

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

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»**

**ΖΗΡΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
ΑΓΑΛΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗΣ: Ψυχογιού Αθηνά  
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Τελώνη Δώρα**

**ΠΑΤΡΑ, 2015**

## **ELDERLY: WELFARE POLICY**



## Πίνακας Περιεχομένων

<b><u>Ευχαριστίες</u></b>	<b>6</b>
<b><u>Περίληψη πτυχιακής εργασίας</u></b>	<b>7</b>
<b><u>ABSTRACT</u></b>	<b>8</b>
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</u></b>	
<b><u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u></b>	<b>9</b>
1.1 Το Πρόβλημα	10
1.2 Σκοπός- Αναγκαιότητα μελέτης	11
1.3 Ορισμοί εννοιών	12
1.4 Αρκτικόλεξα	14
1.5 Ιστορική ανασκόπηση - Κοινωνική Πρόνοια στην Ελλάδα	15
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</u></b>	
<b><u>ΓΗΡΑΝΣΗ</u></b>	
2.1 Ορισμός της Τρίτης Ηλικίας και χαρακτηριστικά	17
2.2 Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της Τρίτης Ηλικίας	22
2.3 Οι θεωρίες του γήρατος	27
2.4 Παγκόσμια και ελληνικά δημογραφικά δεδομένα (συνοπτικά)	30
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο</u></b>	
<b><u>ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ</u></b>	
3.1 Εισαγωγικά	35
3.2 Το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα	36
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο</u></b>	
<b><u>ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ</u></b>	
4.1 Η Θεωρία του Maslow (Μάσλοου)	38
4.2 Ατομική υγιεινή	41
4.3 Ανάγκες επιβίωσης	43
4.4 Ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες	45
4.5 Οικονομικές ανάγκες	48
4.6 Ιατροφαρμακευτικές ανάγκες	49
4.7 Ανάγκη για κοινωνική πρόνοια	50

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

<u>5.1 Εισαγωγή</u>	<u>51</u>
<u>5.2 Σκοποί της Πολιτικής για τους Ηλικιωμένους</u>	<u>52</u>
<u>5.3 Μέτρα Προστασίας, Φορείς Προγραμμάτων και Προϋποθέσεις Επιλεξιμότητας Δικαιούχων</u>	<u>53</u>
<u>5.3.1 Εξωιδρυματική Περίθαλψη</u>	<u>55</u>
<u>5.3.2 Η εξωιδρυματική περίθαλψη: ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων)</u>	<u>57</u>
<u>5.3.2.1 Η εξωιδρυματική περίθαλψη: ο θεσμός των Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων)</u>	<u>60</u>
<u>5.3.2.2 Οι Λέσχες Φιλίας</u>	<u>62</u>
<u>5.3.2.3 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»</u>	<u>64</u>
<u>5.3.3 Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας, υλοποιούμενα από άλλους φορείς</u>	<u>67</u>
<u>5.3.3.1 Ιδρυματική Περίθαλψη</u>	<u>69</u>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

<b><u>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ</u></b>	<b><u>72</u></b>
<b><u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u></b>	<b><u>76</u></b>
<b><u>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u></b>	<b><u>79</u></b>
<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u></b>	<b><u>80</u></b>
<b><u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u></b>	<b><u>87</u></b>

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Κ' Τελώνη Δώρα Υπεύθυνη Καθηγήτρια της πτυχιακής για την βοήθεια και την καθοδήγηση που μας παρείχε μέσα από τις γνώσεις και την εμπειρία της, καθώς επίσης και την Κ' Ψυχογιού Αθηνά μετέπειτα Εποπτεύουσα Καθηγήτρια της πτυχιακής, όπου μέσα από τις παρατηρήσεις και τις υποδείξεις της συνέβαλε στην βελτίωση της εργασίας.

## Περίληψη

Το αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής είναι η κοινωνική πρόνοια και η φροντίδα στην Τρίτη Ηλικία.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται συνοπτικά οι επιπτώσεις των δημογραφικών αλλαγών στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας, ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας καθώς επίσης και οι ορισμοί εννοιών. Στο ίδιο κεφάλαιο γίνεται επίσης και μία ιστορική ανασκόπηση της Κοινωνικής Πρόνοιας στην Ελλάδα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθενται ο ορισμός της Τρίτης Ηλικίας και αναγράφονται τα βασικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων. Επίσης αναφέρονται οι βασικές θεωρίες του γήρατος και παρουσιάζονται συνοπτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά Παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο διεθνές δίκαιο και τα ανθρώπινα δικαιώματα και στην προσπάθεια για την δημιουργία ενός νομικού πλαισίου για την προστασία ευπαθών ομάδων συμπεριλαμβανομένου και των ηλικιωμένων.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι το θέμα που αναλύεται στο τέταρτο κεφάλαιο και ποίο συγκεκριμένα για τις ανάγκες της ατομικής υγιεινής, τις ανάγκες της επιβίωσης, τις ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες, τις οικονομικές ανάγκες, και τις ανάγκες για ιατρική περίθαλψη και πρόνοια.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται κάποια βασικά προγράμματα και ιδρύματα για την προστασία των ηλικιωμένων, όταν αυτοί δεν μπορούν να στηριχτούν από το οικογενειακό περιβάλλον.

Στο έκτο κεφάλαιο αναλύονται τα καθήκοντα ενός κοινωνικού λειτουργού απέναντι στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Στο τελευταίο μέρος της εργασίας εξάγονται τα συμπεράσματα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και παρατίθενται προτάσεις για την άσκηση πολιτικής ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των ηλικιωμένων.

## Abstract

The object of this work is the social assistance and care in third age.

In the first chapter summarises the impact of demographic changes in the area of social welfare, the purpose of this paper as well as the definitions of concepts. In the same chapter also become a historical overview of social assistance in Greece.

The second chapter presents the definition of the elderly and listed the key features of the elderly. Also listed the basic theories of old age and summarise the demographics Globally but also in Greece.

In the third chapter become reference in international law and human rights and in efforts to create a legal framework for the protection of vulnerable groups including the elderly.

The needs of the elderly is a topic that is discussed in chapter 4 and which specifically for the needs of personal hygiene, survival needs, the psycho-emotional needs, financial needs, and the needs for health care and welfare.

In the fifth chapter introduces some basic programs and institutions for the protection of the elderly when they cannot be supported by the family environment.

In the sixth chapter analyzed the duties of a social worker towards people of the third age.

In the last part of paper extracted findings from the literature review of the topic and set out policy proposals in order to meet the needs of the elderly.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής αποτελεί πλέον μία σημαντική παράμετρο στη διαμόρφωση τόσο της πολιτικής όσο και της καθημερινής ζωής στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε αυτό οδήγησαν οι καλύτερες όσο και αμφισβητούμενες συνθήκες διαβίωσης των ατόμων σε συνδυασμό, φυσικά, με την πρόοδο της επιστήμης η οποία, μεταξύ άλλων, παρέχει καινούριες θεραπείες, καθιστώντας ασθένειες μέχρι πρότινος θανατηφόρες ιάσιμες, την ίδια στιγμή που παρατείνει τη ζωή ατόμων, επιτρέποντάς τους να ζουν καλύτερα, όταν πληγούν από αθεράπευτες ασθένειες.

Η νέα αυτή πραγματικότητα, η οποία ολοένα και ενισχύεται τις τελευταίες δεκαετίες προκαλεί όλο και περισσότερο την ανάγκη για τη δημιουργία κατάλληλων υποδομών οι οποίες θα βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων ατόμων, ενισχύοντας το κοινωνικό πρόσωπο του κράτους και, παράλληλα, προφυλάσσοντας τους πολίτες από την περιθωριοποίηση που συχνά στιγματίζει άτομα της Τρίτης Ηλικίας. Εξάλλου, ιδιαίτερα στην Ελλάδα το θέμα της Τρίτης Ηλικίας είναι ιδιαίτερα οξύ είτε αφορά τα συνταξιοδοτικά προγράμματα των εκάστοτε ασφαλιστικών ταμείων είτε πρόκειται για πρακτικά ζητήματα καθημερινής φύσης, όπως η φαρμακευτική περίθαλψη, η φροντίδα ή ακόμη η στέγαση και η σίτιση.

Στην παρούσα εργασία μελετώνται τα χαρακτηριστικά της Τρίτης Ηλικίας σε συνδυασμό με τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ατόμων που βρίσκονται στην ηλικία αυτή. Στη συνέχεια, παρατίθεται μια μελέτη που αφορά στα προγράμματα κοινωνικής προστασίας που υφίστανται στην Ελλάδα και λίγο πριν το τέλος εστιάζεται η προσοχή στο σημαντικότερο θέμα του κοινωνικού λειτουργού, καθώς ο ρόλος του κρίνεται καθοριστικής σημασίας. Όλα αυτά στα πλαίσια και στην έκταση που επιτρέπει μία πτυχιακή εργασία.

## 1.1 Το Πρόβλημα

Οι δημογραφικές αλλαγές που παρατηρούνται στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρωπαϊκή Ένωση εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα κάνει επιτακτική την ανάγκη μεταρρυθμίσεων στον τομέα άσκησης κοινωνικής πολιτικής και στην λειτουργία του Κράτους Πρόνοιας.

Οι δημογραφικές αυτές αλλαγές είχαν τις ακόλουθες επιπτώσεις στον τομέα της κοινωνικής προστασίας:

- Αύξηση της ζήτησης για εξωιδρυματική και ιδρυματική φροντίδα για τα ηλικιωμένα άτομα
- Επιβάρυνση του συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης
- Αύξηση στις δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης

Επίσης αναδειχτήκαν οι ελλείψεις και οι αδυναμίες που υπάρχουν στο κομμάτι της Πρόνοιας για τα ηλικιωμένα άτομα και πιο συγκεκριμένα:

- Το ανεπαρκές υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών υγείας
- Η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο
- Η περιορισμένη πρόσβαση των ηλικιωμένων ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια σε υπηρεσίες υγείας
- Η Στέγαση

## 1.2 Σκοπός – Αναγκαιότητα μελέτης

Σκοπός-Αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση μιας σειράς θεμάτων που έχουν να κάνουν με την Τρίτη Ηλικία, όπως οι ανάγκες και τα δικαιώματα της συγκεκριμένης Κοινωνικής ομάδας καθώς επίσης και η παρουσίαση της υφισταμένης Κρατικής Πρόνοιας. Επιπλέον διερευνώντας τα προγράμματα κοινωνικής Πρόνοιας που εφαρμόζονται στα πλαίσια της Κοινωνικής Πολιτικής θα παρουσιάσουμε και τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού σε αυτά.

### 1.3 Ορισμοί εννοιών

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

**Τρίτη Ηλικία:** Η τρίτη ηλικία είναι ένα από τα πέντε στάδια στον κύκλο της ανθρώπινης ζωής. Αρχίζει από το 65ο έτος ηλικίας του ατόμου και καλύπτει τα χρόνια της συνταξιοδότησης του (Μπαμπινιώτης, 2011).

**Τέταρτη Ηλικία:** Στην ομάδα των ατόμων της τέταρτης ηλικίας εντάσσονται τυπικά, τα άτομα από 75 ετών και άνω (Μπαμπινιώτης, 2011).

**Ανάγκες:** Η έννοια ανάγκη είναι για τον άνθρωπο το δυσάρεστο συναίσθημα της έλλειψης, το οποίο συνοδεύεται από την επιθυμία της εξάλειψής του. Για την ικανοποίηση των αναγκών, συνήθως απαιτείται η παραγωγή υλικών αντικειμένων και υπηρεσιών, τα λεγόμενα αγαθά. Ωστόσο, υπάρχουν και ανάγκες για τις οποίες δεν απαιτείται η χρησιμοποίηση αγαθών, όπως για παράδειγμα οι συναισθηματικές ανάγκες, η ανάγκη για κοινωνική αποδοχή, καταξίωση κ.λπ. <http://el.wikipedia.org>(πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

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

**Κράτος Κοινωνικής Πρόνοιας:** Υπάρχουν τρεις ερμηνείες για το κράτος κοινωνικής πρόνοιας. Ο πρώτος ορισμός αναφέρεται στην παροχή πρόνοιας από το κράτος. Σύμφωνα με έναν άλλον ορισμό η κοινωνική πρόνοια προσδιορίζει ένα ιδανικό πρότυπο στο οποίο το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη για την ευημερία των πολιτών. Τέλος, το κράτος πρόνοιας,

αναφέρεται την παροχή ενημερίας προς το σύνολο της κοινωνίας.  
<http://wikipedia.qwika.com>(πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

#### 1.4 Αρκτικόλεξα

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Κ.Α.Π.Η.: Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Κ.Η.Φ.Η.: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΝΠΔΔ: Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου

Κ.Ε.Α.: Κοινωνική Εργασία με Άτομα

Κ.Ε.Ο.: Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια

Κ.Ε.Κ.: Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα

WHO: World Health Organization

OECD: Organization for Economic Co-operation and Development

EU: European Union

UDHR: Universal Declaration of Human Rights

VIPAA: Vienna International Plan of Action on Aging

MIPAA: Madrid International Plan of Action on Aging

### 1.5 Ιστορική ανασκόπηση- Κοινωνική Πρόνοια στην Ελλάδα

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιάσουμε συνοπτικά την εξέλιξη της Κοινωνικής Πολιτικής και των Προγραμμάτων Πρόνοιας στην Ελλάδα από την ίδρυση του Ελληνικού Κράτους μέχρι και σήμερα.

Με την σύσταση του νεοελληνικού κράτους καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να επιλυθούν κοινωνικά προβλήματα που δημιούργησε ο απελευθερωτικός πόλεμος. Άμεσα διαμορφώνετε το νομικό και θεσμικό πλαίσιο για την λειτουργία δομών όπως νοσοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων και άλλων βοηθώντας με τον τρόπο αυτό στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προέκυψαν από τον απελευθερωτικό αγώνα. Ωστόσο η παρέμβαση του κράτους σε ότι έχει να κάνει με το Προνοιακό κομμάτι είναι περιορισμένη εξαιτίας των οικονομικών αδυναμιών. Κοινωνική Πρόνοια ασκούνταν ως επί το πλείστον μέσω της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και της Εκκλησίας. Όσον αφορά την συμβολή της Εκκλησίας στον τομέα της Κοινωνικής Πρόνοιας είναι πολύπλευρη βοηθώντας στην δημιουργία ιδρυμάτων και συνδράμοντας στην οικονομική ενίσχυση των απόρων μέσω των φιλανθρωπιών. (Σταθόπουλος, 2005).

Στην περίοδο Βασιλείας του Όθωνος γίνεται μια προσπάθεια αναδιοργάνωσης του κράτους. Η νομοθεσία της περιόδου εκείνης δίνει αυξημένες δραστηριότητες στους Δήμους για θέματα Κοινωνικής Πρόνοιας. Επίσης ιδρύονται Δημοτικά βρεφοκομεία και Νοσοκομεία καθώς και οργανώσεις όπως το ΠΑΤΡΙΩΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΣ Π.Ι.Κ.Π.Α (1914). Ωστόσο το κύριο βάρος της Κοινωνικής Πρόνοιας εξακολουθεί να έχει η Εκκλησία. (Σταθόπουλος, 2005).

Στα χρόνια που ακολουθούν από το 1918-1974 η χώρα έρχεται αντιμέτωπη με τρεις εθνικές τραγωδίες (κατάρρευση Μικρασιατικού μετώπου με αποτέλεσμα τον ξεριζωμό του Ιωνικού ελληνισμού, ο εμφύλιος αλληλοσπαραγμός με την λήξη του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου και την

εισβολή στην Κύπρο). Το κράτος μπροστά στα μεγάλα κοινωνικά προβλήματα που προκλήθηκαν από τους πολέμους παρεμβαίνει στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής και στην διάρθρωση ενός δικτύου κοινωνικών υπηρεσιών με την ταυτόχρονη εκπαίδευση των στελεχών πρόνοιας, ιδιαίτερα των Κοινωνικών Λειτουργών, Επισκεπτριών Υγείας και Νηπιαγωγών. (Σταθόπουλος, 2005).

Το 1974 με την εγκαθίδρυση της Δημοκρατίας στην Ελλάδα γίνεται προσπάθεια για την οικοδόμηση ενός Κράτους Δικαίου και Κοινωνικής Προστασίας. Μέχρι το 1981 οι κυβερνήσεις της χώρας έδωσαν προτεραιότητα στην ανασυγκρότηση των ενόπλων δυνάμεων, αντιθέτως στον τομέα της Κοινωνικής Πολιτικής δεν δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή. Από το 1981 και έπειτα έχουμε την θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ με στόχο την δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του πληθυσμού, μεταρρυθμίσεις και αλλαγές στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και την κάλυψη των στεγαστικών αναγκών του πληθυσμού. (Σταθόπουλος, 2005).

Κλείνοντας από το 2006 και έπειτα εξαιτίας της οικονομικής κρίσης έχουμε αλλαγή της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας ακολουθώντας τις διεθνείς τάσεις για «λιγότερο κράτος» με αλλαγές στο Ε.Σ.Υ προσανατολισμένες στην κατεύθυνση των ιδιωτικοποιήσεων στο χώρο της υγείας και με ριζικές αλλαγές όσον αφορά το ασφαλιστικό σύστημα υπό τον φόβο της κατάρρευσης των ασφαλιστικών ταμείων.



## Κεφάλαιο 2ο - Γήρανση

### 2.1 Ορισμός της Τρίτης Ηλικίας και χαρακτηριστικά

Ήδη από τα τέλη του 20ού και, φυσικά, στις αρχές του 21ου αιώνα τον οποίο διανύουμε αποτελεί κοινό θέμα συζήτησης ανάμεσα σε απλούς ανθρώπους αλλά και την ίδια στιγμή σημείο επικέντρωσης του επιστημονικού ενδιαφέροντος το θέμα της Τρίτης Ηλικίας, διότι αφενός είναι ένα πολυσχιδές ζήτημα το οποίο για να προσδιοριστεί φαίνεται να πρέπει να συνεξεταστούν πολλές και ταυτόχρονα τόσο διαφορετικές παράμετροι και αφετέρου λόγω του γεγονότος ότι όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού φαίνεται να υπάγεται στην κατηγορία αυτή που χονδροειδώς ονομάστηκε Τρίτη Ηλικία.

Αρχικά, κρίνεται σκόπιμο να εξεταστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ηλικίας, τα οποία δεν αφορούν μόνο τον προφανή χρονικό της χαρακτηρισμό αλλά και τα υπόλοιπα στοιχεία που συναποτελούν την Τρίτη Ηλικία ή ακόμη και τα επόμενα στάδια της ζωής του ατόμου μέχρι το θάνατο. «Γήρας ονομάζεται η περίοδος της ζωής που ακολουθεί την ώριμη ηλικία και προηγείται του φυσικού θανάτου. Στις προηγμένες χώρες, θεωρείται ότι το γήρας ξεκινάει στα 60 χρόνια, ηλικία στην οποία αρχίζει συνήθως η παροχή σύνταξης ή η αποχώρηση από την ενεργό επαγγελματική ζωή. Σήμερα ο άνθρωπος, χάρη στις προόδους της επιστήμης, ζει πολύ περισσότερο απ' ότι στο παρελθόν» [Το 1982 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) όρισε το 60ό έτος ηλικίας ως έναρξη της Τρίτης Ηλικίας.]. Εξάλλου, το γεγονός ότι η Τρίτη Ηλικία συνδέεται άμεσα με τη συνταξιοδότηση και στην ουσία την αποχώρηση του ατόμου από τις παραγωγικές τάξεις, τουλάχιστον με την έννοια που βίωνε την έννοια της παραγωγής μέχρι εκείνη τη χρονική στιγμή, καθορίζουν τη μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου, λόγω του ότι θεωρεί, ενδεχομένως, ότι δεν έχει πλέον το ίδιο χρονικό περιθώριο για να ολοκληρώσει όσα δεν έχει

προλάβει μέχρι εκείνη τη στιγμή, γεγονός που όσο κι αν φαίνεται μακάβριο, ωστόσο αποτελεί μια ωμή αλήθεια.

Αξιοποιώντας συμπληρωματικούς ορισμούς που έχουν προταθεί από σχετικούς επιστήμονες, θα μπορούσαμε να προσθέσουμε ότι η γήρανση είναι μια σύνθετη διαδικασία που σχετίζεται με μη αναστρέψιμες κυτταρικές μεταβολές, οι οποίες εμφανίζονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, ωστόσο ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας διαφέρει από άτομο σε άτομο (Παπάνης, 2007), γεγονός που καθιστά δύσκολη την ακριβή περιγραφή της γήρανσης (Δαρβαβέσης, 1999). Επιπρόσθετα, καλό είναι να προστεθεί ότι κατά την Τρίτη Ηλικία παρατηρείται η κάμψη των διαφόρων λειτουργιών με διαφορετικό ρυθμό για κάθε άτομο ενώ, παράλληλα, δεν είναι εύκολο να εντοπιστεί πάντοτε ο επιζητούμενος παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώτικων φαινομένων, ο οποίος θα εξυπηρετούσε, ενδεχομένως, και την περιγραφή των φαινομένων εναργέστερα. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια να καθοριστεί με ακρίβεια το χρονικό σημείο από το οποίο ξεκινούν οι μεταβολές που προκαλούνται από τη γήρανση.

Εξάλλου, δεν θα ήταν υπερβολή να ειπωθεί ότι «όλα τα άτομα εμφανίζουν κάμψη των διαφόρων λειτουργιών, αλλά σε διαφορετική στιγμή το καθένα, 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 νωρίς, ίσως από το 30ό έτος της ηλικίας του ατόμου και συνεχίζεται σ' όλη την διάρκεια της ζωής του. Άλλοι μελετητές υποστηρίζουν ότι η κάμψη των λειτουργιών του οργανισμού του ατόμου αρχίζει από την γέννηση ή και από την ενδομήτριο ζωή ακόμη» (Μαλγαρινού και Γούλια, 1986). Οι βιολογικές αυτές μεταβολές μπορούν ευκολότερα να ανιχνευτούν στις περισσότερες περιπτώσεις ηλικιωμένων ανθρώπων και είναι ιδιαίτερα συχνές και αναμενόμενες ενίοτε, αφορώντας ελάττωση της μυϊκής δύναμης, αλλοιώσεις στην οπτική και ακουστική λειτουργία καθώς και στους πνεύμονες και στην καρδιά. Οι μεταβολές αυτές, όσο και αν δεν είναι από μόνες τους ιδιαίτερα βαρίες, ωστόσο επιδρούν αθροιστικά στον ανθρώπινο

οργανισμό προκαλώντας προβλήματα, μεταξύ των οποίων είναι και η μείωση της ζωτικότητας των ατόμων, καθώς παρατηρείται παράλληλα και η υπολειτουργία οργάνων όπως οι πνεύμονες, η καρδιά ή ακόμη και τα χέρια ή τα πόδια (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999).

Φυσικά, η βιολογική διάσταση της γήρανσης δεν αφήνει ανεπηρέαστη την πνευματική ακεραιότητα του ατόμου καθώς οι αλλαγές οι οποίες επισυμβαίνουν στον ψυχολογικό τομέα επιδρούν στην νόηση, το συναίσθημα και τη λογική. Κάποιες φορές, ωστόσο, το άτομο κατορθώνει να αξιοποιεί στο έπακρο την πείρα που έχει σταχυολογήσει κατά τη διάρκεια της ζωής του και να κατορθώνει να αναμετράται και να νικά ή έστω να περιορίζει τις συνέπειες πνευματικής και ψυχολογικής του αλλοίωσης. Οι ψυχολογικές θεωρίες, που διατυπώνονται, κάνουν λόγο για κάμψη της ψυχολογικής ευημερίας και της ικανότητας προσαρμογής του ατόμου καθώς οι ηλικιωμένοι εισέρχονται στην τελευταία φάση της ζωής τους. Οι επιπτώσεις των παραπάνω επηρεάζουν τη μαθησιακή ικανότητα, τη μνήμη και πολλαπλασιάζουν την επιθετικότητα και τον εγωισμό του ατόμου, συνιστώσες που μπορούν να οδηγήσουν το άτομο ακόμη και στην περιθωριοποίηση ελλείψει προσαρμοστικότητας. Η τάση αυτή καθιστά τα γηρατειά πρωτίστως κοινωνικό και δευτερευόντως βιολογικό συνδυασμό φαινομένων, που σαφώς επηρεάζονται από τα κοινωνικά δεδομένα και ενδέχεται να οδηγήσει το άτομο στον εγκλεισμό σε κάποιο ανάλογο ίδρυμα, όπως θα καταδειχθεί και στη συνέχεια.

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflick είναι οι εξής (Τσακρακλίδης, 2007):

- η κληρονομικότητα
- το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
- η ψυχοσύνθεση του ατόμου
- η υγιεινή διαβίωση.

Επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις παρακάτω διαπιστώσεις:

α. η διαδικασία γήρανσης ξεκινά από τη γέννηση ενδεχομένως και ακόμη νωρίτερα και είναι μια διαδικασία που αφορά βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

β. εντοπίζονται μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος διαφέρει από άτομο σε άτομο καθώς τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια.

γ. οι αλλαγές που παρατηρούνται ανάμεσα στα άτομα λειτουργούν αθροιστικά, οπότε αυξάνονται όσο προχωρά η ηλικία.

δ. το όριο διαχωρισμού της μέσης ηλικίας από την ηλικία των γηρατειών δεν μπορεί να καθοριστεί αντικειμενικά.

ε. τα όρια συνταξιοδότησης δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις ιδιαιτερότητες των ατόμων και είναι, συχνά, καθηλωτικά και αποκαρδιωτικά για τη μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999).

Ακόμη, αξίζει να γίνει λόγος για τις βασικότερες οπτικές γωνίες βάσει των οποίων εξετάζεται η ηλικία ενός ατόμου, σύμφωνα με τη μελέτη της Έμκε - Πουλοπούλου που κυκλοφόρησε το 1999. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999), λοιπόν, σημαντικές παράμετροι στη μελέτη του γήρατος αποτελούν:

- **η βιολογική ηλικία:** παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ανάλογα με το άτομο και την εποχή του. Επίσης, αφορά τη μορφολογική εμφάνιση και τον τρόπο που λειτουργούν τα όργανα και τα συστήματα του ατόμου.
- **η χρονολογική ηλικία:** μετριέται με βάση τα έτη που περνούν από τη στιγμή γέννησης του ατόμου και μπορεί να μετρηθεί με βάση το γνωστό μετρικό σύστημα του χρόνου σε δευτερόλεπτα, λεπτά, ώρες κ.ο.κ. Πρόκειται, ίσως, για το σύστημα εκείνο με τη μεγαλύτερη ακρίβεια στην προσέγγιση των αριθμητικών του τιμών, λόγω τις αντικειμενικότητάς του, ωστόσο δεν μπορούμε να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα από την χρονολογική ηλικία κάποιου για την κατάσταση της υγείας του.
- **η ψυχολογική ηλικία:** εξαρτάται από την ικανότητα των ατόμων να προσαρμοστούν στο περιβάλλον που εντάσσονται. Το σημαντικότερο,

ίσως, σημείο της ψυχολογικής ηλικίας είναι οι επιπτώσεις που εντοπίζονται στο κοινωνικό σύνολο.

- **η κοινωνική ηλικία:** σχετίζεται με τις κοινωνικές συνήθειες και τους ρόλους των ατόμων στην ομάδα και την κοινωνία στην οποία εντάσσονται. Η κοινωνική ηλικία ενός ατόμου συναρτάται με την χρονολογική, βιολογική και ψυχολογική ηλικία αλλά δεν καθορίζεται ολοκληρωτικά από αυτές.

## 2.2 Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού Τρίτης Ηλικίας

Σύμφωνα με την Κωσταρίδου – Ευκλείδη (1999), τρεις είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων:

πρώτον: η μόρφωση των ατόμων

δεύτερον το εισόδημά τους και

τρίτον: η σωματική και η ψυχική τους υγεία.

Αν αυτοί οι παράγοντες βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο, τότε το ηλικιωμένο άτομο βιώνει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Η Τρίτη Ηλικία χαρακτηρίζεται από τις μεταβολές που υφίσταται το άτομο τόσο στη βιολογική του όσο και στην ψυχική του υπόσταση, καθώς συνδέεται με μια σειρά κυτταρικών μεταβολών σε διάφορα μέρη του σώματος προκαλώντας έναν περιορισμό στην λειτουργική ικανότητα και προσαρμοστικότητα του οργανισμού, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω.

Όσον αφορά τις μεταβολές στον βιολογικό τομέα οι θεωρητικοί έχουν ενστερνιστεί την επίδραση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων. Οι κυτταρικές μεταλλάξεις μπορούν να συμπεριληφθούν στους ενδογενείς παράγοντες μαζί με τις αυτοάνοσες αντιδράσεις του οργανισμού και άλλες εγγενείς διεργασίες. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι βιολογικές αλλαγές εκδηλώνονται παρά τη διατήρηση της καλής υγείας του ατόμου και την κατά το δυνατόν αποφυγή των ασθενειών. Η παράμετρος των ασθενειών θεωρήθηκε πολύ σημαντική για την κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων των ηλικιωμένων, ήδη δεκαετίες πριν από τη δική μας περίοδο. Το γεγονός αυτό καταδεικνύεται στην εργασία του Griffin (1945), στην οποία μεταξύ άλλων γίνεται λόγος για τις ασθένειες που πλήττουν τους ηλικιωμένους καθώς επίσης και για το προσδόκιμο της ζωής, τους τελευταίους αιώνες, παρέχοντας σημαντικά στατιστικά δεδομένα για την κατανόηση της Τρίτης Ηλικίας, κυρίως αναφορικά με το βιολογικό παράγοντα της γήρανσης.

Οι βιολογικές αλλαγές που επέρχονται κατά την Τρίτη Ηλικία αφορούν όλα τα συστήματα του οργανισμού. Αρχικά, το δέρμα εμφανίζει ρυτίδες, τα μαλλιά λευκαίνουν, ενώ ο ρυθμός αύξησης των νυχιών μειώνεται. Ωστόσο, αλλαγές υπάρχουν στο ανοσολογικό σύστημα και το μυοσκελετικό σύστημα, σε κυτταρικό επίπεδο, στις αισθήσεις, στο ουροποιητικό σύστημα, στον εγκέφαλο, στο καρδιακό σύστημα, στο γαστρεντερικό, καθώς και στο ενδοκρινικό και αναπνευστικό σύστημα (Πλατή, 2000).

Οι εξωγενείς παράγοντες έχουν να κάνουν με τις περιβαλλοντικές επιδράσεις που δέχεται το άτομο όπως για παράδειγμα οι ασθένειες καθώς επίσης κι οι ιδιαίτερες συνθήκες κλιματολογικές και μη που επικρατούν στην περιοχή όπου ζει το άτομο (Πλατή, 2000).

Συγκεκριμένα, οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στο σώμα του ανθρώπου με το πέρασμα του χρόνου καθώς αυξάνεται η ηλικία του είναι οι εξής:

α. κυτταρικές μεταβολές: οι μεταβολές στις δομές του κυτταρικού DNA έχει ως επακόλουθο την αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης του και την αλλοίωση των χαρακτηριστικών (άσπρα μαλλιά, αύξηση βάρους, ρυτίδες κ.ά.).

β. μυοσκελετικές αλλαγές: εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων όπως μείωση της μυϊκής μάζας, εμφάνιση οστεοπόρωσης και φθορά των αρθρικών χόνδρων προκαλούν κινητικά προβλήματα στα ηλικιωμένα άτομα.

γ. ειδικές αισθήσεις: μείωση των αισθητηριακών ικανοτήτων όπως της όρασης και δυσκολία στην προσαρμοστικότητα στις εναλλαγές μεταξύ φωτός και σκοταδιού. Επίσης παρατηρείται μείωση της ακοής σε υψηλής συχνότητας ήχου. Τέλος, παρατηρείται εξασθένηση των αισθήσεων της γεύσης και της όσφρησης.

δ. Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: παρατηρείται μειωμένη οξυγόνωση και μειωμένη αιματική ροή.

ε. καρδιαγγειακό σύστημα: παρατηρείται μείωση της ελαστικότητας των καρδιακών βαλβίδων, αύξηση του ιστού του κολλαγόνου και αυξημένη τάση για αρρυθμίες εξαιτίας της ελάττωσης του οξυγόνου που φθάνει στους μύες.

στ. αναπνευστικό σύστημα: παρατηρείται μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού επιθηλίου και μείωση του αντανακλαστικού του βήχα με αποτέλεσμα να μειώνεται η ποσότητα του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται από τους πνεύμονες.

ζ. αναπαραγωγικό σύστημα: στις γυναίκες η μεταβατική περίοδος μέχρι την εμμηνόπαυση ονομάζεται κλιμακτήριος και συνδέεται με μεταβολές στην περίοδο και μείωση ορμονών. Υπάρχουν και στους άνδρες μεταβολές στην σεξουαλική λειτουργία που έχουν σχέση με την λειτουργία του προστάτη (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Εκτός, όμως, από τις βιολογικές μεταβολές εντοπίζονται μεταβολές και στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου:

α. επεξεργασία πληροφοριών: τα ηλικιωμένα άτομα αδυνατούν να επεξεργαστούν με ταχύτητα μεγάλο όγκο πληροφοριών, γεγονός που τα οδηγεί στην καθυστερημένη λήψη αποφάσεων.

β. μνήμη: δυσχέρεια στην ανάκληση της μνήμης

γ. νοημοσύνη: η νοημοσύνη διαφέρει από άτομο σε άτομο και είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων που έχουν να κάνουν με την ψυχική υγεία του ατόμου, τη μόρφωση και τις πολιτισμικές συνθήκες κάτω από τις οποίες έζησε (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται επιγραμματικά οι βασικές αλλαγές που παρατηρούνται στα συστήματα ενός ατόμου Τρίτης Ηλικίας:

Κυτταρικό επίπεδο	<ul style="list-style-type: none"><li>• Αλλαγές στις δομές του κυτταρικού DNA</li><li>• Αύξηση κολλαγόνου μεταξύ των κυττάρων</li><li>• Αλλαγές στον αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων</li></ul>
-------------------	--



Ανοσολογικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αύξηση της λειτουργίας των αυτοάνοσων κυττάρων</li> <li>• Αύξηση κινδύνου για λοιμώξεις</li> <li>• Μείωση των T λεμφοκυττάρων</li> <li>• Αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών κυττάρων</li> </ul>
Μυοσκελετικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μειώνεται το ύψος εξαιτίας της βράχυνσης της σπονδυλικής στήλης</li> <li>• Μειώνεται η μυϊκή μάζα</li> <li>• Αυξάνεται το βάθος της θωρακικής κοιλότητας</li> <li>• Αυξάνεται ο λιπώδης ιστός δημιουργώντας προβλήματα οστεοπόρωσης</li> <li>• Φθείρονται οι επιφάνειες των αρθρικών χόνδρων προκαλώντας προβλήματα οστεοαρθρίτιδας</li> </ul>
Ουροποιητικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>← Μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης</li> <li>← Μείωση της νεφρικής και αιματικής λειτουργίας</li> </ul>
Ειδικές αισθήσεις	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μειώνεται η όραση και οι φακοί των ματιών κιτρινίζουν</li> <li>• Μειώνεται η προσαρμοστικότητα στις εναλλαγές μεταξύ φωτός και σκοταδιού</li> <li>• Μειώνεται η οξύτητα των αισθήσεων της γεύσης, όσφρησης και αφής</li> <li>• Η προσαρμοστικότητα των μυών εξασθενεί</li> <li>• Μειώνεται η ακοή σε υψηλής συχνότητας ήχους</li> </ul>
Εγκέφαλος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μειωμένο βάρος κατά 17%</li> <li>• Μειωμένη οξυγόνωση</li> <li>• Μειωμένη αιματική ροή</li> <li>• Αυξημένος αιματοεγκεφαλικός φραγμός</li> </ul>
Καρδιαγγειακό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αύξηση μεγέθους και βάρους της καρδιάς</li> <li>• Μείωση ελαστικότητας καρδιακών βαλβίδων</li> <li>• Αύξηση κολλαγονικού ιστού</li> <li>• Αυξημένη τάση για αρρυθμίες</li> </ul>
Γαστρεντερικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση αιματικής ροής ήπατος</li> <li>• Μεταβολή απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα</li> </ul>
Ενδοκρινικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση επιπέδων οιστρογόνων στις γυναίκες</li> <li>• Μείωση επινεφριδικών ανδρογόνων</li> <li>• Μείωση παραγωγής τεστοστερόνης στους άνδρες</li> </ul>

Αναπνευστικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση του ανατακλαστικού του βήχα</li> <li>• Μείωση ζωτικής χωρητικότητας</li> <li>• Μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού επιθηλίου</li> </ul>
----------------------	---

Συμπληρωματικά σε όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, αξίζει να προστεθεί ότι ο ρόλος της οικογένειας θα μπορούσε να αναλυθεί σε τέσσερις παραμέτρους:

- αναπαραγωγή
- σεξουαλική πρόσβαση
- κοινωνικοποίηση για τα νεαρά κυρίως άτομα και
- οικονομική στήριξη (Bloom και Monro, 1972).

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι τα άτομα Τρίτης Ηλικίας που δεν ανήκουν σε οικογένεια τυπικής μορφής, ενδέχεται να στερούνται κάποια από αυτά τα χαρακτηριστικά ή και ακόμη και όλα τα στοιχεία εκείνα τα οποία πέρα από κάθε αμφιβολία είναι ιδιαίτερα ωφέλιμα για Τρίτη Ηλικία χαρακτηρίζεται από περιορισμένη σεξουαλική δραστηριότητα η οποία συχνά είναι μηδενική, αδυναμία για αναπαραγωγή και, φυσικά, ελλιπή κοινωνικοποίηση και οικονομική στήριξη, ανησυχητικά ελλιπή σε πολλές περιπτώσεις, που θέτει σε κίνδυνο την επιβίωσή του ηλικιωμένου, όπως αναφέρεται σε πολλά άλλα σημεία αυτής της εργασίας.

Οι παράμετροι αυτές, βέβαια, δεν επηρεάζουν σε καμία περίπτωση κατά τον ίδιο τρόπο όλα τα άτομα ακόμη και αν διανύουν την ίδια δεκαετία της ζωής τους και, όπως είναι αναμενόμενο, επηρεάζονται και αυτές με τη σειρά τους από μία σειρά άλλων παραγόντων όπως είναι η χηρεία, η απόκτηση ή μη τέκνων, η προσωπική εικόνα που έχει το άτομο για τον ίδιο του τον εαυτό, το περιβάλλον του κ.ά. (Bloom και Monro, 1972).

### 2.3 Οι θεωρίες του γήρατος

Έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες αναφορικά με το γήρας και τις γενεσιουργές του αιτίες. Παρακάτω συγκεντρώνονται οι επικρατέστερες από αυτές συνοπτικά (Βολίκας, 2004:

27 κ.ε.):

«Α. Η υπόθεση του Orgel ή η θεωρία του λάθους. Κατά τη θεωρία αυτή, η γήρανση είναι το αποτέλεσμα λαθών στη σύνθεση πρωτεϊνών, τόσο κατά τη φάση αντιγραφής (DNA - RNA) όσο και κατά τη φάση της μετάφρασης (RNA - πρωτεϊνών). Η πληροφορία που περιέχεται στο DNA θα μπορούσε να αλλοιωθεί από εξωγενείς παράγοντες, όπωςιονίζουσες ακτινοβολίες, χημικούς παράγοντες, μεταλλαξιογόνους παράγοντες, ελεύθερες ρίζες κ.λπ. Πολλά πειραματικά δεδομένα όμως δεν υποστηρίζουν την άποψη αυτή, δεδομένου ότι:

α. δεν υπάρχουν διαφορές στη σειρά των αμινοξέων στις ζωικές πρωτεΐνες μεταξύ νέων - γηρασμένων οργανισμών.

β. δεν αποδείχθηκε έλλειψη ή περίσσεια RNA στις προχωρημένες ηλικίες.

γ. τόσο η αντιγραφή όσο και η μετάφραση του DNA φαίνεται πως συνεχίζουν να είναι αποτελεσματικές ακόμα και σε προχωρημένες ηλικίες.

Β. Η θεωρία της επιδιόρθωσης του DNA: Κατά τη θεωρία αυτή, το DNA είναι δυνατόν να πάθει βλάβη από μία σειρά ενδογενών και εξωγενών παραγόντων. Τα κύτταρα διαθέτουν σειρά μηχανισμών για τη διόρθωση αυτών των βλαβών, προκειμένου να μην μετεγγραφούν στο RNA και να μεταδοθούν στις πρωτεΐνες. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, σε ορισμένα είδη θηλαστικών βρέθηκε θετική συσχέτιση της ικανότητας επιδιόρθωσης του DNA με τη μακροβιότητα. Αυτή η ικανότητα μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας οδηγώντας σε προοδευτική αύξηση του αριθμού των βλαβών - λαθών. Η υπόθεση αυτή δεν έχει ακόμα επιβεβαιωθεί, αν και βάσιμη και φαίνεται ότι εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο μελέτης.

Γ. Η θεωρία των διασταυρούμενων δεσμών: Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, γήρανση και ασθένειες σχετιζόμενες με την ηλικία, είναι αποτέλεσμα διασταυρούμενων δεσμών μεταξύ πρωτεϊνών και άλλων κυτταρικών μεγαλομορίων. Η θεωρία αυτή θα μπορούσε να ερμηνεύσει μερικά φαινόμενα που συνοδεύουν τη γήρανση, όπως για παράδειγμα τη γλυκοζυλίωση πρωτεϊνών. Ο διαδοχικός σχηματισμός διασταυρούμενων δεσμών θα μπορούσε να ευθύνεται για τη θόλωση του φακού του οφθαλμού και την ανάπτυξη καταρράκτη, ή για ανάλογο φαινόμενο ανάμεσα σε γλυκοζυλιωμένες ανοσοσφαιρίνες και πρωτεΐνες της βασικής μεμβράνης του σπειράματος.

Δ. Η θεωρία των ελεύθερων ριζών οξυγόνου (EPO): Οι ελεύθερες ρίζες οξυγόνου, που είναι μόρια, τμήματα μορίων ή άτομα, παράγονται κατά τον φυσιολογικό μεταβολισμό του οξυγόνου. Είναι εξαιρετικά δραστικές και εξυπηρετούν διάφορους ρόλους: μεταβολισμό λιπιδίων, κυτταρική αναπνοή, παραγωγή προσταγλαδινών και λευκοτριενίων, φαγοκυττάρωση, ανοσολογική απάντηση. Υπό κανονικές συνθήκες παράγονται σε μικρές ποσότητες από το οξυγόνο που φτάνει στα κύπαρα. Είναι λοιπόν χρήσιμες στη φυσιολογική ωρίμανση και διαφοροποίηση των κυττάρων. Δυνητικά, όμως, ως εξαιρετικά δραστικές μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές βλάβες στις κυτταρικές δομές, ιδίως αν υπερπαράγονται από πηγές είτε ενδογενείς (μιτοχόνδρια, ενδοπλασματικό δίκτυο, κυτταρόπλασμα, βιολογικές μεμβράνες, λευκοκύτταρα), είτε εξωγενείς (ιονίζουσα ακτινοβολία, φως, ατμοσφαιρικούς ρυπαντές)».

Μία άλλη ομάδα θεωριών, είναι οι γενετικές θεωρίες, ενώ παράλληλα εντοπίζονται προσπάθειες ερμηνείας του φαινομένου βάσει των ανοσολογικών και ενδοκρινικών αιτιών, που οδηγούν στο θάνατο του κυττάρου. Επίσης, έως τις αρχές της δεκαετίας του 1960 επικρατούσε η αντίληψη πως τα φυσιολογικά κύπαρα είναι δυνατόν να πολλαπλασιάζονται αιώνια, οπότε η γήρανση θεωρήθηκε διαδικασία σχετικά με εξωγενείς παράγοντες, ωστόσο στη δεκαετία του 1960, ο Hiflick απέρριψε αυτή τη θεώρηση, καταδεικνύοντας ότι οι φυσιολογικοί άνθρωποι ινοβλάστες έχουν περιορισμένη πολλαπλασιαστική ικανότητα, γεγονός που

επιβεβαιώθηκε και σε άλλα είδη κυττάρων. Στη δεκαετία του 1990, κινήθηκαν οι επιστήμονες προς την αντίληψη ότι το φαινόμενο της γήρανσης οφείλεται στον περιορισμένο αριθμό πολλαπλασιασμών των κυττάρων, θέση που υποστηρίζεται μέχρι σήμερα (Βολίκας, 2004).

## 2.4 Παγκόσμια και ελληνικά δημογραφικά δεδομένα

Οι διεθνείς οργανισμοί World Health Organization (WHO), Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) και European Union (EU), έχουν επισημάνει το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού, καθώς επίσης και των επιπτώσεων που έχει τόσο αναφορικά με τη σύσταση των κοινωνιών όσο και σε σχέση με την υγεία και την ψυχική σταθερότητα των πολιτών.

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού είναι το αποτέλεσμα της βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης των δεικτών γονιμότητας κάτω από το επίπεδο αναπλήρωσης του πληθυσμού. Σύμφωνα με τις στατιστικές έρευνες στις οποίες έχουν προβεί οι διεθνείς οργανισμοί, το προσδόκιμο επιβίωσης στις βιομηχανικές χώρες υπερβαίνει τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 80 για τις γυναίκες, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μια ραγδαία βελτίωση και στις αναπτυσσόμενες χώρες, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών.

Η βελτίωση του προσδόκιμου της επιβίωσης σε συνδυασμό με την σημαντική μείωση των δεικτών γονιμότητας, έχει προκαλέσει μεγάλες ανακατανομές στη διάρθρωση των ηλικιακών πυραμίδων στο σύνολο σχεδόν των χωρών. Σήμερα, στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), οι δείκτες γονιμότητας έχουν μειωθεί στο 1,6 ανά γυναίκα, ενώ ο φυσιολογικός δείκτης, ώστε να υπάρχει πληθυσμιακή σταθερότητα, είναι το 2,1. Όσον αφορά την Ελλάδα, το τμήμα του πληθυσμού που χαρακτηρίζεται ως Τρίτη Ηλικία, ανέρχεται σήμερα στο 17,5% του πληθυσμού, ενώ σύμφωνα με εκτιμήσεις το 2020 θα αυξηθεί στο 22% και το 2050 θα έχει ανέλθει στο 35% (Τεπέρογλου, 1994).

Η αύξηση του πληθυσμών των ατόμων της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχουν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο οι υπανάπτυκτες αλλά και οι αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Ελλάδα, το 1940 τα άτομα άνω των 65 ετών αποτελούσαν το 5,5% του συνολικού πληθυσμού. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο ο πληθυσμός της Ελλάδας

μετακινήθηκε από τον αγροτικό τομέα προς τα αστικά κέντρα, με παράλληλη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων. Σημειώνεται ότι η αναλογία των ηλικιωμένων είναι περισσότερο εμφανής στις αγροτικές περιοχές. Στη μεταπολεμική Ελλάδα, την περίοδο δηλαδή από το 1945 μέχρι το 1975 ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξήθηκε σημαντικά, με αποτέλεσμα να έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων στα Βαλκάνια και μαζί με την Ιταλία το υψηλότερο ποσοστό στη Νότια Ευρώπη (Κονταξάκης, 2000).

Στην απογραφή του πληθυσμού που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1981, οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν το 16,92% του πληθυσμού, ενώ στην απογραφή του 1991 αποτελούσαν το 19,98%. Το 1995, το προσδόκιμο όριο επιβίωσης για τους άνδρες ήταν 74,6 χρόνια, ενώ για τις γυναίκες ήταν 79,6 χρόνια. Το 2010, οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν το 20% του πληθυσμού, ενώ το 2030 αναμένεται ότι το 25% του συνολικού πληθυσμού θα είναι ηλικιωμένοι. Οι δημογραφικές μεταβολές που παρατηρούνται έχουν επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνίας (Κονταξάκης, 2000).

Όσον αφορά τις θετικές συνέπειες από τη δημογραφική τάση που παρατηρείται, αντικατοπτρίζεται η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, δηλαδή κατοικίας, διατροφής και υγιεινής ζωής, ενώ η δεύτερη συνέπεια σχετίζεται με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την εκτέλεση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής με αποτέλεσμα την επινόηση φαρμάκων και την θεραπεία επικίνδυνων ασθενειών στα πρώιμα στάδιά τους (Τεπέρογλου, 2004). Σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ αυτές οι δημογραφικές εξελίξεις αναμένεται να προκαλέσουν μια ποικιλία οικονομικών επιπτώσεων περιλαμβανομένων των δημοσίων οικονομικών και ιδίως της διατηρησιμότητας των υπαρχόντων διανεμητικών συνταξιοδοτικών συστημάτων

<http://news.kathimerini.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται οι γεννήσεις και οι θάνατοι στο δεύτερο μισό του 20ού, προκειμένου να καταδειχθεί, μεταξύ άλλων, η αύξηση του πληθυσμού Τρίτης Ηλικίας:

<b>Πληθυσμός της Ελλάδας κατά έτη, γεννήσεις, θάνατοι και φυσική αύξηση</b>					
<b>ΕΤΗ</b>	<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ</b>	<b>ΔΕΚΑΕΤΙΑ</b>	<b>ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ</b>	<b>ΘΑΝΑΤΟΙ</b>	<b>ΦΥΣΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ</b>
1961	8388553	1951-60	1533249	577212	956037
1971	8768641	1961-70	1532475	693050	839425
1981	9740417	1971-80	1438877	801509	637368
1991	10259900	1981-90	1183634	911193	272441
2001	10964080	1991-00	1021381	999764	21617

Πηγή: ΕΣΥΕ, Διεύθυνση Πληθυσμού. Η επεξεργασία των στοιχείων έγινε από το Μ. Δρεττάκη, βλ. «Κατολίσθηση της γεννητικότητας, γήρανση του πληθυσμού 1951-2001», Ελευθεροτυπία, 11 Ιουλίου 2002.



Εξετάζοντας το θέμα περισσότερο σφαιρικά και αναγάγοντάς το σε παγκόσμια κλίμακα, παρατίθεται ο πίνακας με τα ηλικιακά ποσοστά του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (οι αριθμοί δίνονται σε χιλιάδες):

Ηλικία	Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Όλες οι ηλικίες	308,827	100.0	151,175	100.0	157,653	100.0
>55 ετών	79,478	25.7	36,489	24.1	42,989	27.3
<55 ετών	229,349	74.3	114,685	75.9	114,664	72.7
>60	59,007	19.1	26,611	17.6	32,397	20.5
<60	249,820	80.9	124,564	82.4	125,256	79.5
>62	51,664	16.7	23,074	15.3	28,589	18.1
<62	257,164	83.3	128,100	84.7	129,064	81.9
>65	41,507	13.4	18,332	12.1	23,174	14.7
<65	267,320	86.6	132,842	87.9	134,478	85.3
<75	290,704	94.1	143,822	95.1	146,882	93.2
>75	18,123	5.9	7,353	4.9	10,771	6.8
>85	5,006	1.6	1,809	1.2	3,196	2.0

Ηλικία	Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
55-59	20,470	6.6	9,879	6.5	10,592	6.7
60-64	17,501	5.7	8,278	5.5	9,223	5.8
65-69	13,599	4.4	6,461	4.3	7,139	4.5
70-74	9,784	3.2	4,519	3.0	5,265	3.3
75-79	7,331	2.4	3,122	2.1	4,209	2.7
80-84	5,786	1.9	2,421	1.6	3,365	2.1

Πηγή: Επίσημη Στατιστική μελέτη για τον πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής στο Annual Social and Economic Supplement, 2012.

<http://www.census.gov/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

## Κεφάλαιο 3ο - Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

### 3.1 Εισαγωγικά

Στη σύγχρονη εποχή η διεθνής οικονομική δυσχέρεια καθιστά πρόκληση την ορθή αντιμετώπιση των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας και, στην ουσία, ένα περίπλοκο στοίχημα που οφείλουν όχι μόνο να δίνουν με τον εαυτό τους οι αρμόδιοι φορείς αλλά υποχρεούνται κιόλας να το κερδίζουν τόσο σε κρατικό όσο και διεθνές επίπεδο. Ωστόσο, συχνά, καταγράφονται περιστατικά παραμέλησης ή ακόμη και κακοποίησης ηλικιωμένων. Η συνθήκη αυτή σε συνδυασμό με τη δημογραφική αλλαγή που στην ουσία αφορά την αύξηση του πληθυσμού Τρίτης Ηλικίας καθιστά την εξεύρεση ορθών λύσεων περισσότερο επιτακτική από ποτέ, ενώ, ταυτόχρονα, διεξάγεται μια ιδιότυπη μάχη ανάμεσα στο παρόν και στο παρελθόν να υπερνικηθούν τα στερεότυπα, ώστε να πάψει πλέον η Τρίτη Ηλικία να θεωρείται το προστάδιο του θανάτου, ειδικά στη σύγχρονη εποχή που η επιστήμη προσφέρει τις δυνατότητες στα άτομα να εξασφαλίζουν μια αξιοπρεπή διαβίωση ακόμη και σε ιδιαίτερα προχωρημένη ηλικία.

Αυτό αποτελεί και τη συνέχεια της διερεύνησής μας: τα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων και τα καθήκοντά τους στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Δικαίου και, φυσικά, του Ελληνικού (Biggs κ.ά., 2012).

### 3.2 Το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα

Η νομοθεσία περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελεί ένα ειδικό υποσύνολο του Διεθνούς Δικαίου. Το Διεθνές Δίκαιο απαιτεί από τα κράτη να προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα: σύμφωνα με το άρθρο 2 του UDHR (Universal Declaration of Human Rights) «ο καθένας δικαιούται να επικαλεστεί όλα τα δικαιώματα και τις ελευθερίες που προκηρύσσει η παρούσα Διακήρυξη, χωρίς καμία απολύτως διάκριση όπως φυλής, χρώματος, γλώσσας, θρησκείας, κοινωνικής καταγωγής, πολιτικών πεποιθήσεων ή οποιοδήποτε άλλων διακρίσεων». Έτσι λοιπόν τα ανθρώπινα δικαιώματα γενικά αλλά και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ειδικά προστατεύονται από τον Χάρτη Δικαιωμάτων. Ιδιαίτερη σημασία για τους ηλικιωμένους έχει το άρθρο 25 του UDHR στο οποίο τίθεται το γενικό πλαίσιο της ζωής των ηλικιωμένων, κάνοντας λόγο για το δικαίωμα στην ασφάλεια και στην εξασφάλιση ενός καλού βιοτικού επιπέδου όπως αναφέρεται στο «The Rights of Older People: International Law, Human Rights Mechanisms and the Case for New Normative Standards» (Judge, 2008).

Το καλοκαίρι του 1982 στην Αυστρία, με πρωτοβουλία του ΟΗΕ δημιουργήθηκε ο VIPAA (Vienna International Plan of Action on Aging), θεσμός ο οποίος προοριζόταν για την αποτροπή του παραγκωνισμού των ηλικιωμένων, την παροχή φροντίδας κατ' οίκον καθώς επίσης και τον περιορισμό κατά το δυνατόν των στερεοτυπικών αντιλήψεων που επικρατούν, δυστυχώς, μέχρι και τη σύγχρονή μας εποχή (Biggs κ.ά., 2012).

Το 1991 η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών προώθησε με το ψήφισμα 46/9 τις Αρχές των Ηνωμένων Εθνών για τους ηλικιωμένους. Παρά το γεγονός ότι το ψήφισμα της συνέλευσης δεν είναι νομικά δεσμευτικό, απαριθμεί τις αρχές τις οποίες οι κυβερνήσεις καλούνται να συμπεριλάβουν στην εθνική τους πολιτική. Η Έκθεση του Γενικού Γραμματέα των Ηνωμένων Εθνών, δέκα χρόνια μετά την Πρώτη Παγκόσμια Συνέλευση, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι έχουν εισαχθεί αρκετά επικουρικά μέτρα για την προάσπιση των ανθρώπινων

δικαιωμάτων, ωστόσο οι πολιτικές αυτές είναι ασυμβίβαστες μεταξύ των Εθνών αφενός και των Κρατών αφετέρου, ενώ ελλείπει η παρουσία ενός ολοκληρωμένου νομικού, πολιτικού και θεσμικού πλαισίου για την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων (Biggs κ.ά., 2012).

Το 2002, το MIPAA (Madrid International Plan of Action on Aging) αποτέλεσε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα με έμφαση στα ανθρώπινα δικαιώματα, κινούμενο σε δύο βασικούς πυλώνες:

- α. την πλήρη υλοποίηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών για τους ηλικιωμένους
- β. την εξασφάλιση της πλήρους απόλαυσης των οικονομικών, κοινωνικών, πολιτικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων ατόμων καθώς επίσης και την εξάλειψη όλων των μορφών βίας και διακρίσεων σε βάρος των ηλικιωμένων.

Παράλληλα, τέθηκαν τρεις βασικές πολιτικές κατευθύνσεις, οι οποίες ήταν:

- α. Τρίτη Ηλικία και ανάπτυξη
- β. Προώθηση της υγείας και της ευημερίας των ηλικιωμένων
- γ. Εξασφάλιση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Biggs κ.ά., 2012).

Τέλος δημιουργήθηκε ο Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των

Ηλικιωμένων για να προωθήσει διευκολύνσεις αναφορικά με την πρόσβαση όλων των ηλικιωμένων ανθρώπων στα θεμελιώδη δικαιώματά τους, και την ίδια στιγμή να στηρίξει και να προσθέσει μέτρα στα ήδη υπάρχοντα. Σκοπός, επίσης, του χάρτη είναι να ενημερώσει και να αφυπνίσει την κοινωνία ώστε να τηρούνται καλύτερα οι κανονισμοί που προφυλάσσουν τα ηλικιωμένα άτομα. (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ)

## Κεφάλαιο 4ο - Ανάγκες στην Τρίτη Ηλικία

### 4.1 Η Θεωρία του Maslow (Μάσλοου)

Η θεωρία του Maslow αποτελεί μια από τις σημαντικότερες θεωρίες για την ιεράρχηση των αναγκών. Σύμφωνα με αυτήν, έξι βασικές ανάγκες είναι ικανές να υποκινούν το άτομο σε δράση, όταν δεν ικανοποιούνται. Οι ανάγκες αυτές έχουν ιεραρχηθεί σε πέντε κατηγορίες (όπως φαίνεται και στην πυραμίδα που ακολουθεί):

- **φυσιολογικές ανάγκες:** σχετίζονται με τις βασικές ανάγκες οι οποίες κρατούν το άτομο ζωντανό
- **ανάγκες ασφαλείας:** σχετίζονται με τα συναισθήματα έτσι όπως προκύπτουν από την ανάγκη για αυτοσυντήρηση
- **κοινωνικές ανάγκες:** πρόκειται για την ανάγκη που βιώνει το άτομο για αγάπη, φιλία κ.ά.
- **ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους:** αφορούν την ανάγκη του ατόμου να νιώθει ότι έχει κύρος.
- **ανάγκη για αυτόλοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη.**

# Maslow Pyramid

## Η ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ



Αυτό που υποστηρίχθηκε από το Maslow είναι ότι το άτομο κινητοποιείται με βάση τις ανάγκες του, οι οποίες, όταν δεν ικανοποιούνται οδηγούν το άτομο στην ανάληψη ενεργειών. Επίσης, υποστηρίχθηκε ότι δεν ικανοποιείται ποτέ το 100% των αναγκών του ατόμου αλλά σε ένα μέσο άνθρωπο ικανοποιείται το 85% των φυσιολογικών του αναγκών, το 70% των αναγκών του για ασφάλεια και το 50% των κοινωνικών του αναγκών. Τέλος, ικανοποιείται το 40% των αναγκών του για αυτοεκτίμηση και μόλις το 10% των αναγκών του για αυτοολοκλήρωση.

Καλό θα ήταν να τονιστεί επίσης ότι το μοντέλο του Maslow εξελίσσεται και σε καμία περίπτωση δεν είναι στατικό, καθώς επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες κ.ά.

<http://marketing-lexicon.pblogs.gr/>(πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).



## 4.2 Ατομική υγιεινή

Συνοπτικά, η ικανότητα των ηλικιωμένων ατόμων να μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, διατηρώντας την αυτονομία τους σε βασικές ανάγκες είναι ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος στον τρόπο που γίνονται αποδεκτοί από τον κοινωνικό τους περίγυρο.

Επιπρόσθετα, η παραμέληση της ατομικής υγιεινής μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου, ενώ ακόμη πιο δυσάρεστα είναι τα αποτελέσματα όταν η μικροβιακή χλωρίδα που υπάρχει στο δέρμα αναμιγνύεται με τα νεκρωμένα κύτταρα του σώματος, τον ιδρώτα, το σμήγμα, τα διάφορα μικροσωματίδια του ατμοσφαιρικού αέρα δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο τον ρύπο και την κακοσμία που τον συνοδεύει. Η κακοσμία γίνεται περισσότερο αισθητή κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού που η θερμοκρασία είναι υψηλή, καθώς επίσης και στους κλειστούς χώρους.

Για να εξασφαλιστεί η ατομική υγιεινή, θα πρέπει να γίνεται τόσο φροντίδα του δέρματος, όσο και των επί μέρους δομών του, όπως είναι το τριχωτό της κεφαλής, η στοματική κοιλότητα, καθώς και η φροντίδα των ονύχων των άνω και κάτω άκρων. Το λουτρό του σώματος είναι απαραίτητο για τους εξής λόγους:

- εξασφαλίζει μια καλαίσθητη και πολιτισμένη εμφάνιση.
- ενισχύει την κυκλοφορία του αίματος.
- διευκολύνει την κίνηση των αρθρώσεων.
- προάγει την χαλάρωση και την άνεση.

Επιπρόσθετα, προκειμένου να αξιολογηθούν οι ανάγκες της ατομικής υγιεινής των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας, πρωταρχικό μέλημα θα πρέπει να θεωρείται ο καθορισμός της λειτουργικής του κατάστασης, καθώς και η ικανότητα του ατόμου να εκτελεί απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Σημαντικότερο μέσο για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής, είναι η παρατήρηση. Με την εμπειρική παρατήρηση εκτιμάται η γενική εμφάνιση, ο τρόπος ντυσίματος, η κατάσταση των

μαλλιών, των νυχιών και του δέρματος. Όπως τονίζεται από την Πλατή (2000): «Πολλές φορές η παραμελημένη αυτοφροντίδα, όπως το ατημέλητο ντύσιμο και η δυσάρεστη οσμή του σώματος, είναι δυνατό να είναι πρώιμα σημεία επιδείνωσης της γνωστικής λειτουργίας και μπορεί να υποδηλώνουν διάφορου βαθμού άνοια».

### 4.3 Ανάγκες επιβίωσης

Οι ανάγκες για επιβίωση αφορούν τις πρωταρχικές ανάγκες όλων των τμημάτων του πληθυσμού. Η διαβίωση των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το επίπεδο του εισοδήματός τους. Για την άνετη διαβίωσή τους και τη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους, σε όποιον βαθμό αυτό είναι δυνατόν, οι ηλικιωμένοι χρειάζονται κατοικίες οι οποίες να είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους.

Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι δεν έχουν την δυνατότητα να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους και αναγκάζονται να μετακινηθούν τις περισσότερες φορές στα σπίτια των παιδιών τους. Όσοι έχουν φύγει από αγροτικές περιοχές και πρέπει να μετακινηθούν προς τα αστικά κέντρα, αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα προσαρμογής. Η πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες είναι τέτοια που δεν βοηθάει τη διαβίωση των ηλικιωμένων. Τα σπίτια είναι μικρότερα και τα αστικά κέντρα είναι πυκνοκατοικημένα, δημιουργώντας ακόμη και προβλήματα στον ψυχισμό αυτών των ατόμων. Από τα νέα δεδομένα αυτής της αναγκαστικής συγκατοίκησης προκύπτουν συχνά προβλήματα αλλά ενίοτε και σημαντικές λύσεις σε ήδη υπάρχοντα ζητήματα: από την μία πλευρά, μένοντας οι γονείς με τα παιδιά τους διευκολύνουν τόσο τη διαβίωσή τους, όσο και των παιδιών τους, βοηθώντας στην φροντίδα των εγγονιών τους. Επίσης, τα σπίτια τα οποία είναι σε αγροτικές περιοχές, υστερούν συγκριτικά με τις ανέσεις που μπορούν να προσφέρουν στους ηλικιωμένους, οπότε η μετακίνηση των ηλικιωμένων στις κατοικίες των παιδιών τους είναι σωτήρια.

Εξάλλου, σε πολλές κατοικίες στις περιοχές αυτές οι τουαλέτες είναι εξωτερικές, κάνοντας ακόμη δυσκολότερη την διαβίωση των ηλικιωμένων, καθώς υπάρχουν ήδη προβλήματα ούρησης στο μεγαλύτερο ποσοστό τους. Από την άλλη, όμως, οι διαφορετικοί ρυθμοί ζωής στις πόλεις, αναγκάζουν τα άτομα να ζουν εγκλωβισμένα μέσα στο διαμέρισμά τους, χωρίς να έχουν οποιαδήποτε επικοινωνία με τους γείτονες, ενώ δεν είναι αμελητέες οι περιπτώσεις που το ηλικιωμένο άτομο ασφυκτιά μέσα στον περιορισμένο

χώρο του διαμερίσματος νιώθοντας ότι αποτελεί βάρος για τα παιδιά του (Τζημουράκης, 1989).

#### 4.4 Ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες

Σε ένα μεγάλο βαθμό οι ανάγκες των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας δεν διαφέρουν πολύ από αυτές των νεότερων ατόμων. Οι ηλικιωμένοι έχουν και αυτοί την ανάγκη για ένα καλύτερο επίπεδο υγείας, την ανάγκη να νιώθουν ότι είναι δημιουργικοί και ότι προσφέρουν τόσο στην οικογένεια όσο και στο κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο, η διαφορά των αναγκών των ηλικιωμένων σε σύγκριση με τους νεότερους εστιάζεται στο γεγονός ότι έχουν διαφορετικές εμπειρίες και βιώματα, ενώ για μια σφαιρικότερη εξέταση του θέματος καλό θα ήταν να εξεταστεί το μορφωτικό επίπεδο, καθώς επίσης και η οικονομική τους κατάσταση.

Με αυτήν την έννοια αναφερόμαστε στην καλύτερη ποιότητα ζωής που μπορεί να τους παρασχεθεί. Κρίνεται απαραίτητο, λοιπόν, οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι να έχουν το συναίσθημα της ικανοποίησης από τη ζωή τους και τη συνολική ποιότητά της (Κονταξιάκης, 2000)

Επιπρόσθετα, το άτομο από τη στιγμή που συνειδητοποιεί τον εαυτό του, βιώνει έντονα την ανάγκη να κερδίζει την εκτίμηση των γύρω του και την ίδια στιγμή, φυσικά, την εκτίμηση του ίδιου του εαυτού, παράμετροι ιδιαίτερα σημαντικές ειδικά για την Τρίτη Ηλικία, δεδομένου ότι σε αυτή τη φάση της εξέλιξής του το άτομο ασχολείται περισσότερο με την ενδοσκόπηση και τον απολογισμό της συνολικής του πορείας, αποτιμώντας τις επιτυχίες και τις αποτυχίες της ζωής του. Επιπλέον, στην ηλικία αυτή, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι περισσότεροι άνθρωποι συνταξιοδοτούνται, γεγονός που τους κάνει να νιώθουν λιγότερο παραγωγικοί και σε κάποιες περιπτώσεις απόλυτα «στείροι», σκέψεις οι οποίες μπορούν να τους οδηγήσουν μέχρι και την κατάθλιψη. Κουβαλώντας αυτό το βαρύ φορτίο, το άτομο δεν μπορεί να διεκδικήσει δυναμικά το ρόλο του στην κοινωνία, οπότε καιροφυλαχτεί ο κίνδυνος της περιθωριοποίησης, που δεν είναι άσχετος με το αίσθημα της μοναξιάς και την κοινωνική απομόνωση που βιώνουν τα άτομα σε αυτή την ηλικία (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων, αυτές προκύπτουν από τα μέχρι τώρα βιώματα τους. Σαν σημαντικότερη επιθυμία τους είναι η δυνατότητα να μένουν με τις οικογένειες τους και η ανάγκη να θεωρούν ότι έχουν να προσφέρουν στα πλαίσια αυτών. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως τα άτομα αυτά θα πρέπει να νιώθουν ότι είναι αποδεκτά μέσα στον κοινωνικό περίγυρο και ότι οι άλλοι τους θεωρούν απαραίτητους.

Συγκεντρωτικά, ακολουθώντας τη μελέτη του Κονταξάκη, οι βασικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων που βασίζονται στο κοινωνικό σύνολο είναι τρεις και αναφέρονται στην συνέχεια:

- ανάγκη για διατήρηση της ταυτότητας του ατόμου.
- ανάγκη για την διατήρηση της κοινωνικής συνέχειας, δηλαδή η ενεργή συνεισφορά μέσα στην κοινωνία.
- ανάγκη για αποτελεσματικότητα. Με τον όρο αυτό εννοούμε την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να επιφέρει αλλαγές στο επίπεδο της ζωής του, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο (Κονταξάκης, 2000).

Ωστόσο, η ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων μέσα στο κοινωνικό σύνολο, αποτελεί μια ανάγκη η οποία δεν είναι εύκολο να ικανοποιηθεί. Οι λόγοι που μπορεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι δύο. Πρώτον, μπορεί το ίδιο το άτομο να νιώθει την ανάγκη να αποσυρθεί από τα κοινωνικά δρώμενα, γιατί ίσως να έχει την επιθυμία της ξεκούρασης. Μια άλλη αιτία αυτής της αποκοινωνικοποίησης είναι ότι, παρόλο που το ίδιο το άτομο επιθυμεί να συνεχίσει την συνεισφορά του στην κοινωνία, δεν του το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του ή δεν έχει τρόπο να μετακινείται ελεύθερα. Ιδιαίτερα στο κομμάτι αυτό, χρειάζεται η άμεση παρέμβαση της Πολιτείας, ώστε να μη διακόπτεται η ενεργή κοινωνική ζωή των ατόμων (Σταθόπουλος, 2005).

Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται με το πέρασμα του χρόνου στα άτομα της τρίτης ηλικίας, είναι κυρίως αλλαγές στους ρόλους που διαδραματίζουν μέσα στην κοινωνία και την ίδια την οικογένεια και οι οποίες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη συναισθηματική τους κατάσταση.

Η προσαρμογή και αποδοτικότητα του ηλικιωμένου στο νέο του ρόλο δεν είναι ίδια για το σύνολο των ηλικιωμένων. Η σημαντικότερη διαφορά παρουσιάζεται αναφορικά με το φύλο του ατόμου. Για παράδειγμα, οι γυναίκες προσαρμόζονται ευκολότερα, αφού συνταξιοδοτηθούν, στα νέα δεδομένα καθώς είτε εργάζονταν είτε όχι διεκπεραίωναν τις δουλειές του σπιτιού γεγονός που εξακολουθεί να συμβαίνει ακόμα και σε προχωρημένη ηλικία. Αντίθετα οι άνδρες δυσκολεύονται να συνηθίσουν τα νέα δεδομένα καθώς μετά τη συνταξιοδότησή τους αισθάνονται ότι μειώνεται το γόητρο τους (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2003).

Σχετικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες των ηλικιωμένων ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα της Spielman (1986), αυτή τη φορά από την οπτική Γηριατρικής Ηθικής. Τα πορίσματά της καταλήγουν στο ότι η αυτονομία των ατόμων στην ηλικία αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι, μεταξύ άλλων, επιδρά στον ψυχισμό τους, ενώ, συχνά, αποδίδονται στους ηλικιωμένους ιδιότητες που αρμόζουν σε αρρώστους, γεγονός που δυστυχώς τους οδηγεί σταδιακά στο να τις δέχονται, υποβιβάζοντας έτσι το ρόλο τους στο κοινωνικό γίνεσθαι (Spielman, 1986).

#### 4.5 Οικονομικές ανάγκες

Υποστηρίζεται συχνά η άποψη ότι τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας δεν έχουν τις ίδιες οικονομικές ανάγκες με τα άτομα νεαρής ηλικίας. Η άποψη αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί σωστή αν εξεταστεί η φύση των εξόδων αλλά λανθασμένη αν εξεταστεί το ενδεχόμενο ύψος τους. Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας σίγουρα δεν έχουν την ίδια επιθυμία για κοινωνικές εξόδους στα γνωστά μέρη που συγκεντρώνονται άτομα νεαρής ή και μέση ηλικίας, καθώς η ζωή τους είναι σίγουρα περισσότερο περιορισμένη στα πλαίσια του σπιτιού τους, ωστόσο, τα χρήματα που ενδέχεται να ξοδεύουν για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη είναι, συχνά, κατά πολύ περισσότερα. Εξάλλου, δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς ότι οι περισσότεροι σε αυτή τη φάση της ζωής τους στηρίζονται οικονομικά κυρίως στη σύνταξη την οποία εισπράττουν, χωρίς να έχουν άλλους πόρους για να εξασφαλίσουν τα προς το ζην. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος της σύνταξης είναι η ηλικία στην οποία θα συνταξιοδοτηθεί κάποιος, το ύψος των αποδοχών που λάμβανε τα τελευταία χρόνια της εργασίας του, τα χρόνια για τα οποία είχε ασφαλιστεί ως εργαζόμενος, η οικογενειακή του κατάσταση και, φυσικά, το γενικότερο οικονομικό κλίμα που επικρατεί στη χώρα του. Ιδιαίτερο πρόβλημα στο θέμα της συνταξιοδότησης αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, οι οποίες σε νεαρότερη ηλικία δεν εργάζονταν, καθώς είχαν επιφορτιστεί με τη φροντίδα του σπιτιού και την ανατροφή των παιδιών (Μαδιανός, 2000).

Συχνά, βοηθητικός παράγοντας καθίσταται η αποταμίευση χρημάτων, προνοητικότητα η οποία είτε δεν αποτέλεσε μέλημα όλων των συνταξιούχων στα χρόνια της νεότητάς τους είτε δεν επάρκεσε για την κάλυψη βασικών αναγκών. Εξάλλου, πολλοί είναι εκείνοι που παραχωρούν τις αποταμιεύσεις τους στα κοντινά συγγενικά τους πρόσωπα, προκειμένου να τα βοηθήσουν κατά το δυνατόν. Ειδικά στις περιπτώσεις αυτές κατανοούμε πόσο δύσκολο είναι να βοηθήσουν τα παιδιά τους γονείς, ιδιαίτερα σε αυτή τη δύσκολη οικονομική συγκυρία που βιώνουμε (Μαδιανός, 2000).



#### 4.6 Ιατροφαρμακευτικές ανάγκες

Η κατάσταση της υγείας των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας σε συνδυασμό με τις μειωμένες οικονομικές τους απολαβές καθιστά την ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ακόμη πιο απαραίτητη συγκριτικά με τα άτομα νεαρής ηλικίας. Ειδικά, στις περιπτώσεις κατοίκων απομακρυσμένων ή δυσπρόσιτων περιοχών, η πρόσβαση στα κέντρα υγείας είναι ιδιαίτερα δύσκολη, ιδιαίτερα σε περιόδους κακοκαιρίας ή υψηλών ανέμων (Μαδιανός, 2000).

#### 4.7 Ανάγκη για κοινωνική πρόνοια

Στην Ελλάδα, η περίθαλψη και η φροντίδα των ηλικιωμένων γίνεται ακόμη και σήμερα σε ένα ποσοστό από την ίδια την οικογένεια του ατόμου. Αρκετά ζευγάρια επιλέγουν να μείνουν κοντά στην κατοικία των γονιών τους για και αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο ένα από τα παιδιά να επισκέπτεται μία ή περισσότερες φορές την ημέρα τον ηλικιωμένο, για να του προσφέρει φαγητό ή οτιδήποτε άλλο χρειαστεί. Σημειώνεται ότι το άτομο, το οποίο συνήθως φροντίζει τους ηλικιωμένους, είναι η γυναίκα. Στις αγροτικές κυρίως περιοχές το ποσοστό των ηλικιωμένων που μένει στην ίδια κατοικία με τα παιδιά τους είναι ακόμη μεγαλύτερο.

Ωστόσο, οι συνεχείς αλλαγές στην κοινωνική και οικονομική δομή της χώρας δυσχεραίνουν την κατάσταση σχετικά με την φροντίδα των ηλικιωμένων από την οικογένεια τους. Σε πολλές περιπτώσεις παρόλο που τα ίδια τα παιδιά τους έχουν τη διάθεση να τους βοηθήσουν δεν τους δίνεται η δυνατότητα, για οικονομικούς κυρίως λόγους, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων για κοινωνική φροντίδα διαφέρουν ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους. Όταν δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, τότε το άτομο δε νιώθει την ανάγκη για πρόνοια από την ίδια την κοινωνία. Από την άλλη πλευρά, όμως, όταν υπάρχουν έντονα προβλήματα κινητικότητας, ή ψυχικής υγείας, τότε οι ηλικιωμένοι έχουν την ανάγκη για υποστήριξη από την κοινωνία είτε διαμένουν μέσα σε κάποιο ίδρυμα είτε μένουν μαζί με την οικογένεια τους.

Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να παρέχουν μια μεγάλη κλίμακα προληπτικών, θεραπευτικών και αναπτυξιακών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους, έτσι ώστε αυτοί να μπορούν να διάγουν μια ανεξάρτητη ζωή, στον βαθμό που κάτι τέτοιο είναι εφικτό, διαμένοντας μέσα στα δικά τους σπίτια και μέσα στις δικές τους κοινότητες, παραμένοντας το ίδιο δραστήριοι και χρήσιμοι πολίτες, αποφεύγοντας την περιθωριοποίηση (Σταθόπουλος, 2005).

## Κεφάλαιο 5ο - Προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα

### 5.1 Εισαγωγή

Στην Ελλάδα τα άτυπα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας, που τα αποτελούν τόσο η οικογένεια όσο και το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον, λειτουργούν ως ένα βαθμό επικουρικά και καλύπτουν στο βαθμό που είναι αυτό εφικτό το δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών το οποίο, συχνά, θεωρείται ελλιπές (Στασινοπούλου, 1992).

Συγκεκριμένα, φαίνεται στην Ελλάδα να είναι ιδιαίτερα έντονο το αίσθημα κοινωνικής αλληλεγγύης ιδιαίτερα σε περιοχές της επαρχίας, γεγονός που επιτρέπει στους ανθρώπους να δέχονται τη φροντίδα του ευρύτερου συγγενικού τους περιβάλλοντος ή ακόμη και ευρύτερα κοινωνικού, καθώς στην επαρχία συντηρείται ακόμη η έννοια της γειτονιάς. Οι άτυπες αυτές πρωτοβουλίες καλύπτουν το σημαντικό κενό που προκύπτει κυρίως στη σύγχρονη εποχή από την αδυναμία των παιδιών να αναλάβουν τη φροντίδα των γονέων τους, ειδικά όταν βρίσκονται μακριά τους.

Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι οι ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας (65-75 έτη) είναι διαφορετικές σε σημαντικό από τις αντίστοιχες της Τέταρτης Ηλικίας (75 έτη και άνω). Η Τρίτη Ηλικία έχει ανάγκη από την παροχή κοινωνικών και πολιτισμικών ερεθισμάτων, ενώ η Τέταρτη Ηλικία έχει ανάγκη περισσότερο από τις «φυσιολογικές - βιολογικές φροντίδες», που σχετίζονται με θέματα υγείας, διατήρηση της υγιεινής κ.ά. Δυστυχώς, όμως, τα αυξανόμενα προβλήματα υγείας δεν επιτρέπουν πάντοτε στο συγγενικό περιβάλλον του ηλικιωμένου ατόμου να το στηρίξει επαρκώς και να ανταποκριθεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες του. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητο για την ευημερία του ατόμου να στραφεί στην αναζήτηση περισσότερο οργανωμένης βοήθειας, έτσι όπως αυτή παρέχεται από τις κοινωνικές δομές του κράτους (Σταθόπουλος, 2005).

## 5.2 Σκοποί της Πολιτικής για τους Ηλικιωμένους

«Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένεια τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειας τους, περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό» (Σταθόπουλος, 2005).

Προκειμένου να υλοποιηθούν οι παραπάνω σκοποί, το Υπουργείο Υγείας υλοποιεί κατάλληλα προγράμματα για την Τρίτη Ηλικία. Τα μέτρα αυτά αφορούν την προστασία και τη φροντίδα των ηλικιωμένων και περιλαμβάνουν:

- α. εισοδηματική ενίσχυση
- β. παροχές σε είδος
- γ. παροχή προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, το Υπουργείο θεωρείται αρμόδιο για την έκδοση των κατάλληλων πιστοποιητικών και την εποπτεία όλων εκείνων των οργανισμών που ασχολούνται με τη φροντίδα των ηλικιωμένων (Σταθόπουλος, 2005).

### 5.3 Μέτρα Προστασίας, Φορείς Προγραμμάτων και Προϋποθέσεις Επιλεξιμότητας Δικαιούχων

#### α. Εισοδηματική Ενίσχυση

Το υπουργείο Υγείας έχει την ευθύνη για την θεσμοθέτηση των κατάλληλων μέτρων, ώστε να ενισχυθεί το εισόδημα των άπορων ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα αυτή η πολιτική περιλαμβάνει:

- τη συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι μετά το 65 έτος λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στο Ο.Γ.Α., την εκάστοτε ελάχιστη χορηγούμενη σύνταξη. Οι δικαιούχοι πρέπει να είναι Έλληνες υπήκοοι ή ομογενείς οι οποίοι διαμένουν μονίμως στην Ελλάδα.
- ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών τα οποία έχουν πάνω από 67% αναπηρία έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση με βασική προϋπόθεση να μην είναι ασφαλισμένοι.
- σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ηλικιωμένα άτομα όπως και άτομα και οικογένειες όλων των ηλικιών δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση.
- επιδότηση ενοικίου. Μοναχικά άτομα η ζευγάρια άνω των 65 ετών που δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία, δικαιούνται την επιδότηση ενοικίου από την Κοινωνική Υπηρεσία της Νομαρχίας (Σταθόπουλος, 2005).

Εκτός από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και τα Φιλόπτωχα Ταμεία των ενοριών παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε άπορους ηλικιωμένους.

## β. Παροχές σε είδος

Σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του έτους παρέχονται στους ηλικιωμένους που βρίσκονται σε ανάγκη είδη πρώτης ανάγκης τα οποία είναι τις περισσότερες φορές τρόφιμα όπως ρύζι, μακαρόνια και τυρί σε ικανοποιητικές ποσότητες. Οι παροχές αυτές σε συνδυασμό με τις πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται από την Εκκλησία τα Φιλόπτωχα Ταμεία και το Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό αποτελούν συχνά πολύτιμη βοήθεια για τους ηλικιωμένους που βρίσκονται σε ανάγκη.

## γ. Παροχή προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών

Η παροχή υπηρεσιών διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: την εξωιδρυματική και την ιδρυματική περίθαλψη.

### 5.3.1. Εξωιδρυματική Περίθαλψη

Η εξωιδρυματική περίθαλψη περιλαμβάνει:

Φροντίδα στο σπίτι: το Υπουργείο Υγείας θέτοντας ως στόχο την παραμονή του ηλικιωμένου στο οικογενειακό περιβάλλον, εφόσον το επιτρέπουν οι συνθήκες, χρηματοδοτεί προγράμματα βοήθειας στο σπίτι μέσω του Ε.Ε.Σ. . Το 1981 ο Ε.Ε.Σ άρχισε να εφαρμόζει προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων, παρέχοντας ιατρική φροντίδα στο σπίτι. Αναπτύχθηκε έτσι για τις ανάγκες του προγράμματος ένα δίκτυο εθελοντών, ειδικά εκπαιδευμένων, κάτω από την εποπτεία κοινωνικών λειτουργών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το σώμα των «Σαμαρειτών», αποτελούμενο από εθελόντριες νοσηλεύτριες, οι οποίες σε συνεργασία με τον Ε.Ε.Σ. καλύπτουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι .(Σταθόπουλος, 2005).

- Πρόγραμμα τηλεσυναγερμού: με το πρόγραμμα αυτό ο ηλικιωμένος, που ζει μόνος του, θα μπορεί να επικοινωνήσει με την κοινωνική υπηρεσία σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Την ευθύνη για το συντονισμό του προγράμματος έχουν δύο κοινωνικοί λειτουργοί.
- Πρόγραμμα τηλεϊατρικής φροντίδας: όπως ορίζεται από το Σταθόπουλο (2005): «με το πρόγραμμα αυτό μπορούν γιατροί που βρίσκονται σε απομακρυσμένα νησιά να ζητήσουν βοήθεια για περιστατικά με καρδιολογικά προβλήματα. Ο Ε.Ε.Σ. διαθέτει καρδιογράφο και απασχολεί ειδικούς γιατρούς οι οποίοι μπορούν να δώσουν οδηγίες για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού».
- Προγράμματα αναδοχής: Αν και στην χώρα μας δεν είναι τόσο διαδεδομένη αυτή η μορφή φροντίδας, ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις που ενήλικες, κάποιες φορές χωρίς δική τους οικογένεια, αναλαμβάνουν τη φροντίδα κάποιου ηλικιωμένου, όταν οι δικοί του δεν δύνανται να τον περιθάλψουν.
- Προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα: όπως είναι για παράδειγμα τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων τα οποία ιδρύθηκαν το 1979 από το Υπουργείο Υγείας και από το 1983 και μετά

έχουν περιέλθει στην αρμοδιότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Σταθόπουλος, 2005).



### 5.3.2 Η εξωιδρυματική περίθαλψη: ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων)

Τα κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων επιδιώκουν την παραμονή των ηλικιωμένων μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον χωρίς να διακόπτεται η κοινωνικοποίησή τους, ενώ παράλληλα προάγεται η δημιουργική απασχόληση, η ψυχαγωγία και η πρόληψη ασθενειών (Σταθόπουλος, 2005).

Η πρώτη εμφάνιση των Κέντρων Ανοιχτής Προστασία των Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) στην Ελλάδα έγινε το 1979 όταν και δημιουργήθηκε το πρώτο Πειραματικό Κέντρο Ανοιχτής Εξωιδρυματικής προστασίας Ηλικιωμένων, από μια ομάδα εθελοντών. Το πρώτο κέντρο που δημιουργήθηκε αποτελούταν από πέντε άτομα. Επρόκειτο για έναν Γιατρό, έναν Φυσικοθεραπευτή, έναν Νοσηλευτή/Επισκέπτη Υγείας, έναν Εργοθεραπευτή και έναν οικογενειακό βοηθό. Το πρώτο πρόγραμμα που εφαρμόστηκε για την προστασία των ηλικιωμένων, ονομάστηκε από την ομάδα των εθελοντών «Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς» (Σταθόπουλος, 2005).

Μέχρι το 1981 8 Κ.Α.Π.Η. είχαν ξεκινήσει τη λειτουργία τους. Για την ίδρυση και τη λειτουργία τους, υπήρξε συνεισφορά τόσο από εθελοντικές οργανώσεις, όσο και από τον Ερυθρό Σταυρό, τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας και το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας Παιδιού. Από το 1982 και έπειτα τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, καθώς περνούν στα χέρια των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Από εκείνη την στιγμή και μετά ο αριθμός των κέντρων που δημιουργήθηκαν ανήλθε στα 260, από τα οποία τα 80 λειτουργούσαν στην περιοχή της Αθήνας. Μέχρι το 1988 τις δαπάνες μισθοδοσίας καθώς και τις δαπάνες για τις λειτουργικές ανάγκες των κέντρων τις αναλάμβανε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ωστόσο, από το 1989 και έπειτα, οι δαπάνες για την λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. καθώς και οι δαπάνες για την μισθοδοσία του προσωπικού καλύπτονται εξ ολοκλήρου από τους Δήμους στους οποίους ανήκουν (Σταθόπουλος, 2005).

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 240 του Ν. 3463/2006, τα Κ.Α.Π.Η. διοικούνται από 9μελές Διοικητικό Συμβούλιο, τα μέλη του οποίου μαζί με τους αναπληρωτές τους ορίζονται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου (Σταθόπουλος, 2005).

Οι στόχοι των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων είναι οι ακόλουθοι:

- η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- η Πρωτογενής Πρόληψη η οποία σχετίζεται με εμβολιασμούς, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων κ.ά.
- η Δευτερογενής Πρόληψη, η οποία σχετίζεται με τις ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων (Αμίτσης, 1993).

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η. είναι οι εξής:

- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους
- Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Φυσιοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Οργανωμένη ψυχαγωγία
- Εξυπηρέτηση κατ' οίκον
- Συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινών κατασκηνώσεων
- Προγράμματα εθελοντισμού
- Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους
- Οργανωμένη ψυχαγωγία με πούλμαν-εκδρομές.

- Βοήθεια στο σπίτι για τα άτομα που έχουν την ανάγκη εξυπηρέτησης.
- Εντευκτήριο (coffee-shop), όπου προσφέρονται ροφήματα/αναψυκτικά και στα οποία η συντροφιά και η συνέντευξη με άλλα μέλη έχουν τον πρώτο ρόλο (Αμίτσης, 1993).

Όπως και το 1979 οπότε και δημιουργήθηκε το πρώτο κέντρο για την προστασία και την φροντίδα των ηλικιωμένων, έτσι και σήμερα, τα Κ.Α.Π.Η. στελεχώνονται από Ιατρούς Γενικής Ιατρικής, Κοινωνικούς λειτουργούς, Φυσικοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Επισκέπτες Υγείας ή Νοσηλευτές, καθώς και από Οικογενειακούς Βοηθούς (Σταθόπουλος, 2005).

Κλείνοντας λοιπόν μπορούμε να πούμε πως ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η λειτούργησε θετικά και ενίσχυσε την κοινωνική αυτονομία των ηλικιωμένων ατόμων και συνέβαλε στην αξιοποίηση των μηχανισμών εκείνων που προβλέπονται για την κοινωνική προστασία τους (Τεπέρογλου, 1994).

### 5.3.2.1 Η εξωιδρυματική περίθαλψη: ο θεσμός των Κ.Η.Φ.Η. (Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων)

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας σε άτομα της Τρίτης Ηλικίας, τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα τους (Σταθόπουλος, 2005).

Οι μονάδες αυτές, πριν λειτουργήσουν, χρειάζονται έγκριση από τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Τα Κ.Η.Φ.Η. δημιουργούνται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές και συνεργάζονται με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και με μονάδες υγείας. Βασικός σκοπός των Κ.Η.Φ.Η. είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Στα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων προσφέρονται και οι ακόλουθες υπηρεσίες:

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

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα Κ.Η.Φ.Η. διασυνδέονται με τα Κ.Α.Π.Η. που ενδεχομένως υπάρχουν στην περιοχή. Συνεργάζονται επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με

μονάδες υγείας καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.) (Σταθόπουλος, 2005).

Σε κάθε Κ.Η.Φ.Η. απασχολούνται, τουλάχιστον, ένας Νοσηλευτής Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής ή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με άδεια άσκησης του επαγγέλματος. Στα Κ.Η.Φ.Η. απασχολούνται επίσης, δύο Κοινωνικοί Φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας (Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης), πτυχιούχοι Επαγγελματικού Λυκείου ή Τ.Ε.Ε. Τέλος, στα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων απασχολείται και ένα άτομο ως βοηθητικό προσωπικό. Σημειώνεται ότι το ανωτέρω προσωπικό που μπορεί να απασχολείται στα Κ.Η.Φ.Η. ανέρχεται στον αριθμό των 25 ατόμων (Σταθόπουλος, 2005).

### 5.3.2.2 Οι Λέσχες Φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας είναι χώροι μέσα από τους οποίους τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας αναζητούν την κοινωνική υποστήριξη, τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων με άτομα της ίδιας ηλικίας, καθώς επίσης και την καθημερινή ενημέρωση και ψυχαγωγία. Οι Λέσχες Φιλίας λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς.

Οι Λέσχες Φιλίας απαρτίζονται από εκπαιδευμένο προσωπικό και συγκεκριμένα σε μια λέσχη απασχολούνται κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, νοσηλευτές, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό.

Κάθε λέσχη διοικείται από συμβούλιο στο οποίο συμμετέχουν δύο αιρετοί εκπρόσωποι των μελών, δύο σύμβουλοι του διαμερίσματος, και δύο πολίτες κάτοικοι της περιοχής, τους οποίους διορίζει ο δήμαρχος. Ο κοινωνικός λειτουργός της λέσχης συμμετέχει με την ιδιότητα του γραμματέα του συμβουλίου.

Οι προϋποθέσεις για την εγγραφή μέλους είναι:  
να έχει ηλικία άνω των 60 ετών  
να είναι κάτοικος της περιοχής  
να πληρώνει μια μικρή συνδρομή ανά εξάμηνο για το ταμείο της λέσχης.

Το πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας αφορά φυσικοθεραπεία, επισκέψεις σε χώρους πολιτισμού και καλλιτεχνικές δραστηριότητες ή ακόμη και ημερήσιες εκδρομές και οργανωμένους περιπάτους.

Ο στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι:

- η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας
- η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής
- η ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους

- η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, κυρίως στα άτομα τα οποία δεν έχουν είτε την οικονομική δυνατότητα, είτε την υποστήριξη από τις οικογένειες τους.
- η δυνατότητα να ενημερωθούν για βασικά ζητήματα που συνδέονται με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα τους, μέσω ειδικών προγραμμάτων, όπως για παράδειγμα το πρόγραμμα για την νόσο του Alzheimer (Σταθόπουλος, 2005).

Παράλληλα, με τη δημιουργία νέων Λεσχών, τα τελευταία χρόνια, στις ήδη υπάρχουσες λέσχες, έχουν συντελεστεί εργασίες αναβάθμισης των χώρων, αλλά και των παρεχόμενων προγραμμάτων και υπηρεσιών τους. Όπως αναφέρεται και στον ιστότοπο <http://www.cityofathens.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014). "Έχει πραγματοποιηθεί επίσης, επιμόρφωση του προσωπικού των υφιστάμενων προγραμμάτων για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, αξιοποιώντας συνεργασίες με πανεπιστήμια και εξειδικευμένους φορείς. Στο πλαίσιο αυτής της φιλοσοφίας, εκπαιδεύτηκαν κοινωνικοί λειτουργοί των Λεσχών Φιλίας και όλο το προσωπικό του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σε ειδικό Πρόγραμμα της Μονάδας Παρηγορητικής Αγωγής και Ανακούφισης Πόνου για την διαχείριση ατόμων, που πάσχουν από χρόνιες και ανίατες παθήσεις. Η συνεργασία, εκτός από την εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού που συνεχίζεται, περιλαμβάνει και παραπομπές περιστατικών για εξειδικευμένη συμβουλευτική".

Οι Λέσχες Φιλίας αριθμούν περισσότερα από 5.000 μέλη. Ο αριθμός των ατόμων που έχουν ενεργή συμμετοχή στις εκδηλώσεις και τα προγράμματα που προσφέρει η λέσχη ανέρχεται στις 2.500 με 3.000 άτομα. Σημειώνεται επίσης, ότι ο μέσος χρόνος παραμονής τους στην λέσχη είναι περίπου 3 με 4 ώρες καθημερινά, ενώ σε κάθε λέσχη εξυπηρετούνται περίπου 50 με 70 άτομα.

### 5.3.2.3 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» θεσπίστηκε με το νόμο 2082/92 και είναι ένα από τα πλέον σημαντικά προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα που ξεκίνησε πιλοτικά το Μάρτιο του 1998 σε δύο περιοχές του Δήμου Αττικής: σε Γκύζη και Σεπόλια. Σκοπός του προγράμματος ήταν εξ αρχής η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους δημότες της Αθήνας. Από την έναρξη λειτουργίας των δύο δομών, στις Λέσχες Φιλίας Γκύζη και Σεπολίων, έχουν καταγραφεί περίπου 1.000 περιστατικά, ενώ έχουν εξυπηρετηθεί περισσότερα από 680 άτομα.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» απευθύνεται σε άτομα της Τρίτης Ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και είναι άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα. Προτεραιότητα έχουν τα άτομα που ζουν μόνα τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειάς τους, ή ακόμη εκείνα των οποίων το εισόδημα δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας καθώς και των ατόμων που βιώνουν προβλήματα κινητικά ή μη
- να υποβοηθηθούν, ώστε να διαβιώνουν αυτόνομα και με αξιοπρέπεια
- να υποστηριχθεί το οικογενειακό περιβάλλον, ώστε να επωφεληθεί από τις γνώσεις του εν λόγω προσωπικού.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος είναι οι εξής:

- η κοινωνική εργασία με άτομα και ομάδες
- η ιατρική παρακολούθηση, Νοσηλευτική φροντίδα και Φυσικοθεραπεία στο σπίτι,
- η διασύνδεση με υπηρεσίες, Υγείας -Πρόνοιας και άλλες που καλύπτουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων



- η εκπαίδευση εθελοντών και η διοργάνωση δράσεων κοινωνικής αλληλεγγύης
- η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.

## Το προσωπικό του προγράμματος

Η ομαλή λειτουργία του προγράμματος αυτού στηρίζεται σε μια εξειδικευμένη ομάδα τεσσάρων ατόμων που την αποτελούν μια κοινωνική λειτουργός, μια νοσηλεύτρια και δύο οικογενειακές βοηθοί. Κάθε μία ομάδα υποστηρίζεται από έναν γιατρό ο οποίος δίνει τις ανάλογες συμβουλές με βάση την περίπτωση του ασθενή.

### Ο ρόλος τους Κοινωνικού Λειτουργού:

- του συντονισμού και της εύρυθμης λειτουργίας του προγράμματος
- της ενημέρωσης και την προβολή του προγράμματος στη κοινότητα
- για την παροχή ψυχοσυναισθηματικής στήριξης στους εξυπηρετούμενους
- του Σχεδιασμού των τρόπων παρέμβασης εφαρμόζοντας μεθόδους κοινωνικής εργασίας
- της Επικοινωνία με τους φορείς και τις υπηρεσίες

### Ο ρόλος του Νοσηλευτή:

- παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών
- αγωγή υγείας των εξυπηρετούμενων
- συνταγογραφία των εξυπηρετούμενων
- παραπομπή και συνοδεία των εξυπηρετούμενων σε φορείς

### Ο ρόλος του Οικογενειακού Βοηθού:

- οικιακή φροντίδα
- παρασκευή φαγητού
- ατομική φροντίδα των εξυπηρετούμενων
- διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών

### 5.3.3 Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας, υλοποιούμενα από άλλους φορείς

Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων στήριξης της οικογένειας το Ε.ΣΥ.Κ.Π. στα περισσότερα κέντρα φροντίδας οικογένειας εφαρμόζει προγράμματα για την Τρίτη Ηλικία. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής βασικές δραστηριότητες :

- Ομάδες : τα μέλη των ομάδων συγκεντρώνονται με σκοπό να απασχοληθούν δημιουργικά και να αποφύγουν την απομόνωση. Παράλληλα, καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντά τους και ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή.
  - **Λέσχες** : γίνεται προσπάθεια, ώστε να εξευρεθεί ένας μόνιμος χώρος όπου τα άτομα θα συναντιούνται σε τακτική βάση και θα αξιοποιούν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Τα προγράμματα αυτά στηρίζονται από ειδικευμένο προσωπικό όπως κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και νοσηλευτές. Ανάλογα με τις δραστηριότητές τους που λαμβάνουν χώρα στις λέσχες παρευρίσκονται και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων (Σταθόπουλος 2005).

Σημαντικός είναι και ο ρόλος της Εκκλησίας στα πλαίσια της φροντίδας των άπορων ηλικιωμένων. Η Εκκλησία τόσο σε επίπεδο ενοριών όσο και σε επίπεδο Μητροπόλεων έχει δημιουργήσει διάφορα προγράμματα στα πλαίσια της φιλανθρωπικής της αποστολής:

- Κέντρα Ενοριακής Αγάπης: με την επίβλεψη και τη φροντίδα των ενοριών και του Φιλόπτωχου, εθελοντές φροντίζουν για τη διανομή φαγητού σε κάποια αίθουσα που παραχωρείται καθώς και για την παροχή ψυχαγωγίας στα άτομα που έχουν ανάγκη. Ακόμη, όταν κρίνεται απαραίτητο, παρευρίσκονται κοινωνικός λειτουργός και άτομα με σχετικές ιδιότητες.
- Οι ομάδες «ελευθέρως διαβιούντων υπερηλίκων»: λειτουργούν σε δέκα ενορίες και δίνουν την ευκαιρία σε ηλικιωμένους οι οποίοι είναι αυτοσυντήρητοι να βρίσκονται κατά τακτά διαστήματα και να συζητούν,

με την παρουσία κοινωνικού λειτουργού, για διάφορα θέματα που τους απασχολούν. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, συχνά, κάνουν επισκέψεις στα σπίτια των ατόμων που το χρειάζονται, προκειμένου να διαπιστώσουν προβληματικές καταστάσεις και να ελέγξουν τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων (Σταθόπουλος 2005).

### 5.3.3.1 Ιδρυματική Περίθαλψη

Η δημιουργία ιδρυμάτων για την κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων που δεν ήταν αυτάρκεις, εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά την Βυζαντινή εποχή. Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι και σήμερα με την Εκκλησία να έχει συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην δημιουργία και την συντήρηση των ιδρυμάτων (Σταθόπουλος, 2005).

Όπως τονίζεται από το Σταθόπουλο (2005): «εκτός από την Εκκλησία, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, των οργανώσεων του εθελοντικού τομέα, από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα και από την τοπική Αυτοδιοίκηση».

Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα κατευθύνεται περισσότερο προς τις μονάδες Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων, αφήνοντας ως ύστατη λύση την χρήση ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης από τους ηλικιωμένους λόγω βιολογικών διεργασιών, αδυνατώντας να συνεχίσουν στους ρυθμούς της προηγούμενης ζωής (Σταθόπουλος, 2005)

Βασική αρχή ενός ιδρύματος θα πρέπει να είναι η φροντίδα του ηλικιωμένου σε όσο δυνατό λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον και η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών στο ίδρυμα επιτυγχάνεται:

- με την απασχόληση προσωπικού με τα απαραίτητα επαγγελματικά προσόντα
- το ίδρυμα να είναι ανοιχτό στην κοινότητα
- να υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση
- η διοίκηση να έχει επίγνωση των αναγκών των ηλικιωμένων και θετική διάθεση για την αντιμετώπιση τους
- οι χώροι να είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι και να επιτρέπουν την άνετη πρόσβαση στους χώρους (Σταθόπουλος, 2005).
-

Τα ιδρύματα αυτά ονομάζονται κλειστής περίθαλψης και χωρίζονται σε:

## Γηροκομεία

Οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι δεν μπορούν να διαμείνουν μαζί με τα παιδιά τους, συνήθως αναζητούν άλλες κατοικίες, βασιζόμενοι στην κοινωνική πρόνοια. Ένα ανάλογο ίδρυμα είναι και το γηροκομείο ή το γηριατρείο. Το γηροκομείο αναφέρεται σε ένα ίδρυμα χαμηλής φροντίδας, ενώ αντίθετα, όταν πρόκειται για γηριατρείο, αναφερόμαστε σε ένα ίδρυμα υψηλής φροντίδας.

Σε ένα γηροκομείο ή γηριατρείο υπάρχει εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο βοηθάει τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία να ολοκληρώσουν καθημερινές τους ανάγκες. Για παράδειγμα, το προσωπικό ενός ιδρύματος αναλαμβάνει να παίρνουν οι ηλικιωμένοι τα γεύματά τους, τα φάρμακά τους όπου αυτά απαιτούνται, να πλυθούν, να ντυθούν, να πλύνουν τα ρούχα τους, να τους βοηθήσουν να πάνε στην τουαλέτα, κ.λπ. Η φροντίδα που παρέχει ένα ίδρυμα είναι 24ωρη και όπως ήδη αναφέρθηκε, παρέχεται κάθε είδους βοήθεια, προσωπικής φροντίδας, υποστήριξης, καθώς και παραϊατρικών αναγκών (Σταθόπουλος, 2005).

## Άσυλα - Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων

Σύμφωνα με τον ορισμό που παραθέτει ο Σταθόπουλος (2005): «στις κλινικές για τους χρόνια πάσχοντες, ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθεται για τις ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τα κρατικά θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, λειτουργούν κοντά στις 20 ιδιωτικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα με δυναμικότητα περίπου 2.000 κρεβατιών».

## Κεφάλαιο 6ο - Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας

Οι συνθήκες της σύγχρονης εποχής καθιστούν την παρουσία του Κοινωνικού Λειτουργού ιδιαίτερα σημαντική, αφού είναι μια υπηρεσία η οποία παρέχεται από εξειδικευμένα άτομα όπως οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και αποσκοπεί στο να παράσχει βοήθεια <http://www.synergazomai.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014). Μόνο με τον τρόπο αυτό δύνανται τα άτομα να αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικό τρόπο προβλήματα της κοινωνικής τους ζωής. Αυτό συμβαίνει πρωτίστως διότι τα αμφιθυμικά συναισθήματα, που προκαλούνται από την Τρίτη Ηλικία, είναι σημαντικό να μπορούν να αντιμετωπιστούν από άτομα τα οποία με τις γνώσεις και την κατάλληλη προσέγγισή τους θα προσφέρουν στην κατανόηση των στοιχείων εκείνων που καθιστούν την Τρίτη Ηλικία πρόκληση ακόμη και για τους συνεργαζόμενους επιστήμονες και όχι βάρος (Bloom και Mongro, 1972). Δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να παραγνωρίζεται η σημασία του Κοινωνικού Λειτουργού στη ζωή του ηλικιωμένου, αφού μέσα από τον τρόπο που αντιμετωπίζεται ο ηλικιωμένος από τον κοινωνικό λειτουργό ενδέχεται να χτίζει την αυτοεκτίμησή του, τη στάση του απέναντι στη ζωή, χωρίς να θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο (Sung και Dunkle, 2009).

Η συνεισφορά του Κοινωνικού Λειτουργού στη διατήρηση της γενικότερης ισορροπίας των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού, μεταξύ άλλων, βοηθά το άτομα να μην περιθωριοποιηθεί από το κοινωνικό του περιβάλλον και να συνεχίσει απρόσκοπτα τη ζωή του παρά τις όποιες αντιξοότητες μπορεί να αντιμετωπίζει <http://www.pagni.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014). Συγκεκριμένα, ο Κοινωνικός Λειτουργός επιτελεί συμβουλευτικό, υποστηρικτικό και θεραπευτικό ρόλο, επιθυμώντας την επίτευξη των εξής σκοπών: να κατανοηθεί η διαδικασία της γήρανσης εξετάζοντας την ψυχοκοινωνική της διάσταση.



να γίνει κατανοητό ότι η διαδικασία της γήρανσης είναι διαφορετική για κάθε άτομο

να γίνουν κατανοητοί οι παράγοντες που επηρεάζουν τη γήρανση όπως το φύλο, η εργασία του ατόμου, ο τρόπος ζωής του κ.ά.

Στη σύγχρονη εποχή, μάλιστα, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι επαγγελματίες καταρτισμένοι και εξοικειωμένοι με τους ηλικιωμένους καθώς επίσης και με τις ιδιαιτερότητες που συνεπάγεται η εργασία σε ένα κέντρο όπως οι Οίκοι Ευγηρίας <http://www.casw.org.cy/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Αυτό που αποτελεί ζητούμενο στην εποχή μας είναι η κατάρριψη των στερεοτύπων, ώστε τελικά να τερματιστούν ή έστω να περιοριστούν οι διακρίσεις σε βάρος τους και να προωθηθεί μία νέα συμπεριφορά απέναντι στα πρόσωπα εκείνα, που να ταιριάζει με την πρόοδο της εποχής και να μη θυμίζει συναισθηματικό Μεσαίωνα. Φυσικά, το έργο τους αυτό δεν είναι διόλου εύκολο και χρειάζεται η αμέριστη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων μερών (Καλλιδικακή, 1998).

Η Κοινωνική Εργασία μπορεί να γίνεται με άτομα, ομάδες ή ακόμη και κοινότητες. Γίνεται αντιληπτό ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων τόσο συσσωρεύονται και η ατομικές ιδιαιτερότητες που πρέπει να αντιμετωπίσει ο Κοινωνικός Λειτουργός στα πλαίσια της εργασίας τους και τόσο περισσότερα γίνονται τα διαφορετικά ζητήματα που προβάλλουν από ένα πλήθος παραγόντων που δε θα μπορούσαν να αναλυθούν πλήρως σε αυτή την εργασία. Για την ανάγκη να γίνουν από την αρχή κατανοητές οι ιδιαιτερότητες κάθε ηλικιωμένου ατόμου παρά τη δυσκολία που ενέχει ένα τέτοιο έργο αποτίμησης, έχουν γραφεί ποικίλες εργασίες οι οποίες εξετάζουν το θέμα σχεδόν από όλες τις πτυχές της επιστημονικής γνώσης, καθώς διαφορές εντοπίζονται σε κοινωνικούς, οικονομικούς, ψυχολογικούς, γεωγραφικούς κ.ά. τομείς (Bloom και Monro, 1972). Ωστόσο, το βοηθητικό στοιχείο αυτής της συνεργασίας μεταξύ άλλων είναι η εντύπωση που αποκομίζει το άτομο ότι ανήκει σε ένα σύνολο και ότι τα προβλήματά του είναι κοινά με άλλους ανθρώπους, γεγονός που του αναπτρώνει το ηθικό,

ώστε να μην νιώθει μοναξιά και να μην οδηγείται στην περιθωριοποίηση (Ρουπακιώτης, 2005).

Η δημιουργία σχέσεων ανάμεσα στους Κοινωνικούς Λειτουργούς και το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων είναι απαραίτητη, όπως επίσης απαραίτητη προϋπόθεση θεωρείται η κατά το δυνατόν καλύτερη ενημέρωση του Κοινωνικού Λειτουργού για το ιστορικό του ατόμου. Επιπρόσθετα, ιδιαίτερα στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι αυτός ο οποίος, μεταξύ άλλων, θα βοηθήσει το οικείο περιβάλλον του ατόμου να το αντιμετωπίσει όσο γίνεται πιο αναίμακτα. Ο τρόπος, που συνεργάζεται ο ηλικιωμένος με τον Κοινωνικό του Λειτουργό, πρέπει να οδηγεί στη δόμηση μιας άρτια επικοινωνίας, ώστε το άτομο να είναι ελεύθερο να συζητά όλα όσα το απασχολούν, χωρίς να νιώθει την ανάγκη να κρύβεται και να αυτοπεριχαρακώνεται. Εξάλλου, αν δεν υπάρχει άνεση και ειλικρίνεια ανάμεσα στα εμπλεκόμενα μέρη αυτής της τόσο ιδιαίτερης σχέσης, γίνεται αντιληπτό ότι τα αποτελέσματά της δε θα είναι τα αναμενόμενα, με τον ηλικιωμένο να υφίσταται τις περισσότερες συνέπειες (Sung και Dunkle, 2009).

Για όλα τα παραπάνω επιβάλλεται συνοπτικά ο Κοινωνικός Λειτουργός:

- να ενημερώνεται σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου
- να εξασφαλίζει το απόρρητο του κάθε ατόμου
- να αντιμετωπίζει όλους τους ηλικιωμένους με ίσο τρόπο πέρα από κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές διαφορές που ενδέχεται να παρουσιάζουν
- να βοηθά στην προσαρμογή των ηλικιωμένων και την ένταξή τους σε κατάλληλα προγράμματα που θα τους επιλιειτουργήσουν θεραπευτικά
- να βοηθά στην εξισορρόπηση της συναισθηματικής κατάστασης του ηλικιωμένου και
- να μεριμνά για επιδόματα που μπορεί να δικαιούται ο ηλικιωμένος.

Τέλος, όπως επισημαίνεται από τους Sung και Dunkle (2009), ο Κοινωνικός Λειτουργός μέσα από την καθημερινή σχέση του με τον ηλικιωμένο χρειάζεται να του επικοινωνεί και την εκτίμησή του για εκείνον η οποία αποτυπώνεται με τους εξής τρόπους:

- παροχή φροντίδας και υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους
- κατανόηση και ακρόαση των θεμάτων τους
- παροχή συμβουλών από τη μεριά των ηλικιωμένων
- προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων
- χαιρετισμός ηλικιωμένων
- χρήση κατάλληλου λεξιλογίου σε σχέση με τους ηλικιωμένους
- σεβασμός στις επιθυμίες των ηλικιωμένων για θέματα που αφορούν το φαγητό και το ποτό τους
- προσφορά δώρων
- ευπρέπεια στη συμπεριφορά ενώπιον των ηλικιωμένων
- εορτασμός γενεθλίων και εορτών των ηλικιωμένων
- ορθός και άνετος εξοπλισμός του χώρου διαβίωσης των ηλικιωμένων
- φροντίδα ηλικιωμένων σε ευρύτερο επίπεδο.

## Συμπεράσματα

Η αξία της Τρίτης Ηλικίας δε θα μπορούσε να περιοριστεί από τα όποια προβλήματα υγείας παρουσιάζονται ή από τις όποιες βιολογικές αλλοιώσεις προκύπτουν κατά την πάροδο του χρόνου. Η πολύτιμη εμπειρία που έχουν συγκεντρώσει από τη ζωή τους οι άνθρωποι της Τρίτης Ηλικίας καθίσταται απαραίτητος σύμβουλος για τα προβλήματα της σύγχρονης ζωής και, πέραν τούτου, ο λόγος που νιώθουν κι εκείνοι καλύτερα με τον εαυτό τους είτε όταν προσφέρουν με τον τρόπο αυτό στην επίλυση προβλημάτων είτε όταν μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη της επερχόμενης γενιάς. Εξάλλου, η παραγωγικότητα της Τρίτης Ηλικίας δεν περιορίζεται έτσι μικρόψυχα, επειδή επιθυμούν κατά καιρούς οι νεότεροι να τους παραγκωνίσουν ή να τους περιθωριοποιήσουν κοινωνικά.

Ωστόσο, με τις συνεχείς και ραγδαίες αλλαγές που έχουν γίνει τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, έχουν αλλάξει τα δεδομένα στο κοινωνικοοικονομικό σύστημα και συνεπώς μέσα στην οικογένεια. Το φαινόμενο της αστικοποίησης και η ανάγκη για εργασία από την γυναίκα έχουν αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό. Οι άνθρωποι έχουν πλέον μετακινηθεί από τις αγροτικές προς τις αστικές περιοχές. Η διαδικασία αυτή δεν δίνει την δυνατότητα πολλές φορές στους ηλικιωμένους να ακολουθήσουν. Ο ένας λόγος είναι η αλλαγή στον τρόπο ζωής που απαιτείται, με αποτέλεσμα να δυσκολεύει την απόφαση του ατόμου να αφήσει πίσω του το μεγαλύτερο κομμάτι της ζωής του. Σε περίπτωση που συμβεί κάτι τέτοιο, πολλές φορές οι ηλικιωμένοι που ακολουθούν τα παιδιά τους προσπαθούν να επιβιώσουν σε ένα διαμέρισμα το οποίο είναι μικρότερο, με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολη η διαβίωσή τους. Από τη νέα αυτή πραγματικότητα, στην οποία καλούνται να αντεπεξέλθουν, προκύπτουν ιδιαίτερα σημαντικοί κίνδυνοι, οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν το ηλικιωμένο άτομο στην κατάθλιψη και σε άλλες ψυχολογικές και μη νόσους στις οποίες μπορεί και να καταλήξουν νικημένοι και, την ίδια στιγμή, ανίκανοι να προσαρμοστούν και να ακολουθήσουν τις νέες συνθήκες.

Η παραμονή, όμως, των ηλικιωμένων σε πιο ανεπτυγμένες περιοχές έχει και ορισμένα πλεονεκτήματα, όπως για παράδειγμα κάποιες ανέσεις που μπορεί να προσφέρονται. Οι ανέσεις αυτές είναι ποικίλες και ιδιαίτερα σημαντικές όπως η πρόσβαση σε κάποιον νοσοκομειακό χώρο, που είναι πολύ δυσκολότερη στις αγροτικές περιοχές και κυρίως όταν οι καιρικές συνθήκες δεν ευνοούν. Επίσης, το γεγονός ότι σε αρκετές κατοικίες υπάρχει ακόμη και σήμερα εξωτερική τουαλέτα, δυσκολεύει τους ηλικιωμένους, το μεγαλύτερο ποσοστό των οποίων αντιμετωπίζει κινητικά ή άλλα προβλήματα.

Τα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων πολλές φορές δε γίνεται να περιγραφούν στα πλαίσια μιας εργασίας επακριβώς, δεδομένου ότι η καθημερινή πρακτική φωτίζει τις πτυχές τους με τρόπο μοναδικό. Ωστόσο, αυτό που ενδιαφέρει και που λειτουργεί ως ασπίδα, τρόπον τινά, απέναντι στα προβλήματα είναι η κατανόηση των δικαιωμάτων της Τρίτης Ηλικίας έτσι όπως περιγράφονται από τους διεθνείς οργανισμούς αν και ενίοτε ούτε αυτοί μπορούν να εγγυηθούν την ορθή εφαρμογή τους παρά τις κυρώσεις που επιβάλλουν.

Στα πλαίσια κατανόησης και υπεράσπισης των δικαιωμάτων αυτών, έχουν ιδρυθεί οργανισμοί κατάλληλοι για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα, καλύπτοντας την ανάγκη τους σε παροχές πρώτων ειδών ανάγκης μέχρι και τις ανάγκες ψυχαγωγίας και, φυσικά, ιατροφαρμακευτικών πόρων. Αναπόσπαστο κομμάτι αυτών των ιδρυμάτων και θεσμών είναι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, χωρίς την πολύτιμη αρωγή των οποίων δε θα μπορούσαν οι ηλικιωμένοι να αντιμετωπίσουν τα ποικίλα ζητήματα που τους δυναστεύουν.

Ολοκληρώνοντας αυτή τη συζήτηση, καλό θα ήταν να μείνει ως τελικό συμπέρασμα ότι η κοινωνία μας έχει ανάγκη κάθε ένα μέλος της ξεχωριστά και δεν υπάρχουν «κατάλληλοι άνθρωποι για περιθωριοποίηση και άλλοι που είναι περισσότεροι «κατάλληλοι» για τη ζωή. Οφείλουμε όλοι να σεβόμαστε την αξία κάθε ατόμου χωριστά, όπως

έχουμε την απαίτηση να κάνουν και για εμάς σε όποια ηλικιακή ομάδα και αν ανήκουμε.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής αποτελεί κατάκτηση και επιτυχία των κοινωνιών της Ευρώπης. Οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές που προέκυψαν από την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων δημιούργησαν νέες ανάγκες και προκλήσεις στις οποίες οι κοινωνίες της Ευρώπης καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Στα πλαίσια λοιπόν της αντιμετώπισης των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων θα πρέπει να ακολουθηθεί μια πολιτική βασισμένη στους παρακάτω άξονες:

- Σύστημα κοινωνικής προστασίας για τη διασφάλιση αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης για τους ηλικιωμένους,
- Παραγωγική απασχόληση των ηλικιωμένων,
- Εξασφάλιση προσιτού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους ηλικιωμένους,
- Εξασφάλιση προσιτού και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους ηλικιωμένους μέσω της επέκτασης της κατ' οίκον φροντίδας και της υποστήριξης των οικογενειών των ηλικιωμένων.
- Χορήγηση Ελαχίστου Εγγυημένου Εισοδήματος στους Ηλικιωμένους

## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Αμίτσης, Γ. (1993). Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες. Αθήνα: Πράξις.

Δαρδαβέσης, Θ. , Ι., Κωσταρίδου- Ευκλείδη, Α. και Χουσιάδας, Λ. Β. (1999). Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Δόντας, Α. (1981). Η Τρίτη ηλικία-προβλήματα και δυνατότητες. Αθήνα: Γ.Κ. Παρισιάνος.

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

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

Καλλινικάκη, Θ. (1998). Εισαγωγή στην θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κονταξάκης, Χ. (2000). Η τρίτη Ηλικία. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). Ψυχολογία κινήτρων. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Μαδιανός, Μ. (2000). Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.



Μαλγαρινού, Μ και Γούλια, Ε (1986). Η Νοσηλεύτρια κοντά στον Υπερήλικα. Αθήνα: ΧΕ.

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2003). Η ψυχολογία της γήρανσης. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2011). Λεξικό Συνωνύμων και Αντωνύμων της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα: Κέντρο λεξικολογίας.

Πλατή, Χ. (2000). Γεροντολογική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Παπανικολάου.

Ρουπακιώτης, Χ. (2005). Με τη Λόπη. Αθήνα: Εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή.

Slater, R. (2003). Γηρατειά θλιμμένος χειμώνας ή δεύτερη Άνοιξη; Η ψυχολογία της γήρανσης. Μεταξάς, Σ. (μτφρ). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

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

Τεπέρογλου Α., (1994), Ο θεσμός Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων: στασιμότητα ή εξέλιξη;, στο Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ. (επιμ.), Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Τεπέρογλου, Α. (2004). Ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Τζημουράκης, Α. (1989). Τα γηρατειά και τα προβλήματά τους.  
Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις: Μέλισσα.

Πηγές από το διαδίκτυο

Βολίκας, Κ. (2004) Ανθρώπινη Μακροβιότητα.

<http://helios-eie.ekt.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Παπαδημητρίου, Κ. (2004) Οι συνέπειες από τη γήρανση του πληθυσμού.

<http://news.kathimerini.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Παπάνης, Ε. (2007) «Η Τρίτη ηλικία».

<http://epapanis.blogspot.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Τσακρακλίδης, Β. (2007) «Η Βιολογία του Γήρατος».

<http://www.hygeia.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

AGE Platform Europe

<http://www.age-platform.eu/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Marketing Lexicon

<http://marketing-lexicon.pblogs.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Αθήνα

<http://www.cityofathens.gr/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Συnergάζομαι: συμβουλευτικό κέντρο ενηλίκων και παιδιών

<http://www.synergazomai.gr/>

(πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Πάγνη

<http://www.pagni.gr:8081/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Wikipedia

<http://el.wikipedia.org/wiki/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

Wikipedia

<http://wikipedia.qwika.com/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

## Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

### Άρθρα

Biggs, S., Fredvang, M. & Haapala, I., 2013. Not in Australia Migration, work and age discrimination. *Australasian Journal on Ageing*, 32(2), 125-129.

Bloom, M. and Monro, A., 1972. Social Work and the Aging Family. *The Family Coordinator* [Online], 21(Aging and the Family), 103-115. Διαθέσιμο από: <http://www.jstor.org/s> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014). στα site

Griffin, J.J., 1945. The Growing Problem of the Aged. *Social Service Review*, 19(4), 506-515.

Spielman, B.J., 1986. Rethinking paradigms in geriatric ethics. *Journal of Religion & Health*, 25(2), 142-148.

Sung, K. and Dunkle, R.E., 2009. How Social Workers Demonstrate Respect for Elderly Clients. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(3), 250-260.

Πηγες από το διαδίκτυο

Judge, L. (2007) «The Rights of Older People: International Law, Human Rights Mechanisms and the Case for New Normative Standards».

<http://www.globalaging.org> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

United States Census Bureau

<http://www.census.gov/> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### **Ο Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων**

Ο Οδηγός αυτός αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των αρχών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αφορά όλους του Ευρωπαίους ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση και τη χώρα που κατοικούν <http://www.age-platform.eu> (πρόσβαση την 23η Αυγούστου 2014).

ΑΡΘΡΟ 1:  
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ, ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ  
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ, ΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ  
ΑΣΦΑΛΕΙΑ.

Πιο συγκεκριμένα, δικαιούνται:

1.1 Σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ευεξία, ανεξάρτητα από την ηλικία, τη φυλή, την εθνική ή κοινωνική καταγωγή, την οικονομική τους κατάσταση, τη θρησκεία, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό ή την ταυτότητά τους.

1.2 Σεβασμό και προστασία της σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής, συναισθηματικής, οικονομικής και υλικής ευεξίας. Συγκεκριμένα:

Αναφορικά με τη σωματική ευεξία:

1.2.1 Σεβασμό και προστασία της σωματικής ακεραιότητας και προστασία από κάθε μορφής σωματική κακοποίηση, κακομεταχείριση και παραμέληση, από τον υποσιτισμό και την αφυδάτωση, την εξάντληση, το υπερβολικό κρύο ή ζέστη και από κάθε αποτρέψιμο πρόβλημα υγείας.

1.2.2 Σεβασμό και προστασία από κάθε μορφής σεξουαλική κακοποίηση και κακομεταχείριση.

Αναφορικά με την ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία:

1.2.3 Σεβασμό και προστασία της ψυχολογικής και συναισθηματικής ευεξίας, καθώς και προστασία από κάθε μορφής ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση και κακομεταχείριση.

1.2.4 Την απαίτηση ότι οι άλλοι δεν θα σας προκαλέσουν εσκεμμένα αναστάτωση, ταλαιπωρία, αρνητικά συναισθήματα ή κατάθλιψη.

1.2.5 Προστασία από κάθε απόπειρα να τους απομακρύνουν από άτομα με τα οποία επιθυμούν να είναι μαζί, ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας και βοήθειας που χρειάζονται.

Αναφορικά με την οικονομική και υλική ασφάλεια:

1.2.6 Προστασία από κάθε μορφής οικονομική ή υλική κακοποίηση.



1.2.7 Απαίτηση ότι τα άτομα που μεριμνούν για τα οικονομικά και υλικά αγαθά τους θα έχουν κατά νου το συμφέρον των ηλικιωμένων.

1.2.8 Δικαίωμα να διατηρούν μαζί τους τα προσωπικά τους υπάρχοντα μέχρι τον θάνατό τους ή μέχρις ότου αυτοί αποφασίσουν να τα αποχωριστούν (καθώς και να έχουν πρόσβαση σε αυτά ανά πάσα στιγμή). Δικαιούνται προστασία ενάντια σε κάθε εξαναγκασμό για αλλαγή της διαθήκης ή εκχώρηση οικονομικών ή υλικών αγαθών που τους ανήκουν.

Αναφορικά με την ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση:

1.2.9 Προστασία από κάθε ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση, κακομεταχείριση ή παραμέληση, καθώς και από ακατάλληλη ή υπερβολική ιατρική περίθαλψη ή χρήση φαρμάκων.

Αναφορικά με την παραμέληση:

1.2.10 Προστασία από παραμέληση, έλλειψη υποστήριξης, φροντίδας ή θεραπείας.

1.3 Προστασία από απειλές οποιασδήποτε φύσης. Δικαιούνται τις κατάλληλες συνθήκες, ώστε να αισθάνονται ασφαλείς στον χώρο τους και με τους ανθρώπους που τους περιβάλλουν.

1.4 Πρόσβαση σε κοινωνική ασφάλιση και βοήθεια.

ΑΡΘΡΟ 2:  
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΥΤΟΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

Ελευθερία επιλογής

2.1 Έχουν το δικαίωμα να ζουν αυτοπροσδιοριζόμενοι και ανεξάρτητοι, στον βαθμό που τους

το επιτρέπει η σωματική και πνευματική τους κατάσταση, καθώς και να λαμβάνουν συμβουλές και υποστήριξη προς επίτευξη αυτού.

2.2 Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν οι απόψεις, οι επιθυμίες και οι επιλογές τους να

γίνονται σεβαστές από τους γύρω τους. Έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στις διαδικασίες

λήψης αποφάσεων που τους αφορούν. Επίσης δικαιούνται να επιλέγουν το μέρος που θα ζουν, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους, είτε πρόκειται για το σπίτι τους είτε για χώρους επίσημης φροντίδας.

2.3 Έχουν το δικαίωμα να διατηρούν τον έλεγχο της περιουσίας τους και των εισοδημάτων τους, να διαχειρίζονται οι ίδιοι τις οικονομικές και νομικές υποθέσεις και συναλλαγές με το κράτος. Δικαιούνται υποστήριξη προς επίτευξη αυτού.

Υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων

2.4 Έχουν το δικαίωμα να ορίζουν οι ίδιοι το άτομο που επιθυμούν να τους εκπροσωπεί και να παίρνει αποφάσεις εξ ονόματος τους.

2.5 Έχουν το δικαίωμα να ζητάνε δεύτερη γνώμη για την κατάσταση της υγείας τους, πριν ακολουθήσουν κάποια θεραπευτική αγωγή.

2.6 Έχουν το δικαίωμα να απαιτήσουν επαρκή χρόνο, ώστε να εκτιμήσουν προσεκτικά τις λύσεις που τους προτείνονται, να αξιολογήσουν τα σχετικά έγγραφα και να πάρουν αποφάσεις, αφού λάβουν ανεξάρτητες συμβουλές και υποστήριξη.

2.7 Έχουν το δικαίωμα να αφήνουν οδηγίες και αποφάσεις εκ των προτέρων όσον αφορά τη

φροντίδα τους, οι οποίες θα εκτελεστούν από άτομο της δικής τους επιλογής, στην περίπτωση που αδυνατούν να λάβουν αποφάσεις οι ίδιοι. Οι

επιθυμίες θα πρέπει να γίνονται σεβαστές ανά πάσα στιγμή, ακόμη και όταν τις επικοινωνούν μη λεκτικά ή μέσω άλλου ατόμου της επιλογής τους.

#### Περιορισμοί στον αυτοπροσδιορισμό

2.8 Δεν επιτρέπεται να υποβάλλονται σε οποιαδήποτε μορφή φυσικού ή πνευματικού περιορισμού εκτός και αν αυτό αποτελεί αντιμετώπιση πιθανού κινδύνου για την ακεραιότητά τους. Σε μία τέτοια περίπτωση οποιοσδήποτε τρόπος αντιμετώπισης θα πρέπει να τους διασφαλίζει διαφανή και αξιόπιστη διαδικασία η οποία μπορεί να αντιστραφεί σε περίπτωση παρενόχλησης ή ζημίας. Οι ορισμοί για το επίπεδο της πνευματικής τους ικανότητας να παίρνουν αποφάσεις δεν είναι απόλυτες ούτε οριστικές και πρέπει να επανεκτιμώνται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

ΑΡΘΡΟ 3:  
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ

Δικαίωμα στην προσωπική ζωή

3.1 Δικαιούνται σεβασμό της ανάγκης για ιδιωτικότητα. Πρέπει να απολαμβάνουν τη δυνατότητα να έχουν χρόνο και χώρο για τους ίδιους ή με άτομα της επιλογής τους, όταν το επιθυμούν.

3.2 Η προσωπική τους ζωή πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό ανεξάρτητα από το πού διαμένουν. Σε πρέπει να αποσκοπούν όλοι όσοι ασχολούνται με την υποστήριξή τους, τη φροντίδα και την ιατρική τους περίθαλψη έτσι ώστε να αποφεύγεται κάθε περιορισμός της ιδιωτικότητάς τους, ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας και βοήθειας που χρειάζονται.

3.3 Ο σεβασμός της ιδιωτικότητάς τους τεκμαίρεται επίσης από τον βαθμό που λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις τους περί σεμνότητας. Δικαιούνται να απαιτούν από τα άτομα που τους φροντίζουν να τους συμπεριφέρονται με ευαισθησία και διακριτικότητα.

Δικαίωμα σε ιδιωτικές πληροφορίες και επικοινωνία

3.4 Δικαιούνται το απαραβίαστο της αλληλογραφίας τους. Κανείς δεν έχει δικαίωμα να λαμβάνει, να ανοίγει ή να διαβάζει τα γράμματά ή το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο τους χωρίς τη συγκατάθεσή τους. Έχουν το δικαίωμα να κάνουν τηλεφωνήματα κατ' ιδίαν.

3.5 Δικαιούνται σεβασμό της ιδιωτικότητάς και στον τρόπο χειρισμού των προσωπικών τους στοιχείων και εγγράφων. Τα προσωπικά τους στοιχεία προστατεύονται από το νόμο.

3.6 Δικαιούνται να απαιτούν οι συζητήσεις για την κατάστασή τους, τη φροντίδα και την ιατρική αγωγή τους – είτε διεξάγονται ενώπιον τους είτε όχι– να γίνονται με ευαισθησία, διακριτικότητα και σεβασμό της ιδιωτικότητάς τους.

ΑΡΘΡΟ 4:  
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΨΗΛΗΣ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ποιότητα φροντίδας

4.1 Δικαιούνται να λαμβάνουν έγκαιρη, υψηλής ποιότητας και οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες θα είναι προσαρμοσμένες στις εξατομικευμένες ανάγκες και επιθυμίες τους, χωρίς καμιά απολύτως διάκριση.

4.2 Δικαιούνται να τους περιθάλπουν άτομα που έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να αντιστοιχούν στις ανάγκες τους. Είτε τους φροντίζουν επαγγελματίες είτε συγγενείς είτε άλλα έμπιστα άτομα, πρέπει να έχουν λάβει – και να συνεχίζουν να λαμβάνουν– εξειδικευμένη εκπαίδευση και καθοδήγηση που θα τους επιτρέπει να φέρνουν σε πέρας το έργο τους.

4.3 Δικαιούνται να λαμβάνουν τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας που χρειάζονται χωρίς καμιά απολύτως διάκριση.

4.4 Δικαιούνται να λαμβάνουν υποστήριξη για τις καθημερινές τους ανάγκες τη στιγμή που χρειάζονται βοήθεια.

4.5 Αν και όταν εισαχθούν σε ίδρυμα φροντίδας, οι συνθήκες και το κόστος της διαμονής τους πρέπει να εξηγούνται ρητά σε αναλυτικό συμβόλαιο. Οι πληροφορίες για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους πρέπει να είναι σαφείς και εύληπτες. Δικαιούνται να λαμβάνουν συμβουλές πριν και κατά τη διάρκεια της εισαγωγής τους. 4.6 Δικαιούνται να απαιτούν όλα τα άτομα, οι φορείς και οι ομάδες επαγγελματιών που ασχολούνται με τη φροντίδα, την υποστήριξη και την ιατρική περίθαλψή τους να επικοινωνούν, να συνεργάζονται μεταξύ τους και να συντονίζουν προσεχτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ποιότητα ζωής

4.7 Δικαιούνται να επωφελούνται από μέτρα για την πρόληψη της επιδείνωσης ή μέτρα βελτίωσης της κατάστασής τους, καθώς και από μέτρα που προωθούν την ανεξαρτησία τους στο μέγιστο δυνατό βαθμό.

4.8 Δικαιούνται να κινούνται ελεύθερα στον περιβάλλοντα χώρο τους. Απαγορεύεται να υφίστανται σωματικό ή πνευματικό περιορισμό

οποιασδήποτε μορφής, εκτός αν είναι αντικειμενικά για το δικό τους συμφέρον. Τυχόν αποφάσεις για τον περιορισμό τους θα πρέπει να επαναξιολογούνται τακτικά. Δικαιούνται να λαμβάνουν υποστήριξη και ενθάρρυνση της κινητικότητάς τους, στον βαθμό που δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που να την παρεμποδίζουν.

4.9 Δικαιούνται να απαιτούν να λαμβάνονται υπόψη πτυχές του παρελθόντος τους και του μέχρι τώρα τρόπου ζωής, που έχουν σημασία για τους ίδιους.

ΑΡΘΡΟ 5:  
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ,  
ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Δικαίωμα πρόσβασης σε προσωπικές και εξατομικευμένες πληροφορίες

5.1 Δικαιούνται να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους και τις διαθέσιμες επιλογές περίθαλψης και φροντίδας. Δικαιούνται ενημέρωση για τις σωματικές ή πνευματικές επιπτώσεις ή τις παρενέργειες που ενδέχεται να προκύψουν από ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα ή παρεμβάσεις στον οργανισμό τους και την καθημερινότητα τους. Τα άτομα που τους περιθάλπουν είναι υποχρεωμένα να τους ενημερώνουν για τις πιθανότητες επιτυχίας ή αποτυχίας κάθε ιατρικής παρέμβασης, όπως επίσης και για κάθε διαθέσιμη εναλλακτική λύση.

5.2 Εξακολουθούν να δικαιούνται πρόσβαση στον προσωπικό τους ιατρικό φάκελο. Δικαιούνται να απαιτούν να εποπτεύουν όλα τα έγγραφα και τις εξετάσεις που αφορούν την υγεία τους. Οι νόμιμοι εκπρόσωποί τους έχουν επίσης δικαίωμα πρόσβασης στα εν λόγω έγγραφα, αν τους εξουσιοδοτήσουν, αρκεί να μπορούν να αποδείξουν ότι έχουν έννομο συμφέρον.

5.3 Το δικαίωμα τους να αρνούνται να ενημερωθούν πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστό.

5.4 Δικαιούνται να τους απευθύνονται με τρόπο ξεκάθαρο, διακριτικό και κατανοητό σχετικά με τις ιατρικές διαγνώσεις, τη φροντίδα και την περίθαλψη, καθώς αυτό εντάσσεται στο δικαίωμα τους για ενημέρωση και συγκατάθεση πριν από τη λήψη αποφάσεων.

5.5 Πριν από κάθε απόφαση που αφορά τη φροντίδα και την ιατρική τους περίθαλψη δικαιούνται να ενημερώνονται, πριν δώσουν τη συγκατάθεσή τους, όπως επίσης και για κάθε επίπτωση από συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα και κλινικές δοκιμές.

5.6 Έχουν τη δυνατότητα και το δικαίωμα πρόσβασης σε νομικές συμβουλές, νομική υπεράσπιση και εκπροσώπηση, ενώ πρέπει να στους παρέχεται οικονομική βοήθεια, όταν δεν έχουν τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους.

5.7 Είτε οι ίδιοι είτε άτομο της επιλογής τους δικαιούνται να λαμβάνουν έγκαιρη, σαφή και περιεκτική ενημέρωση για όλες τις υπηρεσίες (καθώς και τις δυνατότητες προσαρμογής της διαμονής) που είναι διαθέσιμες, καθώς και για το ανάλογο κόστος τους.

5.8 Πριν συνάψουν ή τροποποιήσουν οποιαδήποτε συμφωνία ή συμβόλαιο με κάποια υπηρεσία ή φορέα δικαιούνται πλήρη ενημέρωση για το περιεχόμενο της συμφωνίας και τη δυνατότητα να προβούν σε τροποποιήσεις της σε μελλοντική ημερομηνία όσον αφορά τους όρους, τις υπηρεσίες και τις δαπάνες. Η ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους πρέπει να είναι σαφής και εύληπτη.



ΑΡΘΡΟ 6:  
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΣΤΗ  
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ  
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

6.1 Πρέπει να παρέχονται πληροφορίες και δυνατότητες να συμμετέχουν ελεύθερα και χωρίς εξαναγκασμό στην κοινωνική ζωή ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές τους. Αυτό συμπεριλαμβάνει την ενημέρωση και τη συμμετοχή στις δουλειές του σπιτιού, σε κοινές δραστηριότητες, γιορτές και κοινωνικές εκδηλώσεις, καθώς και να έχουν τη δυνατότητα να κάνουν έμμισθη ή εθελοντική εργασία και να συμμετέχουν στη δια βίου μάθηση.

6.2 Δικαιούνται κάθε υποστήριξη που απαιτείται, ώστε να είναι σε θέση να επικοινωνήσουν και δικαιούνται να λαμβάνονται υπόψη οι επικοινωνιακές ανάγκες και προσδοκίες σας,

6.3 Δικαιούνται την ελεύθερη μετακίνηση. Αν η κινητικότητά τους είναι εμποδισμένη, δικαιούνται βοήθεια.

6.4 Δικαιούνται ισότιμη πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες και κατάλληλη βοήθεια για να τις χρησιμοποιούν.

6.5 Δικαιούνται να συνεχίσουν να ασκούν όλα τα πολιτικά δικαιώματα τους, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος να συμμετέχουν σε πολιτικές εκλογές και, αν

είναι απαραίτητο, να λαμβάνουν την απαιτούμενη βοήθεια για το πετύχουν. Το δικαίωμα στην ελευθερία αποφάσεων πρέπει να γίνεται σεβαστό, όπως επίσης πρέπει να γίνεται σεβαστή από το άτομο που τους βοηθά η μυστικότητα της ψήφου.

ΑΡΘΡΟ 7:  
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ  
ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ  
ΣΚΕΨΗΣ / ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ: ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ, ΔΟΞΑΣΙΕΣ ΚΑΙ  
ΘΡΗΣΚΕΙΑ

7.1 Δικαιούνται σεβασμό των αξιών και των απόψεών, της φιλοσοφίας και της θρησκευτικής ελευθερίας τους, ανεξάρτητα από το αν τα άτομα που τους φροντίζουν συμμερίζονται τις εν λόγω αξίες και απόψεις.

7.2 Δικαιούνται να συμμετέχουν σε θρησκευτικές τελετές και να λαμβάνουν πνευματική ή θρησκευτική συμπαράσταση και καθοδήγηση, όταν το επιθυμούν, καθώς και να την αρνούνται, όταν δεν την επιθυμούν. Αυτό το δικαίωμα συμπεριλαμβάνει την ελευθερία στο να αλλάξουν θρησκεία ή αντιλήψεις, καθώς και την ελευθερία να λατρεύουν είτε κατ' ιδίαν είτε δημόσια, με άλλους ή μόνοι τους, τη θρησκεία που επιθυμούν.

7.3 Η πολιτιστική κληρονομιά, οι θρησκευτικές δοξασίες και οι λατρευτικές πρακτικές αξίζουν σεβασμό, στο πνεύμα της αμοιβαίας ανεκτικότητας.

7.4 Δικαιούνται να συναναστρέφονται και να συναθροίζονται, όπως επίσης δικαιούνται να αρνηθούν να συναναστρέφονται.

7.5 Δικαιούνται να αναπτύσσουν πλήρως την προσωπικότητά τους ως πολιτικά και κοινωνικά άτομα, καθώς και να διευρύνουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους.

7.6 Δικαιούνται να αρνηθούν ανεπιθύμητες πιέσεις ιδεολογικού, πολιτικού, θρησκευτικού ή προκατειλημμένου χαρακτήρα και δικαιούνται να ζητάνε προστασία από τέτοιου είδους πιέσεις.

ΑΡΘΡΟ 8:  
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ,  
ΣΤΟΝ ΣΕΒΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ  
ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

8.1 Δικαιούνται βοήθεια, υποστήριξη και αρωγή όταν φτάνουν στο τέλος της ζωής τους. Δικαιούνται μέτρα για την ανακούφιση του πόνου και άλλων βασανιστικών συμπτωμάτων, αν το επιθυμούν.

8.2 Δικαιούνται να απαιτούν να γίνουν όλα όσα είναι εφικτά, ώστε η πορεία τους προς τον θάνατο να είναι αξιοπρεπής και υποφερτή. Τα άτομα που τους περιθάλπουν και τους συνοδεύουν στο τελευταίο στάδιο της ζωής πρέπει να σέβονται τις επιθυμίες τους και να τις λαμβάνουν υπόψη στο μέγιστο δυνατό βαθμό.

8.3 Δικαιούνται να απαιτούν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να συμπεριλάβει και άλλα έμπιστα άτομα / οικείους στη φροντίδα τους κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής τους, καθώς και να τους παρέχει επαγγελματική στήριξη. Η επιθυμία τους να μη συμπεριληφθούν συγκεκριμένοι άνθρωποι πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστή.

8.4 Για όσο διάστημα είναι διανοητικά ικανοί έχουν το δικαίωμα να καθορίζουν αν και σε ποιον βαθμό πρέπει να ξεκινά ή να συνεχίζει η ιατρική περίθαλψη, ενόψει του πιθανού επικείμενου θανάτου, καθώς και αν πρέπει να ξεκινήσουν ή να παραληφθούν μέτρα παράτασης της ζωής.

8.5 Κανείς δεν επιτρέπεται να πάρει μέτρα που θα τους οδηγήσουν συστηματικά στον θάνατο, εκτός αν αυτό είναι σύμφωνο με την εθνική νομοθεσία της χώρας διαμονής τους και έχουν δώσει ρητά σχετικές οδηγίες.

8.6 Στην περίπτωση που δεν βρίσκονται σε θέση να εκφραστούν, δικαιούνται να γίνουν σεβαστές οι οδηγίες που έχουν αφήσει εκ των προτέρων όσον αφορά αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής.

8.7 Δικαιούνται τον σεβασμό των επιθυμιών που εξέφρασαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους σχετικά με το πώς θέλουν να τους μεταχειριστούν μετά τον θάνατό, το τι θα γίνει η σορός, όπως επίσης να γίνουν σεβαστά τα θρησκευτικά τους πιστεύω.

ΑΡΘΡΟ 9:  
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΕΝΔΙΚΑ ΜΕΣΑ

9.1 Δικαιούνται υποστήριξη όταν βρίσκονται σε καταστάσεις όπου υφίστανται κακοποίηση ή κακομεταχείριση είτε λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι είτε σε ίδρυμα.

9.2 Δικαιούνται να απαιτούν οι επαγγελματίες που τους φροντίζουν να είναι εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν σημάδια κακοποίησης και κακομεταχείρισης και να ενεργούν κατάλληλα για να τους προστατεύουν από άλλα μελλοντικά περιστατικά κακομεταχείρισης.

9.3 Δικαιούνται να ενημερώνονται για τους διαθέσιμους διαύλους για να καταγγείλουν

ενδεχόμενη κακοποίηση. Δικαιούνται να καταγγείλουν κακοποίηση ή κακομεταχείριση

χωρίς να φοβούνται τυχόν αρνητικές συνέπειες, όπως επίσης δικαιούνται να απαιτούν ότι οι αρχές θα τους πάρουν στα σοβαρά, όταν προβαίνουν σε καταγγελία.

9.4 Δικαιούνται να απαιτούν να παίρνουν στα σοβαρά την (αναφερόμενη) κατάσταση κακοποίησης ή κακομεταχείρισης όταν προβαίνουν σε καταγγελία, μέχρις ότου διερευνηθεί το θέμα πλήρως.

9.5 Δικαιούνται περίθαλψη για κάθε σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα που ενδεχομένως πάθανε εξαιτίας κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, μέχρι την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει επίσης να τους δίνεται χρόνος για να ανακάμψουν με τον δικό τους ρυθμό.

ΑΡΘΡΟ 10:  
ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

10.1 να σέβονται τα δικαιώματα και τις ανάγκες όλων των άλλων ανθρώπων που ζουν και εργάζονται στο περιβάλλον τους και να σέβονται τα ενδιαφέροντα και προτιμήσεις της κοινωνίας στην οποία διαβιούν. Τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τους θα πρέπει μόνο να περιορίζονται από την ανάγκη να σέβονται παρόμοια δικαιώματα άλλων μελών της κοινωνίας.

10.2 να σέβονται τα δικαιώματα των ατόμων που τους παρέχουν φροντίδα και να συμπεριφέρονται στο προσωπικό που τους φροντίζει με ευγένεια για να έχει τη δυνατότητα να εργάζεται σε περιβάλλον απαλλαγμένο από παρενοχλήσεις και κακοποίηση.

10.3 να σχεδιάζουν το μέλλον τους και να έχουν την ευθύνη των επιπτώσεων των πράξεών τους σε ότι αφορά αυτούς που τους φροντίζουν και τους συγγενείς τους, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία.

Αυτό συμπεριλαμβάνει:

10.3.1 να ορίζεται κάποιο κατάλληλο τρίτο πρόσωπο το οποίο θα έχει το δικαίωμα να αποφασίζει και να συνηγορεί εκ μέρους τους

10.3.2 να αφήνουν σαφείς οδηγίες με λεπτομέρειες για τις επιλογές τους όσον αφορά θέματα της υγείας και την ευημερία τους συμπεριλαμβανομένης και της φροντίδας που έχουν ανάγκη. Επίσης απαραίτητες είναι οι διευθετήσεις για την ιδιοκτησία τους και γενικά για τις οικονομικές τους υποθέσεις. Αν δεν μπορούν να τακτοποιήσουν μόνοι τους τα παραπάνω ορίζουν κάποιον συγγενή ή άλλον αντιπρόσωπο ο οποίος θα έχει το δικαίωμα να παίρνει αποφάσεις εκ μέρους τους, σεβόμενος πάντα τις επιθυμίες τους όπου αυτό είναι δυνατό.

10.4 ενημέρωση των αρμόδιων αρχών και όσους τους περιβάλλουν για τυχόν περίπτωση κακοποίησης, κακής συμπεριφοράς ή παραμέλησής τους.



