος κυμαίνεται από 1% για τη Σουηδία μέχρι 29% για το Ηνωμένο Βασίλειο, β) Το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 75 ετών που έχουν λιγότερο από το μισό μέσο εθνικό εισόδημα είναι πολύ υψηλότερο από το ποσοστό της ομάδας 67-71 ετών όλες τις χώρες εκτός από τη Σουηδία και γ) οι παροχές κοινωνικής ασφάλισης ως μέρος του ΑΕΠ αυξάνονται σε όλες τις χώρες γεγονός που οφείλεται και στη γήρανση του πληθυσμού (ΣΚΛΕ, Κοινωνική εργασίας, τεύχος 2, 1991).

## 2) Η απασχόληση των Ηλικιωμένων

Η εργασία δεν προσφέρει μόνο εισόδημα αλλά και κοινωνική θέση ακόμα και ψυχολογικές ικανοποιήσεις. Η απώλειά της μπορεί να προκαλέσει μεγάλη στέρηση. Μερικοί συνταξιούχοι θα μπορούσαν να έχουν αμοιβόμενες

δραστηριότητες είτε για να συμπληρώσουν ανεπαρκή εισοδήματα είτε για να κερδίσουν περισσότερα χρήματα, είτε γιατί η μισθωτή εργασία αποτελεί τη βασική δικαίωση της ύπαρξής τους.

### Στην Ελλάδα

Το εισόδημα και το επίπεδο διαβίωσης των ηλικιωμένων που εργάζονται διαφέρει από εκείνο των συνταξιούχων που δεν εργάζονται. Η απασχόληση παίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή των συνταξιούχων. Ορισμένοι εργάζονται πέρα από τη νόμιμη ηλικία συνταξιοδότησης.

Στην Ελλάδα ο Ν. 4476/12/1965 ορίζει ότι επιτρέπει την εργασία των ηλικιωμένων υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Οι περισσότεροι ασφαλιστικοί οργανισμοί θέτουν ως όρο την αποχώρηση από την υπηρεσία ή το επάγγελμα για την χορήγηση σύνταξης. Η μερική απασχόληση των συνταξιούχων υπάρχει σήμερα σε μεγάλη έκταση αλλά λόγω των ασφαλιστικών κυρώσεων συνήθως δεν δηλώνεται. Οι "νέοι" συνταξιούχοι των 40-50 ετών αναζητούν κατά κανόνα δεύτερη απασχόληση στην παράλληλη αγορά εργασίας. Τί συμβαίνει με τους ηλικιωμένους;

Η απογραφή του 1981 έδειξε ότι 178 χιλιάδες ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών που αποτελούσαν το 5% του εργατικού δυναμικού εργάζονταν, αριθμός που σημείωσε μείωση σύμφωνα με την απογραφή το 1971 (185 χιλιάδες).

Η έρευνα του ΕΚΚΕ στην περιοχή της πρωτεύουσας έδειξε ότι μόνο το 5% των ηλικιωμένων απασχολούνται και δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις κατά φύλο. Στους συνταξιούχους που απασχολούνται το εισόδημα από την

εργασία αποτελεί το 53% του συνολικού εισοδήματος ενώ το εισόδημα από σύνταξη καλύπτει το 38% και το εισόδημα από άλλες πηγές μόνο 9%. Για όσους δεν απασχολούνται η σύνταξη αποτελεί την κύρια πηγή και καλύπτει το 89% του συνολικού τους εισοδήματος ενώ το εισόδημα από άλλες πηγές (ενοίκια, τόκοι κλπ.) είναι 11% χωρίς διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες. Οι συνταξιούχοι που εργάζονται ακολουθούν φθίνουσα πορεία με την αύξηση της ηλικίας. Έτσι μέχρι 54 ετών το 17% των συνταξιούχων αυτών απασχολείται ενώ στις μεγάλες ηλικίες 70 ετών και πάνω το ποσοστό είναι σχεδόν 1%. Οι "νεότεροι" συνταξιούχοι έχουν την φυσική δύναμη να εργαστούν αλλά αντιμετωπίζουν και αυξημένες ανάγκες γιατί τα παιδιά τους βρίσκονται στα στάδια των σπουδών ή της αποκατάστασης.

Στην πραγματικότητα ο αριθμός των ηλικιωμένων που εργάζονται είναι αισθητά μεγαλύτερος από αυτόν που αναφέρουν η απογραφή και οι έρευνες, γιατί ένας άγνωστος αριθμός ηλικιωμένων απασχολούνται στην προοικονομία. Οι ίδιοι δε δηλώνουν ότι εργάζονται -είτε για να μη χάσουν τη σύνταξη, αφού ορισμένοι ασφαλιστικοί φορείς διακόπτουν ή περιορίζουν την σύνταξη όταν ο συνταξιούχος εργάζεται, είτε για λόγους φορολογικούς.

Γιατί εργάζονται οι ηλικιωμένοι συνταξιούχοι; Ένας από τους βασικότερους λόγους είναι οι οικονομικές δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν γιατί το ποσό της σύνταξης που λαμβάνουν μετά την αποχώρησή τους από την εργασία μειώνεται σημαντικά σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσό των εν ενεργεία αποδοχών τους. Εκτός από τους οικονομικούς λόγους η κοινωνική ανάγκη για απασχόληση και δράση, η αβεβαιότητα για το μέλλον, η απομόνωση από την κοινωνία ή αγάπη για το επάγγελμα σε συνδυασμό

με τη διατηρούμενη ακόμα ικανότητα για απόδοση στην εργασία, η υψηλή αμοιβή κλπ. Εξάλλου είναι γεγονός ότι η γεροντοκρατία, εξάλλου στη στελέχωση επιπέδου σε όλους τους τομείς εμποδίζει την ανανέωση παραγωγικού και διοικητικού μηχανισμού και δεν παρέχει στους πιο ενήμερους και εξοικειωμένους στις νέες τεχνολογίες νέους να ενταχθούν στην παραγωγική διαδικασία. Άρα η παραγωγικότητα της οικονομίας και τους κράτους παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα και δεν αυξάνει το εθνικό εισόδημα και συνεπώς τα έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων.

## II. Η μικροοικονομική προσέγγιση

Η απόφαση 91/49 από 26 Νοεμβρίου 1990 του Συμβουλίου της ΕΟΚ αναφέρει. Κάθε εργαζόμενος της ευρωπαϊκής Κοινότητας πρέπει να μπορεί να διαθέτει τη στιγμή της συνταξιοδότησής του πόρους που να του εξασφαλίζουν αξιοπρεπές επίπεδο ζωής. Στα άτομα που έχουν φθάσει σε ηλικία συνταξιοδότησης, χωρίς να τους αναγνωρίζεται συνταξιοδοτικό δικαίωμα και δεν έχουν άλλους πόρους εισοδήματος, πρέπει να εξασφαλίζονται επαρκείς πόροι καθώς και κοινωνική και ιατρική αρωγή ανάλογα με τις προσωπικές τους ανάγκες.

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν το ποσοστό της σύνταξης σε σχέση με τις εν ενεργεία αποδοχές. Η εργασιακή ιστορία του ατόμου, το επίπεδο των αποδοχών, η ηλικία συνταξιοδότησης, η οικογενειακή κατάσταση. Ενώ οι παροχές της κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν τη βάση του εισοδήματος για τους περισσότερους ηλικιωμένους, μερικοί έχουν παροχές από ιδιωτικές ασφαλίσεις ή επικουρικά ταμεία ή και εισόδημα από περιουσιακά στοιχεία με αποτέλεσμα να διατηρήσουν το βιοτικό επίπεδο που είχαν πριν από τη συνταξιοδότηση. Η ευημερία του ηλικιωμένου στο μέλλον θα καθορίζεται από τη δική του παραγωγική ικανότητα, τη συμμετοχή του στο εργατικό δυναμικό και την επιθυμία των οικονομικά ενεργών να δίνουν παροχές στους ηλικιωμένους.

### **A) Τα εισοδήματα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα μεγάλες εισοδηματικές ανισότητες χαρακτηρίζουν τον ηλικιωμένο πληθυσμό. Ανάμεσά τους βρίσκονται μερικοί από τους πιο πλούσιους και τους πιο οικονομικά ισχυρούς ανθρώπους της χώρας, εφοπλιστές, βιομήχανοι, επιχειρηματίες κλπ. και πολλοί από τους πιο φτωχούς.

Το εισόδημα των ηλικιωμένων εξαρτάται εκτός από τη σύνταξη από την εργασία και από την αποταμίευση. Η σύνταξη είναι συνάρτηση της απασχόλησης που είχαν στην οικονομικά ενεργό ζωή τους και το ύψος της σηματοδοτεί καθοριστικά το βιοτικό επίπεδο του συνταξιούχου. Με την πάροδο του χρόνου ο ηλικιωμένος είναι λιγότερο οικονομικά για εργάτης και πολλοί δεν έχουν αποταμιεύσεις - διότι δεν είχαν ποτέ ή δεν έχουν πια.

Η οικονομική βοήθεια των παιδιών συμβάλλει στην επίλυση του οικονομικού προβλήματος ορισμένων ηλικιωμένων. Όλα, όμως, τα παιδιά δεν μπορούν και ορισμένα δεν θέλουν να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους γονείς τους. Εξάλλου όπως υπολογίστηκε από έρευνες, ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων δεν έχουν παιδιά.

Αρκετά ηλικιωμένα άτομα με χαμηλά εισοδήματα δεν μπορούν να διατηρήσουν τα πρότυπα διατροφής, ένδυσης, στέγασης και κοινωνικών σχέσεων. Επιπλέον η κακή υγεία και η ανεπάρκεια των αισθητηρίων οργάνων συχνά περιορίζουν την κοινωνική κινητικότητα καταλήγοντας σε ακόμα μεγαλύτερη μείωση του βιοτικού επιπέδου.



## **Β) Οι συντάξεις στην Ελλάδα κατά ασφαλιστικό φορέα.**

Μερικοί ασφαλιστικοί φορείς παρέχουν ελάχιστη προετοιμασία ενώ άλλοι με την επικουρική σύνταξη που χορηγούν εξασφαλίζουν μαζί με την κύρια σύνταξη εισόδημα υψηλότερο από τον τελευταίο μισθό

Μελέτη που έγινε για το 1989 έδειξε ότι σε σύνολο 1.752.0000 συνταξιούχων το 39% λάβαινε 10.0000 δρχ. το 14% 20-45.000 δρχ. (ΤΕΒΕ, ΙΚΑ), και το 22% έπαιρνε μεγαλύτερες συντάξεις. Υπολογίστηκε ότι 3 ταμεία το ΙΚΑ, το ΟΓΑ και το ΤΕΒΕ καλύπτουν το 76% του συνόλου των συνταξιούχων, το δημόσιο το 13,3% και όλα τ' άλλα ταμεία το 10,45% (ΣΚΛΕ, έτος 6ο, τεύχος 24ο, 1991).

Για το 1991 οι συντάξεις έχουν διαμορφωθεί ως εξής:

**ΙΚΑ.** Κατώτατα όρια ποσόν σύνταξης 1-9-90 κατά κατηγορία είναι γήρατος 62.360, αναπηρίας 62.360, θανάτου 56.1'20.

**ΤΕΒΕ.** 123.000 συνταξιούχοι κατώτατη σύνταξη γήρατος 30.200, κατώτατη σύνταξη θανάτου 39.500. Το 76% λαμβάνουν την κατώτατη σύνταξη.

**ΟΓΑ.** Οι μικρότερες συντάξεις στην Ελλάδα το 1991 είναι οι συντάξεις του ΟΓΑ και των ηλικιωμένων ανασφάλιστων. Οι συντάξεις αναπηρίας άνω των 65 ετών 58.000 (σε σύνολο 179.600) το 70% παίρουν σύνταξη 12.000 δρχ. Στις αγροτικές περιοχές η σύνταξη είναι πρωταρχική πηγή εισοδήματος δηλαδή 12.000-13.500 δρχ.

**ΤΣΑ.** 28.476 συνταξιούχοι. Κατώτεροι σύνταξη γήρατος 40.000 η ανώτατη 72.000, η σύνταξη αναπηρίας 40.000 σε κατώτερο και θανάτου 32.000.

**ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ.** Ο αριθμός των ασφαλιζομένων στο τέλος του 1991 ήταν 280.384 άτομα, αριθμός που μειώθηκε με την κατάργηση της αντιστασιακής σύνταξης (31-7-91 ήταν 336.848 άτομα) (ΣΚΛΕ, έτος 6ο, τεύχος 24ο, Αθήνα '91).

## ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ο Freud είπε ότι: "Το παιδί είναι ο πατέρας του ενήλικα. Ο τρόπος που ζήσαμε σαν παιδιά επηρεάζει καθοριστικά των τρόπο που ζούμε σαν ενήλικες. Ο τρόπος που μεγάλωσαν οι σημερινοί ηλικιωμένοι επηρεάζει άμεσα τη στάση τους απέναντι στην προάσπιση των δικαιωμάτων τους.

Το ανθρώπινο "δικαίωμα" εκπληρώνει τρεις βασικές λειτουργίες. Τη γνωστική (θα πρέπει ο άνθρωπος να γνωρίζει το δικαίωμά του. Τη ψυχοκοινωνική (θα πρέπει ο άνθρωπος να ενστερνιστεί το δικαίωμά του). Την επικοινωνιακή (θα πρέπει να διεκδικήσει το δικαίωμά του).

Επίσης, κάθε άτομο έχει δικαίωμα για μια ζωή όπου δε μπορεί να διατηρήσει όση δύναμη και αξιοπρέπεια του απόμεινε από την ωριμότητά τους ανεξάρτητα από τις αλλοιώσεις που μπορεί να έκανε ο καιρός στις πνευματικές και στις σωματικές του δυνάμεις.

Η λέξη "γηρατειά" σημαίνει αυξημένες ανθρώπινες ανάγκες. Σημαίνει αυξημένη κοινωνική απαίτηση από πλευράς οικονομικών δυνατοτήτων.

Οι ανάγκες του μεγάλου και αυξανόμενου τμήματος ηλικιωμένων του ελληνικού πληθυσμού όπως προκύπτουν από ξένες και ελληνικές έρευνες και από επιστημονικές μελέτες είναι:

- 1) Εξασφάλιση εισοδήματος που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων.
- 2) Εξασφάλιση αξιοπρεπούς στέγης, ρουχισμού και κατάλληλης τροφής χωρίς "φιλανθρωπία".

- 3) Ανάγκη για ανθρώπινες σχέσεις και οικογενειακό περιβάλλον χωρίς το αίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους.
- 4) Ανάγκη παραμονής του ηλικιωμένου στο σπίτι του με βοήθεια κατ' οίκον υπηρεσιών.
- 5) Ανάγκη για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνιας των ηλικιωμένων.
- 6) Ανάγκη για απασχόληση όσων το επιθυμούν.
- 7) Ανάγκη προσφοράς και αναγνώρισης της προσφοράς τους.
- 8) Ανάγκη συμμετοχής στις εξελίξεις της ζωής τους και στη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν.
- 9) Ανάγκη νομικής εξυπηρέτησης και προστασίας.
- 10) Ανάγκη ενημέρωσης (για θέματα υγείας, για τη διαδικασία της συνταξιοδότησης, για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων κλπ.)
- 11) Ανάγκη για έρευνες, που τα αποτελέσματά τους θα καταλήξουν σε νέο προγραμματισμό και αλλαγές.
- 12) Ανάγκη εκπαίδευσης και ικανοποιητικής αμοιβής προσωπικού που ασχολείται με τους ηλικιωμένους.

Οι εκπρόσωποι των ηλικιωμένων απ' όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας συνελθόντες στο Λουξεμβούργο στις 30 και 31 Μαρτίου 1992, ζήτησαν:

- Η κοινωνική διάσταση της Ευρώπης να λαμβάνει πλήρως υπόψη τους ηλικιωμένους.

- Το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο και η επιτροπή των ευρωπαϊκών κοινοτήτων να εξαγγείλουν μια ευρωπαϊκή κοινοτική χάρη για τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα για τους συνταξιούχους.

- Οι πρεσβύτεροι να μπορούν να συμβάλλουν κανονικά στην κατάρτιση της κοινοτικής πολιτικής, για την προστασία των ηλικιωμένων.

- Να λαμβάνεται υπόψη η μεγάλη ποικιλομορφία αυτού του τμήματος οι πληθυσμοί και οι πολλαπλές κοινωνικές διαστάσεις που καθιστούν αναγκαία τη λήψη κοινωνικών, οικονομικών και πολιτιστικών μέτρων που να προσανατολίζονται και να προσαρμόζονται στις καταστάσεις αυτές, ιδιαίτερα για την καταπολέμηση της φτώχειας που εξακολουθεί να υπάρχει και των ~~χαμηλών εισοδημάτων κυρίως, την ηλικιωμένων γυναικών.~~

- Να αποφεύγεται η αποκοπή των ηλικιωμένων από την υπόλοιπη κοινωνία και οι διακρίσεις εις βάρος τους, που φθάνουν μέχρι τον αποκλεισμό τους σε γκέτο. Να ληφθούν μέτρα που να εμποδίζουν τέτοιες τάσεις.

Ζήτησαν για κάθε ηλικιωμένο ευρωπαίο το δικαίωμα στην αυτονομία, στην ασφάλεια, στην αξιοπρέπεια και στην άσκηση της ανθρωπίνης προσωπικότητας και πιο συγκεκριμένα:

- Το δικαίωμα για ένα εισόδημα που θα επιτρέπει μια ζωή σύμφωνα με την ανθρωπίνη αξιοπρέπεια, δηλαδή μια ευπρεπής σύνταξη μ' άλλα λόγια δικαίωμα για ένα εγγυημένο κατώτατο εισόδημα.

- Το δικαίωμα κάθε ηλικιωμένου να επιλέγει ελεύθερα τον τόπο στον οποίο θα ζει και την υποχρέωση, για την κοινωνία, να εξασφαλίζει την

παροχή υπηρεσιών που είναι απαραίτητη για την άσκηση του δικαιώματος αυτού.

- Τη δυνατότητα προσφυγής σε κοινοτική κατοικία ποιότητα η ουσία θα προστατεύει όσο το δυνατόν καλύτερα τα δικαιώματα των κατοίκων.

- Το δικαίωμα στην υγεία και σε μία υποδομή που θα επιτρέπει την πρόσβαση σ' αυτή ή τη διατήρησή της.

- Το δικαίωμα στην υγεία και σε μία υποδομή που θα επιτρέπει την πρόσβαση σ' αυτή ή τη διατήρησή της.

- Το δικαίωμα για ένα ευπρεπές πλαίσιο ζωής με ορθώς σχεδιασμένη χωροταξία που θα λαμβάνει μέριμνα για την αρμονική ένταξη όλων των ηλικιακών-στρωμάτων στην πόλη που θα είναι για όλους.

- Το δικαίωμα για ένα περιβάλλον που θα είναι προσαρμοσμένο στις πράξεις της καθημερινής ζωής που θα εξασφαλίζει την ασφάλεια και την ακεραιότητα των ατόμων.

- Το δικαίωμα στην ψυχαγωγία, στην μόρφωση και στον πολιτισμό τόσο ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή και διοργάνωση σχετικών δραστηριοτήτων όσο και την ενεργό υποστήριξη των εθελοντικών οργανώσεων των ηλικιωμένων.

- Το δικαίωμα για πλήρη και προσιτή ενημέρωση με πλήρη σεβασμό του ατόμου.

- Το δικαίωμα για υπεύθυνη συμμετοχή στα κοινά και στις αποφάσεις, μέσω της αποτελεσματικής εκπροσώπησης στους αρμόδιους φορείς.

Όσον αφορά τους εξαρτημένους ηλικιωμένους, ζήτησαν να θεσπιστούν οι θεμελιώδεις κανόνες που θα εξασφαλίζουν τα δικαιώματά τους στο σεβασμό, την ευπρέπεια, στη βοήθεια για την ανάπτυξή τους και στη διατήρηση της αξιοπρέπειάς τους.

Ασφαλώς ένα κομμάτι χαρτί με τα δικαιώματα των ηλικιωμένων δεν θα εξαλείψει τις προκαταλήψεις και τους φόβους της ανθρώπινης κοινωνίας. Μπορεί όμως να συντελέσει στην υπέρβαση των συγκρούσεων που δημιουργούν οι κοινωνικές ανισότητες και οι ανθρώπινες αντιθέσεις.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί μέσα στην καθημερινότητα όπου ζούμε την παραβίαση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων καλούμεθα συνήγοροι υπεράσπισής τους. Καλούμεθα να υπερασπιστούμε τα δικαιώματά τους και να τους βοηθήσουμε να μάθουν να εκφράζουν τα δικαιώματά τους τροφοδοτώντας τους με βαθιές ανάσες ανθρώπινου σεβασμού και ελευθερίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, σε μια κοινωνία που όλες οι ηλικίες ζουν μαζί και μοιράζονται τα προβλήματά τους.

### Κοινωνικές και Συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι δεν είναι μια ομοιογενής ομάδα. Δεν θα βρεθούν δύο άνθρωποι που να έχουν τις ίδιες ακριβώς ανάγκες και προβλήματα. Εξάλλου, το είδος των προβλημάτων καθορίζεται από το κοινωνικό περιβάλλον, από την περίοδο ζωής και από την στάση του κάθε ατόμου. Οι ανάγκες και τα προβλήματα που θα αναφερθούν εδώ δεν σχετίζονται απαραίτητα με την ηλικία 60 ή 65 και πάνω. Τα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα μπορεί να είναι αποτέλεσμα της κακής υγείας. Η έλλειψη γνώσης, ενημέρωσης και μέσων για έγκαιρη αναγνώριση και πρόληψη και η έλλειψη δυνατότητας για έγκαιρη επικοινωνία και κοινωνική συμμετοχή. Αυτά τα προβλήματα τα συναντούμε συνήθως σε άτομα 75 ετών και πάνω.

Η συνταξιοδότηση μπορεί να θεωρηθεί μια περίοδος όπου κάποιος απολαμβάνει τους καρπούς μιας μακράς προσπάθειας και εργασίας. Μπορεί, όμως, να την δει κανείς και σαν κοινωνική περιθωριοποίηση. Αν συμβαίνει το δεύτερο τότε η συνταξιοδότηση είναι βαρύ κτύπημα για τον απόμαχο της ζωής μιας και συνδέεται με απώλεια ρόλου, συναδέλφων, του γνωστού περιβάλλοντος, απώλεια της καθημερινότητας που έχει συνηθίσει, απώλεια της θέσης που έχει κανείς στην παραγωγή.

Η κακή υγεία και οικονομική ανέχεια οδηγούν σε εξάρτηση. Η εξάρτηση ανοίγει τον δρόμο στο φόβο και την ανασφάλεια που ωθούν έναν αριθμό ηλικιωμένων να επιδιώξει την εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα πολύ πριν η κατάσταση της υγείας του το επιβάλλει.



Αν δει κανείς τα πράγματα από άλλη σκοπιά και αυτοί να φροντίζουν τους μη αυτοεξυπηρετούμενους, τους μη αυτόνομους ηλικιωμένους, είναι και οι ίδιοι κακοποιημένα άτομα.

Συχνά προσπαθούμε να προσδιορίσουμε τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Μα δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι μας, χρειάζονται:

- ✦ Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και κυρία σωστή υπόδηση, καθαριότητα και ικανοποιητική κατοικία με θέρμανση.
- ✦ Έσοδα αρκετά για να καλύπτονται οι ανάγκες τους.
- ✦ Συντροφιά, ζεστασιά, αγάπη και αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, πως είναι απαραίτητοι, πως συμμετέχουν δημιουργικά.
- ✦ Αίσθημα ότι επηρεάζουν την ζωή τους και τη ζωή των άλλων, αίσθημα αυτοσεβασμού και αυτονομίας.
- ✦ Γέλιο, χαρά, χορό, χάδι, δραστηριότητα, εκπαίδευση, νέα ενδιαφέροντα, νέους ορίζοντες, επικοινωνία.
- ✦ Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στον χώρο τους, έστω και με μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο.
- ✦ Ικανοποιητική ιατρική κάλυψη και υπηρεσίες μέσα στην κοινότητά τους.
- ✦ Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- ✦ Ευκαιρία για πνευματική ανάπτυξη και δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.

Αν κάποιος επαγγελματίας ή εθελοντής θέλει να βοηθήσει τους ηλικιωμένους μπορεί να κατευθύνει το ενδιαφέρον του και τις ενέργειές του στα ακόλουθα:

- ◆ Να τους βοηθήσει να αναπτύξουν και να αξιοποιήσουν τις δικές τους δυνατότητες και να τους ενθαρρύνει στην αντιμετώπιση ή αποδοχή των προβλημάτων τους.
- ◆ Να τους βοηθήσει να εξασφαλίσουν τα μέσα για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους.
- ◆ Να ευαισθητοποιήσει τις κοινωνικές οργανώσεις και ομάδες σχετικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- ◆ Να επηρεάσει την κοινωνική πολιτική και να βοηθά στη δημιουργία συντονισμένων υπηρεσιών στην κοινότητα.

Ένας επαγγελματίας ή ένας εθελοντής μπορεί να βοηθήσει οικογένεια που φροντίζει ένα μη-αυταεξυπηρετούμενο ηλικιωμένο με τους ακόλουθους τρόπους:

- ◇ Να βοηθήσει την οικογένεια να αξιολογήσει την κατάσταση και το είδος της φροντίδας που μπορεί να προσφέρει.
- ◇ Να την πληροφορήσει για τις υπηρεσίες που υπάρχουν.
- ◇ Να εκπαιδεύσει τα μέλη της οικογένειας για να φροντίζουν με λιγότερο κόπο το αδύναμο ηλικιωμένο άτομο.
- ◇ Να ευρίσκει βοηθούς που σε μία ώρα ανάγκης θα μπορούν να αναλάβουν για μικρό χρονικό διάστημα την φροντίδα του ηλικιωμένου στο σπίτι του.
- ◇ Να ευρίσκει ιατρό, νοσοκόμο, κοινωνική λειτουργό, φυσιοθεραπευτή και οικιακή βοηθό.

Η επαφή των παιδιών με άτομα μεγάλης ηλικίας διαδραματίζει βαρύνοντα ρόλο στην ευαισθητοποίησή τους στα προβλήματα των γηρατειών, συμβάλλει στη διαμόρφωση της γνώσης τους σχετικά με το

γήρας και προσδιορίζει τη στάση τους απέναντι στα γεράματα τα δικά τους αλλά και των άλλων.

Το θέμα της επαφής των παιδιών με τους ηλικιωμένους δεν έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους κοινωνικούς ερευνητές. Οι πληροφορίες μας είναι έμμεσες. Η τάση προς την αστικοποίηση και η κυριαρχία του τύπου της πυρηνικής οικογένειάς μας, οδηγούν στην σκέψη ότι υπάρχει κάποια απόσταση ανάμεσα σε αυτές τις ομάδες των ηλικιωμένων. Από την άλλη, όμως, πλευρά γνωρίζουμε ότι μόνο το 1% του πληθυσμού των Ελλήνων ηλικιωμένων ζει σε ιδρύματα. Οι λοιποί ζουν ανεξάρτητοι, συνήθως κοντά σε κάποιο από τα παιδιά του ή κάποιο συγγενικό πρόσωπο ή, αν ζουν μόνοι, έχουν συχνή ~~επαφή με την οικογένειά τους σε σημεία ανάγκης της ήρας~~ ~~πλευράς ή της άλλης.~~ Γενικά παρατηρείται έντονη ανταλλαγή πόρων και υπηρεσιών ανάμεσα στις διάφορες ομάδες ηλικιών της ίδιας οικογένειας - γονείς, παιδιά, εγγόνια. Η ροή των υπηρεσιών προσφορών έχουν σαν πόλο έλξης τα εγγόνια, όσο διάστημα τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι αυτόνομα, ανεξάρτητα και αυτοεξυπηρετούμενα αλλά αντιστρέφεται και ρέει προς τους ηλικιωμένους, όταν παρουσιάσουν κάποια σωματική ή άλλη αναπηρία. Στη δεύτερη περίπτωση τα παιδιά δεν συμμετέχουν ιδιαίτερα. Τη φροντίδα αναλαμβάνουν τα μεσήλικα άτομα της οικογένειας και μάλιστα οι μεσήλικες γυναίκες.

Η σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε με βάση το ερωτηματολόγιο του παραρτήματος απέδειξε ότι οι νέοι ελάχιστα ασχολούνται συλλογικά με την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Μόνο οργανώσεις όπως η ΧΕΝ και η ΧΑΝ, ορισμένες εκκλησιαστικές οργανώσεις νέων, το σώμα ελληνίδων

προσκόπων ευαισθητοποιούν τα μέλη τους και τα εμπλέκουν σε προγράμματα φροντίδας των ηλικιωμένων. Από συζητήσεις υπευθύνων ομάδων νέων διαπιστώθηκαν τα εξής:

I. Σε πολλές περιοχές της χώρας μας, οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται με σεβασμό από το σύνολο των μελών της κοινότητας και δέχονται τη φροντίδα των παιδιών τους. Το να λυθεί με μια οργάνωση με αυτά τα άτομα θα αποτελέσουν προσβολή τόσο για τους ίδιους όσο και για την οικογένεια και την κοινότητά τους. (Αμηρά.Α. 1986).

II. Όταν δάσκαλοι ή αρχηγοί ομάδων φέρνουν σε επαφή τα παιδιά με άτομα τρίτης ηλικίας συνηθίζουν να τα πηγαίνουν σε γηροκομεία ή άσυλα όπου η κατάσταση των ηλικιωμένων είναι θλιβερή, καταθλιπτική και οπωσδήποτε ακραία - μόνο το 1% του γεροντικού μας πληθυσμού βρίσκεται σε ιδρύματα. Οι αντιδράσεις των παιδιών σ' αυτές τις καταστάσεις είναι λύπης και φόβου. Έτσι, όμως, δεν ενθαρρύνονται στην ανάπτυξη επαφών με την κοινωνική ομάδα των γερόντων (Αμηρά Α.1986).

III. Ο «γέρος» ή «γριά» μοιάζουν να είναι κάποια απρόσωπα όντα που δεν έχουν ιδιαίτερη σχέση με τον παππού, την γιαγιά ή την γειτόνισσα που γνωρίζουν τα παιδιά και ως έχουν περάσει τα 80, δεν τους θεωρούν γέρους (Αμηρά, Α'. 1986).

Η περιγραφή των παιδιών δίνουν τα ακόλουθα:

I. Η κύρια επαφή με την Τρίτη ηλικία είναι μέσω του παππού και της γιαγιάς αλλά κυρίως της γιαγιάς:

- 6% των παιδιών αναφέρουν τον παππού και την γιαγιά

- 6% αναφέρουν μόνο τον παππού

- 44,8% αναφέρουν μόνο τη γιαγιά.

II. 12% των παιδιών αναφέρουν ότι δεν είχαν καμμία σχέση με τους ηλικιωμένους. Ένα παιδία αναφέρει ότι η μόνη επαφή που είχε έγινε στα πλαίσια του προγράμματος του Σώματος Ελληνίδων Προσκόπων.

III. 25,4% των παιδιών αναφέρουν επαφές με γείτονες ή άτομα ηλικιωμένα, ξένα προς την οικογένεια.

IV. 7,5% των παιδιών αναφέρουν επισκέψεις σε γηροκομεία ή νοσοκομεία δίχως να προσδιορίζουν τη σχέση τους με το ηλικιωμένο άτομο, που επισκέφθηκαν, ούτε αν η επίσκεψη αυτή ήταν αποτέλεσμα της οικογένειας ή κάποιου άλλου φορέα.

Το σημαντικό πόρισμα της έρευνας αυτής είναι ότι το 78% των παιδιών έχουν κάποια επαφή με ηλικιωμένα κυρίως μέσα στην οικογένειά τους αλλά και μέσα στο χώρο της γειτονιάς και της κοινότητας (Ακαδημία Αθηνών, *Δημοσιεύματα του κέντρου ερεύνης αριθ. 1*).

## ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ

### ΗΛΙΚΙΑ

#### **1. Η μοναξιά**

Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν πως η μοναξιά είναι αυτή που προσβάλλει περισσότερο τους ηλικιωμένους. Μετά τα 65 ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν μόνοι, αυξάνεται πολύ και ενώ παλιά με συντομότερη διάρκεια ζωής η αναλογία τους ήταν 20% τώρα είναι γύρω στο 60%.

Επαναστροφή, παθητικότητα, εσωστρέφεια, είναι σχεδόν πάντα τα αποτελέσματα και καταλήγουν σε αποξένωση από τον κόσμο σταδιακά. Μήπως θα μπορούσε να ήταν αλλιώς όταν μια πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι το 31,5% συνταξιούχων στις ΗΠΑ δεν δέχεται πολλές επισκέψεις. Το ποσοστό περιλαμβάνει και επισκέψεις από φίλους που μέχρι τότε θεωρούνταν αχώριστοι. Αν λοιπόν στη μείωση των κοινωνικών σχέσεων προστεθεί και η απώλεια του συντρόφου και του τελευταίου αληθινού φίλου, επέρχεται η καταστροφή. Το βασικό φάρμακο κατά της μοναξιάς είναι η κοινωνική αφομοίωση που σε ορισμένες εξελιγμένες κοινωνίες πετυχαίνεται πιο εύκολα από ότι σε άλλες, όπου η έλλειψη ειδικευμένων λειτουργών και κατάλληλων θεσμών προτείνει σαν μοναδική λύση το κλείσιμο σε γηροκομείο. Βέβαια, η κοινωνική αφομοίωση πρέπει να γίνεται μέσα στην κοινωνία και όχι στα περιθώριά της, όπου ένας άνθρωπος μόνος συνεχίζει να νιώθει μόνος ανάμεσα σε πολλούς άλλους ανθρώπους «μόνους».

#### **2. Προβλήματα κατάθλιψης και απελπισίας**

Οι ταλαιπωρίες των ηλικιωμένων περνάνε καμία φορά παρατήρητες γιατί έχουμε την τάση να τις θεωρούμε κάτι φυσικό. Παρερμηνεύουμε συχνά το ήρεμο αποτράβηγμα ή την απουσία πολλών πόνων ενός γέρου σαν φιλοσοφική αποδοχή, την στιγμή που ο ίδιος προσπαθεί όσο καλύτερα μπορεί να κρύψει μια βαθιά γοητευτική ταπεινωτική ή τρομακτική κατάσταση. Και οι δύο θέσεις - ότι είναι φυσικό να νιώθουν δυστυχία ή ότι οι γέροι νιώθουν ευτυχισμένοι για το ότι είναι δυστυχισμένοι μας εμποδίζουν να δούμε την πραγματική ψυχική κατάσταση του ατόμου. Οι ενδείξεις απελπισίας απαιτούν προσοχή στα γηρατειά, όπως και σε οποιαδήποτε ηλικία.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μια από τις συνηθισμένες εκφράσεις συναισθηματικής απελπισίας. Τα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι παρόμοια σ'όλη την ενήλικη ζωή στα γηρατειά δύσκολα μπορούμε να πούμε που σταματούσε η σωματική κατάπτωση και που αρχίζει η κατάθλιψη.

Μερικές ενδείξεις κατάθλιψης είναι η μειωμένη όρεξη και η οντότητα του ατόμου να κοιμηθεί καλά τη νύχτα. Οι γέροι μπορούν όμως να διαλέξουν να τρώνε λιγότερο και να έχουν προβλήματα ύπνου για λόγους που δεν οφείλονται στην κατάθλιψη. Μόνο τα συμπτώματα αρχίζουν να εμφανίζονται οργανωμένα θα πρέπει να σκεφτούμε σοβαρά την πιθανότητα μιας καταθλιπτικής δράσης.

Υπάρχουν και άλλες ενδείξεις κατάθλιψης. Το άτομο μιλάει σε βραδύτερο ρυθμό σαν να σκέφτεται πιο αργά. Παύει να περιποιείται συστηματικά τον εαυτό του. Δεν διαθέτει πια την απαραίτητη ενέργεια για τις

καθημερινές δραστηριότητες. Κυριεύεται από ένα αίσθημα απαισιοδοξίας και η ζωή του φαίνεται να έχει νόημα.

Αναφέρει κατά καιρούς, ότι αισθάνεται μέσα του ένα κενό, ότι είναι άτομο άχρηστο, χωρίς αξία. Το μέλλον δεν έχει να φέρει τίποτα. Το παρελθόν δεν είναι πηγή ανακούφισης. Το παρόν είναι αφόρητο. Το καταθλιπτικό άτομο στρέφεται συνήθως ενάντια στον εαυτό του, καμιά φορά ξεσπάει τον θυμό του στους άλλους.

Σε μια τέτοια κατάσταση υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για τη ζωή του ατόμου. Η αυτοκτονία είναι μια διέξοδος και το ποσοστό αυτοκτονίας στα γηρατειά είναι ψηλό, ιδιαίτερα στους λευκούς άντρες. Υπάρχουν, όμως, κι άλλοι τρόποι που το ηλικιωμένο καταθλιπτικό άτομο βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του. Μπορεί να παραμελήσει κάποιο φάρμακο απαραίτητο για μια σοβαρή αρρώστια όπως ο διαβήτης.

Μπορεί να περιοριστεί στο κρεβάτι και την καρέκλα πράγμα που τον κάνει πιο ευάλωτο σε εκφυλιστικές παθήσεις και μολύνσεις. Η αντικοινωνική συμπεριφορά του, χαρακτηριστική της κατάθλιψης μπορεί να απομακρύνει από κοντά του, τους ανθρώπους που θα του παρείχαν ασφάλεια κάτω από άλλες συνθήκες. Η κατάθλιψη μπορεί να παρερμηνευτεί σαν ένδειξη γεροντικής ανοίας, που θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση και λαθεμένη αντιμετώπιση.

Το διαταραγμένο άτομο μπορεί να εμφανίσει κι άλλα συμπτώματα, είτε σε συνδυασμό, είτε σ'εναλλαγή με την κατάθλιψη. Για παράδειγμα ταραχή, σύγχυση, παράνοια, μανία. Μερικοί εκφράζουν έμμεσα τα συμπτώματά τους παραπονούμενοι για σωματικές ενοχλήσεις. Αυτό εκτείνει τα σωματικά



προβλήματα εξαιτίας της συναισθηματικής τους αναστάτωση. Για να αντιμετωπιστεί η πραγματική διαταραχή που εμφανίζεται σε μίγμα ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων δεν χρειάζεται μόνο ένας ικανός γιατρός αλλά και η συνεργασία ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών.

Η στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ψυχολογική και σωματική διαταραχή που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι αποκαλύπτεται με πολλούς τρόπους. «Γέρασε πια» ή «του σάλεψε» είναι οι ερμηνείες που αποδίδονται σε κάποιο επεισόδιο νοητικής σύγχυσης. Η συναισθηματική διαταραχή και η νοητική σύγχυση στα γηρατειά μπορεί να είναι αντίδραση σε ψυχολογικά προβλήματα.

Αυτό ισχύει για ένα σύμπτωμα γνωστό σαν «παλινδρόμηση». Η παλινδρομη σκέψη και συμπεριφορά εμφανίζονται συχνότερα στα γηρατειά. Ένας ευγενικός και αξιοπρεπής ηλικιωμένος εμφανίζει ξαφνικά ανάρμοστη συμπεριφορά. Κάποιος άλλος εκδηλώνει παιδιάστικη συμπεριφορά που δεν ταιριάζει στην κατάσταση. Όλα αυτά μπορεί να αποτελούν ένδειξη σταδιακού εκφυλισμού του κεντρικού νευρικού συστήματος. Μπορεί, ωστόσο, να υποδηλώνουν ότι τα αποθέματα του ηλικιωμένου ατόμου έχουν επιβαρυνθεί με υπερβολική συναισθηματική ένταση. Η ενήλικη συμπεριφορά καταρρέει και η ψυχολογική ενέργεια δεν επαρκεί να συγκρατήσει κάτω από το συνηθισμένο κοινωνικό έλεγχο ισχυρές ανάγκες και παρορμήσεις που ξεσπούν ασυγκράτητες με αποτέλεσμα να σκανδαλίζουν.

Πολλοί άνθρωποι περνούν τέτοια επεισόδια και έπειτα επιστρέφουν σ'ένα ικανοποιητικό ενήλικο επίπεδο λειτουργίας.

- Αντιμετώπιση απελπισίας: Τότε μπορεί να εγγυηθεί ένα άτομο θα περάσει μέσα από τους κινδύνους και τις προκλήσεις μιας μακροχρόνιας ζωής χωρίς να νιώσει απελπισία. Η απώλεια, ο πόνος, τ'ανθρώπινα λάθη αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ζωής. Παρ'όλα αυτά από εμάς εξαρτάται να περιορίσουμε το βάθος και την έκταση του πόνου και να βοηθήσουμε ο ένας τον άλλον όταν τα αποθέματα εξαντλούνται παροδικά.

Στα γηρατιά η απελπισία είναι περισσότερο έντονη γιατί τα έμμεσα προβλήματα υπενθυμίζουν παλαιότερες δυσκολίες. Το ηλικιωμένο άτομο κατατρέχεται από αναμνήσεις οδυνηρών γεγονότων και σχέσεων τόσο παλιών, όσο και τότε που ήταν παιδί. Ο άνθρωπος που βασανίζεται τόσο από το παρελθόν, όσο και το παρόν μπορεί να γαϊάται κάποια στιγμή ανυπεράσπιστος. Η ανικανότητα να αντεπεξέλθει σε άμεσα προβλήματα μεγαλώνει, ενώ ταυτόχρονα τα αποθέματα που θα βοηθήσουν στο ξεπέρασμα των άμεσων προβλημάτων περιορίζονται λιγότεροι φίλοι, μικρότερος φυσικός και οικονομικός έλεγχος πάνω στο περιβάλλον κλπ.

Μπορούμε να βοηθήσουμε ένα τέτοιο άνθρωπο ενθαρρύνουν αυτόν να χρησιμοποιήσει όλο τον έλεγχο, την ενεργητικότητα και τις ικανότητες που εξακολουθεί να διαθέτει. Να τον ακούσουμε προσεκτικά καθώς περιγράφει τις λύσεις και τους φόβους του. Αυτό θα τον βοηθήσει να συνειδητοποιήσει, ότι τα προβλήματα του παρελθόντος δεν είναι ανάγκη να τον βαραίνουν μέχρι σήμερα.

Μπορούμε να αλληλοβοηθιόμαστε προσφέροντας ασφάλεια και υποστήριξη, χωρίς να ζητάμε μεγάλο ψυχολογικό αντίτιμο. Όταν βοηθάμε ένα καταβλημένο ή συναισθηματικά διαταραγμένο ηλικιωμένο άτομο δεν

πρέπει να ζητάμε κάτι σαν αντάλλαγμα ούτε να παρεμβαίνουν άσκοπα στην ιδιωτική του ζωή. Δεν πρέπει να σφετεριζόμαστε την ακεραιότητά του, να το προσβάλλουμε ή να στερούμε τα δικαιώματα στο όνομα της ευτυχίας που του προσφέρουμε.

Οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη ζωή του ή έχουν συναισθηματικά προβλήματα μπορεί να επωφεληθούν από την ψυχολογική βοήθεια που προσφέρει ένας ειδικός. Ωστόσο σπάνια το κάνουν γιατί πολλοί απ'αυτούς μεγάλωσαν στην εποχή πριν την ψυχοθεραπεία. Επιπλέον ελάχιστοι είναι οι ψυχοθεραπευτές που πιστεύουν ότι μπορούν πραγματικά να συνεισφέρουν σ'αυτόν τον τομέα. Επίσης έχει ανακαλυφθεί ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να φανεί το ίδιο αποτελεσματική τόσο για τους γέροντες όσο και για τους νέους. Ελπίζουμε ότι οι ηλικιωμένοι θα αποκτήσουν ολοένα και μεγαλύτερη πρόσβαση στην ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το ποσοστό των ανθρώπων που υποφέρουν από ένα συναίσθημα απελπισίας είναι μεγαλύτερο στα γηρατειά απ'ότι σε οτιδήποτε άλλη φάση της ενήλικης ζωής. Η επίσημη ωστόσο παροχή ψυχολογικής βοήθειας στους ηλικιωμένους είναι σχεδόν ανύπαρκτη.

### 3. Το πρόβλημα της ανασφάλειας

Η αίσθηση της ασφάλειας που έχει ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί εύκολο να υπονομευτεί. Η ίδια η αναμονή ότι η βασική αίσθηση της ασφάλειάς του θα κλονιστεί ανεπανόρθωτα δημιουργεί μεγάλη αναστάτωση. Ας πάρουμε για παράδειγμα το άτομο που έχει συνηθίσει να καθορίζει με τη γνώμη και τις επιθυμίες την ζωή της οικογένειάς του. Όταν έρθει η μέρα

όπου κανένας πια δεν θα υπακούει στις προσταγές του - ίσως μάλιστα και να μην τις ακούει - τότε σίγουρα θα νιώσει άσχημα. Η αίσθηση της ασφάλειας που πηγάζει από την ικανότητά του να ελέγχει ή να επηρεάζει σημαντικά την ζωή των γύρω του. Οποιοσδήποτε υπαινιγμός γύρω από την πιθανή απώλεια του διαπροσωπικού ελέγχου δημιουργεί πανικό. Οποιαδήποτε αλλαγή στην οικογενειακή ιεραρχία μπορεί να οδηγήσει σε φανερή ανασφάλεια.

Αυτή είναι η πιθανή πηγή ανασφάλειας. Κάποιος άλλος νοιώθει ασφάλεια μέσα από την σταθερή συναισθηματική τροφοδότηση που του παρέχει ο σύντροφός του. Άλλος πάλι βασίζει την ασφάλειά του σε ~~οικονομικά στοιχεία~~ ~~λίγα λεπτά στην άκρη σύνταξη~~ - την αίσθηση ότι έχει την οικονομική δυνατότητα να καλύψει τωρινές και μελλοντικές ανάγκες.

Για μερικούς ανθρώπους η αίσθηση ασφάλειας είναι ορατή: το μέρος όπου ζουν, τα οικεία αντικείμενα, η γειτονιά και φυσικά τα πρόσωπα που τους περιστοιχίζουν. Ωστόσο μπορεί πραγματικά να μην το απολαμβάνουν. Μπορεί να παραπονιούνται συνεχώς για την κακή θέρμανση, τον θόρυβο που κάποιοι γείτονες κτλ. Καθετί, όμως, που συμβάλλει στην συνέχιση της καθημερινής ζωής συμβάλλει και στην διατήρηση της ασφάλειάς τους. Το άτομο συνεχίζει να γνωρίζει και να εκτιμά τον εαυτό του στον βαθμό που οι οικείοι του εξακολουθούν να επιβεβαιώνουν τη ταυτότητά τους.

Μερικοί άνθρωποι επενδύουν την ασφάλειά τους στη δουλειά και την δραστηριότητά τους. Όταν λοιπόν χάνουν τη δουλειά τους νοιώθουν απειλή γιατί στερούνται κάθε διέξοδο έκφρασης και επικοινωνιακής δραστηριότητας. Το άτομο δεν μπορεί πια να καθορίσει τον εαυτό του με

βάση το επάγγελμά του. Ακόμα και η ανησυχία μήπως χάσει την δουλειά του ή κάποια άλλη αυτοκαθαριστική δραστηριότητα είναι αρκετή για να επισπεύσει μια εσωτερική κρίση.

Υπάρχει άλλη πιθανή απειλή για την ασφάλεια. Ένα άτομο μετά τα 50 χρόνια μπορεί να ζει μέσα από τα παιδιά και τα εγγόνια του στον ίδιο βαθμό που ζει μέσα από τις δικές του άμεσες εμπειρίες. Απαιτεί ελάχιστα για τον εαυτό του και καμία αρρώστια και οικονομική δυσκολία ή άλλη αντιξοότητα δεν μπορεί να υπονομεύσει την προσωπική αίσθηση ασφάλειάς του. Αν όμως συμβεί κάποιο κακό στη νεώτερη γενιά, ολόκληρη η ζωή του καταρρέει. Η ανησυχία μιας επερχόμενης καταστροφής μπορεί να αποτελεί μόνιμη πηγή αναστάτωσης.

Έχουμε την τάση να αποδίδουμε με ευκολία την κατάθλιψη ή αναταραχή ενός ηλικιωμένου στα γηρατειά. Όταν, όμως, γνωρίζουμε το άτομο και τις καταστάσεις απ'όπου εξαρτάται η συναισθηματική του ασφάλεια μπορούμε να καταλάβουμε την ψυχολογική του διαταραχή και να την θεωρήσουμε φυσική αντίδραση σε απειλές που δοκιμάζει. Πρωταρχικά σημασία έχει το γεγονός ότι το άτομο βιώνει τις απειλές σαν πραγματικές.

#### 4. Γεροντική ανοσία

Νοιώθουμε, συνήθως, απέραντη θλίψη στην θέα ενός ανθρώπου που έχει χάσει ένα μεγάλο μέρος από την παλιά του ακεραιότητα. Νοιώθουμε πόνο όταν βλέπουμε ένα αγαπημένο πρόσωπο να μην μας αναγνωρίζει, να μας αγνοεί, να κλαίει, ή να θυμώνει για λόγους άγνωστους σε μας. Ο φόβος της γεροντικής ανοσίας είναι πραγματικός γιατί είναι σε μια κατάσταση που

μπορεί να τακτοποιήσει το θύμα ακόμα και να βυθίσει στην απόγνωση την οικογένεια και τους φίλους του.

Μερικοί ψυχολόγοι θεωρούν την «γεροντική ανοία» και την «γεροντική ψύχωση» ξεχωριστές καταστάσεις, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η γεροντική εγκεφαλική πάθηση αποτελεί βασική διαταραχή που εκδηλώνεται μέσα από μια ποικιλία συμπτωμάτων ανάλογα με το άτομο και τις συνθήκες της ζωής του.

Ποια είναι τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου που οι περισσότεροι ειδικοί θα θεωρούσαν ότι υποφέρει από «γεροντική ανοία»; Τα πιο φανερά στοιχεία αφορούν τον τομέα της σκέψης. Το άτομο έχει για παράδειγμα ακόμα την τάση να ~~επαισθητοποιείται συνεχώς τις ίδιες φράσεις~~. Αυτό ονομάζεται «εμμονή» και συνδέεται στενά με πολλά γνωστικά προβλήματα όπως έλλειψη ιδεών και βραδύτητα σκέψης. Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία του ανθρώπου είναι η ικανότητά του να δημιουργεί και να συλλαμβάνει αφηρημένες έννοιες. Το νοητικά υγιές άτομο βλέπει τόσο το δάσος, όσο και τα δέντρα, κατανοεί λεπτές σχέσεις, λύνει προβλήματα μαθηματικών και λογικής και δημιουργεί καινούργιες ιδέες μόλις βρεθεί μπροστά σε νέες προκλήσεις. Το άτομο που πραγματικά πάσχει από γεροντική ανοία «έχει χάσει αυτό το είδος της γνωστικής ικανότητας. Σκέφτεται μόνο με συγκεκριμένο τρόπο, χάνει με άλλα λόγια τις σχέσεις και σημασίες που δίνουν πλουσιώτερο νόημα στην εμπειρία και βοηθούν στην επίλυση προβλημάτων.

Η «γεροντική ανοία» συνοδεύεται συχνά από προβλήματα μνήμης. Η εξασθένηση της μνήμης είναι ιδιαίτερα έντονη για πρόσφατα γεγονότα.

Αντίθετα οι γέροντες θυμούνται καθαρά και με λεπτομέρεια γεγονότα, τα οποία συνέβησαν 30-40 ή και 50 χρόνια πριν και πολλές φορές επαναλαμβάνουν την ίδια ιστορία μετά από δέκα λεπτά γιατί έχουν ξεχάσει ότι την είπαν. Το χτες μπορεί να είναι ανύπαρκτο. Προβλήματα με την μνήμη μπορεί να έχουν και πολλοί ηλικιωμένοι που δεν πάσχουν από «γεροντική άνοια» ωστόσο η απώλεια της μνήμης είναι πιο ριζική και εκτεταμένη στην περίπτωση της «γεροντικής άνοιας». Μεμονωμένες αναμνήσεις μπορεί να επανέρχονται αλλά η γνώμη σαν μέσο για την αντιμετώπιση της ζωής χάνεται οριστικά.

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα είναι η έλλειψη προσοχής. Το άτομο ~~δεν μπορεί να διαγερθεί καλά~~ την προσοχή του. Χάνει την ευστροφία και την δυνατότητα συγκέντρωσης που απαιτούνται για τη καταγραφή νέων εμπειριών. Μπορεί να μην θυμάται τι του είπαμε πριν λίγα λεπτά, γιατί δεν κατάφερε να συγκεντρώσει την προσοχή του και να συγκρατήσει στο μυαλό του την πληροφορία.

Δεν είναι περίεργο που ένα τέτοιο άτομο δυσκολεύεται να αντεπεξέλθει ακόμα και στα καθημερινά καθήκοντα και προβλήματα πόσο μάλλον σε καταστάσεις που δημιουργούν ιδιαίτερο άγχος ή προβάλλουν ιδιαίτερες απαντήσεις. Η «γεροντική άνοια» εκδηλώνεται τόσο στον τομέα της σκέψης όσο και της συμπεριφοράς. Το άτομο σαν αποτέλεσμα αποσύρεται από τις κοινωνικές του σχέσεις, δυσκολεύεται να διατηρήσει τον εαυτό του καθαρό και ευπρεπή, υποφέρει από συχνά ατυχήματα που δημιουργούνται από δική του απροσεξία ή παρανόηση. Η συρρίκνωση του

νοητικού του κόσμου, προκαλεί σοβαρή μειονεξία στη σκέψη, στην συμπεριφορά, και την σχέση του με τον υπόλοιπο κόσμο.

## 5. Φόβος του θανάτου

Χωρίς να είναι γενικό φαινόμενο σε προχωρημένη ηλικία, πολλοί δείχνουν να φοβούνται τον θάνατο, έστω και αν η υγεία τους είναι καλή. Αυτό παρουσιάζεται πιο συχνά σε νευρωτικούς, αδύνατους και ασταθείς χαρακτήρες και όσοι αντιμετώπισαν τις αντιξοότητες της ζωής δείχνουν το ίδιο σθένος και στα γηρατειά.

Οι ψυχολόγοι υποστηρίζουν πως η μοναξιά μεγαλώνει τον φόβο του θανάτου και γι' αυτό συμβουλεύουν τους ηλικιωμένους να συνεχίζουν τις επαφές με τους φίλους, να δημιουργούν νέες φιλίες και να βρίσκουν καινούργια ενδιαφέροντα.

Από τις σημαντικότερες επιπτώσεις του φόβου του θανάτου είναι η αϋπνία. Τότε οι ψυχολόγοι συμβουλεύουν τους ηλικιωμένους να κουβεντιάζουν με συγγενείς, για να ξεχνούν τον φόβο τους.

Μερικές συμβουλές για τους ηλικιωμένους που σκέφτονται τον θάνατο:

- Να τους ενθαρρύνουμε να κάνουν μια ζωή δραστήρια να αποξενώνονται από τις ευθύνες.
- Να ενημερώνονται για τα γεγονότα της επικαιρότητας να κάνει μελλοντικά σχέδια, έστω και μακροπρόθεσμα, ξεχνώντας το παρελθόν.



- Να ενδιαφέρονται και να σκέφτονται τους άλλους, προπάντως εκείνους που χρειάζονται την συμβουλή τους για να θεωρούν τον εαυτό τους χρήσιμο.
- Να κάνουν καινούργιες φιλίες κατά προτίμηση με εύθυμο χαρακτήρα.

Σχετικά με την προειδοποίηση ενός ηλικιωμένου για επικείμενο θάνατο οι ψυχολόγοι δε συμφωνούν, πράγμα δύσκολο εξάλλου αφού το κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά. Σήμερα, πάντως πολλοί υποστηρίζουν ότι είναι καλό να προειδοποιούνται ανοιχτά οι άνθρωποι για τον υποκείμενο θάνατό τους. Αυτό βέβαια δεν ισχύει για τις περιπτώσεις ασταθών χαρακτήρων που θα ήταν ανίκανοι να ξεπεράσουν την κρίση και ν'αντιμετωπίσουν το τέλος τους. (Ρούσσου Χ.Ν. «Προβλήματα 3<sup>ης</sup> ηλικίας», Δελτίο ΙΚΑ έτος Κ.Θ' αριθμό 1-2, Αθήνα, 1979.

## ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Χρειάζεται να τονιστεί ιδιαίτερα η ανάγκη κάποιας συμβουλευτικής βοήθειας που έχουν πολλοί από τους ηλικιωμένους.

Υπάρχουν διάφορα είδη συμβουλευτικής που μπορεί να χρειάζονται οι ηλικιωμένοι: νομική, οικονομική, ψυχολογική και άλλες. Η καθεμία απ' αυτές τους παρέχεται από τους εκπροσώπους των αντίστοιχων κλάδων. Η ψυχολογική συμβουλευτική απαιτεί γνώση και ευαισθησία εκ μέρους του συμβούλου γύρω από τα θέματα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτή η ομάδα ηλικίας για να μπορέσει να τους βοηθήσει να ξεπεράσουν.

Η ψυχολογική με τα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να πάρει διάφορες μορφές: I) μιας δυαδικής σχέσης, όπου ο σύμβουλος συζητώντας με τον ηλικιωμένο, προσπαθεί να αναγνωρίσει και να χειριστεί κατάλληλα τα συναισθηματικά ή κοινωνικά του προβλήματα, II) μιας ομάδας. Η ομαδική συμβουλευτική βοηθάει ιδιαίτερα άτομα με προβλήματα συναισθηματικής φύσης γιατί τους δίνει την ευκαιρία να δουν ότι υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι με παρόμοια προβλήματα και να διδαχθούν τρόπους επίλυσής τους παρατηρώντας τους τρόπους με τους οποίους τα αντιμετωπίζουν εκείνοι. Η ομάδα προσφέρει αλληλεγγύη γιατί οι συμμετέχοντες σ' αυτήν αισθάνονται ότι δεν είναι μόνοι στην προσπάθειά τους. Η ομαδική συμβουλευτική προτείνεται ιδιαίτερα για άτομα που αισθάνονται μοναξιά και απομόνωση. III) Οικογενειακή ή συντροφική συμβουλευτική, όταν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ηλικιωμένο άτομο έχουν τη ρίζα τους μέσα στην οικογένεια, τις οικογενειακές ή τις συζυγικές σχέσεις. Η

οικογενειακή ή συντροφική συμβουλευτική στηρίζεται στην ιδέα ότι τα συναισθηματικά προβλήματα προέρχονται από παθολογικές σχέσεις, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν. IV) Συμβουλευτική Ομιλικών. Είναι η συμβουλευτική που παρέχεται στους ηλικιωμένους από άλλα άτομα τις ίδιες μ' αυτόν ηλικίας και να παρακολουθούν το συνομιλητή τους αλλά και να του παρέχουν ουσιαστικές και χρήσιμες συμβουλές. (Συμβουλευτική Ψυχολογία, 1994).

Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι η συμβουλευτική της τρίτης ηλικίας ακολουθεί τους νόμους, τις αρχές και τις διαδικασίες της συμβουλευτικής για κάθε άλλη ομάδα ηλικίας, τονίζει όμως την ιδιαίτερη γνώση και ευαισθησία του συμβούλου στην αναγνώριση των χαρακτηριστικών -βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών- που εμφανίζονται με την προοδευτική γήρανση του ανθρώπου (Συμβουλευτική Ψυχολογία, 1994).

### Οι Θεωρίες του Γήρατος

Η φυσιολογική ζωή περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

- 1) Τη φάση της ανάπτυξης,
- 2) Τη φάση της ωρίμανσης και
- 3) Τη φάση του γήρατος ή υποτροπής.

Στη φάση της ανάπτυξης κυριαρχούν οι δημιουργικές δυνάμεις, στην ωρίμανση υπάρχει ισορροπία μεταξύ των δυνάμεων της δημιουργίας και της φθοράς, ενώ στο γήρας ή στη φάση της υποτροπής, κύρια επεξεργασία είναι η φθορά του οργανισμού.

Κατά τον Ferrago, "το γήρας είναι μια φυσιολογική κατάπτωση και αυτό το ίδιο δεν υπαινίσσεται παθολογικά στοιχεία (Staker, 1961). Από παρατηρήσεις σε ηλικιωμένους διαπιστώνεται διαφορά στο ρυθμό της εμφάνισης του γήρατος στα διάφορα άτομα και αυτό δηλώνει την ύπαρξη παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνισή του περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα.

Όλα τα άτομα εμφανίζουν κάμψη των διαφόρων λειτουργικών, αλλά σε διαφορετική χρονική στιγμή το καθ' ένα, η οποία, σε κάθε άτομο προχωρεί με διαφορετικό ρυθμό. Επίσης, δεν υπάρχει πάντοτε παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώτικων φαινομένων. Η κάμψη αυτή των λειτουργιών, αρχίζει πολύ πολύ νωρίς, ίσως από το 30ο έτος της ηλικίας του ατόμου και συνεχίζεται σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η κάμψη των λειτουργιών του οργανισμού του ατόμου αρχίζει από τη γέννηση ή και από την ενδομήτριο ζωή ακόμη.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να σημειωθεί, α) ότι είναι δυνατή η ύπαρξη σαφών χρονολογικών ορίων μεταξύ των τριών φάσεων της ζωής και μάλιστα ο καθορισμός των ορίων της αρχής του γήρατος και β) ότι "γηράσκω" και "γήρας" δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Γηράσκουν οι άνθρωποι με το πέρασμα του χρόνου αμέσως μετά τη γέννησή τους, ενώ γήρας είναι η εκφύλιση και η φθορά που ακολουθεί πολύ αργότερα.

Σχετικά με το γήρας έχουν γίνει δεκτά δύο όρια. Το όριο του πρώιμου γήρατος, όπου το φαινόμενο του γήρατος κάνει αισθητή την παρουσία του πριν από το 60ο έτος και το όριο του όψιμου γήρατος, όπου το γήρας εμφανίζεται μετά το 90ο ή το 100ο έτος.

~~Υπάρχει~~ ~~απεριόριστος~~ ~~αριθμός~~ ~~θεωριών~~ ~~για~~ ~~την~~ ~~εξήγηση~~ ~~του~~ φαινομένου της υπερηλικίωσης. Όλες οι θεωρίες αν και ανεπαρκείς να μας προσφέρουν ικανοποιητική επεξήγηση του φαινομένου αυτού, καταλήγουν σε ένα κοινό σημείο: στη διαπίστωση, ότι η υπερηλικίωση, συνοδεύεται από εκφυλιστικές αλλαγές οι οποίες, επιδρούν στη λειτουργική ικανότητα ολόκληρου του ανθρώπινου οργανισμού.

Στη συνέχεια αναπτύσσονται οι πιο αξιολογες θεωρίες για το γήρας (Τσούκας, 1960).

Κατά τον J. Loed, Αμερικανό φυσιολόγο, κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννησή του περιέχει μέσα του ορισμένη ποσότητα κάποιας χημικής ουσίας (ουσία της ζωής), απαραίτητη για τη ζωή. Η ουσία αυτή καταναλίσκεται κατά την ανάπτυξη του οργανισμού στην ανταλλαγή της ύλης, μετά δε την εξάντλησή της το άτομο γηράσκει και πεθαίνει.

Ο Carmel παρατηρεί ότι όλα τα κύτταρα, κάτω από κατάλληλες συνθήκες, είναι δυνατόν να παραμείνουν αθάνατα και ότι το γήρας πιθανότατα οφείλεται σε αλλοίωση των χυμών που περιβάλλουν τα κύτταρα.

Από παρατηρήσεις, ο Weitzmann έφθασε στο συμπέρασμα ότι πιθανόν μέσα στο σήμα των γερόντων να υπάρχουν μερικές ουσίες, οι οποίες όχι μόνον αναστέλλουν την ανάπτυξη των κυττάρων, αλλά και προκαλούν βαρείς εκφυλιστικές αλλοιώσεις σ' αυτά.

Η θεωρία του Pearl βασίζεται σε προηγούμενες πειραματικές έρευνες των Cagel και Weitzman και καταλήγει, ότι το γήρας οφείλεται στη βαθμιαία συσσώρευση τοξικών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, τα οποία, όπως είναι γνωστό, δηλητηριάζουν βαθμιαία τα ζωντανά κύτταρα και μολύνουν τον οργανισμό.

Ο Greppi θεωρεί το γήρας ως χρόνια μεταβολική νόσο, θανατηφόρου εξέλιξης. Γι' αυτόν κύρια φυσικοχημική σημασία έχει η επεξεργασία, την οποία παρουσιάζει ο μεσεγχυματικός ιστός.

Περισσότερο γενική και λιγότερο εκτεθειμένη σε επικρίσεις θεωρία, είναι ότι το γήρας κάθε έμβιου οργανισμού αποτελεί προοδευτική "απώλεια πληροφοριών" και ότι η απώλεια αυτή, θεωρητικά βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο (DNA), μπορεί να οφείλεται στη φθορά που δημιουργείται από τη χρήση και είναι δυνατόν να συνδέεται και με την προοδευτική κυτταρική διαφοροποίηση, από την οποία χάνονται συνθετικές ικανότητες (Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας, 1971).

Στο ρόλο της κληρονομικότητας, ειδικά για τη μακροζωία και τις νοσηρές επεξεργασίες του οργανισμού, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή.

Η ανάπτυξη και η εκδήλωση του γήρατος βιολογικά σχετίζεται όχι μόνο με όλες τις ηλικίες, αρχίζοντας από την εμβρυϊκή, αλλά και με τη νοσηρή κατάσταση των γονέων και κυρίως της μητέρας. Η διαταραχή της λειτουργίας του νευρικού και πεπτικού συστήματος καθώς και των ενδοκρινών αδένων είναι υπαίτιος στην αιτιολογία του πρώιμου γήρατος και της πρώιμης γεροντικής νοσηρότητας. Η ανεπαρκής λειτουργία των πιο πάνω συστημάτων ή οργάνων προκαλεί διαταραχές ολόκληρου του οργανισμού, με αποτέλεσμα της διαταραχής της ανταλλαγής της ύλης των κυττάρων και τη δημιουργία εκφυλιστικών επεξεργασιών, που προδιαθέτουν στο "γήρας νόσος". Ακόμη το πρώιμο γήρας φαίνεται να σχετίζεται με κληρονομικούς παράγοντες και επιταχύνεται από τις έντονες συγκινήσεις. Το όψιμο, παρατηρείται συχνά σε άτομα που υπήρξαν δραστήρια, με ευχάριστη διάθεση και ευρείες αντιλήψεις.

Ο Hay Flick (1970) πιστεύει ότι ο κάθε οργανισμός έχει στα κύτταρά του είναι εσωτερικό γενετικό πρόγραμμα, που καθορίζει τον αριθμό των μιτώσεων, επομένως και της διάρκειας της ζωής του. Ο αριθμός των μιτώσεων στο κάθε είδος καθορίζεται από τα γονίδια του, ώστε να προσφέρεται στο είδος η πιο μεγάλη πιθανότητα αναπαραγωγής. Όταν το είδος φθάνει στα ανώτατα όρια παραγωγής τότε η επιβίωση γίνεται προοδευτικά πιο δύσκολη, ενώ ο θάνατος προοδευτικά πιο εύκολος. Κατά τη θεωρία αυτή, η πρωτεϊνοσύνθεση που χρειάζεται για τις διαδοχικές μιτώσεις δέχεται ξαφνικά ανασταλτικό σήμα που είναι ειδικό σε κάθε είδος. Αυτή είναι η θεωρία του "προγραμματισμένου γήρατος".

Μια άλλη θεωρία γήρατος στηρίζεται στην άποψη ότι το γήρας, οφείλεται σε σφάλματα πρωτεϊνικής σύνθεσης (ComFlort, 1964). Δύο είναι τα πιθανά σημεία σφαλμάτων, είτε στην παραγωγή παραμορφωμένου RNA από το DNA, είτε στην παραγωγή παραμορφωμένης πρωτεΐνης από το φυσιολογικό RNA.

Ακόμη πιστεύεται πως τα φαινόμενα του γήρατος είναι πιο χαρακτηριστικά όταν ο συνολικός αριθμός κυτταρικών μονάδων ελαττώνεται σημαντικά (Δοντάς, 1981). Η μείωση τόσο του αριθμού των κυττάρων όσο και της απόδοσης αυτών που έμειναν, αποτελεί την επικρατέστερη θεωρία του γήρατος. Η κύρια ευθύνη για το φαινόμενο αυτό αποδίδεται στη μείωση της παροχής αίματος.

Πολλοί βιολόγοι υποστηρίζουν ότι η κακή διατροφή είναι η αιτία διαφόρων ασθενειών και μάλιστα της αθηρωμάτωσης που επιταχύνει την εμφάνιση του βιολογικού γήρατος.

Οι υπεραιωνόβιοι, όταν τους ρωτούν που αποδίδουν την μακροβιότητά τους, συχνά απαντούν ότι οφείλεται στον τρόπο διατροφής τους.

Ο Leat, καθηγητής του Harvard ύστερα από παρατηρήσεις πληθυσμών όπου υπάρχουν πολλοί αιωνόβιοι, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, εάν υπάρχει ένα μυστικό για το πως θα γίνει αιωνόβιος, αυτό είναι η καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής σκληρή σωματική εργασία (Τριχόπουλος, 1981).

Η θεωρία της αυτοανοσίας υποστηρίζει πως, όσο προχωρεί η ηλικία του ατόμου, αυξάνονται και αυτοανοσοβιολογικές αντιδράσεις στο άτομο. Τα ανοσοβιολογικά σωματία προσκολλούνται στα υγιή κύτταρα και επιφέρουν



την καταστροφή τους. Καταστάσεις που στηρίζονται στη θεωρία αυτή είναι η Pernicious αναιμία, η νόσος του Addison και η χρόνια θυρεοειδίτιδα.

Η θεωρία του Seley, "περί συνδρόμου έντασης" μπορεί σε γενικές γραμμές να εφαρμοσθεί στους υπερήλικες. Το "σύνδρομο έντασης" αναπτύσσεται σε τρία στάδια:

- 1) Το στάδιο της ξαφνικής αντίδρασης,
- 2) Το στάδιο της αντίστασης και
- 3) Το στάδιο της εξάντλησης.

Το τελευταίο εκφράζει εκκένωση και μπορεί να παραλληλισθεί με το στάδιο της υπερηλικίωσης.

Ακόμη πιστεύεται πως η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, ασκεί ουσιαστική επίδραση στην εμφάνιση του γήρατος.

Απ' όσα έχουν σημειωθεί φαίνεται καθαρά ότι οι θεωρίες για το γήρας και για τη φθορά του οργανισμού είναι πολλές αλλά και τα αίτια ποικίλα. Γι' αυτό εμφανίζεται το φαινόμενο μερικά πολύ ηλικιωμένα άτομα να είναι ακόμη διανοητικά και φυσικά πολύ δραστήρια, ενώ άλλα κάτω των 60 χρόνων να βρίσκονται σε επισφαλή υγεία, να υποφέρουν από αμνησία, να εμφανίζουν μειωμένη ενεργητικότητα και ικανότητα για πρωτοβολία.

Μπορεί λοιπόν να λεχθεί, ότι η έννοια του γήρατος είναι ευρύτερη και γενικότερη, καθορίζεται δε με διαφορετικό τρόπο από τους Κοινωνιολόγους, τους Μεταφυσικούς και του Ιατροβιολόγους.

Οι Κοινωνιολόγοι θεωρούν ότι ένα άτομο γηράσκει, όταν δεν παρουσιάζει πλέον κοινωνικοοικονομικό ενδιαφέρον για τη ζωή.

Οι Μεταφυσικοί εκλαμβάνουν τον άνθρωπο σαν ένα ενιαίο ψυχοσωματικό σύνολο. Πιστεύουν ότι η βιολογική καμπύλη της ζωής ενός ατόμου αποτελεί ένα απλό συμβάν και ότι εκτός αυτής της καμπύλης αναπτύσσεται η προσωπικότητα του ατόμου, η οποία αυξάνει τότε όταν ακριβώς, υποχωρεί η βιολογική εξέλιξή του.

Οι Ιατροβιολόγοι διαιρούν το γήρας σε φυσιολογικό ή βιολογικό γήρας και σε παθολογικό ή πρόωρο ή "γήρας νόσος". Φυσιολογικό γήρας θεωρείται η αρμονική γεροντική εξέλιξη και φθορά ότων των οργάνων και των ιστών του οργανισμού. Παθολογικό ή πρόωρο ή "γήρας νόσος" χαρακτηρίζεται η ασύγχρονη δυσαρμονική και πρόωρη γεροντική φθορά των διαφόρων οργάνων, η οποία οφείλεται σε συγκεκριμένα εσωτερικά, κυρίως, νοσολογικά αίτια (Τσούκας, 1960). Τέλος, μπορεί να σημειωθεί ότι η χρονολογική ηλικία δεν έχει αναγκαστικά σχέση με τις βιολογικές ή κοινωνικές ικανότητες κάθε ατόμου και μπορούν να είναι τεράστιες οι ατομικές διαφορές μεταξύ γερόντων της ίδιας ακριβώς ηλικίας. (Μαρία Μαγαρινού - Ειρήνη Γούλια: Η Νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα, Αθήνα 1988, εκδ.: Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ").

#### **Νοσήματα που κυρίως εμφανίζονται στους ηλικιωμένους είναι:**

- 1) Του κυκλοφοριακού συστήματος συμπεριλαμβανόμενης και της αρτηριοσκλήρυνσης.
- 2) Οι οξείες μολύνσεις του αναπνευστικού συστήματος, ή άλλα νοσήματα χρόνια.

- 3) Του γαστρεντερικού συστήματος και ιδιαίτερα τα λειτουργικά.
- 4) Ο καρκίνος. Η συχνότητα του καρκίνου παρουσιάζει συνεχή αύξηση στην ηλικία αυτή. Αυτό το φαινόμενο πιθανό να οφείλεται στην μακροζωία.
- 5) Τα νοσήματα που οφείλονται σε αλλαγή του τοιχώματος των αρτηριών (αρτηριοσκλήρυνση), των αρθρώσεων (αρθρίτιδες) και στη λειτουργικότητα ορισμένων ενδοκρινών αδένων (πάγκρεας - σακχαρώδης διαβήτης).
- 6) Διαταραχές στη διανοητική και ψυχική σφαίρα. Τα μεγάλα άτομα αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα αρρώστων στα ψυχιατρεία.
- 7) Διανοητική σύγχυση, 2) Αμνησία, 3) Διαταραχές του λόγου, 4) Οπτικές διαταραχές, 5) Ακουστικές διαταραχές, 6) Αισθητικές διαταραχές, 7) Διαφοροποίηση επιπέδου συνειδητού, 8) Αφυδάτωση, 9) Κατακράτηση υγρών (οιδήματα), 10) Δύσπνοια, 11) Διαταραχές αρτηριακού σφύγου, 12) Περιορισμός κινήσεως των αρθρώσεων, 13) Διαταραχές αρτηριακής πίεσης αίματος, 14) Διαφοροποίηση λαμβανόμενης τροφής (παχυσαρκία, απίσχναση), 15) Ζωτική εξάντληση, 16) Διαφοροποίηση προγράμματος ύπνου/αϋπνίας), 17) Ακράτεια ούρων, κοπράνων, 18) Αλλαγή στη λειτουργία του εντέρου (διάρροια, δυσκιλιότητα), 19) Βλάβες στο δέρμα: ρωγμές παράτριμμα, κατακλίσεις, 20) Μυϊκή ατονία, πάρεση ή παράλυση οργάνων, μέλους/μελών, 21) Εμφάνιση δυσμορφιών οργάνων και μελών σώματος.

A. Καρδιαγγειακά Νοσήματα, Στηθάγχη, Έμφραγμα Μυοκαρδίου, Καρδιακή Ανεπάρκεια, Υπέρταση.

B. Νοσήματα Αναπνευστικού Συστήματος, η χ'ρονια βρογχίτιδα, το πνευμονικό εμφύσημα, η φυματίωση.

Γ. Σακχαρώδης Διαβήτης.

Δ. Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια.

Ε. Οργανικά Σύνδρομα Εγκεφάλου,

ΣΤ. Προβλήματα Ακοής, Ορασης.

Z. Ατυχήματα (Η Νοσηλεύτρια κοντά στον Υπερήλικα)

### **Βιολογικές αλλαγές στο Σώμα με την Ενηλικίωση**

Ο Courtin (1972) γράφει πως η ενηλικίωση χρωματίζει με σκοτεινό, χρώματα της ζωής, κάνει το σώμα πιο βαρύ και φυλακίζει τη σκέψη. Ο ίδιος ακόμη σημειώνει πως το σώμα κατά την ενηλικίωση κάμπτεται, ενώ η ανάμνηση της χαμένης δύναμης βασανίζει τον υπερήλικα. Κάθε μικρός πόνος ή μικρό συμβάν σημαίνει γι' αυτόν ανεπανόρθωτη απώλεια.

Ο Bourliere (1965) στην περιγραφή του για τη φυσιολογία της ενηλικίωσης γράφει: "Η ενηλικίωση χαρακτηρίζεται με βαθμιαία μείωση της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου. Τα περιθώρια της ασφάλειας των διαφόρων λειτουργιών σταδιακά μειώνονται με το πέρασμα του χρόνου. Αυτό έχει σαν συνέπεια, να διαταράσσεται η ισορροπία του ατόμου με κάτι πολύ μηδαμινό..."

## Γενικές αλλαγές

- 1) Οι διάφορες λειτουργίες, καθώς το άτομο μεγαλώνει, υποβαθμίζοντας ανάλογα με το ρυθμό που ελαττώνεται ο κατά λεπτό όγκος του αίματος που περνά από την καρδιά, καθώς και με το ποσοστό ελάττωσης των κυττάρων στο κάθε όργανο ή σύστημα.
- 2) Η ενηλικίωση γίνεται σε όλα τα επίπεδα, των λειτουργιών του σώματος, δηλαδή το επίπεδο του κυττάρου, του οργάνου, του συστήματος και τους όλου σώματος. Σχεδόν κάθε όργανο μετά το 30ο έτος της ηλικίας χάνει κάθε χρόνο σε ποσοστό 1% από τη λειτουργική του ικανότητα.
- 3) Υπάρχει μείωση της εφεδρικής ικανότητας του οργανισμού που οφείλεται στην πραγματική απώλεια κυττάρων στους ιστούς των διάφορων οργάνων του σώματος.
- 4) Η διεργασία της ενηλικίωσης παρουσιάζεται με διαφορετικό ρυθμό στα διάφορα συστήματα του ίδιου ατόμου.
- 5) Γενικά, η προσαρμογή στις βιολογικές αλλαγές γίνεται με περιορισμό των δραστηριοτήτων.

Ύστερα από τη διατύπωση των γενικών βιολογικών αλλαγών που οργανισμός του ατόμου παρουσιάζει με την πρόοδο της ηλικίας, προχωρούμε σε μία σύντομη θεώρηση των αλλαγών που γίνονται στο σώμα κατά συστήματα ή λειτουργίες οργάνων.

## Αλλαγές στην Ομοιοστασία

Ομοιοστασία είναι η ικανότητα του σώματος να διατηρείται σε μια ισορροπία, οι δε διαταραχές στην ομοιοστασία είναι: Η μείωση της

λειτουργικής ικανότητας και επάρκειας των εναρμονιστικών συστημάτων του οργανισμού και έτσι προοδευτικά περιορίζεται η ικανότητα του να αντιμετωπίζει καταστάσεις έντασης (stress).

Η ελάττωση της λειτουργικής εφεδρείας - το άτομο είναι περισσότερο ευάλωτο στην αρρώστεια και στο θάνατο. Χρειάζεται περισσότερο χρόνο γι' ανάρρωση μετά από μια αρρώστεια.

### **Αλλαγές στο Νευρικό Σύστημα**

Παρατηρείται,

- 1) Σταδιακή απώλεια, εγκεφαλικών κυττάρων και νευρών. Ειδικότερα η απώλεια των εγκεφαλικών κυττάρων του μετωπιαίου και κροταφικού λοβού οδηγούν στον περιορισμό της ικανότητας του συντονισμού και της αντίληψης των φαινομένων.
- 2) Προοδευτική ατροφία των μηνίγγων που περιβάλλουν τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να διευρύνονται και να γίνονται πιο βαθιά τα διαστήματα των μηνίγγων.
- 3) Μείωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου.
- 4) Επιβράδυνση των αντιδράσεων. Το άτομο χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να πάρει μια απόφαση.
- 5) Προοδευτική μείωση της μνήμης και ειδικότερα της πρόσφατης μνήμης.
- 6) Αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου, δηλ. κοιμούνται λιγότερο και έχουν αυξημένες περιόδους εγρήγορης.
- 7) Αλλαγές στην προσωπικότητα. Αυτό φαίνεται να έχει σχέση με την αιμάτωση του εγκεφάλου, καθώς και με τις αλλαγές στο νευρικό σύστημα.

### **Αλλαγές στο Δέρμα και τον Υποδόριο Ιστό.**

1. Λέπτυνση της επιδερμίδας, αν και σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται επιτάχυνση.
2. Το δέρμα αφυδατώνεται σχετικά και χάνει την ελαστικότητα και την αντοχή του, στεγνώνει εύκολα και παρουσιάζει κνησμό.
3. Μειώνεται η αιμάτωση στην περιφέρεια.
4. Η απώλεια του υποδόριου λίπους δίνει χαρακτηριστική εμφάνιση στο δέρμα (αναδιπλώδης, γραμμές, ρυτίδες, πλαδαρότητα).
5. Τοπική αποχρωμάτωση ή υπερχρωμάτωση.
6. Εκχυμώσεις δέρματος που οφείλονται στην ευθραυστότητα των αγγείων του δέρματος και του υποδόριου ιστού.
7. Περιορίζεται η εφίδρωση.

### **Αλλαγές στο Μυοσκελετικό Σύστημα**

1. Μειώνεται η μάζα των ιστών.
2. Μειώνεται η ισχύς, η αντοχή, ο τόνος και η ευκινησία των μυών.
3. Αυξάνεται η κόπωση, λόγω αύξησης τριφωσφορικής αδενοσίνης (ATP) και το γαλακτικού οξέως στους μυς.
4. Αλλάζει η στάση του σώματος από αλλαγές στους συνδέσμους, τις αρθρώσεις και τα οστά. Οι αρθρώσεις γίνονται δύσκαμπτες.
5. Μεγαλώνει η κυρτότητα της σπονδυλικής στήλης (κύφωση).
6. Μειώνεται το ύψος του σώματος (λέπτυνση ή συμπίεση μεσοσπονδύλου

-δίσκου-).

7. Τα οστά γίνονται πορώδης πιο ελαφρά και χάνουν πολύ από την πυκνότητά τους (απασβέστωση-αφαλάτωση).
8. Εμφανίζεται διαταραχή στο βάδισμα συνέπεια διαταραχής του συντονισμού.
9. Περιορίζονται οι λεπτές οι κινήσεις.

### **Αλλαγές στις Ειδικές Αισθήσεις**

Παρουσιάζεται μείωση επαρκούς λειτουργικότητας όλων των αισθήσεων. Ειδικότερα,

1. Μειώνεται η οξύτητα στην όραση και η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στο λίγο φως. Μειώνεται η περιφερική όραση και η διαύγεια της όρασης. Στα κλινικά προβλήματα περιλαμβάνονται η πρεσβυωπία, ο γεροντικός καταρράκτης και το γλαύκωμα.
2. Προοδευτικά η ακοή μειώνεται. Το άτομο παρουσιάζει ανικανότητα να ακούει υψηλούς τόνους και ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία να ακούει την φυσιολογική ένταση του ήχου.
3. Μειώνεται ο τόνος της φωνής και περιορίζεται η συχνότητα της ομιλίας.
4. Αμβλύνεται η όσφρηση, μειώνεται ο αριθμός των γευστικών καλύκων στη γλώσσα και επομένως και η γεύση.
5. Μειώνεται η αίσθηση της αφής και ελαττώνονται τα αντανακλαστικά.



### **Αλλαγές στο πεπτικό σύστημα**

1. Επιβαρύνεται η λειτουργία του πεπτικού συστήματος με την απώλεια των δοντιών, τη μείωση της ικανότητα κατάποσης και τη μείωση των πεπτικών υγρών και ενζύμων.
2. Μειώνεται η ικανότητα για την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και των αλάτων.
3. Μειώνεται η κινητικότητα του στομάχου και εμφανίζεται χάλαση των τοιχωμάτων του.
4. Μειώνεται η περίσταση του πεπτικού σωλήνα. Αυτό οφείλεται στη γενική αδυναμία των μυών. Η δυσκινητικότητα αποτελεί μόνιμο ενόχλημα και μπορεί να οδηγήσει και σε αποφρακτικό ειλεό.

### **Αλλαγές στο Ουροποιητικό Σύστημα**

1. Μειώνεται η λειτουργική ικανότητα και προσαρμοστικότητα των νεφρών.
2. Μειώνεται η αιμάτωση των νεφρών. Αυτό οφείλεται στη μείωση της καρδιακής παροχής και στην αύξηση της περιφερειακής αντίστασης.
3. Μειώνεται η διηθητική συχνότητα και χωληναριακή λειτουργία των νεφρών.

### **Μεταβολικές Αλλαγές**

1. Περιορίζεται η παραγωγή των γονάδων και μειώνεται η έκκριση της κορτιζόνης.

2. Κάμπτεται η παραγωγή του θυρεοειδοτρόπου ορμόνης της υπόφυσης και της θυροειδικής ορμόνης που εκκρίνεται από το θυροειδή αδένα.
3. Η διαδικασία ανοχής της καμπύλης του σακχάρου οδηγείται στα επίπεδα του διαβήτη.
4. Μειώνεται η ικανότητα προσαρμογής αλλά και αντίδρασης σε κατάσταση έντασης (stress).
5. Το άτομο κακοσιτίζεται για τους λόγους όπως χαμηλό εισόδημα λανθασμένος τρόπος διατροφής, ψυχολογική αντίδραση, απώλεια δοντιών, ξηρότητα στοματικής κοιλότητας (οφειλόμενη στη μείωση έκκρισης σιέλου), δυσκοιλιότητα (προέρχεται από τη μείωση των ~~καρβονομένων υγρών~~ αποτέλεσμα της μείωσης της ~~αντίληψης~~ του ~~αισθήματος~~ της δίψας και της περισταλτικότητας του εντερικού σωλήνα.
6. Μειώνεται η επάρκεια του υποθαλάμου (αλλαγές του Ν.Σ.), η οποία οδηγεί στον περιορισμό της διάθεσης για φαγητό και του αισθήματος της δίψας. Αλλαγές στο παρασυμπαθητικό μεταβάλλουν την κινητικότητα του εντέρου, χαλάρωση του σφιγκτήρα μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση διάρροιας και ακράτειας.
7. Η γαστρική έκκριση μειώνεται κατά 50% όταν το άτομο φθάσει σε ηλικία 70 χρόνων. Η μείωση των πεπτικών ενζύμων δε δίνει δυνατότητα να γίνει η πέψη όλης της προσλαμβανόμενης τροφής, με αποτέλεσμα να περνάει από τον πεπτικό σωλήνα χωρίς να υπάρχει δυνατότητα απορρόφησής της. Η αλλαγή του pH του στομάχου και η ατροφία των σιελογόνων αδένων συντελούν επίσης στη διαφοροποίηση του μεγαβολισμού.

## Αλλαγές στο Καρδιαγγειακό Σύστημα

### Καρδιά

1. Μειώνεται η ικανότητα συστολής της καρδιάς.
2. Μειώνεται η διοχέτευση του αίματος στην περιφέρεια.
3. Με τη μείωση της εφεδρείας της καρδιάς, παρουσιάζει περιορισμένη ικανότητα να ανταποκριθεί σε κατάσταση έντασης (stress).
4. Μάλλον αυξάνεται η εναπόθεση λίπους γύρω από την καρδιά.
5. Οι βαλβίδες της καρδιάς παχύνονται και χάνουν από την ελαστικότητά τους. Αυτό οφείλεται στη σκλήρυνση και στην ίνωση.
6. Μάλλον μειώνεται η ροή αίματος στα στεφανιαία αγγεία.

### Αγγεία

1. Παρουσιάζεται σταδιακά χημική και ανατομική αλλαγή στις αρτηρίες με την αύξηση χοληστερίνης, άλλων λιπών και ασβεστίου.
2. Οι ελαστικές ίνες προοδευτικά σκληραίνουν και καταστρέφονται.
3. Παρατηρείται συστολική υπέρταση της αορτής, αποτέλεσμα μείωσης της ελαστικότητας των αγγείων και αύξησης της αντίστασης στη ροή του αίματος.

## Αλλαγές στο Αναπνευστικό Σύστημα

1. Μειώνεται η ελαστικότητα των βρόγχων, των κυψελίδων και των αναπνευστικών μυών. Αυτό μερικώς οφείλεται στη διήθηση και αποθήκευση κολλοειδών ουσιών στους ιστούς αυτούς.

2. Μειώνεται η διάχυση του οξυγόνου ( $O_2$ ), λόγω αύξησης των κολλοειδών ουσιών και του συνδετικού ιστού στο πνευμονικό παρέγχυμα και μείωσης της ροής του αίματος σ' αυτό.
3. Μειώνεται το ποσό του αίματος που κυκλοφορεί στους πνεύμονες. Αυτό συμβάλλει στην εμφάνιση αρρυθμιών.
4. Υποβαθμίζεται η ολική λειτουργική ικανότητα των πνευμόνων (ζωτική χωρητικότητα) και αυξάνεται ο αριθμός των αναπνοών στο πρώτο λεπτό. Ταυτόχρονα αυξάνεται ο υπολειπόμενος αέρας με αποτέλεσμα τη μείωση της λειτουργικότητας των πνευμόνων.

#### Αλλαγές στο Σύστημα της Αναπαραγωγής

1. Η σεξουαλική ικανότητα, αν και διαφοροποιείται, διατηρείται μέχρι τα τελευταία στάδια της ζωής.
2. Η μείωση σε κάποιο βαθμό της σεξουαλικής ικανότητας οφείλεται στην κάμψη της φυσικής υγείας στον ένα ή και στους δύο συζύγους ή στο θάνατο του ενός.

Τελικά, πρέπει να σημειωθεί πως ο λεκτικός πλούτος, ο συνδυασμός ιδεών και η κρίση σε δύσκολες καταστάσεις δεν παρουσιάζουν καμιά μεταβολή, αντίθετα ορισμένες από αυτές βελτιώνονται.

Νοητικές επεξεργασίες που απαιτούν ανάκληση πρόσφατων γεγονότων, πάσχουν σε σημαντικό βαθμό. Αντίθετα διατηρούνται καθαρά στη μνήμη πολύ παλαιότερα γεγονότα.

Η εκμάθηση νέων γνώσεων ελαττώνεται ποσοδευτικά μετά τα 30 χρόνια ζωής. Η ελάττωση της ικανότητα απόκτησης νέων γνώσεων στη μεγάλη ηλικία οφείλεται σε αισθητηριακές ελλείψεις π.χ. καταρράκτης με αποτέλεσμα τη μείωση της όρασης, τη βαρηκοΐα, κ.α. σε διαταραχές πρόσφατης μνήμης, σε περιορισμένο ενδιαφέρον για συγκράτηση λεπτομερειών και σε αδυναμία να παρακολουθήσει τα γεγονότα λόγω κόπωσης. Εάν τα πιο πάνω εμπόδια υπερσκελισθούν οι ηλικιωμένοι δεν υπολείπονται στην εκμάθηση νέων γνώσεων.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ενώ μεταλώνει το άτομο, βιολογικές αλλαγές συνοδεύουν την ενηλικίωση.

## Τα Οικονομικά της Υγείας (Δαπάνες για την Υγεία στην ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η αύξηση των δαπανών υγείας, σε όλες τις βιομηχανικές χώρες τα τελευταία χρόνια, παρά τις προσπάθειες ελέγχου και συγκράτησης του κόστους (stoc containment) αποτελεί το επίκεντρο του ενδιαφέροντος των κυβερνήσεων και των διεθνών οργανισμών. Έχει δειχθεί, ότι το φαινόμενο αυτό οφείλεται στις μεταβολές δημογραφικού, επιδημιολογικού και κοινωνικοπολιτιστικού χαρακτήρα, οι οποίες παρατηρούνται τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς επίσης και στη διόγκωση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας και την μεγέθυνση του υγειονομικού τομέα (OECD 1990, Κυριόπουλος 1993).

Ειδικότερα, έχει αναδειχθεί η συμβολή της δημογραφικής γήρανσης (ageing) και της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων, στην αύξηση των δαπανών της υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες (OECD 1985α, OECD 1988α, OECD 1990).

Σε πολλές χώρες, έχουν γίνει προσπάθειες υπολογισμού των δαπανών υγείας για την τρίτη ηλικία, δεδομένου ότι η ομάδα των υπερηλικών απορροφά μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία, η δε προβλή των διαθέσιμων δεδομένων στο μέλλον αναδεικνύει ότι θα υπάρξει μια αυξητική πορεία στο μέλλον, η εξέλιξη της οποία θα προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στους προϋπολογισμούς υγείας, όπως επίσης στην κοινωνική ασφάλιση υγείας και στην διανομή της ιατρικής περίθαλψης (Fuchs 1984, Evans 1987).

Στην Ελλάδα, αν και οι τάξεις αυτές είναι εμφανείς και έχει γίνει αντιληπτή η επίδραση της δημογραφικής γήρανσης στην αύξηση των

δαπανών της υγείας (Σκουτέλης 1988, Κυριόπουλος 1993) εντούτοις δεν έχει ακόμη επιχειρηθεί η οικονομική προσέγγιση του φαινομένου αυτού και ακόμη περισσότερο δεν έχουν διατυπωθεί οι ανάλογες πολιτικές.

Επειδή η δημογραφική γήρανση των πληθυσμών, των αναπτυγμένων χωρών, αναγνωρίζεται σήμερα ως το μεγαλύτερο πρόβλημα το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπίσει η κοινωνική πολιτική στα επόμενα χρόνια, λόγω της αύξησης των συντάξεων γήρατος, της έντασης της ιατρικής φροντίδας, αλλά και των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, έχουν κινητοποιηθεί οι σχετικές διαδικασίες διαμόρφωσης πολιτικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ, με την προϋπόθεση ότι το επίπεδο των κατά κεφαλήν παροχών θα παραμείνει σταθερό -αναμένεται σημαντική αυξητική τάση των δαπανών για συντάξεις και ιατρική περίθαλψη και μείωση των δαπανών για εκπαίδευση και οικογενειακά επιδόματα με μοναδικό κριτήριο τις δημογραφικές μεταβολές (OECD 1988α, 1988β).

Έχει ήδη επισημανθεί, ότι η δημογραφική σύνθεση ενός πληθυσμού, αποτελεί ένα από τα κύρια στοιχεία τα οποία διαμορφώνουν το ύψος της δαπάνης για την υγεία. Επίσης είναι παραδεκτό ότι το κύριο χαρακτηριστικό των πληθυσμών των βιομηχανικών χωρών είναι η δημογραφική γήρανση. Τα σχετικά στοιχεία τα οποία συγκεντρώνει και δημοσιεύει ο ΟΟΣΑ, επιβεβαιώνουν αυτή την παραδοχή και αποτυπώνουν τόσο την παρούσα κατάσταση όσο και τις μελλοντικές τάσεις, ενώ έχει επισημανθεί η συσχέτιση της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία με την ηλικία (Fisher and Charles 1980, Rice and Estes 1984, OECD 1982, 1985α, 1985β).

Η πληθυσμιακή γήρανση αναπόφευκτα επηρεάζει κάθε πλευρά της οικονομίας και την πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών, αλλά και της κοινωνίας γενικά. Αιχμή αυτών των επιδράσεων αποτελεί το πρόβλημα της κοινωνικής πολιτικής, η οποία έχει ως στόχο τη βελτίωση του επιπέδου ζωής διαμέσου της διεύρυνσης των παροχών. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, που βασίζεται στη μελέτη των σημερινών δεδομένων και στην πρόγνωση των μελλοντικών εξελίξεων -έως το έτος 2040- η αύξηση της συνολικής κοινωνικής δαπάνης θα είναι σημαντική και θα οφείλεται κυρίως στην αύξηση της δαπάνης για την τρίτη ηλικία (OECD 1988α, 1988β).

Με την έννοια αυτή, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αποτελεί την σημαντικότερη ενδεχόμενη συνιστώσα, στην πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων στην οικονομία, την κοινωνική πολιτική και στην πολιτική υγείας. Στη μελέτη αυτή, επιχειρείται η προσέγγιση του θέματος βάση την διεθνή εμπειρία και καταβάλλεται προσπάθεια μιας πρώτης εκτίμησης των προβλεπόμενων αλλαγών, στην Ελλάδα, με επίκεντρο των υγειονομική τομέα και ειδικότερη έμφαση στα οικονομικά της υγείας.

### **Τρίτη Ηλικία και Κόστος Υγείας**

Η δαπάνη για την υγεία είναι, κατά το μεγαλύτερο μέρος, δαπάνη για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εφόσον η ζήτηση σ' αυτή την ηλικία προσανατολίζεται κυρίως στη θεραπεία και την περίθαλψη.

Το κόστος αυτών των μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι υψηλότερο από αυτό άλλων υπηρεσιών, οι οποίες απευθύνονται σε νεαρότερες ηλικίες. Επίσης, η συχνότητα εμφάνισης της ανάγκης για ιατρική



περίθαλψη είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους όπως η συχνότητα ιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός ημερών νοσηλείας. Ακόμα, το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, το οποίο απαιτεί σύγχρονες και δαπανηρές μεθόδους θεραπείας και την υποστήριξη της φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας. Με την έννοια αυτή, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας (health care consumption), και η αντιστοιχη δαπάνη, αυξάνεται για αυτούς τους λόγους για τους ηλικιωμένους (Fisher and Charles 1980, Knapp 1984).

Είναι προφανές ότι η συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας θα αυξηθεί στα επόμενα χρόνια, εξαιτίας:

α) της αύξησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και του ύψους της κατανάλωσης

β) της μεγέθυνσης του αριθμού των ηλικιωμένων εξαιτίας της πληθυσμιακής γήρανσης και

γ) της αναγκαίας διεύρυνσης των παροχών προς τους ηλικιωμένους, στα πλαίσια της βελτίωσης των κοινωνικών παροχών.

Η σχέση της γήρανσης του πληθυσμού με την αύξηση της δαπάνης για ιατρική φροντίδα μπορεί να δοθεί από την ακόλουθη εξίσωση:

$$He_i = he_i \times q_i \times n_i \quad (1)$$

όπου  $I$  ομάδα ηλικίας και  $He_i$ , ιατρική δαπάνη για την ομάδα  $i$

$he_i$ , ιατρική δαπάνη ανά μονάδα υπηρεσιών ανά ασθενή της ομάδας  $I$

$q_i$ , ετήσιος αριθμός μονάδων υπηρεσιών ανά ασθενή της ομάδας  $I$

$n_i$ , αριθμός προσώπων της ηλικιακής ομάδας  $i$ .

Η αύξηση της δαπάνης για φροντίδα υγείας προς τους ηλικιωμένους, θεωρείται ότι προέρχεται από τη συνδυαστική επίδραση των παραμέτρων  $m_1$  και  $q_1$ , οι οποίες, όπως αναφέρεται και παραπάνω, είναι πολύ μεγαλύτερες από αυτές των νεαρότερων ηλικιών.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η γήρανση του πληθυσμού είναι βασικός αυξητικός παράγων της εθνικής δαπάνης για την υγεία, και την κοινωνική δαπάνη κατά συνέπεια. Είναι επομένως αναγκαίο να μελετηθούν και άλλα χαρακτηριστικά αυτής της δαπάνης, που σχετίζονται με την ηλικία, ώστε να φανούν οι πιθανές εναλλακτικές λύσεις για τη συγκράτηση αυτής, αλλά κυρίως για την κατά τρόπο ωφέλιμο και οικονομικά αποδοτικό αξιοποίησή της.

Η Ελλάδα, όπως και οι περισσότερες βιομηχανικές χώρες, εμφανίζει συμπτώματα δημογραφικής γήρανσης. Εξαιτίας της πλημμελούς καταγραφής των νοσηλευτικών και οικονομικών δεδομένων στον υγειονομικό τομέα, στη χώρα μας, δεν έχει γίνει δυνατή η εκτίμηση της δαπάνης για την υγεία στην τρίτη ηλικία και ως εκ τούτου η διατύπωση υγειονομικών μέτρων για την αντιμετώπιση του φαινομένου, διαμέσου της αποδοτικής κατανομής των πόρων.

Ο υπολογισμός της δαπάνης για την υγεία στην τρίτη ηλικία βασίσθηκε στην εξής μεθοδολογική προσέγγιση:

(α) Στον μέσο όρο του αριθμού ασθενών ηλικία άνω των 65 ετών οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια της χώρα στην περίοδο 1988-1990, ανά μείζονα διαγνωστική κατηγορία με την συνεκτίμηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΕΣΥΕΕ ετήσιο) και του κόστους νοσηλείας (ΥΠΚΑ 1990), για τον υπολογισμό της νοσοκομειακής δαπάνης. Στο

Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η κατανομή των ημερών νοσηλείας κατά φύλλο και ηλικιακή ομάδα, από το οποίο φαίνεται ότι μετά την βρεφική και νηπιακή ηλικία και αυξάνεται γεωμετρικά μετά το 60ο έτος. Επίσης είναι προφανές ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη κατανάλωση από τις γυναίκες -πλην της αναπαραγωγικής ηλικίας. Η προσέγγιση αυτή -αν και η μόνη εφικτή εξαιτίας της έλλειψης δεδομένων- ενδεχόμενα οδηγεί στη σχετική υποεκτίμηση της νοσοκομειακής δαπάνης, δεδομένου ότι εικάζεται, για ιατρικούς και κοινωνικούς λόγους, η μέση διάρκεια νοσηλείας των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερη της αντίστοιχης του συνολικού πληθυσμού. Επιπροσθέτως, η υποεκτίμηση ενδεχόμενα να αναγράφεται και στο κόστος των υπηρεσιών εξαιτίας της αναγκαιότητας τεχνολογικής υποστήριξης.

(β) Στον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων και κατανάλωσης φαρμακευτικών σκευασμάτων στην τρίτη ηλικία με δύο διαφορετικές υποθέσεις, με συμβατικά σημεία παραδοχής, πρώτον τις εκτιμήσεις του ΙΚΑ, οι οποίες χρησιμοποιούνται για συμβάσεις παροχής περίθαλψης σε υπερήλικες άλλων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ 1992) και δεύτερον τις εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ για πολλές βιομηχανικές χώρες (ΟΟΣΑ 1988β), για τον υπολογισμό της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης. Παρά το γεγονός ότι, οι εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ αναφέρονται, στην περί το 1980 περίοδο, η υπόθεση δύναται να θεωρηθεί ρεαλιστική για την χώρα, δεδομένου ότι η προσπέλαση στις υπηρεσίες υγείας καθίσταται σχετικά ευχερής στην Ελλάδα στη διάρκεια της δεκαετίας του '80.

(γ) Με βάση τις εκτιμήσεις για τις δαπάνες υγείας της τρίτης ηλικίας, το 1990 και τις προβλεπόμενες δημογραφικές εξελίξεις επιχειρείται παράλληλα,

η πρόβλεψη των απαιτούμενων δαπανών υγείας για την τρίτη ηλικία και ο προβλεπόμενος αναγκαίος ετήσιος ρυθμός αύξησης για την αντιμετώπιση της δημογραφικής γήρανσης - με την προϋπόθεση ότι οι παροχές υγείας παραμένουν σταθερές, στο επίπεδο του 1990.

Είναι προφανές ότι η προσέγγιση αυτή, συμβάλλει στη διερεύνηση των κατωτάτων ορίων, αφενός διότι ο αριθμός των ημερών νοσηλείας των υπερηλικών ασθενών στην πραγματικότητα εκτιμάται ότι είναι μεγαλύτερος και ως εκ τούτου και οι δαπάνες νοσοκομειακής φροντίδας και αφετέρου τόσο οι εκτιμήσεις του ΙΚΑ όσο και η μεταφορά των εκτιμήσεων του ΟΟΣΑ ενδεχόμενα υποεκτιμούν το φαινόμενο, ιδιαίτερα σε ένα υγειονομικό σύστημα, στο οποίο η προσπέλαση δεν έχει οργανωτικές και οικονομικούς φραγμούς για τους χρήστες -όπως στην περίπτωση του ΕΣΥ, στην χώρα μας.

Στα πλαίσια αυτά, η εκτίμηση της δαπάνης για την υγεία στην τρίτη ηλικία πρέπει να εκφρασθεί -σύμφωνα με την εξίσωση (1)- ως εξής:

$$HE_i = HHE_i + AHE_i \quad (2)$$

όπου,  $HHE_i$ , η νοσοκομειακή δαπάνη για την τρίτη ηλικία και,

$AHE_i$ , η ιατροφαρμακευτική ανάλογη δαπάνη

ή ακόμα ειδικότερα:

$$HHE_i = h_i \times mlsi \times epdi \quad (3) \text{ και}$$

$$AHE_i = h_i \times yci \times cahei \quad (4)$$

όπου,  $mlsi$ , η μέση διάρκεια νοσηλείας ατόμων της ηλικιακής ομάδας  $i$ ,  $epdi$ , το κόστος της ημερήσιας νοσηλείας.

Υσι, η ετήσια κατανάλωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και καθεύ, το κόστος ανά μονάδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Με βάση, αυτήν την παραδοχή και τα διαθέσιμα δεδομένα για το έτος 1990, το συνολικό κόστος για την υγεία, το οποίο προέρχεται από δημόσιους πόρους, για την τρίτη ηλικία ανέρχεται σε 153.752 εκατομμύρια δραχμές ή περίπου 30.4% των συνολικών δημοσίων δαπανών υγείας σύμφωνα με τις παραδοχές ότι οι εκτιμήσεις του ΙΚΑ είναι ρεαλιστικές. Η δημογραφική γήρναση συμπαρασύρει ένα μεγάλο τμήμα των νοσοκομειακών δαπανών, ώστε από 26,1% το 1990 ανέρχονται σε 31,8% το 2000 και 44,8% το 2050. Αντίστοιχα η συνολική δημόσια δαπάνη υγείας από 30.4% το 1990 ανέρχεται σε 37.1% το 2000 και 52.5% το 2050. Η χρηματοδότηση αυτής της εξέλιξης είναι εξαιρετικά δυσχερής δεδομένου ότι μέχρι το έτος 2050 η δημογραφική γήρναση απαιτεί πρόσθετους πόρους -με την προϋπόθεση ότι οι παροχές παραμένουν σταθερές. Η πρόσθετη χρηματοδότηση, σύμφωνα με αδρές εκτιμήσεις, απαιτεί ετήσια αύξηση των δαπανών υγείας κατά 0.33%, δηλ. 15-20 δισεκατομμύρια δραχμές σε τιμές 1990.

### **Επίμετρο**

Είναι προφανές, ότι η δημογραφική γήρναση συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση των δαπανών υγείας -όπως δείχνουν σχετικές έρευνες και μελέτες σε διεθνή κλίμακα. Στην Ελλάδα ο αριθμός των ηλικιωμένων, κατά την παρούσα μελέτη, θα έχει υψηλό αριθμό αύξησης στις προσχείς δεκαετίες και θα προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις της δαπάνης για την υγεία.

Το φαινόμενο αυτό έχει επισημανθεί από διεθνείς οργανισμούς (OECD 1988β, OMS 1989) και έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον ερευνητών (Fuchs 1984, Evans 1987) και ειδικότερα στα πλαίσια των πολιτικών συγκράτησης του κόστους έχει επιχειρηθεί η οικονομική ανάλυση κόστους-οφέλους (cost-benefit analysis) και η οριακή ανάλυση (marginal analysis) για την επιλογή του κατάλληλου τρόπου φροντίδας των ηλικιωμένων στην οικιακή φροντίδα, την ιδρυματική φροντίδα ή και τη νοσοκομειακή νοσηλεία (Drumond 1980, Stark, Gutman and McCahin 1982, Knapp 1984, Μπαλοπούλου και συν. 1991).

Η οικονομική ανάλυση έχει συνεισφέρει σε οργανωτικό και χρηματοδοτικό επίπεδο στις πολιτικές υπηρεσιών υγείας για την τρίτη ηλικία και ειδικότερα στην προαγωγή εναλλακτικού τύπου περίθαλψης, οι οποίες αποτελούν συνήθη πρακτική σε διεθνή κλίμακα με έμφαση στην οικιακή φροντίδα (homo care) και την ιδρυματική νοσηλευτική περίθαλψη (nursing home care).

Με την έννοια αυτή, και με βάση τις προβλεπόμενες δημογραφικές και οικονομικές εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα, είναι αναγκαία η διαμόρφωση αποδοτικής και αποτελεσματικής πολιτικής στα πλαίσια της εθνικής στρατηγικής για την υγεία. (Κοινωνική Εργασία Έτος 8 τεύχος 30, Αθήνα 1993 "Οι δαπάνες για την υγεία στην Τρίτη Ηλικία, στην Ελλάδα. Μια πρώτη προσέγγιση". Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ευγενεία.

### Εναλλακτικές Στρατηγικές Φροντίδας Για Την Υγεία

Το ζητούμενο σήμερα είναι η παροχή ιατρικής φροντίδας υψηλού επιπέδου, παράλληλα με την προσπάθεια διατήρησης της ψυχικής ευεξίας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, κατά τον οικονομικότερο τρόπο. Αναζητείται λοιπόν η άριστη επιλογή (10, 11). Ένα κρίσιμο σημείο γι' αυτή την επιλογή είναι ο βαθμός εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων (6).

Μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικός του βαθμούς εξάρτησης των ηλικιωμένων ο διαχωρισμός της τρίτης ηλικίας σε τρία ηλικιακά στάδια.

α) από τα 55 έως τα 65 έτη. β) από τα 65 έως τα 75 και γ) από τα 75 και

πάλι.

Ο βαθμός εξάρτησης αυξάνεται με τη μετάβαση από το πρώτο στάδιο στα επόμενα. Η ιατρική φροντίδα είναι κοινό χαρακτηριστικό και των τριών ηλικιακών σταδίων, αλλά η αναγκαιότητα γι' αυτή αυξάνεται με την πάροδο των ετών, όπως επίσης και η ανάγκη για κοινωνικές υπηρεσίες πρόνοιας. Έτσι αυξάνεται αντίστοιχα και το κόστος των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Αντίθετα η απασχόληση μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας ενώ οι συντάξεις εμφανίζουν την μεγαλύτερη άνοδο στη μέση ομάδα.

Οι τύποι φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα που έχουν διαμορφωθεί, στην προσπάθεια για εξεύρεση της πλέον σωστής επιλογής, είναι:

1. Ατυποί Φροντίδα (InFormal Care): αναφέρεται στην περίθαλψη που προσφέρεται, περιστασιακά ή μόνιμα, από άτομα μη ειδικευμένα για την υποστήριξη των αναγκών των ηλικιωμένων, συνήθως από συγγενείς και φίλους.

2. Οικιακή Φροντίδα (Domiciliary Care): αναφέρεται στο σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται από φορείς και άτομα στα πλαίσια κοινωνικών υπηρεσιών, εθελοντικών οργανισμών χωρίς να αποκλείεται η συνεργασία των συγγενών και των φίλων.

3. Ιδρυματική Φροντίδα (Residential Care): αναφέρεται στο ε΄δος της κλειστής περίθαλψης που παρέχεται από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς.

Αυτοί οι τύποι φροντίδας δεν είναι στατικοί αλλά εξελίσσονται και ίσως διαφοροποιούνται με την εισαγωγή νέων χαρακτηριστικών (π.χ. περίθαλψη "βραχείας διάρκειας" ως στοιχείο και εξέλιξη της ιδρυματικής φροντίδας), χωρίς όμως να αλλάζει ουσιαστικά ο χαρακτήρας τους.

Οι διάφοροι τύποι φροντίδας και παροχής υπηρεσιών δεν είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους, αλλά αποτελούν μια "συνέχεια", που αρχίζει από τους ηλικιωμένους που αυτοεξυπηρετούνται ή καλύπτουν τις ανάγκες τους δεχόμενοι τις φροντίδες των συγγενών και φθάνει γι' αυτούς που δέχονται την ιδρυματική φροντίδα. Ενδιάμεσα εμφανίζονται διάφορες βαθμίδες ζήτησης και προσφοράς. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα φαίνεται και η δυνατότητα αντιμετώπισης εξάρτησης ίδιου βαθμού με διαφορετικούς τύπους φροντίδας. Γεννάται λοιπόν το ζήτημα της επιλογής, τόσο για την προαναφερόμενη περίπτωση όσο και γενικά για την ωφέλιμη και αποδοτική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης μπορεί να είναι καθοριστικά για την επιλογή τύπου φροντίδας, καθώς είναι δυνατόν να διαφοροποιήσουν σημαντικά το κόστος ή να αξιολογήσουν διαφορετικά την αναμενόμενη ωφέλεια (12,13). Είναι λοιπόν



βάσιμο να θεωρηθούν ως κριτήρια επιλογής το οριακό κόστος και το οριακό όφελος, δηλαδή το επιπλέον κόστος και όφελος για κάθε ασθενή/ηλικιωμένο.

Απεικονίζοντας στο διάγραμμα (1) τους τρεις τύπους παροχής φροντίδας σε σχέση με το οριακό κόστος και το βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου, παρατηρούμε τα εξής:

όταν ο βαθμός εξάρτησης του ηλικιωμένου είναι χαμηλός (κάτω από το E1) η φθηνότερη εναλλακτική είναι η Άτυπη Φροντίδα (1).

Όταν ο βαθμός εξάρτησης είναι μέτριος (μεταξύ E1 και E2) φθηνότερη είναι η Οικιακή Φροντίδα (O).

Όταν ο βαθμός εξάρτησης είναι υψηλός (πάνω από E2) φθηνότερη είναι η Ιδρυματική Φροντίδα (1).

Απεικονίζοντας στο διάγραμμα (II) τους τρεις τύπους φροντίδας σε σχέση με το οριακό όφελος και τον βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου παρατηρούμε τα εξής:

Αν ο βαθμός εξάρτησης είναι χαμηλός (μέχρι το E3) το μεγαλύτερο όφελος προσφέρει η Άτυπη Φροντίδα (A).

Αν ο βαθμός εξάρτησης είναι μέτριος (μεταξύ E3 και E4) το μεγαλύτερο όφελος προσφέρει η Ιδρυματική Φροντίδα (1).

Με το διάγραμμα (III) γίνεται συσχετισμός των δύο προηγούμενων διαγραμμάτων, και όσων αυτά απεικονίζουν. Δηλαδή απεικονίζεται ο συσχετισμός οριακού κόστους - οριακού οφέλους σε σχέση με τον βαθμό εξάρτησης του ασθενούς, γιατί αυτός είναι ο συνδυασμός κριτηρίων που μπορεί να οδηγήσει στην επιλογή.

Όπως φαίνεται για έναν ηλικιωμένο με βαθμό εξάρτησης μεγαλύτερο του Ε6 κρίνεται περισσότερο αποτελεσματική η Ιδρυματική Φροντίδα (I), γιατί το όφελος είναι μεγαλύτερο ενώ το κόστος μικρότερο.

Για εκείνους με βαθμό εξάρτησης μεταξύ Ε5 και Ε6 η επιλογή είναι πιο δύσκολη γιατί η σχέση κόστους-οφέλους δεν δείχνει σαφώς τον αποδοτικότερο συνδυασμό - το όφελος από την Ιδρυματική Φροντίδα (I) είναι μεγαλύτερο αλλά και το κόστος είναι μεγαλύτερο. Μπορεί όμως να προσδιορισθεί εκείνο το επίπεδο εξάρτησης όπου η αύξηση του οφέλους σε συνάρτηση με το κόστος είναι η ίδια και για τους δύο τύπου φροντίδας, και αυτό είναι το Ε7. Έτσι για βαθμό εξάρτησης χαμηλότερο από Ε7 αποτελεσματικότερη λύση είναι η Οικιακή Φροντίδα (O) ενώ για βαθμό εξάρτησης μεγαλύτερο του Ε7 η Ιδρυματική Φροντίδα (I).

Μέσω του παραπάνω θεωρητικού σχήματος μπορεί να γίνει εφικτή η αποτελεσματική επιλογή. Αυτό όμως αποκτά μεγαλύτερη χρησιμότητα όταν στην επιλογή λαμβάνονται υπόψη τόσο το στοιχείο της "συνέχεια" της περίθαλψης/φροντίδας όσο και τα ατομικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου - κοινωνικοοικονομικά και ψυχικής υγείας- από την πλευρά της δικής του ωφέλειας και προτίμησης.

## ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Ένα από τα αποτελέσματα της γήρανσης του πληθυσμού είναι η αύξηση της δαπάνης υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας, και η συνολική κοινωνική δαπάνη κατά συνέπεια. Η αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων και η συνεχής βελτίωση του επιπέδου των κοινωνικών παροχών για την τρίτη ηλικία αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.

Η επιλογή του κατάλληλου τύπου φροντίδας, μεταξύ των εναλλακτικών που έχουν αναπτυχθεί, είναι σχετικά σύνθετη υπόθεση γιατί επηρεάζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ηλικιωμένου/ασθενούς. Τα ατομικά αυτά χαρακτηριστικά μπορούν να εξετασθούν από δύο πλευρές:

- Αυτή που αφορά την κοινότητα και το οικογενειακό περιβάλλον του ηλικιωμένου και η αξιολόγηση των τύπων φροντίδας στηρίζεται στον αποδοτικότερο συνδυασμό του οριακού οφέλους και του οριακού κόστους, σε σχέση με το βαθμό εξάρτησης του ηλικιωμένου.
- Αυτή που αφορά τον ίδιο τον ηλικιωμένο και εκφράζεται με τις επιθυμίες του και την προσδοκόμενη από τον ίδιο ωφέλεια από την φροντίδα, όπως προσδιορίζονται από την ατομική κοινωνικοοικονομική και ψυχική του κατάσταση. (Κοινωνική Εργασία έτος 6, τεύχος 24 Αθήνα 1991 "Τρίτη Ηλικία και Οικονομικά της Υγείας". Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., Μπουρσανίδης Χ.).

### Νέες τάσεις και προγράμματα που επικρατούν σήμερα στην Ελλάδα

Η υπάρχουσα κατάσταση στην παροχή υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους εκτός από την κλειστή ιδρυματική περίθαλψη είναι ελλιπής.

Υπάρχει έλλειψη ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους από το επίσημο Κράτος Πρόνοιας όσον αφορά την εξωιδρυματική περίθαλψη. Αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο ζωής των ηλικιωμένων και κυρίως αυτών που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της ζωής για πολλούς και ποικίλους λόγους, όπως οικονομικοί, κοινωνικοί, σωματικής και ψυχικής υγείας.

Βέβαια τα τελευταία χρόνια ~~από την εκδημόνη κλίση~~ ~~επιχειρήσεις~~ προσπάθειες από πλευράς Κράτους Πρόνοιας που έχουν στόχο να καλύψουν το κενό με τη δημιουργία νέων θεσμών, σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις που απευθύνονται στο σύνολο και όχι σε οριακές ομάδες (με κριτήρια και διακρίσεις).

Σήμερα η κυρίαρχη αντίληψη στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας για τον ηλικιωμένο είναι η παραμονή στο σπίτι.

Η νέα αντίληψη τον θέλει στο ανοιχτό περιβάλλον μέσα στη γειτονιά, στην κοινότητα, στο σπίτι που μπορεί να είναι δικό του, των παιδιών του ή των συγγενών του.

Το γηροκομείο εκπροσωπεί μια ιδεολογία πατερναλιστικής προστασίας, εξάρτησης, διαχωρισμού των ηλικιών, ενώ η "παραμονή στο σπίτι", εκφράζει τις σύγχρονες ιδέες κοινωνικοποίηση, δραστηριότητα,

αλληλεγγύη των γενεών, ελευθερίας, αξιοπρέπειας, που καθιστούν το άτομο, μέλος ενταγμένο στην κοινότητα, ενεργό, αυτόνομο, ισότιμο.

Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά ο θεσμός αυτός, απαιτείται ένα ευρύ πλέγμα υπηρεσιών που θα καλύπτουν τις ανάγκες και θα δίνουν λύσεις στα προβλήματα του ηλικιωμένου που προέρχονται κυρίως από: α) την απομόνωση, β) το φόβο και την ανησυχία για την υγεία του, γ) την αδράνεια στον απεριόριστα ελεύθερο χρόνο του

Αυτόματα διαγράφονται και οι στόχοι του νέου θεσμού οι οποίοι αντίστοιχα με τα παραπάνω προβλήματα είναι: η κοινωνικοποίηση, η προληπτική υγιεινή, η ενεργοποίηση.

### ~~3. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η)~~

Τα ΚΑΠΗ είναι κρατικά προγράμματα στην εξυπηρέτηση του θεσμού "παραμονή στο σπίτι". Το 1979 στήθηκε πειραματικά το πρώτο Κέντρο και μέχρι το τέλος του 1981 είχαν λειτουργήσει συνολικά 8 προγράμματα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις.

Στη συνέχεια, τα ΚΑΠΗ, μέσα στα πλαίσια κρατικού πάντα προγραμματισμού πέρασαν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση πολλαπλασιάστηκαν και έφτασαν τα 257 σε όλη τη χώρα εκ των οποίων τα 87 στην Αττική.

Από τότε έως σήμερα, έχουν γίνει αργά αλλά σταθερά βήματα που αποσκοπούν στην ανάπτυξη και επέκταση του όλου θεσμού σε όλους τους δήμους, αλλά και τις μεγάλες κοινότητες της χώρας μας.

Τα ΚΑΠΗ είναι στελεχωμένα από διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται συνήθως από Κ.Λ., ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή και οικογενειακό βοηθό.

Σκοπός τους είναι:

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

β) Τη διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών ωρορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

γ) Κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους.

δ) Φυσιοθεραπεία

ε) Εργασιοθεραπεία

στ) Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης.

ζ) Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.

η) Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά κλπ. και όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.

## **2. Στεγαστικά προγράμματα.**

Τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω έχουν τη δυνατότητα τώρα να αποκτήσουν στέγη στα πλαίσια του προγράμματος Λαϊκής Κατοικίας. Δίνεται επίσης στεγαστική συνδρομή σε μοναχικά, ανασφάλιστα και οικονομικά ηλικιωμένα άτομα, που αποδεδειγμένα στερούνται στέγης.

Τα στεγαστικά προγράμματα εξυπηρετούν την παραμονή του ηλικιωμένου στο κοινοτικό του περιβάλλον και το όλο πνεύμα τους είναι ο περιορισμός της ιδρυματικής περίθαλψης. Οι καλές στεγαστικές συνθήκες διαβίωσης αποτελούν ισχυρό αντικίνητρο για την επιλογή της ιδρυματικής προστασίας.

Αντίθετα ένα μικρό σπιτάκι ή διαμέρισμα με βασικές ανέσεις, δημιουργεί ουσιαστικές προϋποθέσεις για την παραμονή του στην κοινότητα. Μέχρι το τέλος του 1987 -στη χώρα- υπήρχαν μόνο 220 κρατικά, μονοδωμάτια διαμερίσματα των 3 στεγών ηλικιωμένων στην περιφέρεια Αθηνών (Καρέα, Ρέντη και Μελίσσια) που παρέχουν συλλογική διαβίωση σε άτομα κυρίως αυτοεξυπηρετούμενα. Στα πλαίσια αυτά παρέχεται ιατρική παρακολούθηση και νοσηλευτική φροντίδα όταν χρειάζεται, όπως και βοήθεια στα ψώνια, πλύσιμο ρούχων κλπ., γεγονός που βοηθά τα άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας να αυτοεξυπηρετούνται σε μεγάλο βαθμό.

Σημειώνεται ότι στην Ελλάδα υπάρχουν για αυτά στην κοινότητα ηλικιωμένοι βοηθούνται να παραμείνουν ανεξάρτητοι μέχρι μεγάλης ηλικίας ή και μέχρι το θάνατό τους και το ποσοστό των μη αυτοεξυπηρετούμενων δεν ξεπερνά το 0,5% ετησίως.

### **3. Ξενώνες ενηλίκων.**

Για κάθε άτομο ενήλικο που έχει να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα στέγης, πρόσκαιρα ή κάποιας διάρκειας το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με Προεδρικό διάταγμα που προωθεί, ιδρύει τους κοινωνικούς ξενώνες, για φιλοξενία ατόμων χωρίς διάκριση ηλικίας και φύλου.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του Ξενώνα επιδιώκει την επανένταξη των ενοίκων των ξενώνων στο προγενέστερο τρόπο ζωής του.

Στους ξενώνες μπορούν να φιλοξενηθούν ηλικιωμένοι, όταν η σύζυγος, τα παιδιά τους ή άλλα μέλη της οικογένειάς τους πηγαίνουν

Αντίθετα ένα μικρό σπιτάκι ή διαμέρισμα με βασικές ανέσεις, δημιουργεί ουσιαστικές προϋποθέσεις για την παραμονή του στην κοινότητα. Μέχρι το τέλος του 1987 -στη χώρα- υπήρχαν μόνο 220 κρατικά, μονοδωμάτια διαμερίσματα των 3 στεγών ηλικιωμένων στην περιφέρεια Αθηνών (Καρέα, Ρέντη και Μελίσσια) που παρέχουν συλλογική διαβίωση σε άτομα κυρίως αυτοεξυπηρετούμενα. Στα πλαίσια αυτά παρέχεται ιατρική παρακολούθηση και νοσηλευτική φροντίδα όταν χρειάζεται, όπως και βοήθεια στα ψώνια, πλύσιμο ρούχων κλπ., γεγονός που βοηθά τα άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας να αυτοεξυπηρετούνται σε μεγάλο βαθμό.

Παρατηρείται ότι στην "προστατευόμενη" αυτή στέγη οι ηλικιωμένοι βοηθούνται να παραμείνουν ανεξάρτητοι μέχρι μεγάλης ηλικίας ή και μέχρι το θάνατό τους και το ποσοστό των μη αυτοεξυπηρετούμενων δεν ξεπερνά το 0,5% ετησίως.

### **3. Ξενώνες ενηλίκων.**

Για κάθε άτομο ενήλικο που έχει να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα στέγης, πρόσκαιρα ή κάποιας διάρκειας το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με Προεδρικό διάταγμα που προωθεί, ιδρύει τους κοινωνικούς ξενώνες, για φιλοξενία ατόμων χωρίς διάκριση ηλικίας και φύλου.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του Ξενώνα επιδιώκει την επανένταξη των ενοίκων των ξενώνων στο προγενέστερο τρόπο ζωής του.

Στους ξενώνες μπορούν να φιλοξενηθούν ηλικιωμένοι, όταν η σύζυγος, τα παιδιά τους ή άλλα μέλη της οικογένειάς τους πηγαίνουν



διακοπές, όταν περνούν κάποια κρίση, δηλαδή καθένας σε κάποια φάση της ζωής του στερήθηκε το οικογενειακό περιβάλλον.

Στους ξενώνες παρέχεται μόνο πρωινό και υπηρεσίες καντίνας. Οι φιλοξενούμενοι έχουν τη δυνατότητα να παίρνουν ένα κύριο γεύμα από σύμβεβλημένο εστιατόριο της γειτονιάς. Η ρύθμιση αυτή δίνει κάποιο ανάλαφρο τόνο στο Ίδρυμα και αποφεύγεται η βαριά ατμόσφαιρα του Ιδρυματισμού.

Συνοπτικά άλλα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την Γ' ηλικία είναι:

- Πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας για ορισμένες ώρες
- Παροχή έτοιμου γεύματος στο σπίτι
- Εργασιοθεραπεία
- Ειδική εξωνοσοκομειακή νοσηλεία (ενέσεις, πίεση κτλ.)
- Πρόγραμμα υποστήριξης της οικογένειας που κρατά τον ηλικιωμένο στο σπίτι (Αν η οικογένεια έχει ανάγκη).
- Οικονομική βοήθεια στους μοναχικούς ηλικιωμένους
- Καθαριότητα του ηλικιωμένου και βοήθεια στο σπίτι (ψώνια κλπ.).
- Πρόγραμμα αναδοχής
- Δημιουργία άμεσων κοινωνικών βοηθειών αλλά και συστήματα συναγερμού στο σπίτι (συνδεδεμένο με τις κοινωνικές υπηρεσίες).
- Μειωμένες τιμές υπηρεσιών (ρεύμα, τηλέφωνο). (Αν έχουν ανάγκη οικονομική).
- Κάρτα ηλικιωμένων για ειδικές παροχές (συγκοινωνίες, θεάματα κτλ.).
- Πρόγραμμα κοινωνικού τουρισμού.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» εφαρμόζεται στη χώρα μας σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό. Είναι Κοινοτικό πρόγραμμα και παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Επιδιώκει να ενισχυθούν τα άτομα και οι οικογένειές τους, ανεξάρτητα από την ηλικία και την οικονομική κατάσταση για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, που έχουν πρόσκαιρα ή μόνιμα, μέσα στο σπίτι και σε γειτονιά τους.

Αν και το πρόγραμμα απευθύνεται σε κάθε άτομο, ο μεγαλύτερος αριθμός των εξυπηρετούμενων είναι οι ηλικιωμένοι, διότι όπως είναι αυτονόητο, είναι άτομα με αυξημένες ανάγκες.

Το πρόγραμμα προσφέρει:

- 1) Ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια.
- 2) Νοσηλευτικές υπηρεσίες και Φυσικοθεραπεία.
- 3) Κοινωνική Εργασία με άτομα, ομάδες και κοινότητες.
- 4) Κοινωνική εργασία με την οικογένεια
- 5) 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.
- 6) Κατ'οίκον καθαριότητα.

Το προσωπικό που απασχολείται στο πρόγραμμα είναι: γιατρός, επισκέπτρια αδελφή, φυσικοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, οικογενειακός βοηθός και εθελοντές.

Το πρόγραμμα εφαρμόζεται στο Δήμο Κερατσινίου και στις περιοχές Αθηνών, Κυψέλη, Πατήσια, Εξάρχεια σε συνεργασία με τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό.

Πρόσφατα το πρόγραμμα επεκτάθηκε και στους Δήμους: Υμηττού, Αργυρούπολης, Δράμας, Βέροιας, Τρικάλων, Δελβινακίου, Καλαμαριάς και Κοινότητας Ευθήλου Ικαρίας.

Οι παθήσεις - αναπηρίες που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα είναι:

ζαχαροδιαβήτης, πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκας, βαριές αρθροπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, βαριές αναπνευστικές ανεπάρκειες, όγκοι (σε αποθεραπεία ή τελική φάση), μαιευτικές παραλύσεις, μειωμένη όραση, ακρωτηριασμοί, και προβλήματα συμπεριφοράς.

Με το πρόγραμμα αυτό προλαμβάνονται οι εισαγωγές στα νοσοκομεία και περιορίζονται οι ημέρες νοσηλείας σ' αυτά.

Στα πλαίσια του προγράμματος αυτού και για τη καλύτερη εξυπηρέτηση των βοηθουμένων θα λειτουργήσει σε κάθε πρόγραμμα, δανειστικό τμήμα βοηθητικών ειδών (πατερίτσες, αναπηρικά αμαξίδια κλπ.).

## ΚΛΕΙΣΤΗ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

### Ιστορική αναδρομή

Οι αναφορές που έχουμε για άσκηση κοινωνικής πρόνοιας σε άτομα της γεροντικής ηλικίας κατά την αρχαιότητα είναι ελάχιστες. Στις αρχαίες κοινωνίες δεν υπήρχε κάποια οργανωμένη μορφή προστασίας για τους ηλικιωμένους. Στο αξιόλογο και καλά οργανωμένο σύστημα κοινωνικής προστασίας της Αθηναϊκής Πολιτείας αναφέρονται μόνο κάποιες συντάξεις στους Ηλικιωμένους. Ιδρυματική περίθαλψη για γέροντες δεν υπήρχε (Κ Πρόνοια Κασ. Πανουτσου).

Ο κυριότερος λόγος που δεν βλέπουμε κοινωνική προστασία στη γεροντική ηλικία, στις διάφορες αρχαίες κοινωνίες, είναι η πατριαρχική δομή τους. Ο ρόλος της οικογένειας, της συγγένειας και του γένους (πατριάς) είναι σημαντικός και φυσικά οι ηλικιωμένοι έχουν σεβαστή θέση σ'ένα τέτοιο περιβάλλον. Ήταν μεγάλη ντροπή να μην περιθάλπει ένα παιδί τους γονείς του, η μία «οικογένεια» τον άκληρο υπερήλικα συγγενή της.

Κατά τον Μεσαίωνα αρχίζει να εμφανίζεται η κοινωνική πρόνοια της 3<sup>ης</sup> ηλικίας. Σ'αυτήν την εποχή εμφανίζονται τα πρώτα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης με ηλικιωμένους (γηροκομεία, γηροτροφεία). Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όσον αφορά την κοινωνική πρόνοια στον Μεσαίωνα είναι: α) η μεγάλη βαρύτητα που δίνεται στον ιδρυματισμό καθώς β) και ο ρόλος της εκκλησίας η οποία ανέπτυξε σημαντική φιλανθρωπική δράση.

Εκεί όμως που η κοινωνική προστασία αναπτύχθηκε περισσότερο από οπουδήποτε αλλού, ήταν στο Βυζάντιο.

Οι λόγοι της ανάπτυξής του αυτής ήταν ότι το Βυζάντιο βαθεία επηρεασμένο από τη διδασκαλία του Χριστού ανέπτυξε μεγάλη φιλανθρωπία, ενώ παράλληλα οι οικονομικές του δυνατότητες ήταν πολύ μεγαλύτερες από τα άλλα κράτη. Άλλοι λόγοι είναι η επίδειξη πλουτισμού των ανωτέρων τάξεων καθώς και η πίστη ότι εξασφαλίζουν την αιώνια ζωή φτιάχνοντας ένα φιλανθρωπικό ίδρυμα. Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες δημιουργούνται πάρα πολλά ιδρύματα, αρκετά από τα οποία είναι για υπερήλικες. Η εκκλησία και ειδικότερα τα μοναστήρια συντηρούν με τους πόρους τους πολλά ιδρύματα. Η μονή του παντοκράτορος στην πρωτεύουσα για παράδειγμα είχε νοσοκομείο με 50 κρεβάτια, 60 άτομα ιατρικό προσωπικό πέρα από επόπτες, επιθεωρητές, υπόλοιπους και υφιστάμενους. Διαιρώνταν σε πέντε τμήματα, το καθένα για διαφορετικό τύπο ασθένειας. Εκτός απ' αυτά είχε ένα άσυλο για υπερήλικες ασθενείς το οποίο μπορούσα να συντηρήσει είκοσι έξι γέροντες.

Αυτός όμως που σύνδεσε το όνομά του με την ιδρυματική προστασία στο Βυζάντιο ήταν ο Μέγας Βασίλειος. Ίδρυσε μία ολόκληρη πολιτεία χριστιανικής συμπαράστασης την περίφημη Βασιλειάδα, λίγα χιλιόμετρα έξω από την Καισάρεια. Το απέραντο αυτό κτηριακό συγκρότημα περιλάμβανε νοσοκομεία, πτωχοκομεία, ορφανοτροφεία, λεπροκομεία, γηροκομεία, επαγγελματικές σχολές, ξενώνες κλπ.

Εκτός από την εκκλησία πολλά ιδρύματα και γηροκομεία ίδρυσαν οι αυτοκράτορες - σαν αντιπρόσωποι του Θεού στην γη που ήταν. Συχνά μάλιστα επισκέπτονταν μερικά απ' αυτά για να μοιράσουν δώρα (συνήθως σε γιορτές) αλλά και για να κάνουν έλεγχο στην λειτουργία τους.

Επίσης άνθρωποι της ανώτερης οικονομικά τάξης βοηθούν στην αύξηση του αριθμού των ιδρυμάτων. Αν και δεν έχουμε λεπτομερείς πληροφορίες πιστεύεται ότι θα λειτουργούσαν σαν ιδρύματα κλασικού τύπου (μεγάλες αίθουσες ύπνου - φαγητού, ομοιόμορφη ενδυμασία κλπ. Η λειτουργία πλήθους ιδρυμάτων θέτει το Βυζάντιο στην πρώτη βαθμίδα εντεταμένης λειτουργίας ιδρυματικής περιθαλψής που αποτελεί συγχρόνως και το αδύνατο σημείο της οργάνωσης προνοιακής αντίληψης.

Κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας η εκκλησία είναι η μόνη που ανέπτυξε ευρύτατη κοινωνική δράση. Αντίθετα στη Δυτική Ευρώπη τα ρεύματα του ανθρωπισμού και του διαφωτισμού επηρέασαν βαθιά την κοινωνική πρόνοια. Το κράτος ανέλαβε παράλληλα με την ιδιωτική φιλανθρωπία, ενεργητικότερο ρόλο στην προστασία των πολιτών. Με τη βιομηχανική επανάσταση και τους αγώνες της εργατικής τάξης ο ρόλος του κράτους μεγαλώνει περισσότερο.

Όσον αφορά το Νεοελληνικό κράτος ο Καποδίστριας έδειξε ιδιαίτερη μέριμνα για την κοινωνική προστασία.

ΤΟ 1833 λίγο μετά την σύσταση του Ελληνικού κράτους στο πρώτο Διάταγμα της 3<sup>ης</sup> Απριλίου του 1833 «περί σχηματισμού των Υπουργείων» περιλήφθηκε στις αρμοδιότητες του Υπουργού Εσωτερικών και η σύσταση Γηροκομείων.

Αξιοσημείωτη είναι η έκθεση του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών το 1938 όπου χαρακτηρίζει το γηροκομείο σαν «αναγκαίο κακό», που έχει ανάγκη εκσυγχρονισμού και προτείνει την εισαγωγή του θεσμού της

επιδότησης των ηλικιωμένων στις οικογένειές τους. Τα μέτρα αυτά όμως δεν αναπτύχθηκαν.

Το Ν.Δ. 1118/72 αναφέρεται στις ιδιωτικές επιχειρήσεις περίθαλψης ηλικιωμένων ατόμων ενώ το Ν.Δ. 162/73 είναι το πρώτο νομοθέτημα στη γνώμη μας που προβλέπει «παντοειδών» υπηρεσίες υπέρ των ηλικιωμένων ανάλογα προς εκείνους των προηγμένων χωρών. Η υπηρεσίες αυτές αφορούν τόσο την ιδρυματική όσο και την εξωιδρυματική προστασία των ηλικιωμένων.

Γενικότερα, η ιδρυματική προστασία των πρώτων 450 χρόνων του Ελληνικού Κράτους χαρακτηρίζεται από την ευρύτατη προσφορά της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Το κράτος ιδιαίτερα τον πρώτο αιώνα της ίδρυσής του είχε πολύ μικρή συμμετοχή. Εθνικοί ευεργέτες, φιλόανθρωποι και η εκκλησία δημιούργησαν πλήθος γηροκομείων και άλλων ιδρυμάτων πολλά απ'τα οποία εξακολουθούν να λειτουργούν ακόμη.

### **Ιδρυματική περίθαλψη στην Ελλάδα σήμερα**

Στις μέρες μας ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, για τους ηλικιωμένους λειτουργούν υπό την αιγίδα του Δημοσίου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από οργανώσεις του Εθελοντικού τομέα από την εκκλησία και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα. Ιδιαίτερα η εκκλησία με τις κατά τόπους μητροπόλεις λειτουργεί πολλά ιδρύματα (μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων).

Το 1993 υπήρχαν συνολικά στην Ελλάδα 125 ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένα άτομα με σύνολο 6.000 κρεβατιών. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες (Walket et.al. 1993), η προσφορά ιδρυματικών θέσεων

Πρέπει τέλος να αναφέρουμε ότι το Ν.Δ. 2345 της 12<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 1995 ορίζει ότι «οι οίκοι ευγηρίας, τα γηροκομεία και οι με άλλες ονομασίες λειτουργούσες επιχειρήσεις κλειστής περίθαλψης και φροντίδας ηλικιωμένων μετονομάζονται σε «Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων» και οι άδειες λειτουργίας θα εκδίδονται εφεξής μόνο με τη χρήση αυτού του τίτλου.»

Είναι αλήθεια ότι το φυσικό και ιδεώδες περιβάλλον για να ζήσει ο υπερήλικας είναι η οικογένεια. Όσο καλές και αν είναι οι συνθήκες είναι αδύνατο να αναπληρώσει την οικογένεια. Όμως πολλά άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας δεν έχουν οικογένεια, με την οποία θα μείνουν ή οι συνθήκες της οικογένειας των παιδιών τους δεν του δίνει την δυνατότητα να κατοικήσουν μαζί. Η αλλαγή εξάλλου στη σύνθεση της οικογένειας αποτελείσμά κοινωνικής αλλαγής αλλά και απόψεων των σημερινών νέων γι'αυτήν καθώς και γενικότερες απόψεις για τους ηλικιωμένους, οδηγούν όλο και περισσότερα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας σε ιδρύματα. Σε περιπτώσεις που το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί και εφόσον δεν υπάρχει κάλυψη από προνοιακό φορέα στην κοινότητα τότε το ίδρυμα είναι η μοναδική πηγή βοήθειας.

Τα ιδρύματα λοιπόν κρίνονται σε πολλές περιπτώσεις απαραίτητα και η συνέχιση της λειτουργίας τους αναπόφευκτη.

Κάτω απ'αυτές τις συνθήκες πρέπει να δώσουμε έμφαση στον εκσυγχρονισμό τους στις νέες τάσεις και επιστημονικές μεθόδους καθώς και στις βελτιώσεις του τρόπου λειτουργίας τους.

Καταρχήν θα πρέπει να πληρούν ορισμένες κτιριακές προϋποθέσεις, να είναι εφοδιασμένα με τον απαραίτητο εξοπλισμό καθώς επίσης να είναι



στην Ελλάδα, είναι 0,5 για 100 άτομα άνω των 65 ετών και είναι η χαμηλότερη από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την περίθαλψη των ηλικιωμένων έχει δώσει έμφαση στην εξωιδρυματική μορφή φροντίδας. Τα κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων βοηθούν σημαντικά τα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός ότι ένα ποσοστό ηλικιωμένων χρειάζεται ιδρυματική φροντίδα.

Το ίδρυμα πρέπει να θεωρείται - όπως και είναι στην πραγματικότητα - ένας απαραίτητος κρίκος στην αλυσίδα των προγραμμάτων τα οποία είναι αναγκαία για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Αρκεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών να είναι υψηλού επιπέδου. Η εξασφάλιση ότι το ίδρυμα να γίνεται με αξιοκρατική και επιστημονικά κριτήρια και να ακολουθούνται οι σύγχρονες τάσεις στην ιδρυματική προστασία όσον αφορά, το άνοιγμα προς την κοινότητα για επικοινωνία και κατάργηση της κλειστής απομόνωσης. Δυστυχώς όμως στην Ελλάδα πολλά ιδρύματα δεν πληρούν προϋποθέσεις που θέτουν οι σύγχρονες τάσεις ιδρυματικής προστασίας.

Η έλλειψη ελέγχου και εποπτείας από τις κρατικές υπηρεσίες συχνά οδηγεί όχι μόνο σε κακή ποιότητα υπηρεσιών (όπως έλλειψη καθαριότητας και συνωστισμό) αλλά και σε καταστάσεις παραμέλησης και κακοποίησης των φιλοξενούμενων, όπως συχνά αναφέρεται στον τύπο και τη μέση ενημέρωση.

Έτσι, παρά την ορθότητα των μέτρων στις τελευταίες νομοθετικές ρυθμίσεις η εφαρμογή τους κάθε άλλο παρά ικανοποιητική είναι.

Πρέπει τέλος να αναφέρουμε ότι το Ν.Δ. 2345 της 12<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 1995 ορίζει ότι «οι οίκοι ευγηρίας, τα γηροκομεία και οι με άλλες ονομασίες λειτουργούσες επιχειρήσεις κλειστής περίθαλψης και φροντίδας ηλικιωμένων μετονομάζονται σε «Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων» και οι άδειες λειτουργίας θα εκδίδονται εφεξής μόνο με τη χρήση αυτού του τίτλου.»

Είναι αλήθεια ότι το φυσικό και ιδεώδες περιβάλλον για να ζήσει ο υπερήλικας είναι η οικογένεια. Όσο καλές και αν είναι οι συνθήκες είναι αδύνατο να αναπληρώσει την οικογένεια. Όμως πολλά άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας δεν έχουν οικογένεια, με την οποία θα μείνουν ή οι συνθήκες της οικογένειας των παιδιών τους δεν του δίνει την δυνατότητα να κατοικήσουν μαζί. Η αλλαγή εξάλλου στη σύνθεση της οικογένειας, αποτέλεσμα κοινωνικής αλλαγής αλλά και απόψεων των σημερινών νέων γι' αυτήν καθώς και γενικότερες απόψεις για τους ηλικιωμένους, οδηγούν όλο και περισσότερα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας σε ιδρύματα. Σε περιπτώσεις που το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί και εφόσον δεν υπάρχει κάλυψη από προνοιακό φορέα στην κοινότητα τότε το ίδρυμα είναι η μοναδική πηγή βοήθειας.

Τα ιδρύματα λοιπόν κρίνονται σε πολλές περιπτώσεις απαραίτητα και η συνέχιση της λειτουργίας τους αναπόφευκτη.

Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες πρέπει να δώσουμε έμφαση στον εκσυγχρονισμό τους στις νέες τάσεις και επιστημονικές μεθόδους καθώς και στις βελτιώσεις του τρόπου λειτουργίας τους.

Καταρχήν θα πρέπει να πληρούν ορισμένες κτιριακές προϋποθέσεις, να είναι εφοδιασμένα με τον απαραίτητο εξοπλισμό καθώς επίσης να είναι

επανεκτιμημένα με κατάλληλο και εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο θα είναι (εκτός από ποιοτικά) και αριθμητικά επαρκές.

Παράλληλα πρέπει να υπάρχει σεβασμός στην ανθρώπινη αξία και κυρίως σεβασμός στην ιδιαιτερότητα που έχουν οι ηλικιωμένοι. Τέλος μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί στις επιπτώσεις του ιδρυματισμού για τους ηλικιωμένους και να ακολουθούν δρόμους που μειώνουν τις αρνητικές επιπτώσεις του ιδρυματισμού.

## ΚΤΙΡΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ (ΚΤΙΡΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ)

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην τοποθεσία του κτιρίου, στις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρεί το κτίριο και στον απαιτούμενο εξοπλισμό του.

1.- Καταρχήν βάσει της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως αρ. φύλλου 8337 στις 11/9/1996 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων μπορούν να ιδρύονται μέσα σε αστικές περιοχές αλλά και σε περιοχές ενός σχεδίων πόλεων, αρκεί να υπάρχει το κατάλληλο οδικό δίκτυο για την απρόσκοπτη προσέγγιση των τροχοφόρων. Καλό θα είναι να εξυπηρετείται η περιοχή με σύγκοινωνία ώστε να είναι ευκολότερη η επικοινωνία τους με καλύτερο, ένικο και φιλικό τους περιβάλλον.

2.- Πρέπει ακόμη να μην είναι αποκομμένο από τον πληθυσμό της περιοχής που βρίσκεται αλλά αντίθετα να έχει ενεργό ανάμιξη με τον πληθυσμό.

3.- Πρέπει επίσης να εκπληρώνει τους όρους της ισχύουσας πολεοδομικής νομοθεσίας, απέχοντας 500 τουλάχιστον μέτρα από εγκεκριμένη βιομηχανική ζώνη, θορυβώδη εργαστήρια και εν γένει ανθυγιεινές και οχληρές εγκαταστάσεις.

4.- Παράλληλα είναι σημαντικό να εξασφαλίζει καλή θέα να είναι απάνεμο και το οικόπεδο να βρίσκεται σε περιοχή με όσο το δυνατόν καλύτερο κλίμα.

β) Ιματιοθήκη με τα απαραίτητα ράφια και συρτάρια.

γ) Κρεβάτι, τραπεζάκι, κομοδίνο και μία τουλάχιστο πολυθρόνα για κάθε περιθαλπόμενο.

δ) Κάθε θάλαμος θα έχει εγκατάσταση εξωτερικής τηλεφωνικής επικοινωνίας. Θα πρέπει να υπάρχει μία τουλάχιστον τηλεφωνική γραμμή για κάθε 20 περιθαλπόμενους.

ε) Κάθε κλίνη θα έχει εγκατάσταση κλήσης προσωπικού.

Επίσης πρέπει να υπάρχει ένα θάλαμος μόνωσης (αναρρωτήριο) προοριζόμενος κυρίως για ολιγοήμερη φιλοξενία ατόμων που θέλουν ιδιαίτερη φροντίδα π.χ. με μεταδοτικά νοσήματα.

Ακόμη οι θάλαμοι πρέπει να είναι ηχομονωμένοι, να έχουν κανονιστικό αερισμό, θέρμανση και ανοιχτό ορίζοντα. Το καλυμμένο με μοκέτα δάπεδο εξασφαλίζει πιο ακίνδυνο βάδισμα. Το δάπεδο δεν πρέπει να είναι σε καμία περίπτωση γλιστερό.

Η επίπλωση και η διακόσμηση των δωματίων πρέπει να μοιάζει με αυτήν του σπιτιού. Μάλιστα πρέπει να επιτρέπεται να χρησιμοποιούν ατομικά έπιπλα, εφόσον είναι κατάλληλη, για να περιορίζεται το αίσθημα της αλλαγής περιβάλλοντος και να διευκολύνεται ο ηλικιωμένος στην προσαρμογή του στο νέο του περιβάλλον.

2.- Λουτρά: Κάθε θάλαμος Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων πρέπει να διαθέτει ιδιαίτερα λουτρά (τουαλέτα μπάνιο). Δύο θάλαμοι μπορεί να διαθέτουν κοινό λουτρό υπό την προϋπόθεση ότι το λουτρό αυτό ευρίσκεται ανάμεσα ή στα όρια των θαλάμων. Στα λουτρά πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή επειδή οι πιθανότητες ατυχήματος είναι αυξημένες στον χώρο

αυτό. Οι πόρτες των λουτρών (wc/ds) πρέπει να ανοίγουν προς τα έξω. Το δάπεδο δεν πρέπει να είναι γλιστερό. Ο λουτήρας πρέπει να έχει δύο χειρολαβές σε κατάλληλες θέσεις για τη διευκόλυνση των περιθαλπομένων κατά την ώρα της ατομικής τους καθαριότητας. Απαραίτητο επίσης είναι το σύστημα ειδοποίησης του προσωπικού, για να μπορούν οι ηλικιωμένοι να ζητούν βοήθεια σε περίπτωση ανάγκης. Εκτός από τα απλά λουτρά πρέπει να υπάρχουν και ειδικά λουτρά για τους μη αυτοεξυπηρετούμενους περιθαλπομένους.

3.- Διάδρομοι - μέτρα ασφαλείας: Όλοι οι διάδρομοι που εξυπηρετούν τους ηλικιωμένους πρέπει να έχουν χειρολισθήρες και από τις δύο πλευρές ή ήως και φωτεινό ορό-νυχτός. Το δάπεδό τους όπως και των θαλάμων πρέπει να είναι επιστρωμένο με υλικά που αφενός καθαρίζονται εύκολα και αφετέρου είναι αντιολισθηρά. Επίσης διαφορετικές στάθμες δαπέδου στον ίδιο όροφο πρέπει να αποτρέπονται. Αν είναι αναπόφευκτες πρέπει να αντιμετωπίζονται με κεκλυμένα επίπεδα.

4.- Τραπεζαρία: Το εστιατόριο χρησιμοποιείται σε ιδρύματα με μεγάλο αριθμό τροφίμων, ενώ η διαμόρφωση του χώρου σε μικρά διαμερίσματα βοηθάει στη μείωση των απρόσωπων συναισθημάτων, που δημιουργεί η μεγάλη αίθουσα εστιατορίου. Η τραπεζαρία σε τύπο σπιτιού προτιμάται όταν οι κάτοικοι του ιδρύματος είναι λίγοι.

5.- Σαλόνι: Στο σαλόνι οι ηλικιωμένοι μπορούν να περάσουν αρκετό χρόνο από την ημέρα τους. Είναι ο χώρος όπου έρχονται σε επαφή μεταξύ τους ενώ σ'αυτό μπορούν να δεχθούν και τους επισκέπτες του.

Το σαλόνι πρέπει να έχει κατάλληλη επίπλωση και όμορφη διακόσμηση ώστε να είναι άνετη και ευχάριστη η χρησιμοποίησή του και τους ηλικιωμένους. Παράλληλα, πρέπει να είναι εξοπλισμένο με είδη ψυχαγωγίας όπως τηλεόραση, βίντεο, στερεοφωνικό κλπ.

Εκτός από τα παραπάνω οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων χρειάζονται φυσικοθεραπευτήριο με ειδικό εξοπλισμό, εργασιοθεραπευτήριο, μαγειρείο, βιβλιοθήκη, γραφείο Διοίκησης προϊσταμένης, κοινωνικού λειτουργού, ιατρού, πλυντήριο, αποθήκες και μερικές ακόμα βοηθητικές εγκαταστάσεις.

Ο ακάλυπτος χώρος πρέπει να είναι διαμορφωμένος σε χώρο πρασίνου. Οι ηλικιωμένοι όταν ο καιρός το επιτρέπει μπορούν να περπατούν την ώρα τους στον κήπο του ιδρύματος και να ασχολούνται με αυτόν. Ποικιλία λουλουδιών και αναπνευστικά παγκάκια προσφέρουν μεγαλύτερη άνεση και ευχαρίστηση.

#### Στόχοι Μ.Φ.Η-Μ.Ι.Κ.

Τόσο η κτιριακή υποδομή όσο και η επιλογή του προσωπικού της Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων επηρεάζονται από τους στόχους που θέτουν οι μονάδες αυτές.

Γι'αυτό θα αναφερθούμε σε τι πρέπει να εξασφαλίζουν. Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων στα άτομα που εξυπηρετούν όπως τις ορίζει ο νόμος:

\* Υγιεινή διαμονή καθώς και επαρκή διατροφή.

- \* Συνεχή φροντίδα για την ατομική καθαριότητα τους καθώς και την καθαριότητα των χώρων της Μονάδας.
- \* Τακτική ιατρική παρακολούθηση καθώς και έγκαιρη και κατάλληλη ιατροφαρμακευτική βοήθεια και πρόσκαιρη νοσηλεία.
- \* Η νοσηλεία θα περιορίζεται στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και τη μέριμνα για την έγκαιρη εισαγωγή στο ενδεδειγμένο νοσηλευτήριο.
- \* Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων διευκόλυνσης των περιθαλπομένων (χειρολαβές, χειρολισθήρες, μπαστούνια, περιπατητήρες κλπ.).
- \* Προσφορά και διευκόλυνση απασχόλησης, ψυχαγωγίας, ψυχολογική βοήθεια, ανάλογα με την ηλικία, κατάσταση και περιπεπρωσμήνου περιθαλπόμενου.
- \* Φυσικοθεραπεία με την εφαρμογή απλών φυσικοθεραπευτικών ή κινησιοθεραπευτικών μεθόδων ή μέριμνα για την περαιτέρω ειδική θεραπεία σε φυσικοθεραπευτήρια, με σκοπό τη βελτίωση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησης τους.
- \* Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών τους καθηκόντων και συμμετοχή εφόσον το επιτρέπει η κατάστασή τους σε πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις.
- \* Το οφειλόμενο στην ανθρώπινη αξία σεβασμό και ενδιαφέρον, ανεξαρτήτως της σωματικής ή πνευματικής κατάστασης του περιθαλπόμενου.

Το προσωπικό του Μ.Φ.Η. ανήκει σε διάφορες ειδικότητες όπου όλες έχουν στόχο να προσφέρουν στον τομέα τους ότι μπορούν για την καλύτερη



δυνατή εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων. Η συνεργασία όλων είναι αυτή που θα πετύχει τη μέγιστη φυσική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική απόδοση των ηλικιωμένων. Πάντα βέβαια και με την δική τους θέληση και συνεργασία.

### Προσωπικό Μ.Φ.Η.Μ.Χ.

Το προσωπικό της Μονάδας διακρίνεται σε Διοικητικό, Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Βοηθητικό και Ειδικό.

#### Α' Διοικητικό.

Ο διοικητικός υπεύθυνος εκτός των διοικητικών του καθηκόντων κρατάει τους Ατομικούς Φακέλλους των περιθαλπόμενων (και το μητρώο προσωπικού).

#### Β' Ιατρικό.

Ο ιατρός ασχολείται με θέμα υγειονομικής φυσικής καθώς και τον καθορισμό του γενικού διαιτολογίου, αλλά και ειδικού ανάλογα με τις παθήσεις των περιθαλπόμενων.

#### Γ' Νοσηλευτικό

Το Νοσηλευτικό προσωπικό απασχολείται με την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών και την υγεία των τροφίμων. Αποτελείται από τον προϊστάμενο, τους Νοσηλευτές-τριες και τους βοηθούς του.

#### Δ' Ειδικό

- α) Φυσικοθεραπευτή-τρια
- β) Κοινωνικός-η λειτουργός
- γ) Ψυχολόγος

δ) Εργοθεραπευτής-τρια

Εκτός από τον Κοινωνικό Λειτουργό ή άλλες ειδικότητες ανάλογα με τον αριθμό των κλινών της Μονάδας μπορούν να μην απασχολούνται με βωρη ημερήσια απασχόληση.

*Ε΄ Βοηθητικό*

α) Μάγειρας. Αν η Μονάδα προμηθεύεται έτοιμα φαγητά η πρόσληψη μάγειρα δεν είναι απαραίτητη.

β) Καθαρίστρια - τραπεζοκόμος (καλό είναι να έρχεται ορισμένες φορές κάποιος ιερέας).

γ) Θυρωρός για Μονάδες με περισσότερες από 100 κλίνες.

Το προσωπικό είναι απαραίτητο να επιλέγεται μεταξύ αυτών που έχουν κοινωνική συνείδηση και να δείχνει το ενδιαφέρον στα θέματα που απασχολούν την 3<sup>η</sup> Ηλικία, παρακολουθώντας ειδικά σεμινάρια με το θέμα αυτό.

## ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΣΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΤΟΥΣ ΟΔΗΓΟΥΝ

### ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από έντονες οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και δημογραφικές αλλαγές.

Οι ηλικιωμένοι ζουν σε ένα περιβάλλον που βλέπουν συνεχώς να μεταβάλλεται και που δεν τους θυμίζει σε τίποτα το περιβάλλον που αυτοί μεγάλωσαν. Θυμούνται την εποχή που ήταν νέοι και συχνά την εξιδανικεύουν συγκρίνοντάς την με το σήμερα. Σε κάθε αλλαγή που γίνεται προσαρμόζονται πιο δύσκολα.

Κι όμως αυτοί που πραγματικά δυσκολεύονται να προσαρμοστούν με τους ηλικιωμένους και τους απομονώνουν είναι οι νεώτεροι άνθρωποι. Η κοινωνία μας σήμερα απομονώνει τους ηλικιωμένους και όχι οι ηλικιωμένοι απομονώνονται από την κοινωνία. Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από άνοδο του αριθμού των ηλικιωμένων. Το όριο ηλικίας συνεχώς αυξάνεται ενώ η γεννητικότητα όλο και μειώνεται.

Τα αποτελέσματα όλων αυτών των ραγδαίων εξελίξεων στο χώρο της κοινωνίας δημιούργησε ανισορροπία στην υπάρχουσα πληθυσμιακή κατανομή, όπου ένα μειωμένο ποσοστό νέων ανθρώπων θα πρέπει να φροντίζει ένα ολοένα αυξανόμενο πληθυσμό αποτελούμενο από ηλικιωμένους ανθρώπους συχνά ανήμπορους να συμμετέχουν στην διαδικασία παραγωγής.

Παραδοσιακά η φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελούσε χρέος της οικογένειας, να γηροκομήσουν τους ηλικιωμένους γονείς στα τελευταία χρόνια της ζωής τους. Ήταν μία απόδειξη σεβασμού και αγάπης στους ανθρώπους που τους μεγάλωσαν και ανάθρεψαν

Όμως η παραδοσιακή φροντίδα του παράγεται από την οικογένεια στον «παππού» και στην «γιαγιά» δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στις πιέσεις της σύγχρονης διαβίωσης καθώς και στις απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής.

Η βιολογική παράταση του ορίου ηλικίας μείωσε σημαντικά τη σπουδαιότητα των κοινωνικών ρόλων που διαδραματίζουν οι ηλικιωμένοι στις παραδοσιακές κοινωνίες, στις λεγόμενες πρωτόγονες και στις προβιομηχανικές ( Άννα Αμηρά «Για να γερίσουμε έναν καλτσο»- Αθήνα 1986 σελ. 3).

Αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης είναι η υποβάθμιση της σπουδαιότητας και σημασίας των κοινωνικών ρόλων των ηλικιωμένων με αποτέλεσμα να προκληθούν πολλά κοινωνικο-ψυχολογικά προβλήματα από αυτούς.

Το σύστημα της Βιομηχανικής Κοινωνίας απαιτεί παραγωγικούς και μόνο ανθρώπους με ικανότητα συμμετοχής στον εργασιακό χώρο. Γι'αυτό στις βιομηχανικές κοινωνίες η παραδοσιακή μορφή της εκτεταμένης οικογένειας αρχίζει να χάνεται.

Η τρίτη ηλικία δεν αποτελεί πια εκείνη την ηλικία που κατείχε την εξουσία στην οικογένεια και την κοινωνική ζωή.

Παράγοντες όπως η μετανάστευση ή υπογεννητικότητα, η άνοδος του βιοτικού μας επιπέδου οδήγησαν στη νέα μορφή της οικογένειας. Δηλαδή

στην πυρηνική οικογένεια η οποία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη των δύο συζύγων και των παιδιών. Άλλοι λόγοι που δεν βοηθούν την παρουσία του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια είναι:

α) Η στενότητα του χώρου της κατοικίας στα μικρά διαμερίσματα των πολυκατοικιών, που κάνουν δυσκολότερη τη συμβίωση πολλών ατόμων.

β) Η είσοδος της γυναίκας στον εργασιακό χώρο. Στην εργαζόμενη μητέρα δεν περισσεύει πολύς χρόνος για να περιποιηθεί τον ηλικιωμένο γονέα ιδιαίτερα όταν δεν έχει την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης ή πάσχει από διάφορες ασθένειες που πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης φροντίδας από τους νεώτερους.

Όλα αυτά τα φαινόμενα τα άτομα της τρίτης ηλικίας στις αστικές ιδιαίτερα κοινωνίες περισσότερο από τις αγροτικές, περιθωριοποιούνται. Το ευχάριστο όμως είναι, στην υπάρχουσα δυσάρεστη κατάσταση ότι η πυρηνική οικογένεια, η οικογένεια των δύο γενεών δεν έχει επικρατήσει εξ ολοκλήρου στη σημερινή κοινωνική δομή των κοινωνιών.

Στην Ελλάδα η κατάσταση είναι ευχάριστη σε σχέση με την Δυτική Ευρώπη.

### **Ηλικιωμένοι και οικογένεια**

Η συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά και τα εγγόνια τους επιδρά θετικά σε όλη την οικογένεια. Η δημιουργία στενών σχέσεων μεταξύ ηλικιωμένων και νέων αποτελεί πηγή ικανοποίησης, γνώσεων και εμπειριών. Και σίγουρα τόσο οι νέοι και οι ηλικιωμένοι μπορούν να συνεργαστούν πάνω

σε πολλά θέματα και σε όλες τις πτυχές της ζωής αποκομίζοντας τεράστια ωφέλη.

Η παρουσία του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια του δημιουργεί ασφάλεια, εξουδετερώνει το πρόβλημα της απομόνωσης που τον χαρακτηρίζει όταν ζει μόνος του. Νιώθει ότι είναι χρήσιμος και ζωντανός για τις υπηρεσίες που προσφέρει για κοινωνικές επαφές και συμμετοχή στην καθημερινή ζωή της οικογένειας.

Αισθάνεται ζωντανός και παραγωγικός ενώ παράλληλα νιώθει ικανοποίηση κοντά στα παιδιά του, που τα ανέθρεψε και τα μεγάλωσε, δεν τον παραμελούν αλλά τον θέλουν κοντά τους.

~~Ο ηλικιωμένος θέλει να δείξει μέσα στην οικογένεια ότι είναι χρήσιμος~~  
και μπορεί να προσφέρει σε αυτήν.

Η ενίσχυση σε χρήματα στους νεότερους όταν έχει την οικονομική δυνατότητα είναι πολύ συχνό φαινόμενο.

Ακόμη πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος του ηλικιωμένου όσον αφορά τη φύλαξη των παιδιών. Ιδιαίτερα μάλιστα κάτι που συχνά γίνεται σήμερα, όταν και οι δύο γονείς δουλεύουν. Για τα παιδιά η παρουσία του παππού και της γιαγιάς είναι πηγή εμπειριών.

### **ΤΟ ίδρυμα στην λύση**

Ενώ λοιπόν η λύση του ιδρύματος δεν είναι η καλύτερη λύση για τον ηλικιωμένο μερικές φορές, προβλήματα κοινωνικής, οικονομικής, συναισθηματικής φύσεως κάνουν την εγκατάστασή του στο ίδρυμα αναγκαστική.

Έχει παρατηρηθεί ότι πριν από την εισαγωγή του στο ίδρυμα, έχει συμβεί κάτι κακό στη ζωή του ηλικιωμένου. Μια αρρώστεια, που οδήγησε στην μοιραία αυτή κατάληξή του σε ένα ίδρυμα, ο θάνατος ενός από τους συζύγους, η απώλεια του σπιτιού τους, μια ξαφνική μείωση των εισοδημάτων του.

Επίσης η μοναξιά, η απομόνωση, το αίσθημα ανασφάλειας είναι ένας επιπλέον λόγος που οδηγεί στην δραματοποίηση των ηλικιωμένων.

Συχνή αιτία ακόμα είναι οι ταραγμένες σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Γονείς και παιδιά δεν έχουν πάντα τις καλύτερες σχέσεις. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν ο ηλικιωμένος έχει κάποια ασθένεια δημιουργούνται πολλά προβλήματα σ' αυτούς που φροντίζουν τα ηλικιωμένα άτομα.

Συχνά μάλιστα οι δύσκολες καταστάσεις που επικρατούν κάτω από το βάρος που δημιουργεί η συνεχής ευθύνη και φροντίδα του νεώτερου προς τον ηλικιωμένο οδηγούν σε διαθέσεις κακοποίησης σωματικής ή ψυχολογικής αλλά και σε διάθεση παραμέλησης, περιθωριοποίησης και εγκατάλειψης του ηλικιωμένου ατόμου.

Άλλοι πάλι ηλικιωμένοι οδηγούνται αναγκαστικά στην ιδρυματική ζωή γιατί δεν έχουν παιδιά ή συγγενείς για να τους φροντίζουν.

Έτσι φοβούμενοι ότι κάποια στιγμή θα μείνουν μόνοι τους και ανήμποροι να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες της ζωής, επιλέγουν το ίδρυμα.

Το ίδρυμα για όλους αυτούς τους λόγους αποτελεί μία λύση, μία διέξοδο στα προβλήματα που προαναφέραμε. Και θα είναι πιο αποτελεσματικός ο στόχος του ιδρύματος αν η επιλογή των ηλικιωμένων για

εισαγωγή είναι πράγματι η καλύτερη γι'αυτούς λύση, η τελευταία διέξοδος από τα προβλήματά τους και όχι η εύκολη λύση.



## Η ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

### Γενικά

Η ζωή στο ίδρυμα πρέπει να τονίσουμε ότι έχει διαφορετική επίδραση στη διάθεση και στη συμπεριφορά του κάθε υπερήλικα. Αν κάνουμε μία επίσκεψη σε μία Μ.Φ.Η. θα δούμε ότι μερικοί δοξάζουν το θεό που βρέθηκε ένα μέρος με όλα τα απαραίτητα για τη συνέχιση της ζωής τους, ενώ άλλοι καταριούνται την τύχη τους που βρίσκονται σ' αυτό. Ο κάθε ηλικιωμένος που έρχεται στο ίδρυμα έχει τη δική του ιστορία, τη δική του διαφορετική στάση και εμπειρία απέναντι στη ζωή που διαμόρφωσε τη προσωπικότητά του και διαφορετικές απόψεις εισαγωγής. Το μόνο κοινό χαρακτηριστικό που υπάρχει ανάμεσά τους, είναι η απώλεια της αυτονομίας τους που δεν επιτρέπει άλλη επιλογή.

Έτσι η ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι φορτισμένη. Η μόνωση, ο μαρασμός, οι διεκδικητικές τάσεις είναι μερικά χαρακτηριστικά από τα οποία μπορεί ο ηλικιωμένος να εισάγεται στο ίδρυμα.

Επίσης πρέπει να πούμε ότι υπάρχουν αρκετές διαφορές ανάμεσα στις ΜΦΗ. Π.χ. μερικές είναι πολύ μεγαλύτερες από κάποιες άλλες και άρα πιο απρόσωπες για τα μέλη της.

Έχοντας υπ' όψιν μας όλα αυτά θα εξετάσουμε μερικές από τις σημαντικότερες ψυχολογικές πλευρές της ζωής σε μία ΜΦΗ.

## Η διαδικασία της ιδρυματοποίησης

Η διαδικασία της ιδρυματοποίησης σημαίνει πολύ περισσότερο από μια απλή μετακίνηση ενός ατόμου από ένα φυσικό χώρο σε κάποιον άλλο.

Έχουμε μία ριζική αλλαγή στη ζωή του, καλείται να ζήσει κάτω από ένα κοινό πρόγραμμα με εναλλασσόμενο προσωπικό, με άγνωστους ανθρώπους, εγκαταλείποντας το ιδιαίτερο περιβάλλον του και τις ιδιωτικές του συνήθειες. Μάλιστα καλείται να προσαρμοστεί στο νέο του «σπιτιού και να αποδεχθεί το νέο τρόπο ζωής και τους κανονισμούς που θέτονται εκεί.

### Πριν την εισαγωγή

Η ιδέα της εισαγωγής σε ίδρυμα μπορεί να προκαλέσει φόβο και βαθύ άγχος. Μετά από τόσα χρόνια ζωής σαν αναπόσπαστο μέλος της οικογένειας και του κοινωνικού του περιβάλλοντος, ο ηλικιωμένος δοκιμάζει τώρα τον πόνο του αποχωρισμού.

Ήδη η αναστάτωση έχει αρχίσει νωρίτερα. Κάτι κακό έχει προηγηθεί, διαφορετικά δεν θα μετακόμιζε. Επίσης νιώθει συχνά ένα δυνατό αίσθημα εγκατάλειψης.

Σε όλα αυτά προστίθεται και ο φόβος του τι θα αντιμετωπίσει στο ίδρυμα. Πως θα είναι οι συνθήκες, ποια θα είναι η συμπεριφορά όλων αυτών των ξένων (προσωπικό, ηλικιωμένοι) που θα συναναστρέφεται από δω και πέρα;

Έρευνες που έχουν γίνει δείχνουν ότι πολλά από τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που ζουν σε ίδρυμα ήταν ήδη φανερά σ'εκείνους που περίμεναν την εισαγωγή τους.

Μεταξύ αυτών που περίμεναν την εισαγωγή τους παρατηρήθηκε «τάση για απάθεια, παθητική αποδοχή της κατάστασης, κάπως αρνητικά συναισθήματα για τα επιτεύγματά τους, καθώς και τάσεις αυτοκριτικής, κατάθλιψης, πίκρας ή οξυθυμίας». Επίσης παρατηρούμε ότι οι άνθρωποι που περιμένουν την εισαγωγή τους στο ίδρυμα έχουν περισσότερα προβλήματα απ'εκείνων που ζουν ήδη σε ίδρυμα πάνω από ένα χρόνο. Αυτού που έχουν μείνει ένα διάστημα και έχουν κάπως προσαρμοστεί στο ίδρυμα παρουσιάζουν πιο έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, λιγότερο άγχος και καλύτερη νοητική λειτουργία από τους ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν την εισαγωγή τους στο ίδρυμα.

Η ιδέα κα- μόνο της ζωής σε ίδρυμα μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα ή και να οδηγήσει τον ηλικιωμένο σε κατάθλιψη.

## Η ΖΩΗ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ

### Προσαρμογή

Με το πέρασμα του χρόνου οι ηλικιωμένοι προσαρμόζονται άλλοι λιγότερο, άλλοι περισσότερο στις συνθήκες ζωής του ιδρύματος. Όσοι είναι εγκατεστημένοι καιρό σε ένα ίδρυμα, δημιουργούν συχνά φιλίες με συγκατόικους και μέλη του προσωπικού, με αποτέλεσμα να τους βλέπουν σαν οικογένεια.

Οι ηλικιωμένοι σε ένα ίδρυμα έχουν πολλές φορές κοινά ενδιαφέροντα και σίγουρα κοινή κατάληξη και κοινή στέγη, έτσι συχνά δημιουργούν στενές σχέσεις μεταξύ τους.

Ιδιαίτερα μάλιστα όταν οι οικογενειακές επισκέψεις αραιώνουν ή σταματούν οι σχέσεις των ηλικιωμένων μεταξύ τους και με το προσωπικό αναπτύσσονται περισσότερο. Το προσωπικό συχνά ενδιαφέρεται για μία "γιαγιά" ή ένα "παππού" πέρα από τα όρια του επαγγελματικού του καθήκοντος και αυτό βοηθάει τους ηλικιωμένους στην ιδέα της καινούριας τους οικογένειας.

Παρ' όλ' αυτά, πολλοί ηλικιωμένοι, μετά από μακριά περίοδο ιδρυματοποίησης, νιώθουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και ανία. Αυτό, συμβαίνει, συνήθως στην περίπτωση μεγάλων οίκων ευγηρίας, οι οποίοι δεν βοηθούν καθόλου στην προσαρμογή του ηλικιωμένου στη νέα του ζωή.

Γι' αυτό σήμερα πρέπει να γίνονται προσπάθειες για τη δημιουργία μικρότερων Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, που προσφέρουν στον υπερήλικα τη δυνατότητα να νιώθει σαν στο σπίτι του.

Δεν θα πρέπει όμως να θεωρούμε τόσο απλή την προσαρμογή του ηλικιωμένου στη ζωή ενός ιδρύματος. Και φυσικά, οι σχέσεις που αναπτύσσονται εκεί είναι το ίδιο πλύπλοκες με τις ανθρώπινες σχέσεις οπουδήποτε αλλού. Η ευτυχία μπορεί να εξαρτάται από τις σχέσεις του με ένα ή δύο στενούς τους φίλους, ή από την αλλαγή δωματίου ή συγκατοίκου. Η σημασία των καθημερινών γεγονότων επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη διάθεση του ηλικιωμένου.

Παράλληλα είναι χρήσιμο να προσφέρονται ερεθίσματα στους ηλικιωμένους ώστε να περνούν δημιουργικότερα την ώρα τους. Ο υπερήλικας αισθάνεται, ότι το ίδρυμα περιμένει ελάχιστα απ' αυτόν και προσφέρει λιγοστούς ρόλους που μπορούν να δημιουργήσουν προσωπική ικανοποίηση και κοινωνική αποδοχή. Στις περισσότερες περιπτώσεις όσο λιγότερα κάνει το άτομο, τόσο καλύτερα. Αυτή είναι μία πολύ δύσκολη κατάσταση που δεν βοηθάει καθόλου στην προσαρμογή του.

Το ίδρυμα όμως δεν έχει μόνο την ευθύνη της διάσωσης της ζωής του ηλικιωμένου αλλά και την ευθύνη για την ποιότητα της ζωής που παρατείνει. Είναι υποχρέωση του όχι μόνο να προσθέτει χρόνια στη ζωή αλλά το πιο σπουδαίο να δημιουργεί προϋποθέσεις για μια καλύτερη ζωή. Ανεξάρτητα το πόσο ηλικιωμένο είναι ένα άτομο, πάντα έχει την επιθυμία να έχει μία χρήσιμη δραστηριότητα.

Με τη βοήθεια κατάλληλων εργαλείων μπορεί να ανακαλύψει μία ικανότητα, που ποτέ δεν γνώριζε ότι είχε. Η ασχολία με τον κήπο του δίνει μεγάλη ικανοποίηση και τον βοηθάει να μην σκουριάσει, να μην μαραζώσει.

Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων πρέπει να δείχνουν μεγάλη σημασία στην Ψυχαγωγία. Η τηλεόραση και το video αν υπάρχει κάποιο μέτρο, βοηθούν να περάσει ευχάριστα κάποιες στιγμές ο ηλικιωμένος. Ακόμη η μουσική, διάφορες δηλώσεις, διαλέξεις με ενδιαφέροντα για τους ηλικιωμένους θέματα, και εκδρομές βοηθούν στην βελτίωση της ζωής τους στο Ίδρυμα. Μία βιβλιοθήκη με αρκετά και ενδιαφέροντος περιεχομένου βιβλία είναι σίγουρα χρήσιμη. Επίσης η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια, ελκυστική και να περιέχει όλα τα συστατικά. Με τη λέξη ψυχαγωγία δεν εννοούμε τον ευχάριστο τρόπο ζωής μόνο, αλλά την σωματική και πνευματική υγεία.

## ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Τα ιδρύματα με τους ηλικιωμένους εκσυγχρονίζονται και παρουσιάζονται νέες επιστημονικές μέθοδοι για τη βελτίωση του τρόπου λειτουργίας τους.

Το προσωπικό πρέπει να είναι καλύτερα καταρτισμένο και οι ευκολίες περισσότερες. Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων πρέπει να δείχνουν σεβασμό στον προσωπικό τρόπο ζωής των ηλικιωμένων.

Μερικές φορές γίνεται προσπάθεια να εισάγουν στοιχεία από τον έξω κόσμο, όπως προστατευόμενα εργαστήρια, μπιυραρίες και λέσχες για ~~ανθρώπους με κοινά ενδιαφέροντα~~. ~~Ακόμα οι σύγχρονες~~ τάσεις της Ιδρυματικής Προστασίας κατευθύνονται στην προσπάθεια επίτευξης στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό του ανοίγματος προς την κοινότητα για επικοινωνία και κατάργηση της κλειστής απομόνωσης. Έτσι η εισαγωγή στο Ίδρυμα δεν σημαίνει και ολοκληρωτική απομόνωση και απόσταση από την κοινότητα αλλά μία συναλλαγή μέσα σ' αυτήν.

Το εξειδικευμένο προσωπικό και η ευαισθητοποίησή τους για τα θέματα των ηλικιωμένων μπορεί να βοηθήσουν στην καλύτερη λειτουργία των ιδρυμάτων. Το προσωπικό πρέπει επίσης να έχει ένα κοινό σκοπό. Οι τακτικές συναντήσεις για ανταλλαγή απόψεων σε διεπαγγελματικό επίπεδο πρέπει να είναι μέσα στο πρόγραμμα του προσωπικού.

Πρέπει παράλληλα να ενθαρρύνεται η υπευθυνότητα των ηλικιωμένων και η δυνατότητα αυτοί οι ίδιοι να καθορίζουν τον τρόπο ζωής τους. Ιδιαίτερη μέριμνα καθορίζουν τον τρόπο ζωής για τη διατήρηση των σχέσεων των

ηλικιωμένων με τους συγγενείς τους και με το περιβάλλον τους. Να οργανώνονται διάφορες δραστηριότητες που να ξυπνούν παλιά ενδιαφέροντα και ικανότητες. Απαραίτητα είναι τα ειδικά οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης για τους ηλικιωμένους ώστε να μπορούν να παρακολουθούν τη σύγχρονη ζωή. Παράλληλα έχουμε μία έντονη τάση για εναλλακτικές λύσεις στην ιδρυματοποίηση. Γίνονται προσπάθειες δημιουργίας προγραμμάτων για κοινωνική συμμετοχή και ανοιχτή προστασία. Μάλιστα δίνεται μεγάλο βάρος σ' αυτήν την προσπάθεια. Σε περιπτώσεις που δεν είναι αναγκαία η εισαγωγή του ατόμου στο ίδρυμα, τα ΚΑΠΗ, η φροντίδα στο σπίτι και άλλα προγράμματα καλύπτουν τις ανάγκες του στην ανοιχτή Κοινότητα.

Στο μέλλον, είναι πολύ πιθανό, ότι ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι θα δέχονται τόση πρακτική βοήθεια που θα τους επιτρέψει ν' αποφύγουν την ιδρυματοποίηση. Παρ' όλα αυτά όμως πάντα θα υπάρχουν ηλικιωμένοι που θα έχουν την ανάγκη κάποιου ιδρύματος.



### Ο Κοινωνικός Λειτουργός στις Μ.Φ.Η.

Η θέση του Κοινωνικού Λειτουργού στις Μ.Φ.Η. είναι τέτοια που κάνει πολύ σημαντική τη σχέση του με τους ηλικιωμένους και την προσαρμογή τους στο ίδρυμα.

Η πρώτη επαφή που έχουν οι ηλικιωμένοι με την Μ.Φ.Η. είναι όταν γνωρίζουν τον Κοινωνικό Λειτουργό από τις επισκέψεις του στο σπίτι τους.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μέσα από τις αρχές και μεθόδους της κοινωνικής εργασίας, βοηθάει τα ηλικιωμένα άτομα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί εξαιτίας των γηρατειών και να προσαρμοστούν στο νέο τρόπο ζωής.

1. Διεξάγει κοινωνική έρευνα για όσες περιπτώσεις εμπίπτουν στα προγράμματα και προβαίνει στις απαιτούμενες ενέργειες για την υπαγωγή των δικαιούχων σ' αυτό.
2. Συνεργάζεται με τον ηλικιωμένο και το περιβάλλον του για την εύρεση της καλύτερης λύσης γι' αυτούς
3. Προσπαθεί να διατηρήσει και να ενισχύσει τους δεσμούς των ηλικιωμένων με την οικογένειά τους και το κοινωνικό του περιβάλλον.

Πριν την εισαγωγή ενός ηλικιωμένου σε μία Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων χρειάζεται να γνωριστεί τόσο με τον ίδιο τον υπερήλικα όσο και με τους νεότερους συγγενείς ή φίλους του ή με όποιο άλλο άτομο δείχνει να είναι συναισθηματικά δεμένο. Συζητά με τον καθένα ξεχωριστά ώστε να καταλάβει καλύτερα ποιά είναι η πιο συμφέρουσα λύση για τον υπερήλικα.

Αν ο υπερήλικας μπορεί να ζήσει με την οικογένειά του πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός να κινηθεί προς αυτήν την κατεύθυνση αφού είναι και η καλύτερη λύση.

Η συνέντευξη με μέλη της οικογένειας του ηλικιωμένου μπορεί να οδηγήσει στην παραμονή του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια. Σε πολλές περιπτώσεις που δεν αναγκαία η εισαγωγή του υπερήλικα στο ίδρυμα, ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να προτείνει άλλα προγράμματα τα οποία καλύπτουν τις ανάγκες του υπερήλικα στην ανοιχτή κοινότητα. Άλλες φορές πάλι που η προοπτική για κοινή συμβίωση είναι αδύνατη ο Κοινωνικός Λειτουργός. Καλείται να βοηθήσει την οικογένεια να δεχτεί την εισαγωγή απαιλλανμένη από συναισθήματα ενοχής.

Επίσης ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να γνωρίζει πότε η προσφορά υπηρεσιών της κλειστής μονάδας είναι αναγκαία:

- 1) Όταν ο ηλικιωμένος ξεπερνάει τα όρια της ατομικής του αντιμετώπισης (η σωματική εξασθένιση έχει φτάσει σε σημείο όπου είναι αδύνατο να αυτοεξυπηρετηθεί πλήρως μόνο τους (είναι απόλυτα φυσικό).
  - 2) Όταν αρχίσει να διακατέχεται από ένα αίσθημα ανασφάλειας.
  - 3) Όταν το αίσθημα μοναξιάς τον οδηγεί στην κλειστή μονάδα για κοινωνικοποίηση.
  - 4) Όταν η περίπτωση να παραμείνει ο ηλικιωμένος στον ίδιο χώρο που εξακολουθεί να ζει, ξεπερνάει τα όρια της κοινωνικής αντιμετώπισης.
- Αναφέρομαι στη δικαιολογία ότι το σημερινό αστικό διαμέρισμα είναι αδύνατο να χωρέσει τον παππού και την γιαγιά, εξάλλου το επίπεδο εξυπηρέτησης από τους άμεσους συγγενείς (από τα παιδιά του) είναι

πολλές φορές χαμηλό, πρώτα γιατί και οι δύο σύζυγοι εργάζονται, δεύτερο δεν υπάρχει κατάλληλη εκπαίδευση του ζευγαριού για να μπορέσει με λιγότερο κόπο και οργανωμένη δουλειά να αντιμετωπίσει το θέμα και τρίτο δεν υπάρχει από την Πολιτεία ουσιαστική κοινωνικοοικονομική βοήθεια.

5) Όταν τα ηλικιωμένα άτομα δεν έχουν αποκτήσει οικογένεια, ζουν μόνο τους ή έχουν χάσει όλους τους άμεσους συγγενείς.

Στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων ο Κοινωνικός Λειτουργός εφαρμόζει και τις τρεις μεθόδους Κοινωνικής Εργασίας: α) Κοινωνική Εργασία με άτομα, β) Κοινωνική Εργασία με ομάδες και γ) Κοινωνική εργασία με την Κοινότητα. Εκτός όμως από τις γεικές γνώσεις στις μεθόδους

της Κοινωνικής Εργασίας χρειάζεται να επιμορφωθεί και σε θέματα σχετικά με τις ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας.

Τέτοια θέματα όπως περιγράφονται στο τεύχος 32 της Κοιν. Εργασίας είναι: Η άσκηση σωστής κρίσης για το πότε θα πρέπει να μετακινηθεί ένα άτομο σε ίδρυμα γιατί διατρέχει κινδύνους.

- Τα όρια της ανεξαρτησίας του ατόμου.
- Πότε και πως γίνεται επέμβαση στην διατάραξη των σχέσεων με την οικογένεια του ατόμου ή άλλους φροντιστές.
- Πώς να επισημανθεί τυχόν εκμετάλλευση και να γίνει επέμβαση.
- Πως να επισημανθεί σκληρότητα και τι μέτρα να ληφθούν.
- Πως να επισημανθεί κακομεταχείριση του προστατευόμενου από το ίδρυμα.

( Πέρα απ' αυτά όμως ο Κοινωνικός Λειτουργός χρειάζεται να κατανοήσει τον ιδιαίτερο τρόπο συμπεριφοράς του ηλικιωμένου.

Κατανοώντας τον τρόπο με τον οποίον ο υπερήλικας έχει λύσει τα προβλήματά του στο παρελθόν, ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει ένα σπουδαίο όπλο στα χέρια του για να προχωρήσει μαζί με τον πελάτη του, στην επίλυση των νέων δυσκολιών του. Τις πληροφορίες σχετικά με το παρελθόν του υπερήλικα μπρεί να τις πάρει ο Κοινωνικός Λειτουργός από τους νεότερους συγγενείς του αλλά σημαντικότερες είναι οι πληροφορίες που λαμβάνονται από τον ίδιο τον υπερήλικα όταν έχει δημιουργηθεί κάποια ικανοποιητική σχέση με τον Κοινωνικό Λειτουργό. Η δυνατότητα του υπερήλικα να προσαρμοστεί σε νέες καταστάσεις εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εμπειρίες του. Εάν ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να μάθει ποιά είναι αυτές και πως δημιουργήθηκαν, θα μπορεί να προσδιορίσει και ποιά είναι η χαρακτηριστική συμπεριφορά του υπερήλικα και να προδιαγνώσει την τυχόν αντίδρασή του στην επικείμενη αλλαγή (Social Gusework).

Επίσης οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που ασχολούνται με την τρίτη ηλικία πρέπει να γνωρίζουν καλά τα προβλήματα και τις ανάγκες της ηλικίας αυτής.

Κοινωνικές, περιβαλλοντικές αλλαγές ή η ελαττωμένη αποδοτικότητα του σώματός μου, είναι πιθανόν να οδηγήσουν το ηλικιωμένο να αισθανθεί μία απώλεια της αξιοπρέπειας του. Παράλληλα ο ηλικιωμένος σε μία ωρισμένη στιγμή φαίνεται να αναθεωρεί τη ζωή του. Η συνειδητοποίηση ολόκληρης της περασμένης ζωής έχει σαν αποτέλεσμα την αυτο-ικανοποίηση ή όχι, ακόμη και την απελπισία.

Όλα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε συμπτώματα κατάθλιψης και ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να μπορεί να διαγνώσει τέτοια συμπτώματα

και να ζητήσει βοήθεια από άλλους ειδικούς. Όπως έχουμε αναφέρει και πιο πάνω ο τρόπος με τον οποίο ένας ηλικιωμένος πελάτης αντιμετωπίζει οποιεσδήποτε αλλαγές εξαρτάται κατά πολύ από τις προηγούμενες εμπειρίες του και τους συνήθεις τρόπους συμπεριφορά του. Έτσι η συνήθης μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας κατά την οποία αξιολογείται η παρούσα λειτουργικότητα του ατόμου σε σχέση με τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του είναι σκόπιμη για την εξυπηρέτηση του ηλικιωμένου. Μία σωστή ψυχοκοινωνική διάγνωση είναι απόλυτα αναγκαία σαν βάση για τον καθορισμό ενός εξατομικευμένου προγράμματος θεραπείας.

Σ' αυτό πολλοί παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη:

1. Τα τρέχοντα προβλήματα του ηλικιωμένου.
2. Η σχέση των τωρινών του προβλημάτων με τις περασμένες του εμπειρίες.
3. Ο τρόπος συμπεριφοράς και οι στάσεις του.
4. Η οικογενειακή του κατάσταση (διαμένει μόνος, ζευγάρι ή παιδιά) καθώς και η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της οικογένειάς του και η ισορροπία ή έλλειψη ισορροπίας στις σχέσεις αυτές.
5. Οι άλλες του διαπροσωπικές σχέσεις.
6. Η φυσική του κατάσταση (αυοεξυπηρέτηση, μερικός αυτοεξυπηρετούμενος κλπ.).
7. Η νοητική-ψυχική υγεία (υγιής, πάσχων από ανοία ή ψυχική πάθηση)
8. Η οικονομική του κατάσταση.
9. Το πολιτιστικό και θρησκευτικό του περιβάλλον.

Στην εργασία με τους ηλικιωμένους υπάρχουν ορισμένα ειδικά στοιχεία τα οποία επηρεάζουν τη διαγνωστική πορεία. Παραδείγματος χάριν,

σε αντίθεση με τα νεότερα άτομα, μόνο ένα μικρό ποσοστό των ηλικιωμένων προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία. Οι περισσότεροι παραπέμπονται από τα παιδιά τους ή από κοινωνικές οργανώσεις, συνήθως σε περίοδο κρίσεως. Έτσι είναι επόμενο να ανησυχούν και να φοβούνται για απώλεια της ανεξαρτησίας τους. Γι' αυτό ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι βασικό να δεχθεί τον ηλικιωμένο σαν ένα άτομο που χρειάζεται σεβασμό και παραδοχή της αξίας του, από την πρώτη κιόλας επαφή.)

Τρία στοιχεία της διαγνωστικής φάσης είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την εργασία με υπερήλικα άτομα:

- 1) Η αίτηση για εισαγωγή όπως ήδη αναφέραμε γίνεται από κάποιο άλλο ενδιαφερόμενο άτομο, όταν η κατάσταση έχει φθάσει σε σημείο κρίσης.
- 2) Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να ανταποκριθεί στους φόβους του ηλικιωμένου ατόμου, ότι θα μείνει μόνος, αβοήθητος ή εξαρτημένος και πρέπει να του μεταδώσει τη δική του πεποίθηση όσον αφορά την αξιοπρέπειά του την αξία του και την ικανότητά του να αυτοδιοικηθεί.
- 3) Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση της οργανικής και διανοητικής κατάστασης του ηλικιωμένου.

Γενικότερα ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στις ΜΦΗ είναι κατευθυντήριο, συντονιστικός και ενθαρρυντικός. Γνωρίζει και δίνει τα κατάλληλα ερεθίσματα για ανάπτυξη πρωτοβουλίας, συνοχής και ζωντάνιας. Με τις ειδικές γνώσεις και τεχνικές του βοηθάει τα ηλικιωμένα άτομα να αντιμετωπίσουν με ρεαλισμό τα γηρατειά μέσα από τον ιδρυματισμό. Συμβάλλει στην ανάπτυξη των κοινωνικών συναναστροφών και στην

έκφραση των συναισθημάτων τους. Προσπαθεί να δώσει την αίσθηση της μοναδικότητας σε κάθε ένα ηλικιωμένο.

Παράλληλα δίνει βάρος σε ειδικά προβλήματα σε ατομικό επίπεδο, όπως ανάρρωση από αρρώστια, μετά από απώλεια συντρόφου κτλ. Φροντίζει ο ηλικιωμένος να διαμορφώνει τον χώρο διαμονής του, σύμφωνα με τις προσωπικές του προτιμήσεις και τ' αγαπημένα του αντικείμενα. Συνεργαζόμενος με τις άλλες ειδικότητες που απασχολούνται στο ίδρυμα, φροντίζει επίσης για την σωματική του περιποίηση, παρακολουθεί το διαιτολόγιό του, τα προβλήματα της υγείας του και τη συμπεριφορά του προσωπικού. Γενικά, προσπαθεί να δημιουργήσει στη μικρή κλειστή κοινότητα του ιδρύματος, μια ατμόσφαιρα φροντίδας και ευχαρίστησης.

Σημαντικό τομέα δουλειάς για τον κοινωνικό λειτουργό μέσα στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι και η "θεραπεία" του ηλικιωμένου μέσα από τις διάφορες ομάδες στήριξης και ενδιαφερόντων.

Με την εργασία στις ομάδες, δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες για να μπορεί ο ηλικιωμένος να ασκήσει τις ιδιαίτερές του συνήθειες ή να αποκτήσει νέες. Βασική εργασία και κύριο μέλημα, η οργάνωση μικρών ομάδων με κοινά ενδιαφέροντα, ακόμη και με αντιπαράθεση απόψεων και αδυναμιών, ώστε να αναπτύσσεται μεταξύ των ηλικιωμένων η συντροφικότητα και σχέση.

Ακόμα ενισχύει την αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των μελών της "Μονάδας" δημιουργώντας αρκετές φιλίες και βοηθώντας στην ανάπτυξη αυτοβοήθειας ανάμεσα στα μέλη. Ενθαρρύνει την έκφραση φόβων για θέματα γεροντικής ηλικίας. Δίνει πληροφόρηση σε σωματικά και ψυχικά

προβλήματα που απασχολούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και τους βοηθάει να κατανοήσουν καλύτερα σαν άτομα αλλά και σαν ομάδα τη διαδικασία της γήρανσης.

Ένας άλλος σημαντικός τομέας εργασίας για τον Κοινωνικό Λειτουργό είναι η ανάπτυξη σχέσεων και η συνεργασία με τοπικούς παράγοντες και φορείς της ευρύτερης κοινότητας, γιατί έτσι γίνεται γνωστός ο ρόλος του ιδρύματος αλλά και η Κοινότητα εξοικειώνεται με το ίδρυμα.

Οι σύγχρονες τάσεις της ιδρυματικής προστασίας κατευθύνονται στην προσπάθεια επίτευξης στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό του ανοίγματος προς την κοινότητα για επικοινωνία και κατάργηση της κλειστής απομόνωσης. Έτσι η εισαγωγή στο ίδρυμα δεν σημαίνει και απομόνωση και απόσταση από την κοινότητα αλλά μια συναλλαγή μέσα σ' αυτή. Ακολουθώντας αυτές τις τάσεις ο Κοινωνικός Λειτουργός αποτελεί το σύνδεσμο μεταξύ Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων και Κοινότητας και προσπαθεί, όπως αναφέραμε παραπάνω να δημιουργήσει ευκαιρίες για τη συμμετοχή του περήλικα στη ζωή της Κοινότητας. Για την εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού έρχεται σε επαφή με τους φορείς της Κοινότητας, τους ενημερώνει για τις ανάγκες των υπερηλικών και προσπαθεί να τους κινητοποιήσει ώστε να συμμετέχουν ενεργά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων.

Δείχνει ιδιαίτερη μέριμνα για τη διατήρηση των σχέσεων των ηλικιωμένων με τους συγγενείς τους και με το περιβάλλον τους. Απαραίτητα είναι τα ειδικά οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης για τους ηλικιωμένους ώστε να μπορούν να παρακολουθούν τη σύγχρονη ζωή και παράλληλα τμήματα εκπαίδευσης νέων για θέματα ηλικιωμένων.



Επίσης έρχεται σε επαφή με εκπολιτιστικούς συλλόγους και διάφορες άλλες οργανώσεις (π.χ. ΝΕΠΕ) προκειμένου να πετύχει τη συμμετοχή των υπερηλικών σε διάφορα προγράμματα και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις.

Αν ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει διοικητική θέση μπορεί να κάνει διάφορες προτάσεις στο Συμβούλιο για αλλαγές, βελτιώσεις ή τροποποιήσεις.

Ανεξάρτητα όμως από το αν είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός, συντονιστής των ενεργειών που γίνονται σε μια Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων ή αν είναι απλό μέλος του προσωπικού, ο ρόλος του είναι να συνεργάζεται με όλους.

Η ατμοσφαιρική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι μία δύσκολη και πολύπλοκη δουλειά. Χρειάζεται μια ομάδα ειδικών που με τις γνώσεις και την πείρα τους θα ενεργούν όλοι μαζί σαν ένας άνθρωπος, με σκοπό να επιτύχουν τη μέγιστη δυνατή φυσική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική απόδοση των ηλικιωμένων. Γι' αυτό η αλληλοενημέρωση για τον επαγγελματικό ρόλο των μελών του προσωπικού είναι μια ενέργεια που πρέπει να επιδιώκεται απ' όλους και ιδιαίτερα από τον Κοινωνικό Λειτουργό. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η ενιαία και από διάφορες πλευρές αντιμετώπιση των τροφίμων.

Το προσωπικό ενός ιδρύματος ανήκει και αυτό σε μία ετερογενή ομάδα που έχει όμως κοινό σκοπό. Οι τακτικές συναντήσεις για ανταλλαγή απόψεων σε διεπαγγελματικό επίπεδο πρέπει να είναι μέσα στο πρόγραμμα του προσωπικού. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό να γίνεται αξιολόγηση της εξέλιξης των τροφίμων και προγραμματισμός για παραπέρα ενέργειες. Μια και το λεπτό θέμα των ανθρώπινων σχέσεων πέφτει περισσότερο στο ρόλο

του Κοινωνικού Λειτουργού, οι προσπάθειές του, πέρα από τη συνεργασία με το επιστημονικό, διοικητικό προσωπικό με τους ηλικιωμένους, πρέπει να κατευθύνεται και προς το βοηθητικό προσωπικό της "Μονάδας". Αυτό πετυχαίνεται τόσο με την προσωπική επαφή όσο και με την οργάνωση εκαπιδευτικών και συμφωνητικών σεμιναρίων. Η ευαισθητοποίηση του προσωπικού για το αντικείμενο της εργασίας τους, βοηθάει στην πραγματοποίηση του οράματος για καλύτερη λειτουργία του ιδρύματος.

Δυστυχώς όμως η πραγματικότητα δείχνει ένα διαφορετικό ρόλο απ' αυτόν που θα έπρεπε να έχει ένας Κοινωνικός Λειτουργός. Η εργασία του σε μια Μονάδα Φροντίδας ηλικιωμένων συχνά καλύπτει υποτυπώδεις ανάγκες. Ο ρόλος του φαίνεται να είναι παθητικός ή αυστηρά παρατηρητικός μεσολαβητικός.

Περιορίζεται σε επισκέψεις στο σπίτι των ηλικιωμένων πριν εισαχθούν στο ίδρυμα ή σε επισκέψεις στο νοσοκομείο για τους τρόφιμους που βρίσκονται εκεί λόγω κάποιου προβλήματος υγείας.

Εξάλλου οι υπάρχουσες συνθήκες στα διάφορα ιδρύματα δεν επιτρέπουν πάντα την απρόσκοπτη εξάσκηση του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού. Έτσι, η αποτελεσματικότητα της δουλειάς του εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: από την οργανωτική δομή των ιδρυμάτων, τις αντικειμενικές συνθήκες λειτουργίας τους, τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τις οικονομικές δυνατότητες και από μία ολόκληρη σειρά παραμέτρων, χωρίς βέβαια να μπορεί να παραλείψει κανείς και τον σημαντικό παράγοντα της προσωπικότητας αυτού του ίδιου του Κοινωνικού Λειτουργού.

Η στάση του Κοινωνικού Λειτουργού που εργάζεται με τον ηλικιωμένο έχει ιδιαίτερη σημασία. Συχνά έχει αρνητικές εικόνες για τους ηλικιωμένους και τους χαρακτηρίζει σαν μη ενδιαφέροντες σε σχέση με άλλες ομάδες μειονότητας.

Επομένως ο εργαζόμενος με τους ηλικιωμένους, πρέπει να γνωρίζει τα συναισθήματα του απέναντι στη γεροντική ηλικία και να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός μήπως τα συναισθήματα του προς τους δικούς του γονείς επέμβουν στις αποφάσεις του για τον υπερήλικα. Ακόμη, πρέπει να συμπαθεί και να σέβεται τους ηλικιωμένους και να έχει ειδικές γνώσεις για την γεροντική ηλικία.

~~Όσον αφορά τώρα το χώρο που εργάζεται ο Κοινωνικός Λειτουργός~~ τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, πρέπει να αναφέρουμε ότι στηρίζονται κυρίως στον οικονομικό παράγοντα. Τα περισσότερα προγράμματα ενισχύουν το ιδρυματικό περιβάλλον δημιουργώντας έτσι στους υπερήλικες αισθήματα όπως η μοναξιά, η αποξένωση, το άγχος που οδηγούν σε σοβαρές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Κάτω απ' αυτό το πρίσμα ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ιδιαίτερα σημαντικός ώστε να νιώσουν οι τρόφιμοι πιο ζεστό και ανθρώπινο το περιβάλλον στο οποίο ζουν. Για να το πετύχει αυτό καλύτερα, ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να δώσει έμφαση στον τομέα της ψυχαγωγίας καθώς και στις δημιουργικές απασχολήσεις που κάνουν τους ηλικιωμένους να νιώθουν χρήσιμοι για τον εαυτό τους και για τους άλλους.

Μπορεί λοιπόν να οργανώσει τακτικές ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και χορούς που θα παρέχεται η δυνατότητα στον τρόφιμο να επιλέξει τη μουσική

ή τα εδέσματα ενός μπουφέ δεξιώσεων. Να δώσει την ευακρία ολιγοήμερων διακοπών ιδιαίτερα κατά τους καλοκαιρινούς μήνες σε κάποιο παραθεριστικό χώρο που διαθέτει η ίδια η μονάδα ή σε κάποιες από τις κατασκηνώσεις ηλικιωμένων που οργανώνουν οι Δήμοι ή τα ΚΑΠΗ της περιοχής.

Να οργανώσει μονοήμερες κοντινές εκδρομές.

Να οργανώσει ομάδες ζωγραφικής, χειροτεχνίες, κεντήματος-ραπτικής, κηπουρικής, μουσικής και ότι άλλο μπορεί να ενδιαφέρει τους υπερήλικες.

Ακόμα ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να βοηθήσει στην πνευματική ζωή των τρώφινων βοηθώντας στην οργάνωση της βιβλιοθήκης με βιβλία κατάλληλα για ηλικιωμένους καθώς και οργανώνοντας ενημερωτικές συζητήσεις.

Τέλος οφείλει να βοηθάει τον υπερήλικα να περισώνει την αξιοπρέπεια και την ανεξαρτησία του καθώς και να τον κάνει να συνειδητοποιήσει ότι είναι κοινωνικό του δικαίωμα να ζητά την αναβάθμιση του επιπέδου ζωής του και την όσο το δυνατόν καλύτερη κοινωνική προστασία.

## Μεθοδολογία Έρευνας

### **Είδος Έρευνας - Γιατί επιλέξαμε τη συγκεκριμένη έρευνα**

Η έρευνα που διεξάγουμε είναι διερευνητική, διότι ο πρωταρχικός σκοπός είναι η διατύπωση ενός προβλήματος για ακριβέστερη εξέταση ή η διατύπωση υποθέσεων ή η ιεράρχηση προτεραιοτήτων για πάρα πέρα έρευνα. Μέσα από την διερευνητική έρευνα δίνουμε έμφαση στην ανακάλυψη και στην ανάδειξη, του καθημερινού τρόπου ζωής των ηλικιωμένων (τροφίμων) στις υπάρχουσες εν Ελλάδι Μονάδες Περιθαλψής Ηλικιωμένων (Μ.Π.Η.) καθώς και στην απόδειξη των υποθέσεων βάση των οποίων καταρτίστηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο της έρευνά μας. Στόχεύουμε να αναδείξουμε και να γνωρίσουμε καλύτερά τον τρόπο διαβίωσης των ηλικιωμένων και όχι στο να τον ελέγχουμε και αυτός είναι ένας ακόμη λόγος που επιλέξαμε να κάνουμε διερευνητική έρευνα.

### ***Ο Πληθυσμός της έρευνας***

Ο πληθυσμός της έρευνας είναι οι ηλικιωμένοι τρόφιμοι δύο "Μ.Π.Η. Η πρώτη είναι το Κωνσταντοπούλειο οίκος ευγηρίας στην Πάτρα (ΝΠΙΔ) και η δεύτερη είναι στον Πειραιά ΝΠΔΔ. Το φύλο των ερωτηθέντων είναι άνδρες και γυναίκες που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ηλικιών από τα 60 έως τα 90. Τόσο το φύλο όσο και η ηλικία του δείγματος της έρευνας είναι κοινό και για τα δύο ιδρύματα. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που κάναμε είναι πενήντα (50) και αντιστοιχούν τα μισά για κάθε ίδρυμα.

### ***Ανάλυση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου της έρευνας.***

Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους ερωτώμεους της έρευνάς μας αποτελείται από είκοσιπέντε ερωτήσεις. Η πρώτη κατηγορία ερωτήσεων αποτελείται από πέντε (5) και αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της έρευνας. Η δεύτερη κατηγορία ερωτήσεων είχε τρεις ερωτήσεις (την 6,7 και 8) και κάνει λόγο για τους τρόπους ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων. Η τρίτη κατηγορία ερωτήσεων περιλαμβάνει τρεις ερωτήσεις (τις 9, 10, 11) και στοχεύει στο να αναδείξει εάν υπάρχουν δημιουργικές δραστηριότητες στα ιδρύματα, ποιά η συμμετοχή των ηλικιωμένων σ' αυτές, τα συναισθήματα που τους δημιουργούνται και ποιές άλλες δραστηριότητες θα ήθελαν να υπάρχουν. Η τέταρτη κατηγορία ερωτήσεων θέτει δύο ερωτήματα (12, 13) σχετικά με τους χώρους διαμονής των τροφίμων στις Μονάδες Περίθαλψης Ηλικιωμένων. Η πέμπτη κατηγορία ερωτήσεων έχει δύο ερωτήματα (14, 15). Όσον αφορά το διαιτολόγιο των ηλικιωμένων. Η έκτη κατηγορία ερωτήσεων περιέχει δύο ερωτήματα (16, 17) σχετικά με το τι νιώθουν οι ηλικιωμένοι και τι είναι αυτό που τους χαροποιεί ή τους στενοχωρεί περισσότερο κατά τη διαμονή τους στον οίκο ευγηρίας. Η έβδομη κατηγορία ερωτήσεων αποτελείται από τρία ερωτήματα (18, 19, 20) και κάνει λόγο για τις σχέσεις μεταξύ των ηλικιωμένων και των ηλικιωμένων και τους προσωπικού και τι οι ίδιοι προτείνουν για να βελτιωθούν. Η όγδοη κατηγορία ερωτήσεων θέτει δύο ερωτήματα (21, 22) και αναφέρεται στην επαφή των ηλικιωμένων με άτομα του οικογενειακού-συγγενικού περιβάλλοντός των και τα συναισθήματα που τους δημιουργούνται. Η ένατη κατηγορία ερωτήσεων περιλαμβάνει δύο ερωτήματα (23, 24) και στοχεύει να

φανερώσει την ύπαρξη δυνατότητα των ηλικιωμένων να συζητάνε θέματα που τους ενδιαφέρουν με κάποιο ειδικό και ανα να ναι ποια είναι αυτά τα θέματα. Τέλος η δέκατη κατηγορία ερωτήσεων έχει ένα ερώτημα (25) για το εάν θα ήθελαν οι ηλικιωμένοι να προτείνουν και κάτι ακόμη για τη διαμονή τους στο ίδρυμα.

Για την σύνταξη του ερωτηματολογίου στηριχθήκαμε σε οκτώ υποθέσεις οι οποίες αποτέλεσαν τη δομή του ερωτηματολογίου της έρευνάς μας.

## ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

1. Οι χώροι που υπάρχουν στα γηροκομεία πληρούν τις σύγχρονες προδιαγραφές για μια άνετη διαβίωση των ηλικιωμένων;
2. Το διαιτολόγιο που υπάρχει στο γηροκομείο είναι σε θέση να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες των τροφίμων, βάσει της ηλικίας τους;
3. Ο ηλικιωμένος μέσα στο γηροκομείο νιώθει ανασφάλεια, άγχος και μοναξιά λόγω του ότι είναι αποκομμένος από το οικογενειακό-συγγενικό περιβάλλον;
4. Οι τρόποι ψυχαγωγίας ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες των ηλικιωμένων;
5. Στο γηροκομείο υπάρχουν δημιουργικές απασχολήσεις που να κάνουν τους ηλικιωμένους να νιώθουν χρήσιμοι για τον εαυτό τους και για τους άλλους;
6. Οι σχέσεις που δημιουργούνται στο γηροκομείο μεταξύ των ηλικιωμένων και των ηλικιωμένων και του προσωπικού συμβάλλουν στην καλύτερη διάμονή τους στο Ίδρυμα;
7. Η οικογένεια διατηρεί κάποια επαφή με τον ηλικιωμένο αφού εισαχθεί στο ίδρυμα;
8. Βάσει των πνευματικών και ψυχολογικών αναγκών που έχουν οι ηλικιωμένοι, υπάρχει προσωπικό με ανάλογες γνώσεις που να εκπληρώνει τις απαιτήσεις του γέροντα;



## ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

### Ερώτημα 1ο: Η Ηλικία

Κατανομή δείγματος ως προς την ηλικία

Ηλικίες	Αριθμός Απαντήσεων	Ποσοστό επί τοις %
66-70	9	18%
71-75	7	14%
76-80	15	30%
81-85	9	18%
86-90	7	14%
91-96	2	4%
Δεν ξέρω ακριβώς	1	2%
Σύνολο	50	100%

Ο μικρότερος ήταν ένας άντρας 67 ετών και η μεγαλύτερη μία γυναίκα 96 ετών. Η πιο συνηθισμένες ηλικίες ήταν της πενταετίας 76 έως 80 με ποσοστό 30%. Ωστόσο οι ηλικίες του δείγματος δεν είναι αντιπροσωπευτικές αφού στην πραγματικότητα υπάρχουν περισσότερα άτομα στις μεγαλύτερες ηλικίες, που όμως για διανοητικές ή σωματικές αιτίες δυσκολεύουν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο.

Ερώτημα 2ο: Σε ποιο φύλο ανήκετε;

## Κατανομή ως προς το φύλο

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ		Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%
	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%		
Αντρας	8	32%	10	40%	18	36%
Γυναίκα	17	68%	15	60%	32	64%
Σύνολο	25	100%	25	100%	50	100%

Οι γυναίκες υπερτερούν και στα δύο ιδρύματα, γι' αυτό και προτιμήσαμε τα ερωτηματολόγια μας να απαντηθούν σε μεγαλύτερα ποσοστά από γυναίκες.

Ερώτημα 3ο: Οικογενειακή Κατάσταση

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ		Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%
	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%		
Έγγαμος	5	20%	3	12%	8	16%
Χήρος	13	52%	15	60%	28	56%
Άγαμος	6	24%	6	24%	12	24%
Διαζ/νος	1	4%	1	4%	2	4%
Σύνολο	25	100%	25	100%	50	100%

Οι περισσότεροι απάντησαν ότι είναι χήροι με ποσοστό 56%. Μετά ακολουθούν οι άγαμοι με 24% ενώ υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό

έγγαμων (16%) , οι οποίοι ζουν μαζί στο ίδρυμα. Οι μισοί λοιπόν και παραπάνω ηλικιωμένοι των 2 ιδρυμάτων έχουν "χάσει" τον σύντροφό τους. Η απώλεια του συντρόφου, είναι ένα σημαντικός λόγος να μπει κάποιος στο ίδρυμα.

Ερώτημα 4ο: Πόσα παιδιά έχετε:

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ		Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%
	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%		
Ένα	2	8%	5	20%	7	14%
Δύο	3	12%	3	12%	6	12%
Τρία και πάνω	4	16%	4	16%	8	16%
Κανένα	16	64%	13	52%	29	58%
Σύνολο	25	100%	25	100%	50	100%

Βλέπουμε από τον παραπάνω πίνακα ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν έχουν κανένα παιδί. Είναι γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι που δεν έχουν παιδιά καταλήφουν πιο εύκολα στο ίδρυμα είτε λόγω ανάγκης αφού δεν έχουν κάποιον δικό τους να τους βοηθήσει στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είτε λόγω μοναξιάς.

## Ερώτημα 5ο: Μορφωτικό επίπεδο

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ		Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%		
Αναλφάβητος	12	48%	10	40%	22	4%
Δημ. Σχολείο	8	32%	9	36%	17	34%
Γυμνάσιο	252	8%	4	16%	6	12%
Τεχνική Εκπ/ση	1	4%	-	-	1	2%
Ανωτέρα Εκπ/ση	2	8%	1	4%	3	6%
Ανώτατη Εκπ/ση	-	-	1	4%	1	2%
Άλλη (προσδ.)	-	-	-	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	25	100%	25	100%	50	100%

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό και των δύο ιδρυμάτων είναι το μεγάλο ποσοστό αναλφάβητων (44% συνολικά). Βέβαια το μορφωτικό επίπεδο της γενιάς των ηλικιωμένων γενικότερα είναι πολύ πιο χαμηλό από το σημερινό και κυρίως των γυναικών όπου αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό των αναλφάβητων του δείγματος μου. Ακόμη πρέπει να σημειώσουμε ότι πολλοί απ' αυτούς που απάντησαν Δημοτικό Σχολείο ή Γυμνάσιο, τελείωσαν μερικές τάξεις τους. Αντίθετα με τους αναλφάβητους και όσους πήγαν στο δημοτικό σχολείο τα ποσοστά αυτών που είχαν ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση είναι πολύ μικρά.

Ερώτημα 6ο: Πώς περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας στο γηροκομείο;

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ		Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%		
Εκδρομές	13	52%	11	44%	24	48%
Χόμπι	3	12%	5	20%	8	16%
Επισκέψεις φίλων	21	84%	20	80%	41	82%
Ενημερ/κές συζ.	7	28%	7	28%	14	28%
Μελέτη βιβλίων	3	12%	3	12%	6	12%
Τηλεόραση	10	40%	10	40%	20	40%
Ράδιο	12	48%	11	44%	23	46%
Εκκλησία	10	40%	9	36%	19	38%
Κάτι άλλο	1	4%	4	16%	5	10%

Στα χόμπι είπαν ότι τους αρέσει ο χορός (5) και το τάβλι (3). Στην απάντηση "κάτι άλλο" είπαν βόλτες (3), διάβασμα εφημερίδας (2), ψυχαγωγικές εκδηλώσεις (1).

Ο αριθμός επιλογής των απαντήσεων ήταν ελεύθερος.

Οι επισκέψεις φίλων και οι εκδρομές είναι οι απαντήσεις που δόθηκαν πιο πολύ με ποσοστά 82% και 48% αντίστοιχα.

Είναι χαρακτηριστικό ότι και οι δύο αυτές επιλογές των ηλικιωμένων τους βοηθούν να διατηρούν την επαφή τους με τον "έξω κόσμο" και να ξεφεύγουν από την μονοτονία του ιδρύματος.

Η τηλεόραση και το ράδιο ακολουθούν με 40% και 46% ενώ και η εκκλησία έχει υψηλά ποσοστά 38%.

Ερώτημα 7ο: Είσαστε ικανοποιημένος από τον τρόπο με τον οποίο περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας;

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ			
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%
ΝΑΙ	23	92%	17	68%	40	80%
ΟΧΙ	2	8%	8	32%	10	20%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100%	25	100%	50	100%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων απάντησε ότι είναι ικανοποιημένο από τον τρόπο με τον οποίο περνάει τον ελεύθερο χρόνο του.

Είναι χαρακτηριστικό πάντως ότι υπάρχει διαφορά 24 ποσοστιαίων μονάδων ανάμεσα στα δύο ιδρύματα.

Στο Κωνσταντοπούλειο ίδρυμα δήλωσαν ικανοποιημένοι το 92% ενώ στο Γηροκομείο Πειραιά μόνο το 68%.

Ερώτημα 8ο: Θα θέλατε και κάτι άλλο;

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ		Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%		
ΝΑΙ	6	24%	5	20%	11	22%
ΟΧΙ	19	76%	20	80%	39	78%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100%	25	100%	50	100%

Στην Ερώτηση αν θέλουν κάτι άλλο, οι περισσότεροι απάντησαν αρνητικά.

Το ποσοστό των ηλικιωμένων που απάντησαν καταφατικά δήλωσαν ότι προτιμούν ψυχαγωγικές εκδηλώσεις όπως χορούς και θέατρο καθώς επίσης βόλτες, συζητήσεις και διάβασμα εφημερίδων.

Ερώτημα 9ο: Στο γηροκομείο συμμετέχετε σε κάποια δημιουργική απασχόληση;

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ		Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%		
ΝΑΙ	10	40%	5	20%	15	30%
ΟΧΙ	15	60%	20	80%	35	70%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100%	25	100%	50	100%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων, 60% και 80% αντίστοιχα για τα ιδρύματα της Πάτρας και του Πειραιά, απάντησαν πως δεν συμμετέχουν σε κάποια δημιουργική απασχόληση. Η ενεργοποίηση των ηλικιωμένων είναι πολύ σημαντική αφού τους βοηθάει να νιώθουν χρήσιμοι και δημιουργικοί. Δυστυχώς όμως οι περισσότεροι δεν ενδιαφέρονται να ασχοληθούν με κάτι.



Ερώτημα 10ο: Αν ΝΑΙ τα συναισθήματα σας δημιουργεί η συμμετοχή σας σ' αυτές τις δραστηριότητες.

Τα συναισθήματα που δημιουργούνται στους ηλικιωμένους μέσα από τη συμμετοχή τους στις δημιουργικές απασχολήσεις είναι ως επί το πλείστον συναισθήματα ευχαρίστησης και χρησιμότητας. Οι περισσότεροι απάντησαν μονολεκτικά. Συγκεκριμένα τα συναισθήματα αυτά είναι ευχαρίστηση, ανακούφιση, χαρά, ξεκούραση, δημιουργικότητα, χρησιμότητα και αίσθημα σιγουριά-αυτοπεποίθησης.

Οι ηλικιωμένοι που συμμετέχουν σε δημιουργικές δραστηριότητες νιώθουν και έχουν περισσότερη ζωντάνια από όσους δεν συμμετέχουν. Βλέπουν τις ικανότητές τους, τα μικρά τους ταλέντα ενώ παράλληλα η δημιουργία ομάδων τους βοηθάει στην μεγαλύτερη κοινωνικοποίηση τους και όχι στην απομόνωση τους από τους άλλους.

Ερώτημα 11ο: Ποιές άλλες δημιουργικές δραστηριότητες θα θέλατε να υπάρχουν;

Αναφορικά με το ποιές άλλες δημιουργικές δραστηριότητες θα ήθελαν οι ηλικιωμένοι να υπάρχουν οι απαντήσεις ποικίλου. Συγκεκριμένα προτείνονται η ζωγραφική, η χειροτεχνία, το κέντημα, η ραπτική, διάφορες τεχνικές δραστηριότητες το πλέξιμο, οι μουσικές ομάδες, η κηπουρική και ομάδες θρησκευτικού χαρακτήρα.

Ερώτημα 12ο: Οι χώροι διαμονής ικανοποιεί τις ατομικές σας ανάγκες:

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ		Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%		
ΝΑΙ	23	92%	24	96%	47	94%
ΟΧΙ	2	8%	1	4%	3	6%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100%	25	100%	50	100%

Το 94% των ηλικιωμένων συνολικά στα δύο ιδρύματα, δηλώνουν ευχαριστημένοι από το χώρο που διαμένουν. Αντίθετα μόνο το 6% απάντησε αρνητικά.

Ερώτημα 13ο: Γιατί:

Αιτιολογώντας την παραπάνω ερώτηση οι περισσότεροι δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένοι με το χώρο διαμονής γιατί τον χαρακτήρισαν ως ωραίο, καθαρό-υγιεινό, "ζεστό" με ανέσεις, ευρύχωρο και με καλή διαρρύθμιση. Μάλιστα κάποιοι το χαρακτήρισαν σαν το σπίτι τους ή και καλύτερα από το σπίτι τους. Από την άλλη μεριά ελάχιστα άτομα είχαν αρνητική άποψη για τον χώρο διαμονής τους.

Ερώτημα 14ο: Το καθημερινό διαιτολόγιο καλύπτει τις διατροφικές σας ανάγκες.

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ		Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%		
ΝΑΙ	20	80%	23	92%	43	86%
ΟΧΙ	5	20%	2	8%	7	14%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100%	25	100%	50	100%

Οι περισσότεροι αναφέρθηκαν με ικανοποίηση στο καθημερινό διαιτολόγιο με συνολικό ποσοστό 86% και μόνον το 14% απάντησε αρνητικά.

Ερώτημα 15ο: Γιατί:

Το μεγάλο ποσοστό αυτών που έδωσαν καταφατική απάντηση είπαν ότι το καθημερινό διαιτολόγιο είναι πλήρες σε ποσότητα, ποιότητα, αριθμό γευμάτων, νόστιμο και γενικά είναι απόλυτα ικανοποιημένοι απ' αυτό.

Το μικρό ποσοστό που απάντησαν αρνητικά στην παραπάνω ερώτηση είπαν ότι τα γεύμα δεν φτάνονται βάση της ασθένειας τους κι ότι στηρίζεται πιο πολύ σε ζωικά φαγητά παρά σε φυτικά.

Ερώτημα 16ο: Πώς αισθάνεστε για την εδώ διαμονή σας στο γηροκομείο;

Από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων διακρίνουμε μία ποικιλία συναισθημάτων. Πολλοί είπαν ότι νιώθουν ευχαριστημένοι, χαρούμενοι, ότι αισθάνονται πολύ ωραία και ευγνώμονες που ζουν στο ίδρυμα.

Απ' την άλλη μεριά υπάρχει και η πλειονότητα των ηλικιωμένων που έχουν αρνητικά συναισθήματα όπως: συμβίωση ανάγκης απομόνωση, περιορισμός, στενοχώρια. Επίσης αναφέρθηκα με χαρακτηρισμούς όπως χάλια, "βαριά" φρικιαστικό, μαρτύριο, "που κατάντησα".

Ακόμη υπήρχαν και αυτοί που αναφέρθηκαν με πιο ήπιες εκφράσεις όπως "έτσι κι έτσι", "μου προσφέρει ένα πιά φαί και ύπνο".

Σίγουρα η διαμονή στο γηροκομείο για όλους τους ηλικιωμένους είναι μία λύση ανάγκης. Ωστόσο κάποιοι προσαρμόστηκαν ζώντας σ' αυτό και κάποιο όχι. Πολλοί νιώθουν προδομένοι και εγκαταλειμένοι από τα παιδιά τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι περισσότεροι απ' όσους είχαν παιδιά ένιωθαν απογοητευμένοι και είχαν τα πιο αρνητικά συναισθήματα απ' αυτούς που δεν είχαν. Αρκετοί από όσους απάντησα θετικά για τη διαμονή τους στο γηροκομείο έδωσαν έμφαση στο φαγητό και στη στέγη που τους παρέχεται.

Η γενικότερη εντύπωση λοιπόν για τα συναισθήματά τους είναι ότι δεν τους αρέσει η διαμονή τους στο Γηροκομείο αλλά είναι μία συμβίωση ανάγκης και ότι αν είχαν την δυνατότητα θα ζούσαν έξω, στο περιβάλλον που έζησα τόσα χρόνια.

Ερώτημα 17ο: Τι είναι αυτό που σας χαροποιεί ή στενοχωρεί περισσότερο κατά τη διαμονή σας στο γηροκομείο;

Αυτό που χαροποιεί ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους είναι η συντροφιά-παρέες, οι γιορτές που κάνουν τα ιδρύματα, οι επισκέψεις συγγενών και φίλων, το όμορφο περιβάλλον με κήπο στο ίδρυμα.

Από την άλλη μεριά δόθηκαν απαντήσεις ότι τους στενοχωρεί η αυστηρότητα του προσωπικού και της διεύθυνσης, οι γκρίνιες, ο χώρος, η έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ των τροφίμων το ότι δεν τους επισκέπτονται συγγενείς και φίλοι, καθώς επίσης και προβλήματα συγκατοίκησης. Επίσης δόθηκαν απαντήσεις του τύπου "θα με χαροποιούσε το σπίτι μου", "δεν είμαι στο σπίτι μου".

Πάντα κάτι υπάρχει που μας χαροποιεί ή μας στενοχωρεί περισσότερο κατά τη διαμονή μας σ' ένα μέρος. Ωστόσο μερικοί ηλικιωμένοι απάντησα ότι δεν υπάρχει κάτι που να τους χαροποιεί ή να τους στενοχωρεί. Η απάντηση αυτή δείχνει μια απάθεια για τη ζωή από μέρους τους. Είναι καταγοητευμένοι για την κατάντια τους και δεν τους ενδιαφέρει τίποτα.

Στις απαντήσεις που δόθηκαν οι επισκέψεις συγγενών, φίλων και κυρίως των παιδιών τους είναι αυτές που τους δίνουν τη μεγαλύτερη χαρά.

Οι επισκέψεις αυτές τους δίνουν διπλή χαρά αφού βλέπουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα αλλά και έχουν μία επαφή με τον "έξω κόσμο". Αντίθετα όσους δεν επισκέπτεται κανείς νιώθουν μεγάλη απογοήτευση και στενοχώρια για τη ζωή τους στο ίδρυμα.

Ερώτημα 18ο: Πώς είναι οι σχέσεις σας μεταξύ σας.

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ			
	Αρ.	Ποσοστό	Αρ.	Ποσοστό	Αρ.	Ποσοστό
	απανι.	επί τοις 100%	απαν/σεων	επί τοις 100%	απανι.	επί τοις 100%
Αριστες	1	4%	1	4%	2	4%
Πολύ καλές	7	28%	5	20%	12	24%
Καλές	13	52%	15	60%	28	56%
Μέτριες	3	12%	2	8%	5	10%
Όχι καλές	1	4%	2	8%	3	6%
Σύνολο	25	100%	25	100%	50	100%

Από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων βλέπουμε ότι οι σχέσεις μεταξύ τους είναι καλές σε ποσοστά 52% και 60% αντίστοιχα στην Πάτρα και στον Πειραιά. Ακολουθούν σε ποσοστά οι πολύ καλές σχέσεις με 28% και 20% αντίστοιχα. Πάντως είναι θετικό ότι τα ποσοστά για τις μέτριες και όχι καλές σχέσεις είναι πολύ πιο χαμηλά.

Βέβαια πρέπει να αναφέρουμε ότι οι ηλικιωμένοι εδώ απάντησαν γενικά στις σχέσεις τους μεταξύ τους σαν σύνολο και δεν αναφέρθηκαν σε κάποιες αψιμαχίες που μπορεί να έχουν με ένα μόνο άτομο.

Ερώτημα 19ο: Πώς είναι οι σχέσεις με το προσωπικό του γηροκομείου;

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ			
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%
Αριστες	2	8%	2	8%	4	8%
Πολύ καλές	8	32%	7	28%	15	30%
Καλές	13	52%	14	56%	27	54%
Μέτριες	2	8%	2	8%	4	8%
Όχι καλές	-	0%	-	0%	-	0%
Σύνολο	25	100%	25	100%	50	100%

Και εδώ βλέπουμε ότι κυριαρχούν οι καλές σχέσεις με ποσοστό 52% και 56% για τα δύο ιδρύματα της Πάτρας και του Πειραιά αντίστοιχα. Ακολουθούν οι πολύ καλές σχέσεις προσωπικού-ηλικιωμένων με ποσοστό 32% και 28%. Επίσης πρέπει να παρατηρηθεί ότι κανείς δεν απάντησε στο σημείο της ερώτησης "όχι καλές σχέσεις".

Πάντως το γεγονός ότι οι περισσότεροι απάντησαν ότι έχουν καλές σχέσεις μπορεί να σημαίνει απλώς τυπικές καλές σχέσεις που ωστόσο δεν είναι αυτές που θα έπρεπε να είναι ώστε να αισθανθούν οι ηλικιωμένοι πιο ζεστό το περιβάλλον του ιδρύματος.

Ερώτημα 20ο: Τί προτείνετε προκειμένου να βελτιωθούν οι σχέσεις; (Για όσους απάντησαν ότι είναι μέτριες ή όχι καλές).

Οι προτάσεις που έδωσαν οι ηλικιωμένοι προκειμένου να βελτιωθούν οι σχέσεις τους με το προσωπικό ήταν να αλλάξει η συμπεριφορά του προσωπικού, να είναι πιο φιλικό και με μεγαλύτερη κατανόηση.

Όσον αφορά στις μεταξύ τους σχέσεις πρότειναν, να υπάρχει αλληλεγγύη, συνεννόηση, αγάπη, ακόμα να ανοίξουν τα μάτια τους και να αφυπνιστούν προκειμένου να τους σέβεται το προσωπικό. Επίσης αναφέρθηκαν και σε προβλήματα που προκύπτουν από τη συγκατοίκηση και θα πρέπει να επιλυθούν.

Ερώτημα 21ο: Σας επισκέπτονται άτομα του οικογενειακού συγγενικού περιβάλλοντός σας;

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ			
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%
ΝΑΙ	17	68%	20	80%	37	74%
ΟΧΙ	8	32%	5	20%	13	26%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100%	25	100%	50	100%

Οι απαντήσεις των ηλικιωμένων έδειξαν ότι δέχονται οι περισσότεροι επισκέψεις από πρόσωπα του οικογενειακού-συγγενικού τους



περιβάλλοντος με συνολικό ποσοστό 74% το οποίο δεν δέχεται επισκέψεις (26%).

Η σημασία της επίσκεψης από άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου είναι πολύ μεγάλη. Νιώθει ότι ενδιαφέρονται γι' αυτόν, τον σκέφτονται και τον αγαπούν. Αντίθετα αν δεν δέχεται επισκέψεις νιώθει περισσότερο εγκατελειμένος και είναι απογοητευμένος.

#### Ερώτημα 22ο: Ποιά τα συναισθήματά σας;

Υπάρχουν δύο κατηγορίες ηλικιωμένων, αυτοί που δέχονται επισκέψεις και αυτοί που δεν δέχονται.

Τα συναισθήματα αυτών που δέχονται επισκέψεις είναι κυρίως συναισθήματα χαράς, ενθουσιασμού, ανακούφισης και ευχαρίστησης, επειδή κάποιος τους σκέφτεται. Κάποιοι έχουν ανάμικτα συναισθήματα χαρά και λύπης ή συγκίνησης, ενώ λιγότεροι απάντησαν με σχετική αδιαφορία ότι δεν τους ενδιαφέρει ιδιαίτερα.

Όσοι απάντησαν ότι δεν δέχονται επισκέψεις αναφέρθηκαν σε αυτό με λύπη, αγανάκτηση, στεναχώρια, απογοήτευση αλλά και μερικοί με αδιαφορία που δεν τους επισκέπτονται.

Ερώτημα 23ο: Υπάρχει δυνατότητα να συζητάτε θέματα που σας ενδιαφέρουν ή σας απασχολού με κάποιον ειδικό (Θεολόγο, Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Κοινωνιολόγο κλπ.)

	ΠΑΤΡΑ		ΠΕΙΡΑΙΑΣ	
	Αρ. απαντ.	Ποσοστό επί τοις 100%	Αρ. απαν/σεων	Ποσοστό επί τοις 100%
ΝΑΙ	18	72%	17	68%
ΟΧΙ	7	28%	8	32%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100%	25	100%

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι υπάρχει η δυνατότητα να συζητάνε με κάποιον ειδικό (70%). Πάντως το 30% των ηλικιωμένων πιστεύει ότι δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα αν και στα δύο ιδρύματα υπάρχει κάποιος ειδικός.

Ερώτημα 24ο: Τί θέματα σας ενδιαφέρουν να συζητάτε;

Μέσα από την ανασκόπηση των απαντήσεων των ηλικιωμένων διακρίνουμε ότι τα θέματα που τους ενδιαφέρουν να συζητάνε είναι κοινωνικά, πολιτικά, θρησκευτικά, ψυχαγωγικά, πνευματικά, ανθρωπίνων σχέσεων, ιατρικά, αθλητικά, ενημερωτικά (θέματα επικαιρότητας, νέα), περιβαλλοντικά, επαγγελματικά και διαβίωσης στο ίδρυμα. Αυτά που απαντήθηκαν πιο συχνά ήταν τα θρησκευτικά, τα θέμα ανθρωπίνων σχέσεων και τα ιατρικά. Επίσης πολλοί ηλικιωμένοι απάντησαν ότι δεν τους ενδιαφέρει να συζητούν κανένα θέμα.

Ερώτημα 25ο: Θα θέλατε να προτείνετε κάτι για τη διαμονή σας στο γηροκομείο;

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν ήθελαν να προτείνουν τίποτα για τη διαμονή τους στο Γηροκομείο. Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ήταν η τελευταία και μάλιστα ανοικτή ερώτηση στο ερωτηματολόγιό μας. Υπήρχαν ωστόσο και αρκετοί ηλικιωμένοι που έδωσαν τις δικές τους προτάσεις.

Οι αλλαγές που πρότειναν είναι να βελτιωθεί η συμπεριφορά των τροφίμων μεταξύ τους, περισσότερη ψυχαγωγία, θρησκευτικού περιεχομένου εκδηλώσεις, αλλαγές συγκατοίκων, ομάδες εργασιοθεραπείας, αλλαγή νοοτροπίας των ατόμων, να δείξει το κράτος περισσότερο ενδιαφέρον για τα γηροκομεία. Δόθηκε τέλος και μία ακμαία απάντηση για αλλαγή των πάντων και κυρίως για τους περισσότερους στην διοίκηση.

Είναι αξιοσημείωτο πάντως όπως αναφέραμε πιο πάνω ότι οι περισσότεροι απάντησαν στην ερώτησή μας αυτή με την λέξη "τίποτα". Το γεγονός αυτό μας δείχνει ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αδιαφορούν για τη ζωή τους στο γηροκομείο. Δεν τους ενδιαφέρει να γίνει κάτι που καλυτερέψει τη ζωής τους σ' αυτό. Οι τρόποι που το έλεγαν έδειχνε μια απογοήτευση και μία απάθεια για όλα. Σαν να μην περιμένουν και να μην ελπίζουν σε "τίποτα".

## Αξιολόγηση των στοιχείων της Έρευνας

Τόσο το Γηροκομείο Πειραιά όσο και ο Κωνσταντοπούλειος οίκος ευγηρίας είναι ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Οι τρόφιμοι τους είναι χαμηλού μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου. Ένα άλλο κοινό τους στοιχείο είναι ότι φιλοξενούν μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων.

Στις ερωτήσεις που τους κάναμε για τον χώρο διαμονής δήλωσαν στην συντριπτική του πλειοψηφία ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι. Χώροι ωραίοι, καθαροί, με ανέσεις και καλή διαρρύθμιση. Πολλοί από τους τρόφιμους ζούσαν σε χειρότερο περιβάλλον πριν εισαχθούν στο ίδρυμα. Το ίδιο ισχύει και για την διατροφή τους στο ίδρυμα. Οι περισσότεροι δήλωσαν ευχαριστημένοι από την ποσότητα, την ποιότητα, την γεύση και τον αριθμό των γευμάτων. Οι συνθήκες λοιπόν που αντιμετωπίζουν όσον αφορά την εκπλήρωση των βασικών αναγκών είναι αρκετά ικανοποιητικές όπως δήλωσαν.

Δυστυχώς όμως η ικανοποίησή τους φαίνεται να περιορίζεται μόνο στις ανάγκες τους αυτές. Οι γενικότερες απόψεις που έχουν για τη διαμονή τους στο ίδρυμα δεν είναι θετικές. Αυτό που χαρακτηρίζει τους περισσότερους ηλικιωμένους είναι μία αδιαφορία για την καλυτέρευση της ζωής τους στο ίδρυμα. Πιστεύουν ότι ζουν απομονωμένοι και περιορισμένοι σε ένα χώρο όπου τους έφερε η ανάγκη θεωρούν πολλοί την διαμονή στο ίδρυμα κατάντια ή μαρτύριο.

Έτσι λοιπόν οι περισσότεροι δεν ενδιαφέρονται να ασχοληθούν με κάτι. Τους χαρακτηρίζει μία απάθεια και αδιαφορία. Αλλά και όσοι θέλουν να

ασχοληθούν με κάποια δημιουργική απασχόληση τα ιδρύματα τους παρέχουν ελάχιστες δυνατότητες.

Φιλικές σχέσεις ανάμεσα στους ηλικιωμένους υπάρχουν αλλά το γεγονός ότι είναι μεγάλα ιδρύματα με πολλούς τρόφιμους του κάνει να νιώθουν πιο έντονα τον ιδρυματισμό και τους απομακρύνει ακόμη περισσότερο από την οικογενειακή ατμόσφαιρα.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ

### ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ

Έχουν περάσει δυόμισι χρόνια μετά τις τραγικές διαπιστώσεις για τις άθλιες συνθήκες λειτουργίας των γηροκομείων στην Αθήνα, και δεν έχουν αλλάξει πολλά πράγματα στο χώρο της περίθαλψης των ηλικιωμένων, καθώς ο νόμος που ψηφίστηκε, δεν έχει φέρει ουσιαστικά αποτελέσματα.

Τα περισσότερα γηροκομεία παραμένουν στην ίδια τραγική κατάσταση και είναι νωπές ακόμη στην μνήμη όλων οι αποκαλύψεις για τις μεσαιωνικές συνθήκες στα ιδρύματα που υποτίθεται φρόντιζαν του ηλικιωμένου.

Από τον έλεγχο που είχε γίνει σε 113 τότε οίκους ευγηρίας του Λεκανοπεδίου Αττικής πρέκυψε πως μόνο οι 13 βρίσκονταν σε πολύ καλή κατάσταση, ενώ οι υπόλοιποι θύμιζαν αποθήκες ανθρώπων.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η βελτίωση της λειτουργίας του ιδρυμάτων και των συνθηκών ζωής των ηλικιωμένων σ' αυτά είναι απαραίτητη.

Γι' αυτό προτείνονται οι παρακάτω προτάσεις-εισηγήσεις που βοηθούν στην επίτευξη των στόχων των ιδρυμάτων:

#### **1. ΑΠΟΦΥΓΗ ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΑΞΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

- 1) Δημιουργία φιλικού κλίματος αποδοχής από την ίδια τη μονάδα αλλά και από τον συγκάτοικο, ο οποίος έχει ενημερωθεί ανάλογα αν επιθυμεί να συγκατοικήσει με το συγκεκριμένο άτομο.

- 2) Ο ηλικιωμένος μπορεί να πάρει μαζί αγαπημένα αντικείμενα που του δίνουν την αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας (όπως ένα πίνακα ζωγραφικής που αγάπησε, μία εικόνα, μία αναπνευστική καρτέλα, το ίδιο το κρεβάτι του, το τηλέφωνό του με την ίδια γραμμή που διαθέτει κ.ά.).
- 3) Το προσωπικό που ανήκει στην επιτήρηση του δωματίου ενημερώνεται για τα ιδιαίτερα προβλήματα του νεοεισαχθέντος και τον ονομάζει ή τον καλεί πάντα με το όνομά του (ποτέ ανώνυμα χρυσέ μου, καλέ μου). Έτσι έχουμε αναγνώριση της μοναδικότητας του ατόμου.
- 4) Παροχή ευκαιριών διαφυγής από ένα ομοιόμορφο και αυστηρά προγραμματισμένο περιβάλλον όπως π.χ. (αποφυγή εξοπλισμού της κλειστής μονάδας με ομοιόχρωμα σεντόνια ή κουρτίνες, ελαστικότητα στην προσέλευση για φαγητό, καθώς και αποκλεισμός του ωραρίου αποχωρήσεως και προσελεύσεως στην μονάδα, ο τρόφιμος αν αυτό είναι επιθυμητό και εφικτό μπορεί να διαθέτει το κλειδί της κυρίας εισόδου.
- 5) Ενημέρωση στον ηλικιωμένο σχετικά με το διαιτολόγιο που εφαρμόζεται και καταγραφή των ιδιομορφιών του σε αυτό (ο ηλικιωμένος μπορεί να ακολουθεί κάποια ιατρική αγωγή ή να έχει κάποια ιδιαιτερότητα σε κάποιες τροφές).

## **2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ**

- 1) Για να μπορεί να εξωτερικεύσει την καθημερινή συμπεριφορά του το άτομο θα πρέπει να ενταχθεί σε μια ομάδα (παρέα) που θα έχει κάποια κοινά χαρακτηριστικά όπως το κριτήριο της εντοπιότητας, του

επαγγέλματος, της μορφώσεως κ.ά. Την όλη οργάνωση αυτών των ομάδων (όπως είναι ένα πρόγραμμα συναντήσεων) μπορεί να έχει πάλι ο Κοινωνικός Λειτουργός της μονάδας.

2) Ευκαιρία ολιγοήμερων διακοπών ιδιαίτερα κατά τους καλοκαιρινούς μήνες σε κάποιο παραθεριστικό χώρο.

3) Τακτικές ψυχαγωγικές εκδηλώσεις που θα παρέχεται η δυνατότητα στον τρόφιμο να επιλέξει την μουσική ή τα εδέσματα ενός μπουφέ δεξιώσεων.

4) Οργάνωση μονοήμερων εκδρομών με προσφορά γεύματος ή δείπνου που να έχει την ευκαιρία να διαλέξει τους φίλους του και να συζητήσει μ' αυτούς.

5) Αποφυγή μονόκλινων δωματίων: επιδεινώνεται η μοναξιά και η εσωτερική του ατόμου. Πρόταση: να υπάρχουν μόνο δίκλινα δωμάτια σε μια κλειστή Μονάδα, έτσι έχουμε εύκολη εξοικείωση, αλληλοσυμπάρσταση, συζήτηση κοινών προβλημάτων.

6) Προσπάθεια αυτοδιαχείρισης (δημιουργία επιτροπών ή Προεδρείου Πρωτοβουλίας, υποδείξεων παραπόνων προς τη Διοίκηση της Μονάδας).

7) Προσπάθεια συνεργασίας με το προσωπικό του Ιδρύματος όπως για παράδειγμα (από κοινού νοικοκύρεμα του δωματίου του, συνεργασία με τον κηπουρό της κλειστής μονάδας για τα προβλήματα του κήπου κ.ά.).

### **3. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ - ΨΥΧΙΚΗ ΖΩΗ**

1) Οργάνωση βιβλιοθήκης με βιβλία ειδικά για ηλικιωμένους με μεγάλα ευανάγνωστα γράμματα. Μικρό ράφι με τέτοια βιβλία στο δωμάτιό του.



- 2) Υποστήριξη από τον κοινωνικό Λειτουργό σε θέματα εσωτερικής απελευθέρωσης του ηλικιωμένου, ώστε να καταλάβει ότι αυτό που αθμπορούσε να τον κάνει ευτυχισμένο δεν είναι η θέση του αλλά η διάθεσή του.
- 3) Δυνατότητα συνέχισης των πνευματικών του αναγκών σε θέματα πίστεως καθώς και των εκκλησιαστικών του καθηκόντων με τη δημιουργία μικρού προσκυνηματικού χώρου καθώς και τη δυνατότητα αν επιθυμεί ο ηλικιωμένος να δει ενοριακό εξομολόγο ιερέα.
- 4) Δυνατότητα προσκλήσεως ψυχολόγων για να συζητηθούν θέματα όπως υποστήριξη σε εναγώνια ερωτήματα της ζωής, του θανάτου ή αυτοελέγχου για τις ενέργειες και πράξεις.
- 5) Ύπαρξη μικρής βιντεολέσχης.

#### **4. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΡΓΟΝΟΜΙΑΣ**

Η Εργονομία είναι η επιστήμη που εξετάζει τις δυνατότητες προσαρμογής των φυσικών δυνατοτήτων του ανθρωπίνου σώματος σε σχέση με τις τεχνικές που έχουν αναπτυχθεί με σκοπό να τον εξυπηρετούν καλύτερα και στενότερα.

Η εργονομία σε μία κλειστή μονάδα για ηλικιωμένους θα πρότεινε:

- 1) Τροποποίηση του κλειστού περιβάλλοντος με σκοπό την καλύτερη κινητικότητα και την μεγαλύτερη ασφάλεια στις μετακινήσεις (για παράδειγμα κουπαστές σε όλους τους διαδρόμους, κλίμακες κ.ά.).

- 2) Χαμηλά κρεβάτια παραπλήσια των οποίων υπάρχει ελατικός τάπητας που απορροφάει την βαρύτητα σε περίπτωση πτώσεως.
- 3) Μικρά σκαλοπάτια με μεγάλα κεφαλόσκαλα.
- 4) Καρέκλες με βραχίονες που να μην έχουν βαθύ κάθισμα.
- 5) Κλειδαριές και χερούλια που να ανοίγουν εύκολα.
- 6) Αντιολισθητικά πλακάκια στο μπάνιο.
- 7) Συσκευές τηλεφώνου καθώς και επιτείχια ωρολόγια με μεγάλα γράμματα και αριθμούς.

#### **5. ΠΡΟΣΕΓΓΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

- 1) Πρέπει να γίνει επιμόρφωση του προσωπικού αλλά και εξάπλωση των πληροφοριών για τους ηλικιωμένους σε ένα κοινό που να περιλαμβάνει τους ίδιους τους ηλικιωμένους, τις οικογένειές τους και την ευρύτερη κοινωνία, με προοπτική την ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία.
- 2) Βελτίωση του εισοδήματος του ηλικιωμένου. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ηλικιωμένοι και κυρίως οι γυναίκες σε μεγάλο ποσοστό βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας. Έτσι μην μπορώντας να συντηρηθούν καταλήγουν αναγκαστικά στα ιδρύματα.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι ηλικιωμένοι δεν ήταν ποτέ τόσο πολυάριθμοι και ποτέ η αναλογία τους δεν υπήρξε τόσο μεγάλη στο συνολικό πληθυσμό. Μεγάλες ανισότητες χαρακτηρίζουν τον ηλικιωμένο πληθυσμό. Ανάμεσά τους βρίσκονται μερικοί απ' τους πιο εύπορους ανθρώπους της Ελλάδος, αρκετοί με μεσαία εισοδήματα και πολλοί από τους πιο φτωχούς. Πολλοί ηλικιωμένοι καταλήγουν στα γηροκομεία αφού δεν είναι δυνατόν να βρουν μια ζεστή γωνιά κοντά στα παιδιά τους για διαφόρους λόγους.

Η μελέτη της βιβλιογραφίας αλλά και τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας στο ίδρυμα κυλά άγελα. Δηλαδή, οι ξενώνες είναι άρτια διαρυθμισμένοι, υπάρχουν αρκετές ανέσεις ώστε η διαμονή τους να είναι όσο το δυνατό καλύτερη. Εξάλλου, και η διατροφή είναι πλήρης σε ποσότητα και ποιότητα γεγονός που έκανε τους ηλικιωμένους να μιλούν με τα καλύτερα λόγια.

Δεν θα μπορούσαμε, όμως, να πούμε τα ίδια για τον τρόπο με τον οποίο κυλά ο ελεύθερος χρόνος στο γηροκομείο. Όπως διαπιστώθηκε δεν υπάρχουν αρκετές δραστηριότητες ώστε να ωθούν τους ηλικιωμένους να διοχετεύουν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Συχνά οι στιγμές που περνούν καταντούν ανιαρές χωρίς τίποτα να έχουν να κάνουν εκτός από κάποιους περιπάτους, ανάγνωση βιβλίων, παρακολούθηση τηλεόρασης ή ραδιοφώνου. Αντίθετα, είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν αρκετές άλλες δημιουργικές απασχολήσεις για τους τροφίμους του γηροκομείου, αλλά ίσως το προσωπικό δεν φροντίζει να φέρει κοντά τους τροφίμους με τις

δραστηριότητες αυτές (π.χ. εικαστικά, τεχνικές δημιουργίες, πολιτιστικές εκδηλώσεις κλπ.).

Παράλληλα θα λέγαμε ότι ο ηλικιωμένος απ' τη στιγμή που χάνει τον σύντροφο της ζωής του ή όταν οι προσταγές που συνήθιζε να δίνει στην οικογένεια πάψουν να ισχύουν τότε τον κυριεύει ένα αίσθημα ανασφάλειας. Αισθάνεται ότι τα παιδιά δεν τον θέλουν, ότι η γνώμη του δεν έχει ισχύ. Αρχίζει να νιώθει έντονη μοναξιά γεγονός που τον οδηγεί στην παθητικότητα, την εσωστρέφεια σε αποξένωση από τον κόσμο. Αρχίζει να είναι αντιδραστικός, οξύθυμος, πιστεύει ότι έχει αυτός πάντα δίκιο. Γι' αυτό άλλωστε η επικοινωνία μας μ' αυτά τα άτομα είναι δύσκολη να καταστεί εφικτή.

Περνάμε σε κάτι πιο γενικό που αφορά την γενική οικονομική ζωή των ηλικιωμένων.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο ηλικιωμένος πληθυσμός από την άποψη του εισοδήματος βρίσκεται στη χειρότερη θέση από το συνολικό πληθυσμό της χώρας. Εξάλλου οι συνταξιούχοι φορολογούνται σκληρά.

Είναι φανερό ότι με 60.000 δραχ. το μήνα δεν είναι δυνατό να ζήσει κανείς το 1993. Το πρόβλημα είναι οξύτατο για τους ηλικιωμένους συνταξιούχους για τους οποίους η σύνταξη αποτελεί τη μοναδική πηγή εισοδήματος που με το ποσό αυτό πρέπει να πληρώσουν ενοίκιο, φως, νερό, φάρμακα, ιατρούς, διατροφή κλπ. Τραγική είναι η κατάσταση των ηλικιωμένων που δεν έχουν σύνταξη ή παίρνουν 12.000 δραχ.

Οι χαμηλοσυνταξιούχοι έχουν ήδη εκφράσει την ανησυχία τους με συγκεντρώσεις, διαβήματα, ακόμα και πορείες για τις συνεχείς ανατιμήσεις προϊόντων και υπηρεσιών που εκμηδενίζουν τα ισχνά τους εισοδήματα.

Η τρίτη ηλικία είναι μια πολύ δύσκολη περίοδο της ζωής μας. Είναι το μέρος αυτό με το οποίο "κλείνει" το βιβλίο που λέγεται ζωή. Συχνά αυτή η περίοδος είναι η πιο δύσκολη για λόγους οικονομικούς, συναισθηματικούς, προσωπικούς γενικά. Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους όταν νιώσουν μόνοι ή απρορριπτέοι από το συγγενικό περιβάλλον ψάχνουν για μια ήσυχη και ζεστή γωνία σ' ένα γηροκομείο. Αποξενώνονται από γενικό κοινωνικό σύνολο και γίνονται τρόφιμοι μιας κλειστής κοινότητας. Εκεί, όμως, για πολλούς η άσχημη ζωή συνεχίζεται, δηλαδή η μοναξιά και η απελπισία παραμένουν χωρίς καμία ελπίδα να διαφαινεται στον ορίζοντα. Παρ' όλα αυτά βρίσκουν μια συντροφιά αν και δεν μοιάζει με τη συντροφιά της οικογένειάς τους, ένα πιάτο φαί και ένα ζεστό κρεβάτι.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην εποχή μας η λέξη γεράματα έχει μία αρνητική χροιά πλησιάζοντας το γήρας με μία οικονομιστική προσέγγιση το αξιολογούμε αρνητικά.

Δίνουμαι έμφαση στις παραξενιές των ηλικιωμένων, στην ελάττωση των φυσικών τους δυνάμεων και στην μείωση ή ανυπαρξία της χρησιμότητας τους στην παραγωγή.

Συχνά νιώθουμε ότι είναι ένα βάρος για την κοινωνία, ένα βάρος μάλιστα, που πρέπει να το σηκώσουμε εμείς.

Στον αντίποδα όμως όλων αυτών υπάρχουν πολλές απόψεις που μας κάνουν να δούμε τα γηρατειά κάτω από μία διαφορετική πρακτική.

Η τρίτη ηλικία όπως και κάθε ηλικία μπορεί να προσφέρει ικανοποιήσεις, αρκεί να είναι γνωστό το πως θα γίνουν ευχάριστες. Το γέρασμα είναι η διαδικασία που οδηγεί στην ολοκλήρωση και με αυτή κλείνει ο κύκλος ζωής των ανθρώπων.

Αλλωστε να μην ξεχνούμε την ακόλουθη Κινέζικη ιστορία. Κάποτε ένας Κινέζος πήγαινε προς τη θάλασσα φορτωμένος με ένα τεράστιο καλάθι. Στον δρόμο απάντησε το γιο του, που του λέει:

"Που πας πατέρα;"

"Αχ, γιε μου, ο παππούς σου γέρασε και δεν μπορεί πια να δουλέψει. Γι' αυτό τον έβαλα σε ένα καλάθι και πάω να τον ρίξω στην θάλασσα, μια και είναι άχρηστος πια".

"Πολύ ωραία πατέρα", του λέει ο γιος του. "Όμως σε παρακαλώ φύλαξε το καλάθι γιατί θα το χρειαστώ κι εγώ αργότερα".

Το επιμύθιο είναι πως ο τρόπος που μεταχειριζόμεθα τους ηλικιωμένους εμείς σήμερα θα προδικάσει σε κάποιο βαθμό το τι είδους μεταχείρισης θα τύχουμε όταν κι εμείς γεράσουμε!

Ωστόσο πάνω απ' αυτό δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι έχουμε χρέος να τους βοηθάμε και να τους συμπαραστεκόμαστε γιατί οφείλουμε πολλά σ' αυτούς αφού οι ηλικιωμένοι μας μεγάλωσαν και μας έδωσαν τις γνώσεις τους. Εξάλλου μπορούν πολλά ακόμα να μας δώσουν με την ωριμότητα του πνεύματός τους, που πηγάζει μέσα από την ηλικία και την πείρα ζωής που έχουν αποκτήσει.

---

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄**  
**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) Ηλικία .....

2) Φύλο .....

---

### 3) Οικογενειακή Κατάσταση

Εγγαμος

Άγαμος

Χήρος

Διαζευγμένος

### 4) Πόσα παιδιά έχετε:

Αγόρια .....

Κορίτσια .....

### 5) Μορφωτικό επίπεδο

Αναλφάβητος

Δημοτικό Σχολείο

Γυμνάσιο

Τεχνική Εκπαίδευση

Ανωτέρα Εκπαίδευση

Ανωτάτη Εκπαίδευση

Άλλη (προσδιορίστε) .....

6) Πώς περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας στο γηροκομείο:

- Εκδρομές
- Λομπι Ποια: .....
- Επισκέψεις φίλων
- Ενημερωτικές συζητήσεις
- Μελέτη βιβλίων
- Τηλεόραση
- Ραδιο
- Εκκλησία
- Και άλλο .....

7) Είσαστε ικανοποιημένος από τον τρόπο με τον οποίο περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

8) Θα θέλατε και κάτι άλλο:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, τι: .....

9) Στο γηροκομείο συμμετέχετε σε κάποια δημιουργική απασχόληση;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

10 ) Αν ΝΑΙ, τι συναισθήματα σας δημιουργεί η συμμετοχή σας σ' αυτές τις δραστηριότητες:

11 ) Ποιες άλλες δημιουργικές δραστηριότητες θα θέλατε να υπάρχουν:

---

12) Ο χώρος διαμονής ικανοποιεί τις ατομικές σας ανάγκες:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13 ) Γιατί:

14 ) Το καθημερινό διαιτολόγιο καλύπτει τις διατροφικές σας ανάγκες:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Γιατί:

16 ) Πώς αισθάνεστε για την εδώ διαμονή σας στο γηροκομείο:

17 ) Τι είναι αυτό που σας χαροποιεί ή στενοχωρεί περισσότερο κατά τη διαμονή σας στο γηροκομείο:

18 ) Πώς είναι οι σχέσεις σας μεταξύ σας;

- Άριστες
- Πολύ καλές
- Καλές
- Μέτριες
- Όχι καλές

19 ) Πώς είναι οι σχέσεις με το προσωπικό του γηροκομείου;

- Άριστες
- Πολύ καλές
- Καλές
- Μέτριες
- Όχι καλές

20 ) Τι προτείνετε προκειμένου να βελτιωθούν οι σχέσεις;

(Για όσους απαντήσουν ότι είναι μέτριες ή όχι καλές)

21 ) Σας επισκέπτονται άτομα του οικογενειακού συγγενικού περιβάλλοντός σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

22 ) Ποια τα συναισθήματά σας;

23 ) Υπάρχει δυνατότητα να συζητάτε θέματα που σας ενδιαφέρουν ή σας απασχολούν με κάποιον ειδικό (Θεολόγο, Ψυχολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, Κοινωνιολόγο κ.λ.π.)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

24 ) Τι θέματα θα σας ενδιαφέρουν να συζητάτε:

25) Θα θέλατε να προτείνετε κάτι για την διαμονή σας στο γηροκομείο;

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

~~ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ~~



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 833

11 Σεπτεμβρίου 1996

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η. - Μ.Κ.).....	1
Τροποποίηση της 29126/25.5.93 απόφαση της Νομ. Αθηνών.....	2
Δημοσίευση άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού.....	3
Κύρωση αναδασμού Μαγικού Νομού Ξάνθης 1985 - 1989.....	4
Κύρωση αναδασμού «Τμήμα Αμοξιάδων» Κομοτηνής Ν. Ροδόπης έτους 1989 - 1992.....	5
Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος στην Κοινωνική Λειτουργό ΗΕΙΚΕ - BRENDA - MARGARETE SCHRIEVER συζ. Γεωργίου Παπαρηγοράκη.....	6
<b>Διορθώσεις Σφαλμάτων</b>	
Διόρθωση σφάλματος στη Φ. 27824/7726/17.7.96 απόφαση Υφυπουργού Εσωτερικών, Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης.....	7
Διόρθωση σφάλματος στη Φ. 7474/7451/27.7.96 απόφαση Υφυπουργού Εσωτερικών, Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης.....	8
Διόρθωση σφάλματος στην 21081/22.8.1996 κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Γεωργίας.....	9
Διόρθωση σφάλματος στην 21082/22.8.1996 κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Γεωργίας.....	10
Διόρθωση σφάλματος στην ΥΠΠΟ/ ΑΡΧ/ Α1/ Φ01/ 25907/1311/24.5.1996 απόφαση Υπουργού Πολιτισμού.....	11
Διόρθωση σφάλματος στην ΥΠΠΟ/ΑΡΧ/Α1/Φ 01/ 25908/ 1310/24.5.1996 απόφαση Υπουργού Πολιτισμού.....	12
Συμπλήρωση της ΥΠΠΟ/ΑΡΧ/Α1/Φ 43/ 32546/ 225/ 7.5.96 απόφασης Υπουργού Πολιτισμού περί κηρύξεως ως αρχικού χώρου της περιοχής «Τούμπας Αψάλου» Νομού Πέλλας.....	13
Διορθώσεις σφαλμάτων στην 3131.1/07/96/28.6.96 απόφαση Υπουργού Εμπορικής Ναυτίας.....	14

## ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Π4β/οικ. 4690

(1)

Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η. - Μ.Κ.).

### Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/91 όπου προστέθηκε το άρθρο 29Α στο Ν. 1558/1985 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα» (ΦΕΚ 137).

2. Τις διατάξεις του Π. Διατάγματος 138/1992 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 68 τ.Α) όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε μεταγενέστερα.

3. Τις διατάξεις του Ν. 2240/1994 «Συμπλήρωση διατάξεων για τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 153 Α).

4. Τις διατάξεις του Ν. 2218/1994 «Ίδρυση νομαρχιακής αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 90Α).

5. Τις διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 1 του Ν. 2345/12.10.1995 «Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 213/95 τ.Α).

6. Την αριθμ. ΔΥ3α/οικ. 158/26.1.1996 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Φραγκλίνο Παπαδέλλη και Θεόδωρο Κατσώνη» (ΦΕΚ 59/96 τ.Β) όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα.

7. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις αυτής της απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

## Άρθρο 1

Ορισμός - Σκοπός Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η. - Μ.Κ.)

1. Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Μ.Φ.Η. - Μ.Κ.), είναι οι μονάδες, που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα ή μη) χωρίς επιχειρηματικό κέρδος. Τα καταβαλλόμε-

να τροφοία στις μονάδες αυτές καλύπτουν τα έξοδα λειτουργίας τους και μόνο.

Εντός των μονάδων αυτών απαγορεύονται οι επιχειρηματικές δραστηριότητες με εξαίρεση εκείνες των οποίων το προϊόν χρησιμοποιείται προς όφελος των ηλικιωμένων, π.χ. καλλιέργεια οπωροκηπευτικών ή δωρεάν κόμμωση και κούρεμα των περιθαλπομένων.

Οι (Μ.Φ.Η. - Μ.Κ.) εξασφαλίζουν υποχρεωτικώς στα άτομα που εξυπηρετούν τα ακόλουθα:

- Υγιεινή διαμονή προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε κατηγορίας περιθαλπομένων, καθώς και ασφαλή και άνετη διαβίωσή τους.

- Υγιεινή και επαρκή διατροφή ανάλογη με την κατάσταση της υγείας του κάθε περιθαλπομένου με ελάχιστο ημερήσιο όριο τις 1.600 θερμίδες τροφής με την σωστή ποιοτική σύνθεση.

- Συνεχή φροντίδα για την ατομική καθαριότητα τους, καθώς και την καθαριότητα των χώρων της Μονάδας.

- Τακτική ιατρική παρακολούθηση καθώς και έγκαιρη και κατάλληλη για κάθε περιθαλπόμενο ιατροφαρμακευτική βοήθεια και πρόσκαιρη νοσηλεία.

- Η νοσηλεία θα περιορίζεται στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και τη μέριμνα για την έγκαιρη εισαγωγή στο ενδεδειγμένο νοσηλευτήριο.

- Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας με τη λήψη των κατάλληλων μέτρων διευκόλυνσης των περιθαλπομένων (χειρολαβές, χειρολισθήρες, αλλά και ειδικά μπαστούνια, περιπατητήρες κ.λπ.).

- Προσφορά και διευκόλυνση απασχόλησης, ψυχαγωγία, ψυχολογική βοήθεια, ανάλογα με την ηλικία, κατάσταση και περιήγηση του περιθαλπομένου.

- Φυσικοθεραπεία με την εφαρμογή απλών φυσικοθεραπευτικών ή κινησιοθεραπευτικών μεθόδων ή μέριμνα για την περαιτέρω ειδική θεραπεία σε φυσικοθεραπευτήρια, με σκοπό τη βελτίωση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησής τους, εφόσον αυτή κρίνεται επισημονικώς εφικτή.

- Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών τους καθηκόντων και συμμετοχή, εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση τους, σε πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις.

- Τον οφειλόμενο στην ανθρώπινη αξία σεβασμό και ενδιαφέρον, ανεξαρτήτως της σωματικής ή πνευματικής κατάστασης του περιθαλπομένου.

2. Για την λειτουργία κάθε Μ.Φ.Η. - Η.Κ. είναι απαραίτητη η Άδεια Ίδρυσης και η Άδεια Λειτουργίας.

3. Κάθε Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων, που εμπύπτει στις διατάξεις της παρούσας απόφασης, οφείλει να επιτρέψει στον Κοινωνικό Σύμβουλο τον οριζόμενο από το Ν. 2345 άρθρο 1 παρ. 4, την ελεύθερη πρόσβαση σ' όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών και να εξασφαλίζει την ακώλυτη άσκηση των καθηκόντων του καθ' όλη τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου.

#### Άρθρο 2

##### Άδεια Ίδρυσης

Α. Για την ίδρυση Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. είναι αναγκαία η ύπαρξη καταλλήλου οικοπέδου ή κτιρίου με την ανάλογη έκταση οικοπέδου.

1. Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων μπορούν να ιδρύονται μέσα σε αστικές περιοχές αλλά και σε περιο-

χές εκτός σχεδίων πόλεων, αρκεί να υπάρχει το κατάλληλο οδικό δίκτυο για την απρόσκοπτη προσέγγιση των τροχοφόρων. Καλό θα είναι να εξυπηρετείται η περιοχή με συγκοινωνία.

Απαγορεύεται η εγκατάσταση των Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. σε οικοδομές, όταν τμήματα των οικοδομών αυτών χρησιμοποιούνται για άλλο σκοπό έχοντας κοινή με την Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. είσοδο ή έξοδο.

2. Το γήπεδο της Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. θα πρέπει, να εκπληρώνει τους όρους χρήσης γης της ισχύουσας πολεοδομικής νομοθεσίας, να απέχει 300.τουλάχιστον μέτρα από την περίμετρο εγκεκριμένη βιομηχανικής ζώνης, θορυβώδη εργαστήρια και εν γένει ανθυγιεινές και οχληρές εγκαταστάσεις, όπως αυτές χαρακτηρίζονται από την κατά νόμο αρμόδια Επιτροπή, σύμφωνα με τις ισχύουσες υγειονομικές διατάξεις και να εξυπηρετείται από τα δίκτυα παροχής πόσιμου νερού, ηλεκτρικού ρεύματος και τηλεφώνου.

Β. Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από τη Διεύθυνση ή το Τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου εγκατάστασης της μονάδας, μετά την υποβολή των παρακάτω δικαιολογητικών:

1. Αίτηση του φυσικού ή νομικού προσώπου, που αναγράφει τα στοιχεία του (ή τα στοιχεία του κατά το νόμο υπεύθυνου του νομικού προσώπου), την επωνυμία, την έδρα, τον αριθμό των κρεβατιών και το συγκεκριμένο σκοπό της μονάδας.

2. Πλήρες τοπογραφικό διάγραμμα και σειρά αρχιτεκτονικών σχεδίων σύμφωνα με την εγκύκλιο 98 του ΥΠΕΧΩΔΕ Απ. οικ. 82070/22.12.89 σύνταξης μελετών για την έκδοση οικοδομικής άδειας.

3. Πιστοποιητικό ή βεβαίωση νομιμότητας υφισταμένου κτιρίου στην περίπτωση όπου γίνεται διαρρύθμιση ή επέκταση σε υπάρχον κτίριο.

4. Τεχνική έκθεση του μηχανικού, σε δύο αντίγραφα, που εκτός των άλλων να περιλαμβάνει:

- α) Την περιγραφή της προσπελασιμότητας του οικοπέδου.

- β) την κατάσταση των οδών προσπέλασης και το στάδιο προόδου εφαρμογής του εγκεκριμένου ρυμοτομικού σχεδίου.

- γ) τη δυνατότητα και την επάρκεια ύδρευσης, ηλεκτροδότησης, τηλεφωνικής σύνδεσης και αποχέτευσης.

- δ) Πίνακας τελειωμάτων χώρων και ο τρόπος κατασκευής του κτιρίου γενικότερα.

- ε) τον αριθμό των αυτοεξυπηρετούμενων και των μη αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων ατόμων, που η Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. θα εξυπηρετεί, καθώς και πλήρη περιγραφή όλων των τμημάτων της.

5. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του υπεύθυνου, στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί η άδεια, που θα δηλώνει ρητώς τη συμμόρφωσή του με τα αναγραφόμενα στο παρόν άρθρο παρ. Α. εδάφιο 2.

6. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου του προσώπου, στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί η άδεια ίδρυσης, ότι αυτό δεν έχει καταδικασθεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κακούργημα ή για ένα από τα πλημμελήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης, απάτης, εκβίασης, πλαστογράφησης, συκοφαντικής δυσφήμισης, παραχάραξης και παράβασης των διατάξεων, περί ναρκωτικών ή για έγκλημα που αναφέρεται στα ήθη ή δεν έχει στερηθεί λόγω καταδίκης για οποιαδήποτε αξιόποινη



πράξη των πολιτικών του δικαιωμάτων και για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η στέρηση αυτή.

7. Όλα τα παραπάνω δικαιολογητικά υποβάλλονται στη Διεύθυνση ή Τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης (τα σχέδια υποβάλλονται σε δύο αντίγραφα).

Η Διεύθυνση (ή το Τμήμα) Κοινωνικής Πρόνοιας εγκρίνει ή απορρίπτει απολογημένα τα παραπάνω δικαιολογητικά.

Μετά την έγκριση των σχεδίων από λειτουργική άποψη, υποβάλλεται στην αρμόδια Πολεοδομία (ή Πολεοδομικό Γραφείο) ο πλήρης φάκελος για έκδοση της Οικοδομικής Άδειας (μαζί με τα εγκεκριμένα από πλευράς λειτουργικότητας σχέδια).

Για τα υπάρχοντα κτίρια, που έχουν νόμιμη οικοδομική άδεια, ακολουθείται η ίδια διαδικασία, αλλά εκδίδεται από το αρμόδιο Γραφείο Πολεοδομίας, η οικοδομική άδεια νέας χρήσης σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του ΓΟΚΝ. 1577/85 όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε.

Μετά την έκδοση οικοδομικής άδειας και την υποβολή της εγκεκριμένης πλήρους αρχιτεκτονικής μελέτης στην Διεύθυνση (ή το τμήμα) Κοινωνικής Πρόνοιας, χορηγείται η άδεια ίδρυσης.

Γ. Οι Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. υπάγονται στις διατάξεις:

1. Του Κτιριοδομικού Κανονισμού στην κατηγορία χρήσης «Υγεία και Κοινωνική Πρόνοια».

2. Του κανονισμού Πυροπροστασίας νέων κτιρίων στην κατηγορία χρήσης Η.

3. Στο σχεδιαστικό κείμενο διαμόρφωσης των χώρων της Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο «Κανονισμός άρσης αρχιτεκτονικών εμποδίων από τα κτίρια Υγείας και Πρόνοιας, για τη διευκόλυνση της χρήσης τους από ανάπηρους και άτομα μειωμένης κινητικότητας», ιδιαίτερα σε ότι αφορά τους χώρους που εξυπηρετούν ηλικιωμένα άτομα με προβλήματα αναπηρίας.

#### Άρθρο 3

##### Άδεια λειτουργίας

Όταν ολοκληρωθεί η κατασκευή και ο εξοπλισμός του κτιρίου και του περιβάλλοντα χώρου και χορηγηθεί η βεβαίωση της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας, για την άδεια λειτουργίας της Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. υποβάλλονται στη Διεύθυνση ή το τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της περιοχής τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Αίτηση του προσώπου (φυσικού ή νομικού), στο όνομα του οποίου θα εκδοθεί η άδεια, που θα μνημονεύει τον αριθμό της άδειας, που χορηγήθηκε για την ίδρυση.

2. Δικαιολογητικά του ή των υπευθύνων ιατρών, ήτοι:

α) Άδεια άσκησης επαγγέλματος.

β) Πιστοποιητικό εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο του τόπου λειτουργίας της μονάδας.

γ) Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 του προτεινόμενου ιατρού, ότι αναλαμβάνει την επιστημονική ευθύνη της μονάδας.

3. Εσωτερικό Κανονισμό λειτουργίας της μονάδας.

4. Αντίγραφο της άδειας θεωρημένο από το γραφείο Πολεοδομίας για την αποπεράτωση της οικοδομής.

Εκδίδεται στη συνέχεια η άδεια λειτουργίας, με απόφαση του Νομάρχη, ύστερα από γνωμοδότηση της κατά νόμο αρμόδιας Επιτροπής, ότι η μονάδα συγκεντρώνει τους όρους και τις προϋποθέσεις της παρούσας απόφασης.

Η παραπάνω απόφαση της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

5. Η αναθεώρηση της άδειας λειτουργίας είναι απαραίτητη, όταν μεταβάλλεται ένα από τα παρακάτω στοιχεία:

- Ιδιοκτήτης της Μ.Φ.Η. - Μ.Κ.

- Δυναμικότητα κλινών

- Εσωτερικός Κανονισμός

- Λειτουργία της Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. (Διαρρυθμίσεις, προσθήκες τμημάτων κ.λπ.).

#### Άρθρο 4

##### Κτιριολογικό πρόγραμμα -

##### Μετρικά στοιχεία (Μ.Φ.Η. - Μ.Κ.)

1. Οι χώροι και οι καθαρές επιφάνειες που απαιτούνται για τη λειτουργία της Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. δίνονται στον Πίνακα Ι που ακολουθεί.

2. Οι χώροι που περιγράφονται στον πίνακα αυτό αντιστοιχούν στο κτιριολογικό πρόγραμμα Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. δυναμικότητας 25 κλινών και οι επιφάνειές τους είναι οι ελάχιστα επιτρεπόμενες.

Οι κλίνες των Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. διατάσσονται σε Μονάδες Διαβίωσης (ΜΔ) με μέγιστο αριθμό κλινών τις 35.

## ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Α		Β		Γ	
ΜΟΝΑΔΑ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ (ΜΔ)		ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΙΕΣ		ΒΟΗΘΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	
1	Θάλαμος 1 κλίνης	12,00	Με wc/ds		
1a	Θάλαμος 1 κλίνης μη αυτοεξυπη- ρετούμενου ηλικιωμένου	14,00	Ο ηλικιωμένος κινείται με αμαξίδιο Με wc/ds		
2	Θάλαμος 2 κλινών	18,00	Με wc/ds		
2a	Θάλαμος 2 κλινών μη αυτοεξυπη- ρετούμενων ηλικιωμένων	20,00	Με wc/ds		
3	Θάλαμος 3 κλινών	24,00	Με wc/ds		
4	Θάλαμος 4 κλινών	30,00	Με wc/ds		
5	Θάλαμος μόνωσης	12,00	Ένας (1) ανά δύο (2) ΜΔ		
6	Στάση εργασίας - Λινοθήκη	10,00	Μία (1) ανά ΜΔ		
7	Χώρος προσωρινής νοσηλείας	9,00	Ένας (1) ανά δύο (2) ΜΔ		
8	Χώρος ακαθάρτων, σκωραμίδων και ειδών καθαριότητας	4,00	Ένας (1) ανά ΜΔ		
9	Χώρος διημέρευσης	0,6 ανά κλίνη	Καθιστικό, TV κλπ.		
10	Χώρος τραπεζαρίας- εργασιοθεραπείας	0,7 ανά κλίνη			
11	Office	10,00	με εξοπλισμό ερμάρια-νεροχύτη, ψύκτη νερού. Ένα (1) ανά δύο (2) ΜΔ		
12	Στάση αναπηρικών αμαξιδίων		Επιφάνεια ανάλογα με τα αμαξίδια		
B		ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΙΕΣ			
13	Είσοδος - Υποδοχή - Αναμονή		Θα διαθέτει πάγκο πληροφοριών και καθιστι- κό		
14	Θυρώβειο		Για Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. με περισσότερες των 100 κλινών. Ιδιαίτερος χώρος για νυκτοφύλακα.		
15	Γραφείο Διοίκησης	9,00	Ο αριθμός των γραφείων θα είναι ανάλογος του διοικητικού προσωπικού		
16	Γραφείο προϊσταμένης	7,00			
17	Γραφείο Κοινων. Λειτουργού	8,00			
18	WC επισκεπτών	3,00			
19	Βοηθητική είσοδος τροφοδοσίας αποκομιδής		Δυνατότητα προσπέλασης φορτηγού στέγα- στρο για φόρτωση- εκφόρτωση. Σύνδεση με μαγειρεία και αποθήκη		
20	Γραφείο-Εξεταστήριο γιατρού	10,00			
21	Φαρμακείο		Με ερμάρια και ψυγείο για φύλαξη ευαίσθη- των φαρμάκων.		
22	Ειδικό Λουτρό	9,00			
23	Χώρος Φυσικοθεραπείας	15,00	Με τον αναγκαίο εξοπλισμό. Αύξηση 2 τ.μ για κάθε 10 επιπλέον κλίνες των 35.		
24	Κοιτώνας προσωπικού	12,00	Με wc/ds		
Γ		ΒΟΗΘΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ			
5	Μαγειρείο	15,00	Ελάχιστη επιφάνεια στη περίπτωση εξωτερι- κής τροφοδοσίας (Ψυγείο, αποθήκη τροφίμων καταλλήλως αεριζόμενη κ.λ.π).		
6	Αποδυτήρια WC/τους προσωπικού	6,00	Ένα (1) ανά 10 εργαζόμενους, με ερμάρια φύλαξης ρούχων προσωπικού		
7	Πλυντήριο	10,00	Εφόσον η πλύση γίνεται στη μονάδα θα περι- λαμβάνει σιδερωτήριο - ραφείο με τον εξο- πλισμό και ράφια και ερμάρια		
8	Νεκροθάλαμος	7,00	Με νιπτήρα		
9	H/M εγκαταστάσεις		Σύμφωνα με το Γ.Ο.Κ και το Κτηριοδομικό Κα- νονισμό		
0	Αποθήκη αποσκευών περιβαλτομέ- νων		Ανάλογη με τις ανάγκες		
1	Γενική αποθήκη	10,00			
	Υπαίθριες εγκαταστάσεις		Σύμφωνα με τα αντίστοιχα άρθρα		

3. Στο 20% της συνολικής δυναμικότητας σε κλίνες της Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. πρέπει να εξασφαλίζεται η δυνατότητα χρήσης από άτομα μη αυτοεξυπηρετούμενα.

4. Η Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. είναι υποχρεωμένη να διαμορφώνει το ακάλυπτο χώρο του οικοπέδου της, σε χώρο πράσινου. Στο χώρο αυτό απαγορεύεται η εναπόθεση αντικειμένων, υλικών ή απορριμμάτων.

5. Ο ακάλυπτος χώρος του οικοπέδου, της προηγούμενης παραγράφου, θα διαρρυθμίζεται καταλλήλως για την ασφαλή κυκλοφορία και άνετη παραμονή των περιθαλπόμενων. Ο χώρος αυτός θα πρέπει να είναι τουλάχιστον πενταπλάσιος σε μ<sup>2</sup> του αριθμού των κλινών (π.χ. για 50 κλίνες ο ελάχιστος ακάλυπτος χώρος θα είναι 250 μ<sup>2</sup>). Όπου δεν επαρκεί ο ακάλυπτος χώρος του οικοπέδου, μπορεί να διαμορφώνεται το δώμα σε χώρο πρασίνου, υπό την προϋπόθεση ότι θα ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για ασφαλή προσέλαση και παραμονή των περιθαλπόμενων σε αυτό.

#### Άρθρο 5

##### Κυκλοφορία - μέτρα ασφαλείας

1. Διαφορετικές στάθμες δαπέδου στον ίδιο όροφο δεν επιτρέπονται. Αν για τεχνικούς λόγους είναι αναπόφευκτες, θα αντιμετωπίζονται με κεκλιμένα επίπεδα, κλίσης το πολύ 7%. Τα κεκλιμένα αυτά επίπεδα θα έχουν αντιολισθηρή επικάλυψη.

2. Όλοι οι διάδρομοι και οι κλίμακες που εξυπηρετούν ηλικιωμένους πρέπει να έχουν χειρολαβές και από τις δύο πλευρές, με χειρολαβήρες σε ύψος 0,90 - 1,00 μ. από το δάπεδο, όπως επίσης και φωτισμό νυκτός.

3. Όλοι οι διάδρομοι, που εξυπηρετούν ηλικιωμένους, θα έχουν ελάχιστο πλάτος 1,20 μ.

4. Οι κλίμακες πρέπει να έχουν ελεύθερο πλάτος τουλάχιστον 1,10 μ. για όλους τους εξυπηρετούμενους ορόφους οι δε βαθμίδες πρέπει να έχουν μέγιστο ύψος 0,18 μ. πλάτος τουλάχιστον 0,28 μ.

5. Στις θέσεις πυκνής κυκλοφορίας περιθαλπόμενων αν χρησιμοποιηθούν υαλωτές πόρτες να σημαίνονται επαρκώς, για να αποφεύγονται ατυχήματα.

6. Οι πόρτες που οδηγούν στους θαλάμους, τους χώρους υγιεινής, ψυχαγωγίας εργασιοθεραπείας και φυσιοθεραπείας πρέπει να έχουν τέτοιο πλάτος που να επιτρέπει την άνετη διάβαση του αναπηρικού καροτσιού, και η λειτουργία των θυρών αυτών να είναι δυνατή από τον ίδιο τον ανάπηρο που κάθεται σε αναπηρικό καρότσι.

7. Οι πόρτες των wc/ds των θαλάμων θα ανοίγουν προς τα έξω.

8. Θα έχουν ένα τουλάχιστον αναπηρικό καρότσι για κάθε 25 άτομα.

#### Άρθρο 6

##### Χαρακτηριστικά θαλάμων

1. Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων μπορούν να διαθέτουν θαλάμους με μία έως τέσσερις κλίνες και ιδιαίτερο wc/ds.

2. Θάλαμος μίας κλίνης θεωρείται θέση Α', δύο κλινών θέση Αβ', τριών κλινών θέση Β', τεσσάρων κλινών θέση Γ'.

Δύο θάλαμοι μονόκλινοι ή δίκλινοι μπορεί να διαθέτουν κοινό wc/ds, υπό την προϋπόθεση όμως ότι το wc/ds αυτό ευρίσκεται ανάμεσα ή στα όρια των θαλάμων. Στην περίπτωση αυτή οι 2 θάλαμοι υπολογίζονται

σαν ένας και η κατηγορία του ενοποιημένου αυτού θαλάμου προκύπτει από τον συνολικό αριθμό των κλινών που υπάρχουν και στους δύο θαλάμους.

Στη περίπτωση αυτή ο κλίνες και στους δύο θαλάμους δεν μπορεί να είναι περισσότερες από τέσσερις (4).

3. Οι διαστάσεις και οι κατασκευαστικές λεπτομέρειες των θαλάμων και των λουτρών των μη αυτοεξυπηρετούμενων, θα πρέπει να είναι σύμφωνες με τον Κανονισμό που αναφέρεται στη παράγραφο Γ' εδάφιο 3 του άρθρου 2, έτσι ώστε να εξυπηρετούνται και οι ηλικιωμένοι, που κινούνται με αναπηρικό αμαξίδιο.

4. Ο κάθε θάλαμος περιθαλπόμενων θα διαθέτει:

(α) Κατάλληλο ηλεκτρικό φωτισμό οροφής, επίτοιχο κλίνης και φωτισμό νύκτας.

(β) Εντοιχισμένη ή κινητή ιματιοθήκη αναλόγων διαστάσεων με τα απαραίτητα ράφια, συρτάρια και ράβδους ανάρτησης των ρούχων.

(γ) Κρεβάτι, τραπέζι, κροσόδινο και μία τουλάχιστον πολυθρόνα για κάθε περιθαλπόμενο. Τα έπιπλα πρέπει να είναι του εγκεκριμένου υπό του ΕΟΤ για ξενοδοχεία τύπου Γ' κατηγορίας.

(δ) Κάθε θάλαμος θα έχει εγκατάσταση εξωτερικής τηλεφωνικής επικοινωνίας, θα πρέπει να υπάρχει μία τουλάχιστον τηλεφωνική γραμμή για κάθε 20 περιθαλπόμενους.

(ε) Κάθε κλίνη θα έχει εγκατάσταση κλίσης προσωπικού.

5. Ο θάλαμος μόνωσης προορίζεται κυρίως για την ολιγοήμερη φιλοξενία ατόμων που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας π.χ. με μεταδοτικά νοσήματα.

#### Άρθρο 7

##### Λουτρά και ειδικές κατασκευές

1. Σε κάθε θάλαμο Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων πρέπει να υπάρχει ιδιαίτερο λουτρό, το οποίο θα περιλαμβάνει:

α) Λουτήρα ή ανάλογη διαμόρφωση δαπέδου σιφόνι απορροής, με κρουνό ανάμιξης θερμού - ψυχρού νερού, καταιονητήρα (γτούς) και δύο χειρολαβές σε κατάλληλες θέσεις για τη διευκόλυνση των περιθαλπόμενων κατά την ώρα της ατομικής τους καθαριότητας.

β) Λεκάνη αποχωρητηρίου με σκέπασμα, καθώς και σύστημα απομάκρυνσης των ακαθαρσιών με επαρκή για το σκοπό αυτό πίεση νερού. Στο χώρο αυτό θα υπάρχει σύστημα ειδοποίησης του προσωπικού σε περίπτωση αδυναμίας του περιθαλπόμενου, καθώς και χειρολαβές σε κατάλληλες θέσεις για διευκόλυνση των περιθαλπόμενων.

γ) Νιπτήρα διαστάσεων τουλάχιστον 0,40 X 0,50 μ. και επιχρωμιωμένη βρύση ανάμιξης θερμού και ψυχρού νερού.

δ) Για τα wc/ds των μη αυτοεξυπηρετούμενων θα πρέπει να τηρούνται οι προϋποθέσεις του Κανονισμού που αναφέρεται στη παράγραφο Γ' εδάφιο 3 του άρθρου 2.

2. Το Ειδικό λουτρό προοριζόμενο για την ατομική υγιεινή των μη αυτοεξυπηρετούμενων θα εκπληρώνει τις εξής προϋποθέσεις:

α) Οι διαστάσεις θα επιτρέπουν και τον επί φορητής κλίνης καθορισμό των περιθαλπόμενων.

β) Θα περιέχει απλό σιφόνι δαπέδου, κινητό καταιονητήρα και ειδικό σταθερό κατά το δυνατό κάθισμα προσπελάσιμο από όλες τις πλευρές, καθώς και χειρολαβές για τη στήριξη του περιθαλπόμενου.

3. Ένα μηχανήμα ανέγερσης και ανύψωσης για κάθε 30 μη αυτοεξηρητούμενους. Για το μηχανήμα αυτό καθώς και για οποιαδήποτε άλλο αναλόγου λειτουργίας χρησιμοποιεί η Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. είναι υποχρεωμένη να εξασφαλίσει πιστοποιητικό ποιότητας που μελλοντικά θα της ζητηθεί.

#### Άρθρο 8

##### Μαγειρείο και χώροι αυτού

1. Το μαγειρείο πρέπει να είναι αναλόγων διαστάσεων, να διαθέτει ανάλογη με τον αριθμό των περιθαλπόμενων εστία, η οποία θα λειτουργεί με ηλεκτρικό ρεύμα ή πετρέλαιο ή υγραέριο και ένα τουλάχιστον φούρνο.

2. Σε χώρους του μαγειρείου θα υπάρχουν:

α) Εγκαταστάσεις καθαρισμού και πλύσης μαγειρικών σκευών, που θα περιλαμβάνουν διπλές βαθιές λεκάνες από λείο αδιαπτόστο υλικό συνδεδεμένες απ' ευθείας με τις εγκαταστάσεις αποχέτευσης και εφοδιασμένες με εγκατάσταση παροχής θερμού και ψυχρού νερού.

β) Η πλύση και ο καθαρισμός των σκευών εστίασης θα πραγματοποιείται είτε με μηχανική αυτόματη πλύση (πλυντήρια), είτε στις ειδικές εγκαταστάσεις, που περιγράφονται στην προηγούμενη παράγραφο.

γ) Ηλεκτρικό ψυγείο χωρητικότητας τουλάχιστον 25 κυβικών ποδών για Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. δυναμικότητας μέχρι 50 κλινών. Για Μ.Φ.Κ. - Μ.Κ. με περισσότερους περιθαλπόμενους θα υπάρχουν θάλαμοι συντήρησης και κατάψυξης ανάλογοι με τον αριθμό των περιθαλπόμενων.

3. Ο χώρος του μαγειρείου θα εξοπλίζεται επίσης με κατάλληλο σύστημα εξαερισμού.

4. Θα διαθέτει ιδιαίτερο χώρο συγκέντρωσης απορριμάτων.

5. Θερμοτράπεζα ανάλογης χωρητικότητας για τις πάνω από 50 κλίνες Μ.Φ.Η. - Μ.Κ.

6. Σκευοθήκη και πιατοθήκη ανάλογης χωρητικότητας, η οποία στην περίπτωση Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. κάτω των 100 κλινών θα μπορεί να περιληφθεί στον χώρο του μαγειρείου.

7. Η Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες εταιρίας παρασκευής έτοιμων γευμάτων (catering) για τη σίτιση των περιθαλπόμενων. Στη περίπτωση αυτή ο τρόπος αυτός τροφοδοσίας θα πρέπει να αναφέρεται τόσο στη λειτουργία περιγραφή που ζητείται με τη τεχνική έκθεση της παρ. Β' εδάφιο 4 του άρθρου 2, όσο και στον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της μονάδας που ζητείται στο άρθρο 3.

#### Άρθρο 9

##### Δάπεδα - Επιστρώσεις - Επικαλύψεις

1. Τα δάπεδα των θαλάμων, των διαδρόμων και γενικά των χώρων όπου κυκλοφορούν οι περιθαλπόμενοι θα πρέπει να είναι επιστρωμένα με υλικά που αφενός καθαρίζονται εύκολα και αφετέρου είναι αντιολισθηρά.

2. Οι επιφάνειες των τοίχων των θαλάμων πρέπει να είναι βαμμένες από το δάπεδο και μέχρι την οροφή με υδρόχρωμα ή με πλαστική βαφή και οι διάδρομοι και τα κλιμακοστάσια και μέχρι ύψους 1.50 μ. με ελαιοβαφή χρώματος ανοικτού.

3. Οι τοίχοι των χώρων υγιεινής και ακαθάρτων θα επενδύονται από το δάπεδο μέχρι ύψους 1.70 μ. τουλάχιστον με πλακίδια πορσελάνης. Το ίδιο θα ισχύει και για τους τοίχους μαγειρείων, πλυντηρίων και νεκροφυλακείου.

#### Άρθρο 10

##### Θέρμανση - αερισμός - φωτισμός

1. Κάθε Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. πρέπει να διαθέτει σύστημα κεντρικής ή άλλης (επιστημονικά κατάλληλης θέρμανσης, η οποία όμως θα εξασφαλίζει θερμοκρασία τουλάχιστον 22 βαθμούς κελσίου καθ' όλη τη διάρκεια της χειμερινής περιόδου. Θα πρέπει να διαθέτει κλιματισμό τουλάχιστον στους χώρους διημέρευσης και τραπεζαρίας.

2. Σε κάθε χώρο της Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. θα εξασφαλίζεται καλός και επαρκής φυσικός και τεχνητός φωτισμός και αερισμός.

3. Ειδικότερα οι θάλαμοι και οι χώροι διημέρευσης των περιθαλπόμενων θα έχουν το κατάλληλο φυσικό φωτισμό και ηλιακό (με προσανατολισμό) κατά προτίμηση Ν έως Ν.Α.), απαγορευμένου του φωτισμού και αερισμού τους διαμέσου των φωταγωγών.

Οι χώροι αυτοί πρέπει να έχουν πρόσβαση στον εξωτερικό χώρο (στην αυλή αν είναι ισόγειοι ή σε εξώστη - δώμα αν είναι σε όροφο).

#### Άρθρο 11

##### Εγκαταστάσεις

Κάθε Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. θα πρέπει να έχει:

1. Τουλάχιστον ένα ανελκυστήρα τέτοιας χωρητικότητας, ώστε να μπορεί να εξυπηρετήσει το καθισμένο επάνω σε αναπηρικό καρότσι περιθαλπόμενου και το συνοδό οι ελάχιστες διαστάσεις του οποίου θα είναι σύμφωνα με το κανονισμό που αναφέρεται στη παράγραφο Γ' εδάφιο 3' του άρθρου 2, εφόσον στεγάζεται σε κτίριο με περισσότερους του ενός ορόφους.

Τα κτίρια που διαθέτουν ισόγειο και ένα ακόμη όροφο, είναι δυνατόν να χρησιμοποιούν εναλλακτικά μηχανικά μέσα κατακόρυφης μετακίνησης.

2. Δίκτυο διανομής ψυχρού και θερμού ύδατος συνεχούς παροχής και επαρκούς πίεσης, αποχετευτικό σύστημα σύμφωνα με τις ισχύουσες υγειονομικές και λοιπές διατάξεις και σύγχρονα μέσα πυρασφάλειας, σύμφωνα προς τις ισχύουσες διατάξεις και τις οδηγίες της αρμόδιας Πυροσβεστικής Υπηρεσίας.

3. Εγκατάσταση παροχής οξυγόνου για εξυπηρέτηση του 1/5 των κλινών τουλάχιστον για Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. με πάνω από 50 κλίνες και για τις μικρότερες Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. μία τουλάχιστον οβίδα οξυγόνου επί κυλιόμενης βάσεως στον κάθε όροφο καθώς και κατάλληλες προσωπίδες ή ρινοκαθετήρες.

#### Άρθρο 12

##### Βιβλία και στοιχεία της Μονάδας

1. Ημερολόγιο εισερχομένων και εξερχομένων περιθαλπόμενων και μεταβολών περιθαλψής τους.

2. Ατομικοί φάκελοι περιθαλπόμενων πλήρως ενημερωμένοι, που θα περιέχουν και καρτέλες φαρμακευτικής αγωγής και διαίτας (όταν υπάρχει ειδικός λόγος). Οι φάκελοι αυτοί θα φυλάσσονται με μέριμνα του διοικητικού υπευθύνου της Μονάδας, για μία πενταετία από την καθ' όποιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του περιθαλπόμενου.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εισαγωγή είναι η προσκόμιση ιατρικής γνωμάτευσης, που πιστοποιεί την κατάσταση υγείας του περιθαλπόμενου, η οποία και φυλάσσεται στον ατομικό φάκελο του περιθαλπόμενου.

3. Βιβλίο αποβιούτων.

4. Μητρώο προσωπικού τηρούμενο κατά κατηγορία προσωπικού δηλαδή: Διοικητικό, Ιατρικό, Νοσηλευτι-

κό, Βοηθητικό και Ειδικό, του οποίου η σχετική κατάσταση θεωρημένη ανά εξαμήνο από τη αρμόδια Διεύθυνση του Υπουργείου Εργασίας, θα αναρτάται στο γραφείο της Διεύθυνσης.

#### Άρθρο 13.

##### Προσωπικό

1. Το προσωπικό της Μονάδας διακρίνεται σε: Διοικητικό, Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Βοηθητικό και Ειδικό και πρέπει να διαθέτει την ακόλουθη τουλάχιστον σύνθεση:

##### Α' Διοικητικό:

Ένας διοικητικός υπεύθυνος για τη σύμφωνα με το νόμο λειτουργία της Μ.Φ.Η.-Μ.Κ., ο οποίος μπορεί να είναι και το πρόσωπο στο όνομα του οποίου εκδίδεται η άδεια ή μέλος της διοίκησης, προκειμένου περί Νομικού Προσώπου.

##### Β' Ιατρικό:

Σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων μέχρι 100 κλίνες ένας (1) ιατρός, ο οποίος και είναι υπεύθυνος για θέματα υγειονομικής εν γένει φύσης, με δίωρη απασχόληση ημερησίως, πάνω δε από 100 κλίνες και μέχρι 200 κλίνες με τετράωρη απασχόληση.

Η Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων έχει την υποχρέωση να καλεί το γιατρό και εκτάκτως εφόσον υπάρχει ανάγκη.

Στα καθήκοντα του γιατρού περιλαμβάνεται και ο καθορισμός του γενικού διαιτολογίου, αλλά και το ειδικό διαιτολόγιο ανάλογα με τις παθήσεις των περιθαλπόμενων.

##### Γ' Νοσηλευτικό:

α) Ένας (1) πρωϊστάμενος -η, κατά προτίμηση απόφοιτος -η Σχολής τετραετούς φοίτησης Νοσηλευτριών ή Επισκεπτών-τριών Υγείας ή Μαιών, ή τριετούς φοίτησης με διετή τουλάχιστον νοσηλευτική πείρα.

β) Ένας (1) Νοσηλεύτρια ή ένας (1) βοηθός νοσηλεύτου-τριας για κάθε 25 κλίνες τουλάχιστον. Όταν ο αριθμός των κλινών είναι μεγαλύτερος από 25, 50, 75 κ.ο.κ. κατά 11 κλίνες απαιτείται ένα επιπλέον άτομο με τα παραπάνω προσόντα.

γ) Ένας (1) βοηθός νοσηλευτικού προσωπικού για κάθε 25 κλίνες τουλάχιστον, για την κάλυψη του απογευματινού ωραρίου εργασίας. Το ίδιο με την προηγούμενη παράγραφο ισχύει για τις πάνω από 25 κλίνες.

δ) Ένας (1) βοηθός νοσηλευτικού προσωπικού για κάθε 30 κλίνες τουλάχιστον, για την κάλυψη του νυκτερινού ωραρίου εργασίας. Το ίδιο με την προηγούμενη παράγραφο ισχύει για τις πάνω από 30 κλίνες.

##### Δ' Ειδικό:

α) Ένας (1) φυσικοθεραπευτής-τρια για κάθε 50 κλίνες. Προκειμένου περί Μ.Φ.Η.-Μ.Κ δυναμικότητας κατώτερης των 50 κλινών, μπορεί να καλύπτεται με σύμβαση με φυσικοθεραπευτή 2ώρου τουλάχιστον απασχόλησης ημερησίως.

β) Ένας (1) κοινωνικός-η λειτουργός για κάθε 100 κλίνες.

γ) Ένας (1) ψυχολόγος με 2ωρη ημερήσια απασχόληση για μέχρι 100 κλίνες, και για περισσότερες κλίνες με 4ωρη ημερήσια απασχόληση.

δ) Ένας (1) εργοθεραπευτής-τρια με 2ωρη ημερήσια απασχόληση για μέχρι 100 κλίνες, και για περισσότερες κλίνες με 4ωρη ημερήσια απασχόληση.

##### Ε' Βοηθητικό:

1. Ένας (1) Μάγειρας.

2. Ένας (1) βοηθός μάγειρα, ο οποίος να καλύπτει το βραδινό ωράριο εργασίας.

3. Μία (1) καθαρίστρια τραπεζοκόμος για κάθε 20 κλίνες.

4. Ένας (1) θυρωρός στις Μονάδες με περισσότερες από 100 κλίνες.

2. Η Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. υποχρεούται να έχει και να διαθέτει, όποτε της ζητηθεί, πιστοποιητικά υγείας όλου του προσωπικού που απασχολεί.

3. Για το προσωπικό των Β', Γ' και Δ' κατηγοριών υποχρεούται να έχει και να διαθέτει, όποτε της ζητηθεί, άδειες άσκησης επαγγέλματος.

4. Η πρόσληψη μάγειρα δεν είναι απαραίτητη στις Μ.Φ.Η. - Μ.Κ. που προμηθεύονται έτοιμα φαγητά από εξωτερικές μονάδες τροφοδοσίας (CATERING).

#### Άρθρο 14.

##### Εποπτεία

Η εποπτεία των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, ως προς την πιστή εφαρμογή των κειμένων διατάξεων για την ίδρυση και λειτουργία τους, ασκείται από τις αρμόδιες κατά τόπους Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι οποίες οφείλουν να ελέγχουν ανελλιπώς τις Μονάδες αυτές και να ορίζουν σε κάθε μια απ' αυτές ένα Κοινωνικό Σύμβουλο σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 1 του Ν. 2345/95.

#### Άρθρο 15.

##### Χρόνος εφαρμογής

Καθορίζεται ανώτατο χρονικό όριο εφ' (5) μηνών από τη δημοσίευση της παρούσας, για την εναρμόνιση των ήδη λειτουργούντων φορέων περίθαλψης και φροντίδας. Για τις προεγκρίσεις των σχεδίων και τις νέες άδειες ίδρυσης και λειτουργίας θα ισχύσει η απόφαση αυτή, από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, καταργούμενων των διατάξεων του Π.Δ. 692/1979.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 30 Αυγούστου 1996

ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ  
ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΚΟΤΣΩΝΗΣ

Αριθ. 22211

Τροποποίηση της 29126/25.5.93 απόφαση της Νομ. Αθηνών

(2)

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 277 του Π.Δ/τος 410/95 «Δ.Κ.Κ.».

2. Την αριθ. 29126/25.11.91 απόφαση της Ν. Αθηνών με την οποία συστήθηκε στο Δήμο Καισαριανής αμιγής Δημοτική Επιχείρηση με την Επωνυμία «Δημοτική Επιχείρηση Αναψυχής Δήμου Καισαριανής» που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 1012/12.12.91 τ.Β' όπως τροποποιήθηκε την 17817/19.7.93 όμοια ΦΕΚ 602/12.8.93 τ.Β'.

3. Την αριθ. 95/96 απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου του Δήμου Καισαριανής, αποφασίζουμε: Τροποποιούμε το άρθρο 3 της 29126/91 απόφασης

---

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄**  
**ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ**  
**ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

## II. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ — POPULATION

### 3. Πράγματιος πληθυσμός — De facto population

Έτος Year	Πληθυσμός Population			Απόλυτος αριθμός Population increase	
	Σύνολο Total	Άρσενες Males	Θήλειες Females	Απόλυτος αριθμός Absolute number	%
<b>Απογραφές Censuses</b>					
1951 (74.51)	7.632.803	3.721.648	3.911.155		
1961 (79.3.61)	8.355.553	4.091.894	4.263.659	722.751	9.6%
1971 (84.3.71)	8.765.372	4.286.748	4.481.624	416.071	4.8%
1981 (89.4.81)	9.739.539	4.779.571	4.960.018	971.217	11.0%
1991 (94.4.91)	10.200.000	5.029.710	5.175.600	460.462	4.7%
<b>Εκτιμήσεις (mid-year estimates)</b>					
1968	8.740.765	4.257.190	4.483.575	24.324	0.28%
1969	8.772.764	4.271.897	4.500.867	31.999	0.37%
1970	8.792.806	4.279.610	4.513.196	20.042	0.23%
1971	8.831.036	4.318.994	4.512.042	38.239	0.43%
1972	8.885.628	4.348.689	4.539.939	57.897	0.65%
1973	8.929.086	4.370.562	4.555.524	46.485	0.52%
1974	8.962.023	4.388.216	4.573.807	32.787	0.37%
1975	9.006.542	4.431.597	4.614.945	41.138	0.46%
1976	9.167.190	4.489.964	4.677.226	120.648	1.33%
1977	9.308.479	4.557.539	4.750.940	141.259	1.54%
1978	9.429.962	4.620.192	4.809.771	121.483	1.30%
1979	9.548.258	4.682.047	4.866.211	118.296	1.25%
1980	9.642.505	4.733.337	4.909.168	94.247	0.99%
1981	9.729.350	4.780.570	4.948.780	86.845	0.90%
1982	9.789.513	4.812.732	4.976.781	60.163	0.62%
1983	9.846.627	4.841.575	5.005.052	57.114	0.58%
1984	9.895.801	4.866.941	5.028.860	49.174	0.50%
1985	9.934.294	4.886.880	5.047.414	38.493	0.39%
1986	9.965.604	4.908.675	5.061.929	29.310	0.29%
1987	9.987.390	4.911.499	5.071.991	19.886	0.20%
1988	10.004.401	4.922.037	5.082.364	20.973	0.21%
1989	10.038.672	4.941.366	5.097.306	34.271	0.34%
1990	10.088.700	4.968.300	5.120.400	50.028	0.50%
1991	10.200.000	5.024.400	5.175.600	111.300	1.10%

1. Δειγματοληπτική επέκταση 25% των δελτίων της απογραφής.  
2. Δειγματοληπτική επέκταση 10% των δελτίων της απογραφής.  
\* Προσωπικά στοιχεία

1. 25% sample elaboration of the census questionnaires.  
2. 10% sample elaboration of the census questionnaires.  
\* Provisional data

### 4. Υπολογιζόμενος πληθυσμός, κατά φύλο και ομάδες ηλικιών Population estimates by sex and age groups

Ομάδες ηλικιών Age groups	Πληθυσμός στις 30 Ιουνίου 1990 Population on June 30, 1990			Πληθυσμός στις 30 Ιουνίου 1991 Population on June 30, 1991		
	Σύνολο Total	Άρσενες Males	Θήλειες Females	Σύνολο Total	Άρσενες Males	Θήλειες Females
Σύνολο — Total	10.088.700	4.968.300	5.120.400	10.200.000	5.024.400	5.175.600
0 - 4 ετών - years	534.300	275.600	258.700	524.700	270.200	254.500
5 - 9	660.800	341.500	319.300	634.900	328.200	306.700
10 - 14	716.700	370.600	346.100	721.200	372.500	348.700
15 - 19	704.800	363.300	341.500	703.900	363.900	340.000
20 - 24	777.700	403.600	374.100	782.100	404.700	377.400
25 - 29	736.000	380.200	355.800	759.800	390.400	369.400
30 - 34	710.100	353.300	356.800	732.900	368.200	364.700
35 - 39	672.600	341.600	331.000	694.700	353.900	340.800
40 - 44	667.800	332.900	334.900	668.200	333.600	334.600
45 - 49	567.500	274.600	292.900	595.500	291.900	303.600
50 - 54	650.900	309.700	341.200	628.600	295.800	332.800
55 - 59	668.500	317.300	351.200	675.800	322.600	353.200
60 - 64	605.200	286.900	318.300	623.100	294.900	328.200
65 - 69	436.700	202.600	234.100	458.400	212.000	246.400
70 - 74	346.200	150.800	195.400	347.500	151.400	196.100
75 - 79	318.200	135.600	182.600	315.400	134.800	180.600
80 - 84	196.900	82.800	114.100	205.200	86.700	118.500
85 ετών και άνω - years and over	117.800	45.400	72.400	126.300	48.700	77.600

Πίνακας 4: Κατανομή του πληθυσμού των λοιπών ευρωπαϊκών χωρών γύρω στο 1990-1991 κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες (%), δείκτες εξάρτησης και γήρανσης, αναλογιών αριθμός νέων 0-14 ετών σε 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών, ηλικιωμένων άνω των 65 ετών σε 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών και ηλικιωμένων 60-64 ετών σε 100 άτομα ηλικίας 15-19 ετών

ΧΩΡΕΣ	0-14	15-44	45-64	65+	Θήλες 15-44	$\frac{0-14}{15-64} \times 100$	$\frac{65+}{15-64} \times 100$	$\frac{0-14+>65}{15-64} \times 100$	$\frac{65+}{0-14} \times 100$	$\frac{60-64}{15-19} \times 100$
Αλβανία	32,8	47,6	14,3	5,3	22,9	53,0	8,6	61,6	16,2	26,4
Βουλγαρία	20,2	42,2	24,4	13,2	20,9	30,4	19,8	50,2	65,0	51,7
Πολωνία	24,9	45,3	19,6	10,2	22,4	38,4	15,7	54,1	40,8	63,3
Ρουμανία	23,7	43,4	22,6	10,3	21,4	36,0	15,6	51,5	43,3	63,9
Πρώην ΕΣΣΔ	25,6	44,4	20,5	9,4	22,2	39,5	14,5	54,0	36,3	71,7
Γιουγκοσλαβία	23,0	44,8	22,9	9,3	21,9	33,9	13,7	47,6	40,4	66,3

Πηγή: COUNCIL OF EUROPE, op. cit.



Πίνακας 3: Κατανομή του πληθυσμού των χωρών μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες (%), δείκτες εξάρτησης και γήρανσης, αναλογιών αριθμός νέων 0-14 ετών σε 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών, ηλικιωμένων >65 ετών σε 100 άτομα ηλικίας 15-64 ετών και ηλικιωμένων 60-64 ετών σε 100 νέους 15-19 ετών ('90-'91)

ΧΩΡΕΣ	0-14	15-64	65+	65+	ΘΗΛΕΡ 15-64 ετών	0-14/15-64 x100	65/15-64 x100	Δείκτης εξάρτησης [0-14] + [65+] 15-64	Δείκτης γήρανσης 65-100 0-14	Δείκτης γήρανσης 60-64 15-19
Αυστρία	17,4	44,9	22,5	15,1	22,1	25,8	22,4	48,3	86,8	77,9
Βέλγιο	18,1	44,4	22,6	14,8	21,8	27,0	22,1	49,1	81,8	83,3
Κύπρος	26,0	45,3	18,6	10,1	22,3	40,8	15,8	56,6	35,8	53,9
Τσεχοσλοβακία	22,5	44,8	20,9	11,8	22,1	34,2	18,0	52,2	52,6	59,1
Δανία	17,0	44,8	22,6	15,6	21,9	25,2	23,1	48,3	91,8	66,3
Φιλανδία	19,3	45,1	22,2	13,5	22,0	28,7	20,0	48,7	69,8	83,9
Γαλλία	20,0	45,0	20,8	14,2	22,3	30,4	21,6	52,1	71,1	69,8
ΟΔΓ	15,1	43,7	25,9	15,3	21,3	21,6	22,0	43,7	101,9	95,2
ΑΔΓ	19,5	42,1	25,2	13,3	20,5	29,0	19,7	48,7	68,1	84,4
Ελλάδα	19,2	42,3	24,6	13,9	20,8	25,6	20,8	49,4	72,8	83,6
Ουγγαρία	19,9	43,0	24,6	13,5	21,3	28,8	20,2	50,0	67,7	71,5
Ισλανδία	24,9	47,1	17,3	10,7	23,0	38,7	16,6	55,2	42,1	48,3
Ιρλανδία	27,4	43,8	17,4	11,3	21,6	44,8	18,5	63,3	41,8	40,1
Ιταλία	16,7	44,7	24,1	14,5	22,1	24,3	21,0	45,3	74,1	78,9
Λιχτενστάιν	19,4	51,0	19,6	10,0	25,7	27,4	14,2	41,6	71,7	48,1
Λουξεμβούργο	17,3	45,5	23,8	13,4	22,4	24,9	19,3	44,2	71,6	93,8
Μάλτα	23,3	45,8	20,3	10,5	22,5	35,3	15,9	51,2	45,1	55,6
Ολλανδία	18,2	48,1	20,8	12,9	23,5	28,5	18,7	45,2	71,6	64,7
Νορβηγία	19,0	45,0	19,7	16,3	21,9	29,3	25,2	54,5	78,7	62,8
Ποσπογαλία	20,9	44,5	21,4	13,1	22,3	31,7	19,9	51,6	27,6	60,8
Σαν Μαρίνο	16,4	47,0	23,0	13,6	23,8	23,4	19,4	42,9	87,8	71,5
Ισπανία	19,4	45,3	21,8	13,5	22,3	28,9	20,2	49,1	69,4	67,4
Σουηδία	18,0	41,9	22,8	17,8	20,4	28,1	27,7	55,7	88,1	72,2
Εσθονία	17,2	45,1	23,2	14,6	22,2	21,1	21,3	46,5	67,4	78,1
Τουρκία	35,8	46,6	13,4	4,2	23,5	59,7	7,0	64,7	11,1	25,2
Ην. Βασίλειο	19,0	43,9	21,5	15,6	21,7	29,0	23,9	52,9	72,1	73,5

Τέλος, στην τελευταία μεταπολεμική τεσσαρακονταετία (1951-1991) οι αλλαγές επιταχύνονται, η μετανάστευση και μετανάστευση παίζουν καθοριστικό ρόλο, ενώ η θνησιμότητα από επιβραδυντικός παράγοντας της γήρανσης αρχίζει να γίνεται προοδευτικά παράγοντας επιτάχυνσής της. Τα αποτελέσματα είναι εμφανή: υπερδιπλασιάζεται η αναλογία των ηλικιωμένων (από 6,8% σε 14,2%) και μειώνεται κατά 10 ποσοτικές μονάδες η αναλογία των νέων 0-14 ετών (28,8-18,4%). Ο δείκτης γήρανσης από 23 αυξάνεται σε 77, αναλογούν πλέον 21 ηλικιωμένοι σε 100 άτομα των ηλικιών 14-65 (έναντι 10,5 το 1951), και 1,6 άτομα ηλικίας 0-14 ετών σε έναν ηλικιωμένο 60-64 ετών (3,5 το 1951). Θα παρατηρήσουμε ταυτόχρονα ότι ο δείκτης εξάρτησης συρρικνώνεται σημαντικά στο βαθμό που το ειδικό βάρος των νέων 0-14 ετών μειώνεται με ταχύτερους ρυθμούς από ότι αυξάνεται η αναλογία των άνω των 65 ετών (πίνακας 5).

**B2.** Ας εξετάσουμε όμως τώρα τη διαφορική γήρανση στην μεταπολεμική περίοδο, ανάλογα με το βαθμό αστικοποίησης και' αρχήν, αναλόγως των διοικητικών χωρικών εννοιτήτων σε δεύτερο επίπεδο. Θα υπενθυμίσουμε ότι τα στοιχεία της τελευταίας απογραφής δεν είναι διαθέσιμα και επομένως θα περιοριστούμε στην περίοδο 1951-1981.

### **B2a. Οι εξελίξεις, αναλόγως του βαθμού αστικοποίησης:**

Τα διαθέσιμα στοιχεία και δείκτες, αντικατοπτρίζουν τις διαφοροποιημένες θάψαντικά εξελίξεις (πίνακας 6). Οι προαναφερθέντες παράγοντες που συντελούν στη δημογραφική γήρανση οδηγούν στην επιβράδυνσή της στα αστικά κέντρα, στην επιτάχυνση των εξελίξεων στα ημιαστικά κέντρα και ακόμη περισσότερο στις αγροτικές περιοχές: οι τελευταίες έχουν 17 ηλικιωμένους επί 100 ατόμων το 1981 (έναντι 10 στις αστικές το ίδιο έτος), ενώ το 1951 η διαφορά ήταν ελάχιστη (7% έναντι 6%). Επόμενο είναι και ο δείκτης γήρανσης (διάγραμμα 2) να υπερδιπλασιασθεί (22-76), ο δε δείκτης αντικατάστασης ελάχιστα μόνον να μειωθή στις αστικές (2,6-2,3), σημαντικά δε στις αγροτικές (3,6-1,3), ενώ οι πληθυσμιακές πυραμίδες να αλλάξουν ριζικά μορφή (διάγραμμα 3). Εάν δε εξετάσουμε τις διαφοροποιήσεις και στο εσωτερικό των τριών μεγάλων αυτών εννοιτήτων (αστικές περιοχές, ημιαστικές, αγροτικές) το 1981 (πίνακας 7), θα διαπιστώσουμε ακόμη μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις στο εσωτερικό των αγροτικών περιοχών: στους οικισμούς κάτω των 500 ατόμων, 1 στους 5 κατοίκους είναι άνω των 65 ετών, έναντι 1 στους 7 οικισμούς με 1.000 έως 2.000 κατοίκους και 1 στους 11 στο ΠΣ Θεσσαλονίκης.

### **B2b. Η γήρανση κατά γεωγραφικά διαμερίσματα**

Παρατηρώντας τον χάρτη της κατανομής των ποσοτιών ηλικιωμένων άνω των 65 ετών το 1961 (χάρτης 2), διαπιστώνουμε ήδη τις πρώτες σημαντικές διαφοροποιήσεις (B. Kayser, K. Thomson, B. Κούκης, 1964). Πελοπόννησος και νησιά διακρίνονται σαφώς των υπολοίπων περιοχών με αναλογία ηλικιωμένων που υπερβαίνει το 8,5%. Στην ομάδα αυτή ο πλέον "γηραιός" νομός είναι η Σάμος (16%), ο δε λιγότερο γηραιός τα Χανιά (8,8%). Αντιθέτως, το δυτικό τμήμα της κυρίως Ελλάδος δύναται να διαχωρισθεί σε δύο μεγάλες ομάδες: οι σε ανάπτυξη ευρισκόμενες περιοχές (Δυτ. Πειραιος, Αιτωλοακαρνανία, Θεσσαλία) έχουν χαμηλά ποσοστά ηλικιωμένων, ενώ οι ορεινοί νομοί μάλλον υψηλά (13% Φωκίδα, 7,7% Ιωάννινα).

Πίνακας 6: Δείκτης της εξελίξεως της κατά ηλικία συνθέσεως του πληθυσμού στις αστικές-αγροτικές περιοχές, 1951 & 1981

204

Ομάδες ηλικιών	Αστικές περιοχές		Ημιαστικές περιοχές		Αγροτικές περιοχές	
	1951	1981	1951	1981	1951	1981
ΣΥΝΟΛΟ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0-14	23.3	23.4	29.9	25.3	32.3	22.7
15-64	70.7	66.2	63.3	62.2	60.4	60.0
65 και άνω	6.0	10.4	6.8	12.5	7.3	17.3
Δείκτης εξάρτησης	41.4	51.1	58.0	60.8	65.6	66.7
Δείκτης γήρανσης	25.8	44.4	22.7	49.4	22.6	76.2
Δείκτης αντικατάστασης	2.6	2.3	3.4	2.0	3.6	1.3

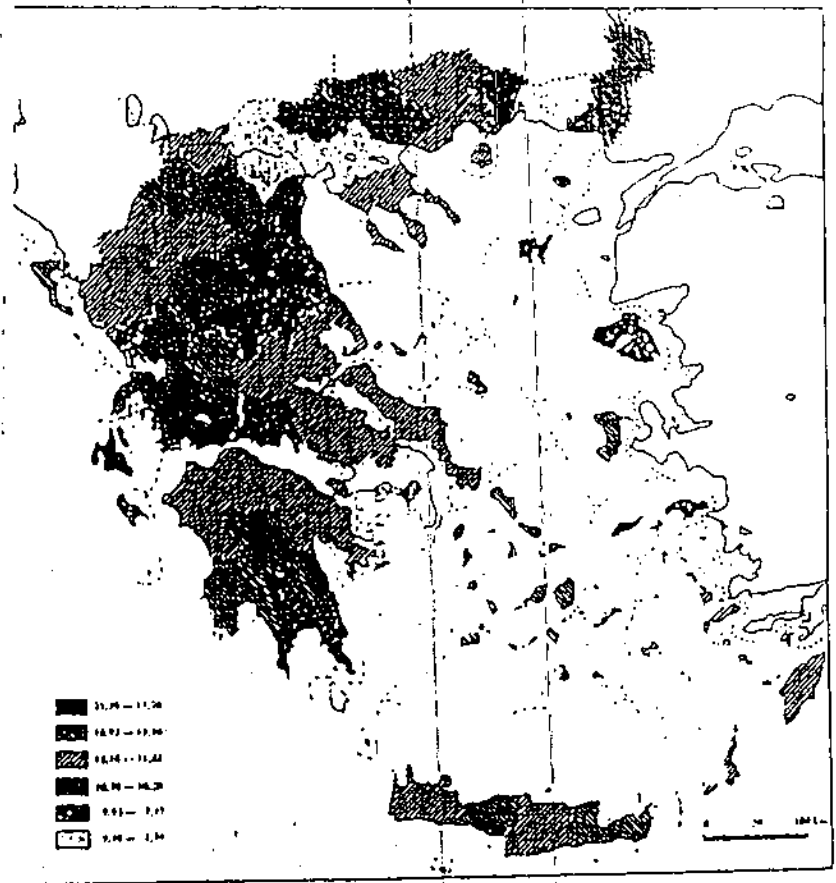
Πηγή: Γ. ΣΙΑΜΠΟΣ (1989)

Πίνακας 7: Σύνθεση του πληθυσμού της Ελλάδος κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών και κατά βαθμό αστικότητας των περιοχών, 1981

Ποσοστό στην Ελ. Οικ. Ομάδα	Πληθυσμός	ΚΑΤΑΝΟΜΗ				
		0-14	15-24	25-44	45-64	65+
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΟΣ	9.739.6	23,7	63,6	12,7	57,5	53,6
Πολυαστική Συγκρ. Αθηνών	3.027.6	22,1	67,1	10,8	49,3	48,9
Πολυαστική Συγκρ. Θεσσαλίας	705,5	23,3	67,3	9,3	48,4	39,9
Αστικές περιοχές	805,0	26,4	63,1	10,4	58,3	39,3
50.000 και άνω	553,3	25,8	64,6	9,8	55,1	37,9
30.000-49.999	562,7	26,3	63,0	10,7	58,7	40,7
10.000-29.999						
Ημιαστικές περιοχές						
5.000-9.999	355,3	25,6	62,8	11,7	59,3	45,8
2.000-4.999	781,4	25,6	61,6	12,9	62,5	51,3
1.000-1.999						
500-999	794,5	24,7	61,0	14,3	63,9	57,9
κάτω των 500	995,9	23,3	60,4	16,1	65,2	69,7
Αγροτικές περιοχές	1.155,5	21,6	55,2	20,2	71,8	93,6

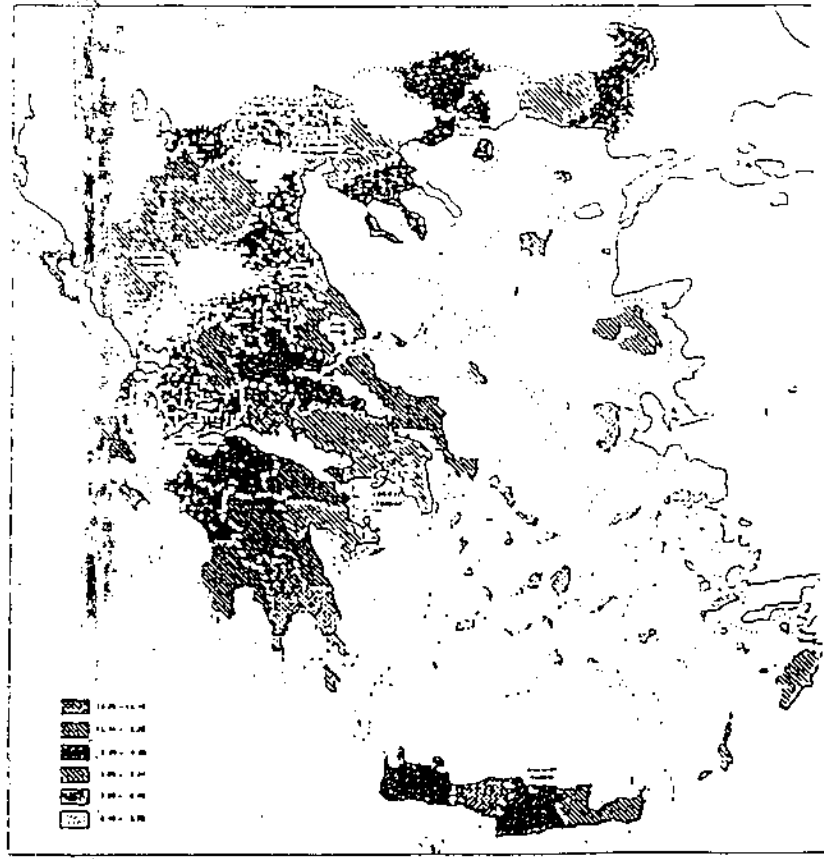
Πηγή: Γ. ΣΙΑΜΠΙΟΣ, op. cit.

Χάρτης 2: Ηλικιωμένοι (> 65 ετών) ως % επί του συνολικού πληθυσμού κατά νομό (1961)



Πηγή: Β. KAYSER, Κ. THOMSON, Β. ΚΟΥΚΗΣ (1964)

Χάρτης 3: Ηλικιωμένοι (> 65 ετών) ως % επί του συνολικού πληθυσμού κατά νομό (1971)



Πηγή: Χ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ (1979)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ΄**

**ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ**



νατολικών Γλωσσών στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης Κλεάνθης Νικολαΐδης, ή ποιήτρια Μαρίκα Πίτσια κι άλλοι πολλοί.

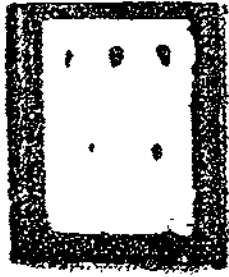
— ΕΓΝΙΑΣΤΕΣ παίζουν οι ήλιαχτίδες στα κλαδιά των πεύκων. Στο Γηροκομείο, ή παρουσία της λιακάδας είναι είλογια Θεού. Οι διάδρομοι γεμίζουν διακριτικές σεβάσιμες μορφές. Στα παγκάκια, στα καθίσματα του κυλικείου, σχηματίζονται οι πρώτες συντροφίες. Άνοιξιάτικα χαμόγελα φωτίζουν τα πρόσωπα.

Θυμάσαι, τότε...

Πρώτος και καλύτερος ο κύκλος των αναμνήσεων. Περασμένα κι άλησμόνητα. Ξωρινά και λιγμονημένα...

*Είπε γὰ μὲ πῆ τὸ παραμῦθι  
τὸ παλιό, πὸ ἀλησμονήθῃ,  
κι ἔσχεψε κι ἀναναήθῃ, σὰ γοιούλα,  
μ' ἄνθια σιτὴ μορφῆ, μὴλα σιτὴ σιτῆθῃ,  
ἑκατὸ χρονῶν παιδοῦλα  
κι ἄρχισε τὸ παραμῦθι...*

Μά δὲν εἶναι μόνο τὰ παλιά. Εἶναι καὶ τὰ σημερινά θέματα, ἀπὸ τὴ ζωὴ τοῦ Γηροκομείου. «Διάβασα χτές ἓνα βιβλίο...». Τὸ Ἴδρυμα δια-









## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΒΙΒΛΙΑ

1. *Αμηνά Άννα*: "Για να γεράσουμε όλοι καλύτερα", Εκδόσεις ΑΚΑΔΗΜΙΑ ΑΘΗΝΩΝ, Αθήνα 1986
2. *Καστενμπάουμ Ρόμπερτ* "Η τρίτη ηλικία", μετάφραση Ελένη Τζελέπογλου, εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός, Αθήνα, 1982
3. *Σιμόν ντε Μμποβουάρ* "Τα γηρατειά", Εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα 1970
4. *Δοντάς Αναστάσιος* "Η τρίτη Ηλικία, Προβλήματα και Δυνατότητες". Εκδόσης ΠΑΡΙΣΑΝΟΣ, Αθήνα 1982.
- ~~5. *Ζανπαστέντ* "Ο γήρας και ο ηλικιωμένος", Εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΗΣ, Αθήνα 1984.~~
6. *Δασκαλάκης Ιωάννης* "Γηροκομείο", Αθήνα 1980
7. *Παναγιώτης Π.* "Γήρας - Γνωριμία - Πρόβλημα - Θεραπεία". Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1979.
8. *Γεωργιάδη Έφη* "Κοινωνική Προστασία Ηλικιωμένων", Αθήνα 1982.
9. *Τζιμουράκης Αρ.* "Τα Γηρατειά και τα Προβλήματά τους", Εκδόσης ΛΑΣΚΑΡΙΔΗ, Θεσσαλονίκη 1987.
10. *Σταθόπουλος Πέτρος* "Κοινωνική Πρόνοια μία Γενική Θεώρηση", Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
11. *Τεπέρογλου Αφροδίτη* "Αξιολόγηση της προσφοράς των κέντρων Άνοιχτης Προστασίας Ηλικιωμένων" ΕΚΚΕ, Αθήνα 1990
12. *Φρήγκος Δ.* "Ο Γεροντικός Πληθυσμός της Ελλάδος" ΕΚΚΕ Αθήνα 1987

13. Μαλγαρινού Μαρία - Γκόλια Ειρήνη "Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα". Έκδοση 2η Ι.Ε.Α.Ν. "ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1988

#### ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ - ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

1. Ερμε Πουλοπούλου Ήρα "Η Δημογραφική γήρναση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα" περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 24, Αθήνα 1991

2. Κων/νος Πετρίδης "Τρόποι βελτίωσης της διανομής σε κλειστές μονάδες περίθαλψης", Περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 24, Αθήνα 1991

3. Παπαϊωάννου Καλλιόπη "Ψυχοκοινωνική διάγνωση και εξατομικευμένη προληπτική θεραπευτικής παρέμβασης", περιόδ. Κοινωνική Εργασία, τεύχος 24, Αθήνα 1991.

④ Σταθόπουλος Πέτρος "Κακοποίηση ηλικιωμένων", περιοδικό Εκλογή, Δεκέμβριος 1982

⑤ Λημναίου Ναυσικά "Ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, μέτρα προστασίας και υποστήριξής τους σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών", Περιοδικό Εκλογή, Απρίλιος 1982.

6. Τζωρτζοπούλου Μ. "Ηλικιωμένος και Οικογένεια, Διακπλεκόμενοι Ρόλοι", Περιοδικό Εκλογή Σεπτέμβριος 1993.

① Βάγια Χριστίνα, Κρεμαλής Κων/νος "Ανθρώπινα και Κοινωνικά Δικαιώματα των ηλικιωμένων: Κίνδυνος παραβίασης και προστασίας", Περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 24, Αθήνα 1991

- ⑧ Τριανταφύλλου Τζούντη, Μεσθεναίου Λιζ. "Συστήματα παροχής υπηρεσιών - Πρόνοιας για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα", Περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 24 Αθήνα 1991.
- ⑨ Κοτζαμάνης Βύρων "Δημογραφική Γήρανση στην Μεταπολεμική Ελλάδα", Περιοδικό Κοινωνική Εργασία, τεύχος 32, Αθήνα 1993
10. Χριστοδούλου Κώστας "Η Βρετανική Κοινωνική Πολιτική και η Τρίτη Ηλικία", Περ. Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 32, Αθήνα 1993
11. Ηλιοπούλου Ευ., Βεζυράκης Δ., Πουλικάκος Λ. "Η Τρίτη Ηλικία, Κοινωνικό-Ιατρικές παράμετροι", Περ. Κοινωνικής Εργασία, τεύχος 32, Αθήνα 1993
- ~~⑩ Δοντάς Αν. Σάμος Βύρων Τεπερόγλου Α. "Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος", περ. Εκλογή, Δεκέμβριος 1982~~
13. Σταθόπουλος Πέτρος "Κέντρο Εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων", περιοδ. Εκλογή, Δεκέμβριο 1982
14. Σώκου Πάνου "Ελλάς γερνάς", Ελευθεροτυπία 9/11/91 σελ. 24
15. Δέδε Μαρία "Τι αλλάζει στις Ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων", Ελευθεροτυπία 10/5/96 σελ. 45
16. Κεμανετζή Στ. "Προσεχής χάρη συνταξιούχων", Έθνος 29/11/1996
17. Καβατζή Μαρία "Κοινωνική Εργασία με οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με άτομα ηλικιωμένα και άρρωστα" Περ. Κοινωνική Εργασία τεύχος 24, Αθήνα 1991
18. Τεπερόγλου Αφροδίτη "Η ηλικιωμένη γυναίκα στην Ελλάδα- Μία Κοινωνιολογική προσέγγιση", Περ. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, αρ. 75 ΕΚΚΕ Αθήνα 1989.1

19. Καβατζή Μαρία "Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού", Πρακτική Γ' Πανελληνίου συνεδρίου Κοινωνικών Λειτουργών, Αθήνα 1987.
20. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ) "Μηνιαίο Στατιστικό Δελτίο", Φεβρουάριος 1993
- 
21. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τεύχος πρώτο Αρ. Φύλλου 293 12/10/95, τεύχος δεύτερο, Αρ. φύλλου 833 11/9/96
22. Κέντρο προγραμματισμού και οικονομικών ερευνών "Εκθέσεις 7 για το Πρόγραμμα 1998-1992 - Κοινωνική πρόνοια", Αθήνα 1989
- ~~23. Blank Maria~~ "Πρόσφατα ευρήματα από έρευνες επί της πρακτικής της Κοινωνικής Εργασίας με τους Ηλικιωμένους", περιοδικό Εκλογή Δεκέμβριο 1974 (σημειώσεις)
- ~~24. Cohen Margery~~ "Εναλλακτικές λύσεις στην ιδρυματική Φροντίδα υπερηλικών", περιοδ. Εκλογή Δεκέμβριος 1974
25. Κουράκου Νίκου "Η μοναξιά αργός θάνατος για την 3η ηλικία" 1/10/97, σελίς 29
26. Μαρία Καβατζά "3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικών Λειτουργών", Αθήνα 1987.

