

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ :

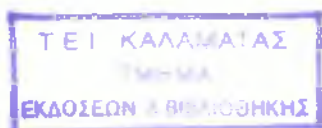
**«Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ  
ΕΝΩΣΗΣ.  
ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ»**

Σπουδάστριες: Αλεξάνδρα Σφαντού και Ιωάννα Ελευθερίου

Υπεύθυνος Καθηγητής: Φώτιος Δρούμπαλης

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2001

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ



	ΣΕΛ
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ</b>	
1.1 Ηλικιωμένος πληθυσμός.....	2
1.2 Γήρανση - Θεωρίες Γήρανσης.....	5
1.3 Συνέπειες Γήρανσης	
1.3.1 Λειτουργικά – Οργανικά προβλήματα.....	9
1.3.2 Σημαντικότερα προβλήματα και Ανάγκες Ηλικιωμένων.....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ</b>	
2.1 Η Δημογραφική Γήρανση και οι Δείκτες Προσμέτρησής της.....	17
2.2 Η Δημογραφική Γήρανση στην Ευρώπη.....	21
2.3 Η Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα.....	24
2.4 Οι Επιπτώσεις της Δημογραφικής Γήρανσης Παρόν και Μέλλον.....	27
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ</b>	
3.1 Βιβλία.....	30
3.2 Άρθρα.....	40
3.3 Φυλλάδια.....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ                   ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ</b>	
4.1 Δικαιώματα και Υποχρεώσεις Ηλικιωμένων.....	51
4.2 Νομική Προστασία Ηλικιωμένων.....	57
4.3 Οι Αρχές των Ηνωμένων Εθνών που πρέπει να διέπουν την κοινωνική πολιτική για την Τρίτη Ηλικία.....	61
4.4 Οι Συνέπειες των Αρχών.....	64
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ                   ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ</b>	
5.1 Η Οικονομική Κατάσταση των ηλικιωμένων.....	67
5.2 Δαπάνες υγείας για Ηλικιωμένους	

5.2.1	Δημόσιες δαπάνες υγείας.....	69
5.2.2	Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας.....	72
5.3	Συντάξεις Γήρατος	
5.3.1	Οι Συντάξεις στην Ελλάδα.....	73
5.3.2	Οι Συντάξεις Γήρατος στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	78

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ.**

6.1	Πρότυπα διαχείρισης Συστημάτων Προστασίας Τρίτης Ηλικίας...	83
6.2	Προγράμματα Φροντίδας Ηλικιωμένων	
6.2.1	Κατ' οίκον Νοσηλεία.....	85
6.2.2	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων.....	87
6.2.3	Κλειστή – Ιδρυματική Περίθαλψη.....	89
6.3	Υγειονομική Περίθαλψη.....	91
6.3.1	Προληπτική Υγειονομική Περίθαλψη.....	92
6.3.2	Νοσηλευτική για την Τρίτη Ηλικία.....	93
6.3.3	Οδοντιατρική Περίθαλψη.....	95
6.4	Οργανώσεις και Επιστημονικές Εταιρίες στην Ελλάδα	
6.4.1	Πολυεθνικές – Εθνικές Οργανώσεις.....	98
6.4.2	Επιστημονικές Εταιρίες στην Ελλάδα.....	101

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ**

7.1	Γενικά Συμπεράσματα.....	103
7.2	Προτάσεις.....	105

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>106</b>
--------------------------	------------

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

---

Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΓΝΝ	Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο
ΕΚΚΕ	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
ΕΚΤ	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης
ΕΟΠ	Έρευνα Οικογενειακό Προϋπολογισμού
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΜΦΗ	Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων
ΗΕΣ	Ηλικιωμένοι Εθελοντές Σύμβουλοι
ΕΓΓΕ	Ελληνική Γεροντολογική & Γηριατρική Εταιρία
ΕΔΗΜ	Ελληνική Εταιρία Δημογραφικών Μελετών
ΚΑΠΗ	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΠΟΥ	Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
ΓΣΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
ΘΧΠ	Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων
ΚΟΝ	Κατ' οίκον νοσηλεία
ΜΜΕ	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
ΑΤΑ	Αυτόματη Τιμαριθμική Αύξηση
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Δ.	Νομοθετικό Διάταγμα
OWN	Older Women Network

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται ένα πολύ ενδιαφέρον και σοβαρό θέμα με τίτλο «Η προστασία της τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα και τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρελθόν, παρόν και μέλλον».

Ο χρόνος που χρειάστηκε για να πραγματοποιηθεί η εργασία αυτή δεν ξεπέρασε τους 15 μήνες, από τον Ιούνιο του 2000 έως τον Οκτώβρη του 2001. Ξεκίνησε με την συλλογή της σχετικής βιβλιογραφίας από διάφορες βιβλιοθήκες και κέντρα έρευνας. Έπειτα, ακολούθησε η σταδιακή δακτυλογράφηση κάθε κεφαλαίου ξεχωριστά. Στο τέλος του χρόνου η εργασία ήταν σχεδόν έτοιμη και ασχοληθήκαμε μόνο με τις λεπτομέρειες για την καλύτερη εικόνα της. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η δακτυλογράφηση επιμελήθηκε από εμάς τις ίδιες.

Η εργασία αυτή γράφτηκε με διπλό σκοπό. **Πρώτον** να μελετήσει τα πλαίσια της κοινωνικής προστασίας για την τρίτη ηλικία όσον αφορά τη χώρα μας αλλά και τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αυτό γιατί η Ελλάδα εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο πολιτικής, οικονομικής και πολιτισμικής συνεργασίας και αλληλεπίδρασης. **Δεύτερον** να επισημανθούν οι πιθανές παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν πάνω σε διάφορους τομείς για τη βελτίωση της προστασίας των ηλικιωμένων και να δώσει την δυνατότητα στον αναγνώστη να έχει ένα μέτρο σύγκρισης για την προστασία που παρέχεται στους ηλικιωμένους στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς επίσης να εκτιμήσει καταστάσεις και την σημασία τους και να τοποθετηθεί συνειδητά απέναντι τους.

Είναι φανερό από τους σκοπούς που προσπαθεί να εξυπηρετήσει, πως η εργασία αυτή δεν αναφέρεται στους ηλικιωμένους γενικά, αλλά επικεντρώνεται σε ένα συγκεκριμένο σημείο και πολύ βασικό, όχι μόνο για τους ηλικιωμένους αλλά και για όλους εμάς που κάποια στιγμή θα γεράσουμε και θα αναζητήσουμε την ομπρέλα της κοινωνικής προστασίας.

Θα ήταν παράλειψή μας, στο σημείο αυτό, να μην εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας σε όλους εκείνους που βοήθησαν με τον έναν ή τον άλλο τρόπο στην συγγραφή της πτυχιακής αυτής. Ιδιαίτερες, όμως ευχαριστίες οφείλουμε στον καθηγητή μας κύριο Φώτιο Δρούμπαλη για την πολύτιμη καθοδήγηση που μας προσέφερε για να βγάλουμε εις πέρας την εργασία αυτή.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

*Στο κεφάλαιο αυτό, με το οποίο ξεκινάει η μελέτη θα επιχειρηθεί η εννοιολογική προσέγγιση του όρου «ηλικιωμένος», έτσι όπως την ορίζουν διάφοροι επιστήμονες. Την αποσαφήνιση του ορισμού του ηλικιωμένου θα συμπληρώσει το υποκεφάλαιο των θεωριών του γήρατος, όπου αναφέρονται οι θεωρίες που αναπτύχθηκαν προκειμένου να ερμηνευθεί το φαινόμενο της γήρανσης. Τέλος, θα αναπτυχθούν οι επιπτώσεις από την γήρανση του πληθυσμού.*

### 1.1 ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Στο πέρασμα των αιώνων το ανθρώπινο είδος είχε να αντιμετωπίσει πολλές και διάφορες αντίξοες συνθήκες όπως, αλλεπάλληλους πολέμους, βία, πείνα και συχνές επιδημίες λοιμωδών νόσων με μεγάλες απώλειες στην βρεφική, παιδική και γεροντική ηλικία. Λίγοι ήταν αυτοί που έφταναν στα γηρατειά και ίσως αυτός ήταν ο λόγος για τον οποίο θεωρούσαν ότι αποτελούν την ζωντανή παράδοση, μονοπωλώντας έτσι τον κοινό σεβασμό και την υπακοή του λαού στις διάφορες συμβουλές που έδιναν.

Με την πάροδο όμως του χρόνου, παρατηρήθηκε μια σημαντική μεταβολή στην ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού της γης, η οποία βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη. Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σημαντικά και συνεχίζει να αυξάνεται με γρήγορους ρυθμούς, παγκοσμίως, ενώ η νεώτερη ηλικιακά ομάδα του πληθυσμού συνεχώς μειώνεται.

Πολλές φορές, ο άνθρωπος αναρωτήθηκε πότε κάποιος μπορεί να αποκαλέσει τον εαυτό του γέρο και σε ποια ηλικία θα ανεχτεί να τον χαρακτηρίζουν

οι άλλοι έτσι. Προς απάντηση των εύλογων αυτών ερωτημάτων γεννήθηκαν πολλές και διάφορες απόψεις. Μερικές από αυτές παρουσιάζονται παρακάτω.

Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η καθεμία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0-20 ετών, εφηβεία ή καλοκαίρι από 20-40, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40-60 και τα γηρατειά ή χειμώνας από 60-80 ενώ ο Αριστοτέλης εντόπιζε τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49.<sup>1</sup>

Ο Λάσλετ ορίζει τέσσερα στάδια ζωής: Η πρώτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης. Η δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας ευθύνης και κερδών. Η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης. Η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης, θανάτου.<sup>2</sup>

Η Β. Neugarten διακρίνει τους νέους ηλικιωμένους (young old) και τους γέρους ηλικιωμένους (old-old). Οι όροι δεν βασίζονται στην χρονολογική ηλικία αλλά στην υγεία και σε κοινωνικά χαρακτηριστικά. Ένας νέος ηλικιωμένος μπορεί να είναι 55 ή 85 ετών. Οι νέοι ηλικιωμένοι είναι υγιείς και δυνατοί, βρίσκονται σε σχετικά καλή οικονομική κατάσταση, είναι ενσωματωμένοι στην οικογένεια και στην κοινωνία και δραστήριοι πολιτικά. Οι γέροι ηλικιωμένοι αποτελούν την ευάλωτη ομάδα που χρειάζεται ειδική φροντίδα.<sup>3</sup>

Παρά την ύπαρξη μεγάλων κέντρων γεροντολογίας στον κόσμο δεν έχει δοθεί απάντηση στη βασική ερώτηση από πότε αρχίζει η γεροντική ηλικία. Είναι φανερό, ότι οποιοδήποτε κριτήριο ηλικίας είναι αυθαίρετο κι αυτό γιατί τα «συμπτώματα» του γήρατος δεν εμφανίζονται σε μια συγκεκριμένη ηλικία σε όλους τους ανθρώπους. Πολλοί ζουν μέχρι κάποια προχωρημένη ηλικία,

---

<sup>1</sup> Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου, Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες παρελθόν-παρόν και μέλλον, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ.32

<sup>2</sup> Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου, Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες παρελθόν-παρόν και μέλλον, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ.32

<sup>3</sup> Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου, Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες παρελθόν-παρόν και μέλλον, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ.32

διατηρώντας τις λειτουργικές τους ικανότητες, παραμένουν, δηλαδή δραστήριοι και συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή. Αντίθετα πολλοί νεώτεροι παρουσιάζουν ψυχολογικά και οντολογικά προβλήματα που συνδέονται με τα γηρατειά, φαινόμενο που ονομάζουμε **πρόωρη γήρανση**.<sup>4</sup>

Κάθε άτομο γερνάει με διαφορετικό τρόπο. Άλλα γερνούν σε νεότερη σχετικά ηλικία ενώ άλλα παραμένουν νέα σε μεγαλύτερη ηλικία. Η χρονολογική ηλικία δεν αποτελεί δείκτη βιολογικής γήρανσης. Ο Ιταλός φιλόσοφος Ν. Bobbio στο έργο του *De Senectute* γράφει «Βιολογικά ορίζω την αρχή των γηρατειών μου στα 80».<sup>5</sup> Μεγάλοι καλλιτέχνες δημιούργησαν τα αριστουργήματά τους σε ηλικία 70-80 ετών, όπως είναι ο Πικάσο, ο Μιχαήλ Άγγελος.

Οι επιστήμονες χρησιμοποιούν ως όριο τα 60, 65, 70, 75, 80 ή 85. Έλληνας επιστήμονας ορίζει το όριο αυτό σήμερα στα 65 παλαιότερα ήταν τα 60 και συζητείται για τα επόμενα έτη να είναι τα 70.<sup>6</sup> Πράγματι, στην Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, το 1982, προτάθηκε το όριο των 60 χρόνων για τον προσδιορισμό της έννοιας του ηλικιωμένου. Πολλοί μελετητές έχουν συνδυάσει τον ηλικιωμένο με τον οικονομικά ανενεργό πληθυσμό, δηλαδή με τους συνταξιούχους. Σήμερα στις αναπτυσσόμενες χώρες η πλειοψηφία των εργαζομένων συνταξιοδοτείται στα 65 τους χρόνια, για το λόγο αυτό στην πλειοψηφία της βιβλιογραφίας συναντάμε την έννοια του ηλικιωμένου ως το άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω.<sup>7</sup>

Από τα ελάχιστα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι η μέση διάρκεια ζωής στην αρχαία Ελλάδα και τον 4ο αιώνα π.Χ. ήταν 30 περίπου έτη, ενώ στις Ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ 13ου και 17ου αιώνα 20 έως 40 έτη.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Πτυχιακή εργασία με θέμα «Παροχή υπηρεσιών υγείας στην τρίτη ηλικία στον Νομό Αιτωλοακαρνανίας. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν. Αγρινίου», Δημητράτση Μαρία, ΚΜ 1999, σελ.6

<sup>5</sup> Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου, Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες παρελθόν-παρόν και μέλλον, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ.32

<sup>6</sup> Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου, Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες παρελθόν-παρόν και μέλλον. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ.32

<sup>7</sup> Πτυχιακή εργασία με θέμα «Παροχή υπηρεσιών υγείας στην τρίτη ηλικία στον Νομό Αιτωλοακαρνανίας. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν. Αγρινίου», Δημητράτση Μαρία, ΚΜ 1999, Σελ.6

<sup>8</sup> Διονύσης Μ. Φράγκος, «Ο γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδας», Αθήνα 1987, ΕΚΚΕ, σελ 23



## 1.2 ΓΗΡΑΝΣΗ - ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Κατά καιρούς έχουν προταθεί ποικίλοι ορισμοί από διάφορους μελετητές του γήρατος. Ο ορισμός του ηλικιωμένου εξαρτάται από κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι υπάρχουν πολλές διαφορές ανάμεσα στα άτομα, τις κοινωνικές τάξεις και τις εθνότητες. Ανεξαρτήτως όμως φυλής ή φύλου υπάρχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά σ' όλους τους ανθρώπους που αφορούν τις φάσεις της ζωής τους : νήπιο, παιδί, έφηβος, μεσήλικας, ηλικιωμένος.

Κατά τον καθηγητή της Ακαδημίας Αθηνών, κ. Γεώργιο Μερικά, «Γήρας είναι το βιολογικό φαινόμενο που συναντάται σε κάθε έμβρυο ων εξελισσόμενο στο χρόνο και χαρακτηρίζεται από ανισόχρονη, βαθμιαία κάμψη του συνόλου των λειτουργιών του και ολοκληρώνεται με την τελευταία φάση της ζωής που είναι ο θάνατος».<sup>9</sup>

**Βιολογικά**, το γήρας είναι το τρίτο στάδιο της ζωής του ανθρώπου, μετά το νεανικό και το ώριμο. Τα βιολογικά συμπτώματα των γηρατειών είναι πολλά. Μερικά από αυτά είναι ότι εμφανίζονται ρυτίδες, τα μαλλιά ασπρίζουν και πέφτουν, μειώνεται η μυϊκή δύναμη, χάνεται η ευκαμψία, το ύψος ελαττώνεται, η μνήμη χάνεται σταδιακά κλπ.<sup>10</sup> Η σύγχρονη ιατρική ορίζει το γήρας σαν «αρρώστια κατά την οποία τα λευκώματα αδυνατούν να προσλαμβάνουν νερό». Μπορούμε όμως να πούμε ότι ο υπερήλικας είναι ασθενής; Η μείωση της ισορροπίας, της προσοχής, της ευεξίας που εμφανίζεται σ' αυτή την ηλικία έχει αποτέλεσμα τη συχνή προσβολή των ατόμων αυτών από τροχαία ατυχήματα, καθώς και από εγκληματικές επιθέσεις. Οι ηλικιωμένοι είναι επίσης, ευάλωτοι σε ασθένειες που οφείλονται στις απότομες περιβαλλοντολογικές αλλαγές (π.χ. θερμοπληξία το καλοκαίρι). Όλα αυτά τα προβλήματα σε συνδυασμό με τις προϋπάρχουσες

---

<sup>9</sup> Γ. Κυριόπουλος, Ε. Γεωργούση, Γ. Σκουτέλης, «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1993, σελ 11

<sup>10</sup> Πτυχιακή εργασία με θέμα «Παροχή υπηρεσιών υγείας στην τρίτη ηλικία στον Νομό Αιτωλοακαρνανίας. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν. Αγρινίου», Δημητράτζου Μαρία, ΚΜ 1999, σελ. 5

ασθένειες που ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους οδηγούν στην αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων που εισάγονται στα νοσοκομεία.

Το γήρας, όμως δεν είναι νόσος σύμφωνα με μια άλλη θεωρία. Είναι μια βιολογική διαδικασία, η οποία θα επηρεάσει τον καθένα από εμάς και δεν μπορεί να διακοπεί ή να αναστραφεί. Η κατάλληλη φροντίδα μπορεί να οδηγήσει σε υγιή γήρανση.<sup>11</sup>

Σύμφωνα με την κοινωνική θεώρηση του γήρατος, το άτομο της τρίτης ηλικίας είναι απόλυτα ολοκληρωμένη προσωπικότητα με ορισμένη πνευματική ανάπτυξη και με δικό του ψυχικό κόσμο. Το άτομο αυτό έχει τις δικές του αντιλήψεις για όλα τα ζητήματα (κοινωνικής, οικονομικής, πολιτικής ζωής) και είναι πλέον, σχεδόν αδύνατο να αλλάξει τις απόψεις του. Οι ηλικιωμένοι, παρουσιάζουν επίσης, συμπτώματα κοινωνικής απομόνωσης και κατάθλιψης κυρίως μετά τη διαπίστωση ότι ο κύκλος των προσφιλών και οικείων προσώπων απ' τα οποία αντλούσαν συναισθηματική ικανοποίηση, μικραίνει λόγω θανάτου.<sup>12</sup>

Από κοινωνικοασφαλιστική άποψη γήρανση είναι «η κατάσταση φυσιολογικής φθοράς των σωματικών ή πνευματικών δυνάμεων, που τεκμαίρεται με τη συμπλήρωση ενός ορίου ηλικίας ή παραμονής στην παραγωγική διαδικασία».<sup>13</sup>

Ένας άλλος τρόπος προσδιορισμού του φαινομένου της γήρανσης είναι η διάκριση της σε **πρωτογενή ή φυσιολογική** και σε **δευτερογενή ή παθολογική**.

**Η φυσιολογική ή πρωτογενής** γήρανση έχει σχέση με την ελάττωση των σωματικών και πνευματικών λειτουργιών καθώς και με τη μειωμένη κοινωνική

---

<sup>11</sup> Ελληνική Γεροντολογική & Γηριατρική Εταιρία. «Φροντίδα υγείας για ηλικιωμένους». Οδηγός για επαγγελματίες Π.Φ.Υ. Αθήνα 2000, σελ 15, 22

<sup>12</sup> Μ. Βιολάκη, Κοινωνική θεώρηση του γήρατος. «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία». Μέρος 1, κεφ1, σελ 29

<sup>13</sup> Γ. Δ. Σκουτέλης. «Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση».Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα 1990, σελ 99

προσαρμογή. Η **δευτερογενής ή παθολογική** γήρανση αφορά την ανικανότητα των ηλικιωμένων ατόμων μετά από μία ασθένεια ή τραυματισμό.<sup>14</sup>

Λόγω των δυσκολιών που υπάρχουν στον ακριβή καθορισμό της έννοιας της γήρανσης έχουν αναπτυχθεί από τους επιστήμονες πολλές θεωρίες. Μερικές από τις θεωρίες αυτές είναι οι ακόλουθες:

- **Θεωρία της βιολογικής ρύθμισης.** Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι υπάρχει στον οργανισμό του ανθρώπου ένας εσωτερικός «ρυθμιστής», ο οποίος ρυθμίζει τον χρόνο πολλαπλασιασμού, της ανάπτυξης, του μοιρασμού και του θανάτου των κυττάρων. Ορισμένοι πιστεύουν ότι ο ρυθμιστής αυτός βρίσκεται στον εγκέφαλο και άλλοι ότι κάθε κύτταρο έχει το δικό του βιολογικό ρυθμιστή.
- **Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων.** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ραδιενέργεια, η ρύπανση κτλ. Προκαλούν γενετική καταστροφή, η οποία οδηγεί στη γήρανση δημιουργώντας καταστροφή των κυττάρων.
- **Θεωρία άθροισης άχρηστων προϊόντων.** Σταδιακή καταστροφή των κυττάρων που οφείλονται στα χημικά παράγωγα του μεταβολισμού.
- **Θεωρία της αυτοάμυνας.** Το αμυντικό δυναμικό του οργανισμού αποδυναμώνεται με την πάροδο του χρόνου και αυτή η διεργασία αποτελεί το γήρας.
- **Θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb).** Κατά τον Αμερικανό φυσιολόγο Loeb, κάθε ζωντανός οργανισμός από τη στιγμή της γέννησης του έχει μέσα του μια ουσία που σιγά-σιγά με την πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την ανταλλαγή της ύλης. Όταν η ουσία αυτή εξαντλείται, το άτομο γερνάει.
- **Θεωρία του Carrell.** Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι όλα τα κύτταρα, με κατάλληλες συνθήκες μπορούν να παραμείνουν αθάνατα και πιστεύει ότι το

---

<sup>14</sup> Πτυχιακή εργασία με θέμα «Παροχή υπηρεσιών υγείας στην τρίτη ηλικία στον Νομό Αιτωλοακαρνανίας. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν. Αγρινίου», Δημητράτζου Μαρία. Καλαμάτα 1999. Σελ 7

γήρας οφείλεται σε αλλοίωση του μεσοκυττάριου υγρού που υπάρχει γύρω από τα κύτταρα.<sup>15</sup>

Ένα συμπέρασμα που εξάγεται από όλες τις παραπάνω θεωρίες είναι ότι με την πάροδο του χρόνου το αμυντικό σύστημα του ηλικιωμένου φθίνει, αποδυναμώνεται, με αποτέλεσμα τα ηλικιωμένα άτομα να είναι επιρρεπή σε λοιμώξεις, τραυματισμούς, προβλήματα του Πεπτικού συστήματος του Αναπνευστικού, του κυκλοφορικού, καθώς και άλλων συστημάτων.

Τα γηρατειά αντικατοπτρίζουν όλη την προηγούμενη πορεία ενός ανθρώπου, είτε σε σχέση με τις εμπειρίες του, είτε σε σχέση με την προσωπικότητα του, τονίζοντας τις θετικές και κυρίως τις αρνητικές πλευρές της ζωής, καθώς μειώνεται η δυνατότητα αυτοελέγχου. Αν έχει αποκτηθεί η πληρότητα στα προηγούμενα χρόνια ζωής, αν το άτομο έχει μάθει να αγαπάει τον εαυτό του όπως είναι, να αποδέχεται τα ελαττώματά του χωρίς όμως να εθελοτυφλεί, ως ηλικιωμένο πια άτομο έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να προσαρμοσθεί στο νέο κοινωνικό του ρόλο, σε οποιονδήποτε χώρο κι αν διαβιώνει.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι οι όροι όπως «γήρας», «γηρατειά», «γέρος», «γηραλέος», «παππούς» θεωρήθηκαν από πολλούς ψυχολόγους ως όροι *ηλικιστικοί* (ageist). Ο όρος *ηλικισμός* (ageism) έχει αρνητική σημασία γιατί δηλώνει προκαταλήψεις σε βάρος ατόμων προχωρημένης ηλικίας, διακρίσεις σε βάρος τους και στην καλύτερη περίπτωση, οίκτο και συμπόνια επειδή είχαν την τύχη να ζήσουν πολλά χρόνια.

Επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις ακόλουθες διαπιστώσεις.

- Τα γηρατειά αρχίζουν από τη γέννηση και από βιοϊατρική άποψη ακόμη νωρίτερα και είναι μία διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη τη διάρκεια της ζωής.
- Οι διαφορές που παρατηρούνται αυξάνονται όσο προχωρεί η ηλικία.
- Το όριο που χωρίζει τη μέση ηλικία από τα γηρατειά δεν είναι ξεκάθαρο.

---

<sup>15</sup> Πτυχιακή Εργασία με θέμα «Παροχή υπηρεσιών υγείας στα άτομα τρίτης ηλικίας. Η περίπτωση του ΝΓΝΑ "Η ΕΛΠΙΣ" », Λουριγιώτη Αγγελική, Καλαμάτα 1999, σελ. 35

- Ένα όριο ηλικίας συνταξιοδότησης κοινό για όλους δεν λαμβάνει υπόψη τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν στα άτομα.
- Μεγάλες διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Για κάθε άνθρωπο τα γηρατεία έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια, διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικές συνέπειες.<sup>16</sup>

Οι συνέπειες αυτές παρουσιάζονται λεπτομερέστερα παρακάτω.

### **1.3 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

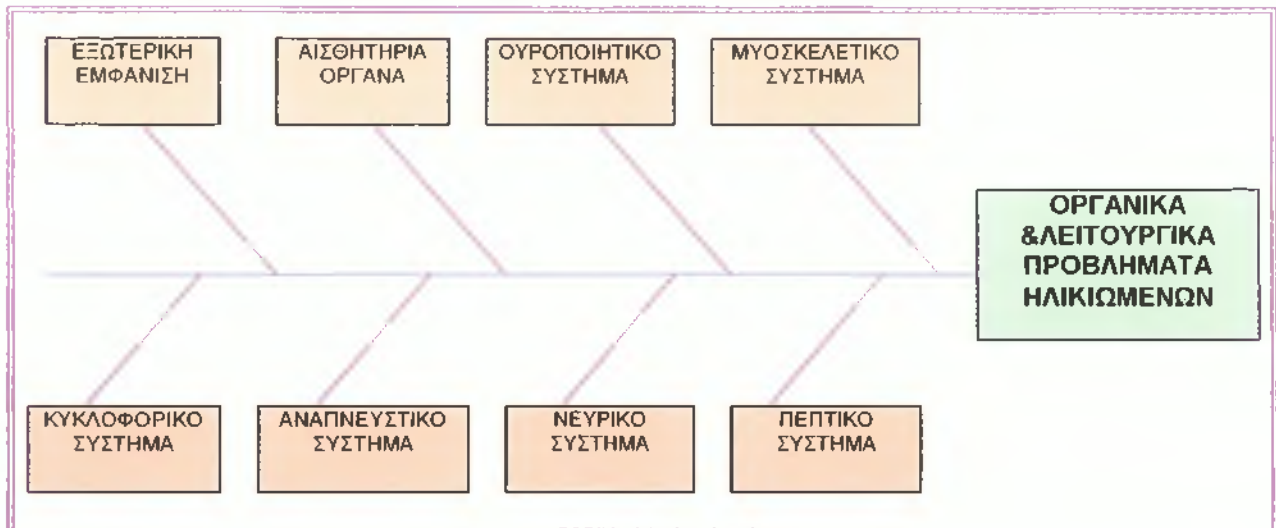
#### **1.3.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ - ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.**

Ο «γκρίζος» πληθυσμός της γης, αποτελεί ένα φαινόμενο στο οποίο και οι ανεπτυγμένες τεχνολογικά χώρες του κόσμου προσπαθούν να προσαρμοστούν. Οι επιπτώσεις αυτού του φαινομένου είναι πολλές και αναφέρονται όχι μόνο στην υγεία και την αρρώστια αλλά είναι επιπτώσεις κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές, στέγασης, υγειονομικής περίθαλψης.

Όταν κάποιος περιέλθει στη διαδικασία της γήρανσης, ουσιαστικά αρχίζει ένα καινούριο τρόπο ζωής στον οποίο πρέπει να προσαρμοσθεί, γιατί υπόκειται σε ένα σύνολο λειτουργικών και φυσιολογικών αλλαγών. Οι αλλαγές αυτές προκαλούν διάφορα προβλήματα στον ηλικιωμένο, τα οποία παρουσιάζονται στο παρακάτω σχήμα ISIKAWA . (βλ. σχήμα 1)

---

<sup>16</sup> Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου, Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες παρελθόν-παρόν και μέλλον. Εκδόσεις Έλλην. Αθήνα 1999, σελ.32



**Σχήμα 1 :** Λειτουργικά και Οργανικά Προβλήματα Τρίτης Ηλικίας.

**Πηγή:** Ιδία Έρευνα

➤ **Εξωτερική Εμφάνιση:** Παρουσιάζονται πολλές αλλαγές στην εξωτερική εμφάνιση των ηλικιωμένων, που δεν είναι παθολογικές ούτε είναι αποτέλεσμα κάποιας νόσου αλλά είναι φυσιολογικές μεταβολές, που προέρχονται από την γήρανση του οργανισμού. Το ξηρό, ωχρο, ρυτιδιασμένο δέρμα ενός ηλικιωμένου είναι μια απόλυτα φυσιολογική εκδήλωση της διαδικασίας γήρανσης, τόσο φυσιολογικής όσο και το γκριζάρισμα των μαλλιών. Επίσης, το ύψος μειώνεται, κάτι που στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται στην οστεοπόρωση, ενώ σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται και μείωση του βάρους, καθώς και τριχόπτωση. Οι διάφορες κινήσεις γίνονται αργά, με δυσκολία και τα κάτω άκρα παρουσιάζουν αστάθεια.

➤ **Αισθητήρια Όργανα:** Τα αισθητήρια όργανα των ηλικιωμένων παρουσιάζουν μείωση της απόδοσής τους. Η όραση είναι από τις πρώτες αισθήσεις που μειώνεται. Ο καταρράκτης, η πρεσβυωπία και το γλαύκωμα είναι από τις πιο συνηθισμένες παθήσεις απώλειας της οπτικής ακρίβειας. Ύστερα ακολουθούν η ακοή, η αφή, η γεύση και τέλος η όσφρηση.

➤ **Ουροποιητικό Σύστημα:** Οι παθήσεις που προσβάλουν το ουροποιητικό σύστημα των ηλικιωμένων είναι πολύ συχνές στους ηλικιωμένους. Οι κυριότερες από αυτές είναι η συχνουρία, η ουρολοίμωξη, η υπερτροφία του προστάτη του

άνδρα και η ακράτεια. Μάλιστα η ακράτεια ούρων, δηλαδή η ακούσια απώλεια ούρων σε βαθμό που να προκαλεί προβλήματα υγιεινής και κοινωνικής αποδοχής αποτελεί μείζον κλινικό πρόβλημα και σημαντική αιτία αναπηρίας και εξάρτησης.<sup>17</sup>

➤ **Μυοσκελετικό Σύστημα:** Τα οστά, αφού σχηματιστούν, δεν μεταβάλλονται σε ότι αφορά το σχήμα και το μέγεθος τους με εξαίρεση την περίπτωση των σοβαρών νόσων. Ωστόσο η ποιότητα των οστών σταδιακά χειροτερεύει με τη γήρανση. Η γήρανση προκαλεί στα οστά την απώλεια της πυκνότητάς τους και την αύξηση της ευθραυστότητάς τους, κάτι που είναι γνωστό ως οστεοπόρωση. Το κύριο συστατικό των οστών που καθορίζει τη σκληρότητα και το επιθυμητό σχήμα είναι το **ασβέστιο**, το οποίο αποθηκεύεται στα οστά πριν τη γέννησή μας. Με την μείωση λοιπόν του ασβεστίου και με την έλλειψη της φυσικής άσκησης, τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να υποστούν κάταγμα ακόμη και με μια ελαφριά πτώση.

Το ηλικιωμένο άτομο με το πέρασμα των χρόνων ταλαιπωρείται και από την απώλεια της μυϊκής δύναμης. Η απώλεια αυτή είναι πιο έντονη στους μύες εκείνους που είναι υπεύθυνοι για γρήγορες κινήσεις. Από την άλλη πλευρά, η μυϊκή μάζα που απαιτείται για την εκτέλεση βαριάς φυσικής εργασίας παραμένει σχετικά ανεπηρέαστη μέχρι την πολύ μεγάλη ηλικία.<sup>18</sup>

➤ **Κυκλοφορικό Σύστημα:** Στα άτομα τρίτης ηλικίας εμφανίζονται χαρακτηριστικές δυσλειτουργίες στο κυκλοφορικό σύστημα. Μερικές από αυτές είναι: διαταραχές της κυκλοφορίας του αίματος, εναπόθεση λιποειδών ουσιών στα διάφορα αγγεία, αρτηριοσκλήρυνση, αρτηριακή πίεση, ατροφία της καρδιάς και γενικότερα ανεπάρκεια της καρδιακής λειτουργίας. Επίσης, η στεφανιαία νόσος και ο σακχαρώδης διαβήτης επιδρούν καταλυτικά στο κυκλοφοριακό σύστημα του ηλικιωμένου.

➤ **Αναπνευστικό Σύστημα:** Πολλά είναι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο αναπνευστικό σύστημα των ηλικιωμένων ατόμων. Τα σημαντικότερα είναι οι

<sup>17</sup> Γ. Παπαευαγγέλου - Κ. Τσίμπος, «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην τρίτη ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της υγείας, Αθήνα 1993, Κεφ 3, σελ 86

<sup>18</sup> Ελληνική Γεροντολογική & Γηριατρική Εταιρία, «Φροντίδα υγείας για ηλικιωμένους», Οδηγός για επαγγελματίες Π.Φ.Υ. Αθήνα 2000, σελ 24, 25, 26

βρογχίτιδες, πνευμονίες, ο καρκίνος του πνεύμονα, αναπνευστική ανεπάρκεια και η πνευμονική φυματίωση. Στην αναπόφευκτη φθορά αυτού του συστήματος έρχεται να προστεθεί η δυσμενής επίδραση του περιβάλλοντος (π.χ. ατμοσφαιρική ρύπανση), στην οποία όλοι εκτίθενται.

➤ **Νευρικό Σύστημα:** Σοβαρά είναι τα προβλήματα που παρουσιάζονται στο νευρικό σύστημα των ηλικιωμένων. Η κύρια πάθηση που απειλεί σε μεγάλο βαθμό όχι μόνο την υγεία ενός ηλικιωμένου, αλλά και την ίδια του τη ζωή είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ασθένειες που πλήττουν το νευρικό σύστημα είναι η νόσος του Parkinson (σπασμώδεις συσπάσεις των μυών που στηρίζουν το κεφάλι), οι υπερτασικές κρίσεις, ο ημισπασμός του προσώπου και η εγκεφαλική μαλάκυνση συνέπεια της οποίας είναι η γεροντική άνοια.<sup>19</sup>

➤ **Πεπτικό Σύστημα:** Η κακή διατροφή, η απώλεια των δοντιών και η περιορισμένη κινητικότητα των ατόμων δημιουργούν αρκετά προβλήματα στο πεπτικό σύστημα. Τα προβλήματα που εμφανίζονται συχνά στα ηλικιωμένα άτομα, είναι οι δυσχέρειες στην πέψη και οι δυσκολίες στην αφοδευση.

### 1.3.2. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.

Πέρα από τα πολύ σημαντικά προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται στους ηλικιωμένους και που τις περισσότερες φορές είναι χρόνια, εμφανίζονται σε αυτούς κάποιες ανάγκες οι οποίες δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων, ωστόσο χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Για να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες αυτές όσο γίνεται καλύτερα απαιτείται η ευαισθητοποίηση όλων των επίσημων και ανεπίσημων φορέων της κοινωνίας.

Στο παρελθόν οι ηλικιωμένοι τόσο μέσα στην οικογένεια, με την οποία συμβίωναν, όσο και έξω απ' αυτή αποτελούσαν πρόσωπα κύρους και

<sup>19</sup> Πτυχιακή εργασία με θέμα «Παροχή υπηρεσιών υγείας στην τρίτη ηλικία στον Νομό Αιτωλοακαρνανίας. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν. Αγρινίου», Δημητράζου Μαρία. ΚΜ 1999. σελ 52



λειτουργούσαν μέσα από πλήθος ρόλων, καλούνταν να ανταποκριθούν σε πολλαπλές απαιτήσεις και να δώσουν λύσεις στα υπάρχοντα προβλήματα. Μέσα απ' αυτούς τους ρόλους παρέμεναν ενεργά και δραστήρια μέλη της οικογένειας και η ζωή τους τελείωνε μέσα σε ένα περιβάλλον οικογενειακό και κοινωνικό που τους βοηθούσε στις δυσκολίες της ηλικίας τους (ασθένειες, φτώχεια κ.λπ.).

Σήμερα όμως, ο ηλικιωμένος βρίσκεται στο περιθώριο πρώτα από το οικογενειακό του περιβάλλον και κατ' επέκταση από την κοινωνία. Οι ρόλοι στους οποίους είχε αφιερωθεί για πολλά χρόνια αλλάζουν ή χάνονται εντελώς. Ο σημαντικότερος ρόλος της ζωής του, αυτός του γονέα αλλάζει ριζικά μετά την ενηλικίωση και την ανεξαρτητοποίηση των παιδιών του. Ακολουθεί η απώλεια ενός επίσης σημαντικού ρόλου, αυτού του παραγωγικού μέλους της κοινωνίας, μετά τη συνταξιοδότηση και απομάκρυνσή του από την παραγωγική διαδικασία.

Η έλλειψη ενός πλήθους ρόλων από την ζωή τους, δυο από τους οποίους αναφέραμε παραπάνω, καθώς επίσης και το πλήθος των λειτουργικών και οργανικών προβλημάτων, που τους ταλαιπωρεί, δημιουργεί στους ηλικιωμένους διάφορες ανάγκες (οικονομικές, κοινωνικές και άλλες) τις οποίες αναφέρουμε παρακάτω στην εργασία αυτή.

➤ **Στέγαση:** Οι κατοικίες των ηλικιωμένων χρειάζεται να έχουν τις στοιχειώδεις ανέσεις π.χ. ζεστό νερό, θέρμανση, τηλέφωνο και να πληρούν τις προϋποθέσεις υγιεινής, ενώ η αρχιτεκτονική τους πρέπει να διευκολύνει τους ηλικιωμένους να κινούνται εύκολα.. Να υπάρχουν ανελκυστήρες όταν μένουν μετά από το δεύτερο όροφο, οι σκάλες να είναι πλατιές με κουπαστή για να τους βοηθάει, καθώς επίσης να υπάρχουν φωτεινοί διάδρομοι. Όμως, πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε κατοικίες που δεν εγγυώνται πάντα την ασφάλεια τους. Στις αστικές περιοχές ζουν συχνά σε ένα μικρό διαμέρισμα πολυκατοικίας στον ακάλυπτο χώρο, μέσα στη μολυσμένη ατμόσφαιρα, σε δρόμους με πολύ θόρυβο. Αυτές οι συνθήκες οδηγούν τους ηλικιωμένους σε απομόνωση, μοναξιά και ανασφάλεια. Στις αγροτικές περιοχές τα πράγματα είναι λίγο καλύτερα, παρ' όλο που τα σπίτια των ηλικιωμένων υστερούν σε ανέσεις, τουλάχιστον έχουν αυλή ή ένα μικρό κήπο, όπου μπορούν να καθίσουν ή να απασχοληθούν, να ηρεμήσουν ανταλλάσσοντας κουβέντες με άλλους χωρίς

να αισθάνονται μοναξιά γιατί οι άνθρωποι είναι περισσότερο συνδεδεμένοι μεταξύ τους.

➤ **Συγκοινωνίες, Μεταφορές:** Το πρόβλημα της μεταφοράς είναι ζωτικό για τους ηλικιωμένους που αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν τα μαζικά μέσα μεταφοράς λόγω προβλημάτων υγείας ή κινητικότητας. Στα μεγάλα αστικά κέντρα οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στις μεγάλες λεωφόρους, ακόμη και εκεί όπου υπάρχει φωτοσήμανση, διότι έχει υπολογιστεί με ένα γρήγορο ρυθμό βαδίσματος που δεν τους ταιριάζει. Τα συγκοινωνιακά μέσα δεν παρέχουν την ασφάλεια που χρειάζονται για την επιβίβαση και την έξοδό τους. Τα άτομα μεγάλης ηλικίας που δυσκολεύονται να ανέβουν και να κατέβουν από το λεωφορείο αποθαρρύνονται εύκολα στο να το χρησιμοποιήσουν. Συχνά εξαρτώνται από τη βοήθεια άλλων ατόμων και στις μεγάλες πόλεις αντιμετωπίζονται από απροθυμία αν όχι εχθρική διάθεση όταν ζητήσουν βοήθεια. Η χρήση ταξί εξαρτάται από το εισόδημα και είναι απαγορευτική για τους χαμηλοσυνταξιούχους χωρίς άλλα εισοδήματα.<sup>20</sup>

➤ **Κοινωνικές Ανάγκες:** Η ανάγκη να αισθανόμαστε ότι αξίζουμε και για τον εαυτό μας και για τους άλλους, « η ανάγκη να μας έχουν ανάγκη», σχετίζεται χωρίς να είναι συνώνυμη με την σωματική και οικονομική ευημερία. Είναι μια κοινή ανθρώπινη ανάγκη που γίνεται ιδιαίτερα έντονη στους ηλικιωμένους, γιατί η εμπειρία της απώλειας είναι ένα θέμα που διέππει τη ζωή τους. Μπορεί να είναι απώλεια σχέσεων, κοινωνικών ρόλων, κύρους, εξουσίας και πολλών από τις σωματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές ικανότητες που εκτιμά η κοινωνία. Η απώλεια οποιασδήποτε μορφής σημαίνει μια αποδιοργάνωση στο νόημα της ζωής. Γνωρίζοντας λοιπόν, ότι οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην απώλεια και στην αποδιοργάνωση που την ακολουθεί, τους αξίζει μια αντιμετώπιση από την κοινωνία η οποία θα αυξάνει την αίσθηση της ταυτότητάς τους σαν άξια μέλη της κοινωνίας, που δεν αποκλείονται από το κύριο ρεύμα των υπηρεσιών και των δραστηριοτήτων.

---

<sup>20</sup> Ηρα Έμκε-Πουλοπούλου. Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες παρελθόν-παρόν και μέλλον. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ.308

➤ **Υγειονομικές Ανάγκες & Ανάγκες Ιδρυματικής και Νοσοκομειακής Περίθαλψης:** Είναι γνωστό ότι η υγεία των ηλικιωμένων είναι στενά συνδεδεμένη με τις κοινωνικές τους ανάγκες και ότι η καλή σωματική υγεία συνδέεται με την συναισθηματική ευημερία. Είναι επομένως, πολύ σημαντικό να έχουν οι ηλικιωμένοι την ίδια πρόσβαση που έχουν και οι άλλες ομάδες ηλικιών σε όλες τις ιατρικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιες και νοσοκομειακές. Επίσης, είναι ακόμα πολύ διαδεδομένη η πεποίθηση ότι πολλές από τις ιάσιμες αρρώστιες είναι φυσιολογικά επακόλουθα των γηρατειών και η κατάσταση δεν βελτιώνεται, κάτι που κάνει επιτακτική ανάγκη τη χρησιμοποίηση των υγειονομικών υπηρεσιών. Έτσι τα περισσότερα ιδρύματα στα οποία φιλοξενούνται ηλικιωμένοι πρέπει να είναι και από τεχνικής και από υγειονομικής άποψης, άρτια. Το προσωπικό των ιδρυμάτων πρέπει να είναι επαρκές και οι συνθήκες οι καλύτερες δυνατές ώστε οι ηλικιωμένοι να μην οδηγούνται στην αποξένωση και τον μαρασμό.

Στην Ελλάδα δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες για κατ' οίκον υπηρεσίες: τα προγράμματα που υπάρχουν είναι πιλοτικά ή βρίσκονται στα πρώτα βήματά τους. Ο τομέας αυτός σήμερα καλύπτεται μόνο εν μέρει και με πολλές ελλείψεις, από την Τοπική Αυτοδιοίκηση μέσω των ΚΑΠΗ, από την εκκλησία και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις. Εξ άλλου στερούνται σωστής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης οι ηλικιωμένοι που ζουν σε αγροτικές περιοχές και σε μικρά νησιά.<sup>21</sup>

➤ **Οικονομικές Ανάγκες:** Οι ηλικιωμένοι όπως όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς «φιλανθρωπία». Ένα μικρό μέρος μόνο, από τα ηλικιωμένα άτομα, καταφέρνει να καλύψει τις βασικές οικονομικές ανάγκες του, αφού μοναδικός πόρος τις ζωής τους είναι η σύνταξη, η οποία τις περισσότερες φορές είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωσή τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης.

---

<sup>21</sup> Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες Παρελθόν-Παρόν και Μέλλον». Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ.25

Συμπερασματικά στο κεφάλαιο αυτό με θέμα το πρόβλημα της γήρασης διαπιστώνεται ότι:

- ✓ ορισμός σαφής για το γήρας δεν υπάρχει και όποιοι ορισμοί διαπιστώνονται καταδεικνύουν την εννοιολογική ασάφεια του όρου
- ✓ τα γηρατειά αρχίζουν από τη γέννηση και από βιοϊατρική άποψη ακόμη νωρίτερα και είναι μια διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη τη διάρκεια της ζωής.
- ✓ δεν υπάρχει καθορισμένο χρονικό σημείο σύμφωνα με το οποίο γίνεται η έναρξη της γεροντικής ηλικίας. Οποιαδήποτε κριτήριο ηλικίας είναι αυθαίρετο, γιατί τα συμπτώματα του γήρατος δεν είναι τα ίδια για όλους τους ανθρώπους. Κάθε άτομο γερνάει με διαφορετικό τρόπο.
- ✓ στην πλειοψηφία της βιβλιογραφίας συναντάμε την έννοια του ηλικιωμένου ως άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω και αυτό γιατί οι περισσότεροι εργαζόμενοι συνταξιοδοτούνται στα 65 τους χρόνια.
- ✓ με την πάροδο του χρόνου το ανοσοποιητικό σύστημα του ηλικιωμένου φθίνει, αποδυναμώνεται, με αποτέλεσμα τα ηλικιωμένα άτομα να είναι επιρρεπή σε λοιμώξεις, τραυματισμούς, προβλήματα του πεπτικού συστήματος, του αναπνευστικού, του κυκλοφορικού, καθώς και άλλων συστημάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

*Αντικείμενο του κεφαλαίου είναι το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης έτσι όπως παρουσιάζεται στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Έτσι, επιχειρείται με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η εννοιολογική προσέγγιση της δημογραφικής γήρανσης, οι επιπτώσεις της στο παρόν και στο μέλλον και η καταγραφή των μέσων, με τα οποία γίνεται η καταμέτρηση της. Σκοπός του κεφαλαίου αυτού είναι να διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο εξαπλώνεται το φαινόμενο της γήρανσης και ποια η σημασία του αριθμού των ηλικιωμένων και της αναλογίας τους στο συνολικό πληθυσμό.*

#### 2.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΡΟΣΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ.

Πληθυσμιακή (ή δημογραφική) γήρανση ορίζεται ως η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό. Η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων συμβαδίζει με τη μείωση της αναλογίας των παιδιών και των ενδιάμεσων ηλικιών. Επίσης, δεν θα πρέπει να συγχέουμε την δημογραφική γήρανση με την ατομική γήρανση δηλαδή τα γηρατειά και με όλες τις λειτουργικές και οργανικές επιδράσεις που μπορεί να έχουν.

Μελέτες που έχουν γίνει υποστηρίζουν ότι η πληθυσμιακή γήρανση συνοδεύει την πληθυσμιακή μετάβαση, δηλαδή τη μετάβαση από την υψηλή θνησιμότητα και την υψηλή γονιμότητα (μέσος όρος ζωής κάτω των 30 ετών και μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα 5 παιδιά περίπου), στην ιδιαίτερα χαμηλή

θνησιμότητα, αλλά και στη πολύ μικρή γονιμότητα (μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα κάτω των 2 παιδιών).<sup>22</sup>

Το μέγεθος του γεροντικού πληθυσμού επηρεάζεται από διάφορους δημογραφικούς, οικονομικούς, και κοινωνικούς παράγοντες.

### ➤ Τη μείωση της γονιμότητας / γεννητικότητας

Οι τελευταίες δεκαετίες χαρακτηρίζονται από ραγδαία μείωση της γονιμότητας, η οποία στενεύει τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών. Τι εννοούμε όμως, όταν χρησιμοποιούμε τους όρους, μείωση της γονιμότητας ή πτώση της γεννητικότητας; Με τους όρους αυτούς εννοούμε τη μείωση του αριθμού των παιδιών που φέρνουμε που φέρνουμε στον κόσμο και όχι την αύξηση του μέσου όρου ζωής (την μείωση δηλαδή της θνησιμότητας). Οι κύριες αιτίες μείωσης της γονιμότητας στις χώρες της Ευρώπης είναι:

- Η εισοδος των γυναικών στην αγορά εργασίας.
- Η αστυφιλία.
- Ο έλεγχος των γεννήσεων λόγω της ανόδου του του οικονομικού, μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου.
- Η ανεργία.
- Η χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών (αύξηση του αριθμού των διαζυγίων και των αμβλώσεων).

Η μείωση της παιδικής και βρεφικής θνησιμότητας έχει δώσει σιγουριά στους γονείς ότι το παιδί τους θα γεννηθεί και έχει πιθανότητα σχεδόν 100% να ζήσει και να μην προσβληθεί από θανατηφόρα νόσο τα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Η σιγουριά αυτή έχει σαν αποτέλεσμα την απόκτηση ενός, δύο ή το πολύ τριών παιδιών από τους γονείς. Με τον τρόπο αυτό οι μελετητές απέδειξαν ότι η μείωση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας, δηλαδή η αύξηση του μέσου όρου ζωής δεν οδήγησε στη δημογραφική γήρανση, αλλά αντίθετα επιβράδυνε τους ρυθμούς αύξησης της. Με άλλα λόγια η μείωση της θνησιμότητας είχε ως αποτέλεσμα την ανανέωση του πληθυσμού, διότι επέζησαν περισσότεροι νέοι άνδρες και γυναίκες

---

<sup>22</sup> Πτυχιακή εργασία με θέμα «Παροχή υπηρεσιών υγείας στην τρίτη ηλικία στον Νομό Αιτωλοακαρνανίας. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν. Αγρινίου», Δημητράτζου Μαρία. Καλαμάτα 1999, σελ. 10

σε αναπαραγωγική ηλικία. Παράγοντα γήρανσης αποτελεί η μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων, δηλαδή η παράταση ζωής στις μεγάλες ηλικίες.

#### ➤ Τη διάρκεια ανθρώπινης ζωής.

Η εξέλιξη της ανθρώπινης επιστήμης, η πληθώρα των φαρμάκων (θεραπευτικών και βιταμινούχων) όπως επίσης και η εξέλιξη της τεχνολογίας έχουν βελτιώσει τις συνθήκες ζωής και εργασίας των ανθρώπων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της ανθρώπινης διάρκειας ζωής και κατά συνέπεια την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό.

#### ➤ Τη μετανάστευση.

Οι πληθυσμοί γερνούν με τη μετανάστευση νέων και με την είσοδο μεταναστών ηλικιωμένων. Η μετανάστευση προκαλεί αιτία γήρανσης στις χώρες προέλευσης μεταναστών και αιτία ανανέωσης του πληθυσμού στις χώρες υποδοχής των μεταναστών. Η μετανάστευση προκαλεί:

α) γήρανση από τη μέση της πυραμίδας των ηλικιών διότι φεύγουν οι νέοι και παραμένουν ηλικιωμένοι με αποτέλεσμα να επιταχύνεται ο ρυθμός γήρανσης,

β) γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών διότι περιορίζονται οι ομάδες ηλικιών σε ηλικία αναπαραγωγής με συνέπεια τη μείωση των γεννήσεων. Οι περισσότεροι μετανάστες εγκαταλείπουν την αραιοκατακοιμένη ύπαιθρο, τις αγροτικές περιοχές, με συνέπεια την γήρανση τους με ταχύ ρυθμό.

Οι διάφορες έρευνες δεν καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα ως προς το ρόλο της μετανάστευσης. Ανάλογα με τη χώρα και το χρόνο της μελέτης οι έρευνες δείχνουν ότι οι διεθνείς μεταναστεύσεις μπορεί να επηρεάζουν μέτρια, λίγο ή καθόλου τη διάρθρωση του πληθυσμού κατά μεγάλες ηλικιακές ομάδες σε εθνικό επίπεδο. Όπως παρατηρεί η έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι μεταναστεύσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση (ή μείωση) του πληθυσμού, ωστόσο είναι αποτελεσματικές για την αντιστάθμιση των επιπτώσεων της γήρανσης. Θεωρεί ως ελλιπείς τις στατιστικές για τη μετανάστευση και συχνά μη συγκρίσιμες μεταξύ τους και πιστεύει ότι έρευνες μεγαλύτερης εμβέλειας θα ήταν χρήσιμες ώστε να

κατανοηθούν καλύτερα οι μεταναστευτικές κινήσεις σε διάφορα γεωγραφικά επίπεδα.<sup>23</sup>

Για να γίνει καταμέτρηση της δημογραφικής γήρανσης χρησιμοποιούνται κάποιοι πολύ σημαντικοί δείκτες. Τα όρια που προσδιορίζουν τις ηλικιακές ομάδες και χρησιμοποιούνται στους δείκτες, παραπέμπουν στον πληθυσμό που ακολουθεί την υποχρεωτική εκπαίδευση (0-14 ετών), σε αυτόν που εντάσσεται στο ενεργό εργατικό δυναμικό (15-64 ετών) και τέλος σε αυτόν που εξέρχεται από την αγορά εργασίας λόγω συνταξιοδότησης (65 ετών και άνω).

**1<sup>ος</sup> δείκτης:** Η ποσοστιαία αναλογία (%) των ατόμων άνω των 65 ετών επί του συνολικού πληθυσμού.

**2<sup>ος</sup> δείκτης:** *Δείκτης εξάρτησης* είναι ο αναλογών αριθμός ατόμων των ομάδων 0-14 ετών και 65 ετών και άνω ως προς εκατό (100) άτομα ηλικίας 0-14 ετών.<sup>24</sup> Αυτός είναι ένας ορισμός για τον δείκτη εξάρτησης, υπάρχουν όμως και κάποιοι άλλοι, που δείχνουν το σχετικό μέγεθος των γενεών. Συνδέουν τις διάφορες ηλικίες μεταξύ τους. Μερικοί δείκτες δείχνουν την εξάρτηση των ηλικιωμένων από την κοινωνία ως σύνολο, ενώ άλλοι δείκτες δείχνουν την εξάρτηση από τις οικογένειες τους, ιδιαίτερα από τα παιδιά τους. Συγκεκριμένα: *δείκτης εξάρτησης είναι* α) η αναλογία ατόμων 65-79 προς άτομα ηλικίας 45-49. Πρόκειται για ένα δείκτη οικογενειακής εξάρτησης που συνδέει τους ηλικιωμένους με τα μεσήλικα παιδιά τους, β) η αναλογία ατόμων 80 και άνω προς άτομα 60-64 ετών. Πρόκειται για ένα δείκτη εξάρτησης που συνδέει τους υπερήλικες με τα παιδιά τους που είναι οι *νέοι ηλικιωμένοι*.<sup>25</sup>

<sup>23</sup> Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου, Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες παρελθόν-παρόν και μέλλον. Εκδόσεις Έλλην. Αθήνα 1999, σελ.77

<sup>24</sup> Πτυχιακή εργασία με θέμα «Παροχή υπηρεσιών υγείας στην τρίτη ηλικία στον Νομό Αιτωλοακαρνανίας. Η περίπτωση του Γ.Ν.Ν. Αγρινίου», Δημητράτσου Μαρία, Καλαμάτα 1999, σελ.33

<sup>25</sup> Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου, Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες παρελθόν-παρόν και μέλλον, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ.. 66



- 3<sup>ος</sup> δείκτης:** *Δείκτης γήρανσης, είναι ο αναλογών αριθμός ατόμων 65 ετών και άνω ως προς 100 άτομα ηλικίας 0-14 ετών. Δείχνει τον αριθμό των ηλικιωμένων σε 100 παιδιά, εκφράζεται με τη σχέση του γεροντικού πληθυσμού προς τον παιδικό πληθυσμό. Η αύξηση του δείκτη γήρανσης μπορεί να προέλθει είτε εξαιτίας της αύξησης των ηλικιωμένων ατόμων, είτε εξαιτίας της μείωσης των γεννήσεων.*
- 4<sup>ος</sup> δείκτης:** *Δείκτης αντικατάστασης είναι η σχέση του πληθυσμού των ατόμων 10-14 ή 15-19 ετών που πρόκειται να εισέλθει στις παραγωγικές ηλικίες προς τον πληθυσμό ηλικίας 60-64 ετών που πρόκειται να εξέλθει από τον παραγωγικό πληθυσμό. Δείχνει κατά πόσο ο αριθμός που εξέρχεται από τις παραγωγικές ηλικίες εξ αιτίας της γήρανσης αντικαθίσταται από τον παιδικό πληθυσμό που εισέρχεται στις παραγωγικές ηλικίες. Υπολογίζεται δηλαδή, ως αριθμός των νέων που πρόκειται να αντικαταστήσει έναν ηλικιωμένο.*
- 5<sup>ος</sup> δείκτης:** *Η αναλογία ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω επί των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών.*

## **2.2. Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Το αντικείμενο μελέτης αυτής της ενότητας είναι η δημογραφική γήρανση και η εξέλιξη της, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η Ευρώπη έχει χαρακτηριστεί ως *γηραιά ήπειρος* λόγω της ηλικίας της. Ο χαρακτηρισμός αυτός μπορεί να της δοθεί και λόγω του πλήθους των ηλικιωμένων ατόμων. Την 1.1.1991, 68,6 εκατομμύρια άτομα ήταν άνω των 60 ετών, πράγμα που αντιστοιχεί στο 1/5 του συνολικού πληθυσμού (βλ. Πίνακας1).

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1</b>						
<b>ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ - EUR 12</b>						
	<b>1950</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>
<b>ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ</b>						
<b>(1000)</b>						
<b>P 0-19</b>	89,571,0	93,997,9	103,338,5	100,902,9	87,456,5	86,696,8
<b>P 20-59</b>	149,702,5	156,437,0	164,106,4	174,055,4	188,206,6	189,604,7
<b>P 60+</b>	38,628,9	45,833,0	53,089,7	59,046,7	67,654,2	68,604,7
<b>P 80+</b>	3,367,1	4,753,3	6,264,4	7,954,0	11,629,0	12,001,3
<b>ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ</b>						
<b>P 0-19</b>	32,23	31,73	32,24	30,21	25,47	25,13
<b>P 20-59</b>	53,87	52,8	51,2	52,11	54,82	54,97
<b>P 60+</b>	13,9	15,47	16,56	17,68	19,71	19,9
<b>P 80+</b>	1,21	1,6	1,95	2,38	3,39	3,48
<b>ΔΕΙΚΤΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ (%)</b>						
<b>P 65+ / P 0-14</b>	38,7	43,2	48,75	62,85	78,92	80,27
<b>ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (%)</b>						
<b>(P0-19+P60+) / P20-59</b>	85,64	89,38	95,32	91,9	82,42	81,93

Πηγή: Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, «Γήρανση και Κοινωνία», Αθήνα 1996, σελ. 62-63

Εκείνο που εκπλήσσει ακόμη περισσότερο είναι η ταχύτητα εξέλιξης του φαινομένου, εκτός από το επίπεδο γήρανσης. Η ταχύτητα αυτή έρχεται σε ζωνρή αντίθεση με τη βραδεία αύξηση του κοινοτικού πληθυσμού που έχει περιοριστεί σε πολύ χαμηλές τιμές. Το 1950, τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών αντιστοιχούσαν μόνο στο 13,9% του πληθυσμού. Τα επόμενα χρόνια όμως, το ποσοστό αυτό άρχισε να αυξάνεται σταθερά με εξαίρεση την περίοδο 1975-79, κατά την οποία δημιουργήθηκε ένα κενό εξαιτίας της έλλειψης γεννήσεων κατά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο.

Η τέταρτη ηλικία, δηλαδή η ομάδα των ατόμων άνω των 80 ετών, παρουσιάζει μια ακόμη πιο θεαματική εξέλιξη η συμμετοχή της ομάδας αυτής στο συνολικό πληθυσμό σχεδόν τριπλασιάστηκε τα 40 τελευταία χρόνια. Η γήρανση του πληθυσμού εντείνει το πρόβλημα της κοινωνικής αντιμετώπισης του γήρατος: οι υπερήλικες αποτελούν μια ιδιαίτερα εξαρτημένη κατηγορία του πληθυσμού, που έχει ανάγκη πολύ συχνότερα απ' ό,τι τα μικρότερης ηλικίας ηλικιωμένα άτομα από τις κατ' οίκον υπηρεσίες, από την οικογενειακή βοήθεια κ.λπ. Η συχνότητα

εισαγωγής τους στα νοσοκομεία και στους οίκους ευγηρίας και άλλα ιδρύματα δείχνει πόσο ευάλωτη είναι αυτή η ομάδα και πόσο υψηλό το κοινωνικό κόστος. Ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης (demographic index ) μειώθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου 1950 - 1991 κατά 4%. Επιπλέον, ο δείκτης γηράνσεως (index of aging). αυξήθηκε κατά την ίδια περίοδο από 38,7% σε 80,27%.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι στην ομάδα της τρίτης ηλικίας το ποσοστό των ατόμων που ανήκουν σε πιο γηρασμένες ομάδες ηλικιών είναι υψηλό: το 1/2 περίπου από τα άτομα 60+ είναι 60-69, το 1/3 είναι 70-79 ετών και το υπόλοιπο που αντιστοιχεί σε 11,9 εκατομμύρια άτομα είναι άνω των 80 ετών. Πρέπει δε να σημειωθεί ότι μεταξύ 1960-1990 το ποσοστό των ατόμων 80 ετών και άνω αυξήθηκε από 10% σε 17%.<sup>26</sup>

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες προβλέψεις, οι τάσεις αυτές θα συνεχιστούν, και το 2020 θα υπάρχει ακριβώς διπλάσιος αριθμός ατόμων 60 ετών και άνω -περί τα 89-100 εκ. άτομα- που θα αντιστοιχεί στο 26,7% του συνολικού πληθυσμού, ενώ αντίστοιχα, ο αριθμός των ατόμων 80 ετών και άνω θα ισοδυναμεί με 17-22εκ. (Eurostat, 1993).<sup>27</sup>

Από τις αρχές του 20ού αιώνα η κατά ηλικία δομή του πληθυσμού της Ελλάδος εμφανίζει τάσεις συνεχούς μειώσεως των βρεφικών και παιδικών ηλικιών με αντίστοιχη αύξηση του ποσοστού των γεροντικών ηλικιών. Έτσι, η αναλογία του πληθυσμού των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών από 38% που ήταν το 1907 περιορίστηκε σε 25% κατά το 1971 και σε 20% το 1986. Την ίδια περίοδο οι παραγωγικές ηλικίες (15-59) αυξήθηκαν από 58% το 1907 σε 64% το 1971 και 1979. (βλ. Πίνακα 2 )

---

<sup>26</sup> Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ. «Γήρανση και Κοινωνία», ΕΚΚΕ, Αθήνα 1996, σελ. 94  
<sup>27</sup> Συμεωνίδου «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1993, σελ. 41

ΠΙΝΑΚΑΣ 2							
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ (%)ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ							
ΚΑΤΑ ΜΕΓΑΛΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ 1907 - 1979							
ΕΤΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ			ΔΕΙΚΤΕΣ	
	(000)	%	0-14	15-64	65 ΚΑΙ ΑΝΩ	ΔΗΜ/ΦΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΣ	ΓΗΡΑΝΣΗΣ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1907	2,630,4	100	38	58	4	74	11
1920	5,014,1	100	34	60	6	66	16
1928	6,184,6	100	32	62	6	61	18
1951	7,632,8	100	29	64	7	54	23
1961	8,388,6	100	27	65	8	54	31
1971	8,768,4	100	25	64	11	57	43
1979	9,449,3	100	23	64	13	57	56
1986	9,900,0	100	20	63	16	57	83

Πηγή: ΕΣΥΕ Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος 1980 και 1986, σ.σ.17, 28

Με αυτά τα δεδομένα ο δείκτης δημογραφικής εξάρτησης μειώθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου 1907-1986 κατά 17 μονάδες δηλαδή κατά 23% εξάλλου ο δείκτης γήρανσης οκταπλασιάστηκε ηλικίας κάτω των 65 ετών αντιστοιχούσαν μόνο 11 ηλικιωμένοι, το 1986 η αναλογία αυτή αυξήθηκε σε 83. Το φαινόμενο αυτό παρέχει μια σχετικά *πικρή γεύση* για την κατά ηλικία διάρθρωση του κατά την επισκοπούμενη περίοδο. Έτσι, ενώ το 1907 στα 100 άτομα πληθυσμού της χώρας μας .

### 2.3. Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα ανήκει ανάμεσα στις 6 πιο γηρασμένες χώρες της Κοινότητας : το 1991 το 20,2% του ελληνικού πληθυσμού ήταν 60 ετών και άνω και το 3,2% ήταν 80 ετών και άνω (βλ. Πίνακα 3). Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι ο ρυθμός

γήρανσης του πληθυσμού της Ελλάδας είναι ο ταχύτερος σε σύγκριση με όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.<sup>28</sup>

Η διαχρονική εξέλιξη της γεννητικότητας ακολούθησε καθοδική τάση στη χώρα μας με εξαίρεση την περίοδο 1930-1935, κατά την οποία οι γεννήσεις υπερέβησαν τις 30 σε αναλογία 1000 ατόμων. Η πτώση της γεννητικότητας συνεχίστηκε και φαίνεται ότι στη δεκαετία του 1970 σταθεροποιήθηκε γύρω στις 16 γεννήσεις σε 1000 κατοίκους.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3</b>				
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ ΤΗΣ Ε.Ε ,</b>				
<b>1. 1. 1991</b>				
	<b>60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ</b>		<b>80 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ</b>	
	<b>1000</b>	<b>%</b>	<b>1000</b>	<b>%</b>
EUR 12	68.586	19,9	11.936	3,5
ΒΕΛΓΙΟ	2062	20,7	353	3,5
ΔΑΝΙΑ	1046	20,3	192	3,7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	16.264	20,4	3.011	3,8
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>	<b>2.049</b>	<b>20,2</b>	<b>323</b>	<b>3,2</b>
ΙΣΠΑΝΙΑ	7.362	18,9	1.125	2,9
ΓΑΛΛΙΑ	10.953	19,3	2.151	3,8
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	538	15,3	79	2,2
ΙΤΑΛΙΑ	11.888	20,6	1.878	3,3
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	73	19,1	12	3,1
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	2.611	17,4	437	2,9
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	1.798	18,2	247	2,5
ΑΓΓΛΙΑ	11.931	20,7	2.128	3,7

**Πηγή:** Διονύσιος Μ. Φράγκος, «Ο Γεροντικός Πληθυσμός Της Ελλάδος», ΕΚΚΕ, Αθήνα 1987, σελ. 22

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, οι θάνατοι περιορίστηκαν σε 8-9 σε αναλογία 1000 κατοίκων, έναντι 17 που αντιστοιχούσαν κατά το 1930. Εν τούτοις, θα πρέπει να αναμένεται αύξηση της θνησιμότητας λόγω της αυξήσεως της ποσοστιαίας συμμετοχής του πληθυσμού των γεροντικών ηλικιών. Εξ άλλου, από τα διεθνή συγκριτικά στοιχεία προκύπτει ότι στο πλαίσιο των χωρών-μελών

<sup>28</sup> Συμεωνίδου «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1993, σελ.21

της Ε.Ε., η φυσική κίνηση του πληθυσμού της Ελλάδος εμφανίζεται ικανοποιητική στους τομείς τόσο της γεννητικότητας όσο και της θνησιμότητας. Ειδικότερα όμως, για την περιοχή των Βαλκανίων η Ελλάδα έχει την μικρότερη γεννητικότητα (15,7 γεννήσεις σε 1000 κατοίκους).<sup>29</sup>

Κατά την περίοδο 1879-1970 στην Ελλάδα η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής αυξήθηκε από περίπου 36 έτη σε 70 περίπου έτη. Το 1960 η προσδοκώμενη διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν κατά μέσο όρο 68,9 έτη ενώ το 1990 ήταν 76,8 έτη. Η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση συνεχίζει σταθερά να αυξάνεται στην Κοινότητα λόγω της προόδου της ιατρικής και της βελτίωσης στις συνθήκες διαβίωσης. Τα άτομα που το 1988 ήταν ηλικίας 60 ετών και άνω υπολογίζεται ότι θα ζήσουν κατά μέσο όρο 20 επιπλέον χρόνια (μέχρι τα 78 οι άνδρες και μέχρι τα 82,5 οι γυναίκες). Ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση στους άνδρες (74,2 χρόνια το 1990), ενώ οι γυναίκες βρίσκονται στην 6η θέση (79,3 χρόνια). Παρουσιάζει όμως, και από τους πιο ικανοποιητικούς δείκτες νοσηρότητας στην Ευρώπη και στις αναπτυγμένες χώρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4						
ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΗ ΖΩΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΟΚ , 1960-1990						
ΧΩΡΕΣ *ΕΥΡΩΠΗ 12	1 9 6 0			1 9 9 0		
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΥΠΕΡΟΧΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΥΠΕΡΟΧΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΒΕΛΓΙΟ	67,7	73,5	5,8	72,7	79,4	6,7
ΔΑΝΙΑ	70,4	74,4	4,0	72,0	77,7	5,7
Δ. ΓΕΡΜΑΝΙΑ	66,9	72,4	5,5	72,6	79,0	6,4
<b>ΕΛΛΑΔΑ</b>	<b>67,3</b>	<b>70,4</b>	<b>3,1</b>	<b>74,2</b>	<b>79,3</b>	<b>5,1</b>
ΙΣΠΑΝΙΑ	67,4	72,2	4,8	73,4	80,1	6,7
ΓΑΛΛΙΑ	66,9	73,6	6,7	72,8	81,0	8,2
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	68,1	71,9	3,8	71,9	77,4	5,5
ΙΤΑΛΙΑ	67,2	72,3	5,1	73,2	79,7	6,5
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	66,5	72,2	5,7	72,3	78,5	6,2
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	71,5	75,3	3,8	73,8	80,1	6,3
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	61,2	66,9	5,7	70,2	77,3	7,1
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	67,9	73,7	5,6	72,9	78,5	5,4
ΑΝ. ΓΕΡΜΑΝΙΑ*				70,4	76,2	5,8

Πηγή: Διονύσιος Μ. Φράγκος. «Ο Γεροντικός Πληθυσμός Της Ελλάδος». Αθήνα 1987. σελ. 22

\*Ευρώπη των 12 προ της 3ης Οκτωβρίου 1990. Μετά από αυτή την ημερομηνία η Ευρώπη των 12 περιλαμβάνει και την Ανατολική Γερμανία.

<sup>29</sup> Διονύσιος Μ. Φράγκος. «Ο Γεροντικός Πληθυσμός Της Ελλάδος», ΕΚΚΕ, Αθήνα 1987, σελ. 22

\*Ευρώπη των 12 προ της 3ης Οκτωβρίου 1990. Μετά από αυτή την ημερομηνία η Ευρώπη των 12 περιλαμβάνει και την Ανατολική Γερμανία.

Για χώρες με αρνητικό μεταναστευτικό ισοζύγιο, όπως η Ελλάδα, η μετανάστευση επιδρά στην αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής του γεροντικού πληθυσμού, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Στη διάρκεια των 135 ετών, από το 1841 έως 1976, υπήρξαν περίοδοι με εξαιρετικά έντονη μεταναστευτική κίνηση. Ιδιαίτερα επισημαίνεται το μεταναστευτικό ρεύμα της δεκαετίας του 1960, κατά τη διάρκεια της οποίας 99 άτομα σε κάθε 10000 κατοίκους, αναχωρούσαν κάθε χρόνο για μόνιμη εγκατάσταση σε χώρες του εξωτερικού. Όπως είναι φυσικό, ελάχιστη είναι η συμμετοχή των ηλικιωμένων στη μεταναστευτική κίνηση. Έτσι, κατά το 1976 το ποσοστό των μεταναστών ηλικίας 65 ετών και άνω μόλις καλύπτει το 2% των αναχωρήσαντων. Εξ' άλλου, κατά το ίδιο έτος υπολογίζεται ότι σε πληθυσμό 10000 κατοίκων αντιστοιχούσαν 3 μετανάστες ηλικίας 65 ετών και άνω, έναντι 30 της ομάδας ηλικιών 15-64 ετών και 11 κάτω των 15 ετών.<sup>30</sup>

## 2.4 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ – ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ

Πολλοί επιστήμονες επιχειρήσαν την εκτίμηση της δημογραφικής γήρανσης και των επιπτώσεων της στο παρόν αλλά και στο μέλλον. Έτσι μπορούμε να πούμε ότι:

- Πολλαπλασιάζονται οι οικογένειες που έχουν ένα ή περισσότερα υπερήλικα μέλη.
- Η φροντίδα των ηλικιωμένων από τις οικογένειές τους παρουσιάζει δυσχέρειες, εξαιτίας της αύξησης των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα και της έλλειψης ατόμων που παρέχουν φροντίδα.
- Η μετανάστευση επηρεάζει τη διάρθρωση κατά ηλικίες του πληθυσμού και επιδρά στις στάσεις των μεταναστών με ποικίλους τρόπους. Οι νέοι άνθρωποι που μεταναστεύουν δεν μπορούν να παρέχουν φυσική υποστήριξη στους συγγενείς και προσφέρουν συνήθως, οικονομική βοήθεια. Όμως, στην Ελλάδα οι Έλληνες που

<sup>30</sup> Διονύσιος Μ. Φράγκος "Ο Γεροντικός Πληθυσμός Της Ελλάδος", ΕΚΚΕ. Αθήνα 1987. σελ. 22

παλιννοστούν έχουν αναπτύξει διαφορετική αντίληψη από την παραμονή τους στο εξωτερικό, με αποτέλεσμα την ιδρυματοποίηση των ηλικιωμένων γονέων τους.

➤ Η γήρανση του αγροτικού πληθυσμού έχει ως συνέπεια την αραίωση της πληθυσμιακής του πυκνότητας και τον κίνδυνο μετατροπής του σε έρημο.

➤ Οι επιστήμονες υποστηρίζουν διαφορετικές απόψεις για τους παράγοντες συντήρησης των ηλικιωμένων στο μέλλον. Ορισμένοι θεωρούν υπεύθυνες τις δημογραφικές αλλαγές και άλλοι δίνουν έμφαση στην οικονομική ανάπτυξη. Οι μεν πρώτοι επισημαίνουν ότι καθώς ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων αυξάνει, οι πόροι της κοινωνίας αντί να χρησιμοποιούνται για την παραγωγή αφιερώνονται στη φροντίδα των ηλικιωμένων. Η ικανότητα του πληθυσμού να συντηρήσει τους συνταξιούχους του εξαρτάται από τη διάρθρωση κατά ηλικίες του πληθυσμού και από την αναλογία των δικαιούχων σύνταξης (65+) προς τα άτομα παραγωγικής ηλικίας. Εξ αιτίας της δυσμενούς διάρθρωσης του πληθυσμού στο μέλλον προτείνουν ως λύσεις τη μείωση των συντάξεων και την παράταση της εργαζόμενης ζωής ως τα 70.

➤ Το μελλοντικό βάρος συντήρησης των ηλικιωμένων είναι περισσότερο ευαίσθητο στην οικονομική ανάπτυξη παρά στις δημογραφικές αλλαγές, υποστηρίζουν κάποιοι άλλοι επιστήμονες. Επομένως πρόκειται για θέμα επιλογών πως θα κατανεμηθούν οι οικονομικοί πόροι ανάμεσα σε τμήματα της κοινωνίας που ανταγωνίζονται μεταξύ τους.

➤ Η δημογραφική γήρανση θα αυξηθεί τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις λιγότερο αναπτυσσόμενες περιοχές και η γήρανση που οφείλεται στη χαμηλή γονιμότητα, θα εξακολουθήσει σε όλες τις περιοχές του κόσμου.

➤ Στο μέλλον το συνολικό βάρος που θα φέρει το εργατικό δυναμικό θα είναι χαμηλότερο από το βάρος που έφερε τις πρόσφατες δεκαετίες.

➤ Τα συνεχιζόμενα χαμηλά ποσοστά γονιμότητας και οι μειώσεις στα ποσοστά θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών που προβλέπονται στην περίοδο 1985-2030 θα οδηγήσουν σε απότομες αυξήσεις στην αναλογία των ηλικιωμένων στην περίοδο 2010-2030. Η είσοδος των μεταναστών θα αυξήσει τον αριθμό των ατόμων των νεότερων ηλικιακών ομάδων.



- Συμπερασματικά, στο κεφάλαιο της δημογραφικής γήρανσης διαπιστώνεται:
- ✓ Η γήρανση του πληθυσμού δεν αποτελεί νέο φαινόμενο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα η αναλογία των ηλικιωμένων (65 ετών και άνω) στο συνολικό πληθυσμό ήταν χαμηλή ενώ κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα είχε σημειώσει μεγάλη άνοδο.
  - ✓ Στις διάφορες χώρες της Ευρώπης, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στο ποσοστό και στο ρυθμό γήρανσης, που αποδίδονται στην εξέλιξη της γεννητικότητας και της θνησιμότητας σε κάθε χώρα τις περασμένες δεκαετίες.
  - ✓ Ο ηλικιωμένος πληθυσμός αυξάνεται τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες.
  - ✓ Ο ρυθμός γήρανσης διαφέρει ανάλογα με την εποχή και τη χώρα, άλλοτε παρατηρείται επιτάχυνση και άλλοτε επιβράδυνση του. Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες ο ρυθμός αύξησης της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό είναι ταχύτερος.
  - ✓ Η μελέτη του αριθμού των ηλικιωμένων και της αναλογίας τους στο συνολικό πληθυσμό έχει πολύ μεγάλη σημασία γιατί δείχνει τα βάρη που φέρουν οι άλλες πληθυσμιακές ομάδες από το αυξημένο μέγεθος του ηλικιωμένου πληθυσμού και επίσης, καθορίζει την πολιτική και τα μέτρα, τα οποία πρέπει να ληφθούν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

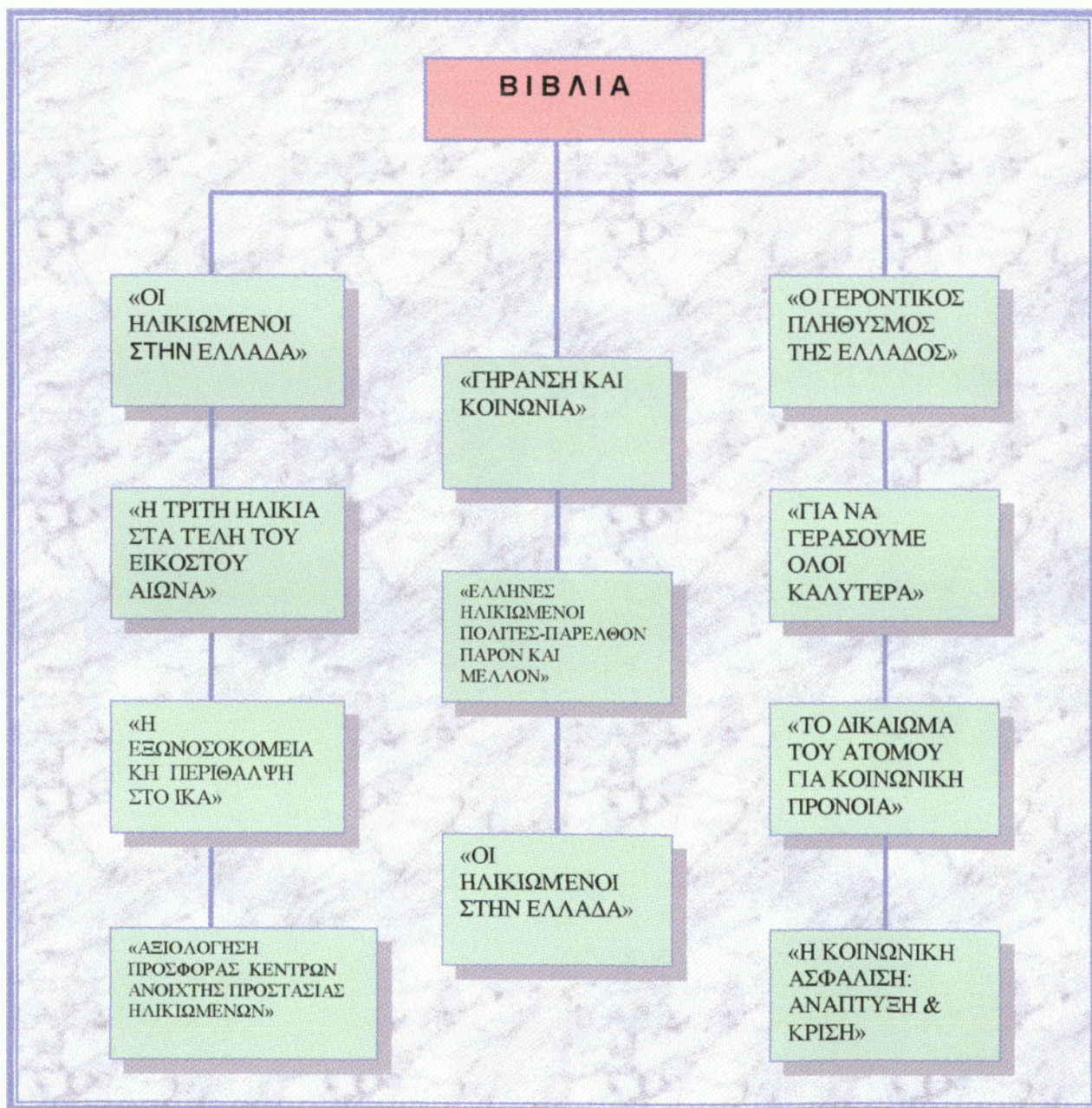
*Το αντικείμενο του κεφαλαίου αυτού είναι να μελετηθεί η βιβλιογραφία, η οποία αναφέρεται στην προστασία της τρίτης ηλικίας. Τα συγγράμματα συγκεντρώθηκαν από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), τη Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρία και το Internet. Χωρίστηκαν στις εξής κατηγορίες: Βιβλία, Άρθρα και Περιοδικά-Φυλλάδια. Πρωταρχικός στόχος του κεφαλαίου είναι να διαπιστωθεί αν υπάρχει σχετική βιβλιογραφία (ελληνική), που ασχολείται με την προστασία της Τρίτης Ηλικίας, σε ποιους τομείς εξειδικεύεται και ποιος είναι ο αριθμός αλλά και η ποιότητα αυτής.*

#### 3.1 ΒΙΒΛΙΑ

Στη προσπάθεια διεξαγωγής της μελέτης αυτής με θέμα «Η Προστασία της Τρίτης Ηλικίας στην Ελλάδα και τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρελθόν, παρόν και μέλλον», συγκεντρώθηκαν περίπου είκοσι (20) συγγράμματα.

Η διαδικασία συγκέντρωσης των συγγραμμάτων ξεκίνησε πριν ένα χρόνο περίπου επιχειρώντας τα πρώτα βήματα στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ). Τα επόμενα βήματα έγιναν στη Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρία, στο Μαραγκοπούλου Ίδρυμα και τέλος στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης (ΕΚΤ). Η

προσπάθεια στο ΕΚΚΕ δεν είχε θετικό αποτέλεσμα καθώς οι Διδακτορικές Διατριβές αφορούσαν περισσότερο ιατρικά θέματα και όχι κοινωνικά. Έτσι, η προσπάθεια περιορίστηκε στο ΕΚΚΕ και την Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία, απ' όπου συγκεντρώθηκαν τα περισσότερα συγγράμματα. Από αυτά τα περισσότερα αποτελούν βιβλία, έντεκα (11) στον αριθμό τους. Τα βιβλία αυτά παρουσιάζονται στο **σχήμα 2**.



**Σχήμα 2:** Βιβλία

Πηγή: Ίδια Έρευνα

Ακολουθεί εκτενέστερη παρουσίασή τους.

Το βιβλίο **«Ο γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδος»** είναι μια στατιστική ανάλυση που γράφτηκε από τον κ. Διονύση Μ. Φράγκο το 1987 και εκδόθηκε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών ΕΚΚΕ.

Σκοπός του βιβλίου αυτού είναι να παρουσιαστεί το είδος και η έκταση της κοινωνικής μέριμνας, από τι εξαρτάται, ποιες είναι οι οργανωτικές δομές και ποιες οι επικρατούσες κοινωνικές και πολιτικές αντιλήψεις. Επίσης, εάν υπάρχει επαρκής υποδομή για την προστασία του γήρατος στη χώρα μας και τέλος εάν ο γεροντικός πληθυσμός επηρεάζει με την ψήφο του την κοινή γνώμη για την θέσπιση διάφορων κοινωνικών μέτρων.

Το περιεχόμενο του περιλαμβάνει εννέα (9) κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται η ιστορική επισκόπηση των πληθυσμιακών εξελίξεων. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται οι βασικοί παράγοντες που επέδρασαν στην αύξηση του γεροντικού πληθυσμού. Στο τρίτο παρουσιάζεται η γεωγραφική κατανομή του γεροντικού πληθυσμού. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Στο έκτο κεφάλαιο η οικογενειακή δραστηριότητα που μπορεί να έχουν. Στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται ο μη ενεργός πληθυσμός των ηλικιωμένων. Στο όγδοο κεφάλαιο η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Και τέλος στο ένατο κεφάλαιο αναλύονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

Το βιβλίο **«Αξιολόγηση της προσφοράς των κέντρων ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων»**, είναι μια έρευνα στα μέλη των ΚΑΠΗ που πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), το 1990.

Την ερευνητική ομάδα αποτέλεσαν η κ. Αφροδίτη Τεπέρογλου, η κ. Ελευθερία Κίνια, η κ. Μαρία Παπακώστα και η κ. Μαρία Τζωρτζοπούλου που έλαβαν μέρος σε όλα τα στάδια της έρευνας. Επίσης, στην έρευνα συνεργάστηκε ως ένα ορισμένο στάδιο, η κ. Αλεξάνδρα Γεωργιάδη πρώην συνεργάτιδα του ΕΚΚΕ. Το παρόν βιβλίο είναι το πρώτο που βασίζεται στις μαρτυρίες και στις απόψεις ηλικιωμένων, οι οποίοι είναι μέλη των ΚΑΠΗ.

**Σκοπός** του βιβλίου ήταν να μελετηθούν οι γνώμες των ηλικιωμένων μελών των ΚΑΠΗ γύρω από μια σειρά θεμάτων που αφορούν στα προγράμματα του θεσμού. Ειδικότερα, να διερευνηθούν οι επιθυμίες των ηλικιωμένων και να σκιαγραφηθεί η εικόνα τους μέσω άλλων παραγόντων, όπως δημογραφικών, οικονομικών, εκπαίδευσης και υγείας. Το ενδιαφέρον του βιβλίου έγκειται στο γεγονός ότι οι χρήστες καλούνται να εκφράσουν την άποψη τους και να διατυπώσουν προτάσεις.

Το περιεχόμενο του έχει χωριστεί σε τρία (3) μέρη. Στο *πρώτο μέρος* αναφέρονται οι αλλαγές της οικογένειας οι επιπτώσεις από αυτές τις αλλαγές και ο θεσμός των ΚΑΠΗ. Στο *δεύτερο μέρος* αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο έγινε η έρευνα. Και τέλος στο *τρίτο μέρος* αναλύονται τα στοιχεία που εκπίπτουν από την έρευνα αυτή.

Το βιβλίο **«Κοινωνική Ασφάλιση: Ανάπτυξη και κρίση»** του Γ.Δ. Σκουτέλη εκδόθηκε από το ΕΚΚΕ το 1990 στην Αθήνα.

**Σκοπός** του βιβλίου αυτού είναι να γίνει ανάλυση της κοινωνικής ασφάλισης της χώρας μας και σύγκριση με τα αντίστοιχα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης άλλων χωρών.

Το περιεχόμενο του χωρίζεται σε τέσσερα μέρη. Στο *πρώτο μέρος* γίνεται εννοιολογική προσέγγιση της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και ιστορική ανασκόπηση αυτής. Στο *δεύτερο μέρος* αναλύονται οι παροχές και ο τρόπος χρηματοδότησης των κοινωνικών ασφαλίσεων. Στο *τρίτο μέρος* αναλύονται όλα τα είδη των ασφαλίσεων που υπάρχουν στη χώρα μας. Και τέλος στο *τέταρτο μέρος*, γίνεται αναφορά στην κοινωνική ασφάλιση που υπάρχει στην Γερμανία, Μεγάλη Βρετανία, πρώην Σοβιετική Ένωση, όπως επίσης και στις ΗΠΑ.

Το βιβλίο **«Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ»** είναι μια συγκριτική διερεύνηση δύο προτύπων οργάνωσης οικογενειακού ιατρού. Εκδόθηκε το 1993 από τον κ. Θεοδώρου Μάμα και είναι βασισμένο στην διδακτορική του διατριβή,

που υποβλήθηκε στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, στο τμήμα Νοσηλευτικής στο τέλος του 1992.

Το περιεχόμενό του περιλαμβάνει εννέα κεφάλαια και δύο παραρτήματα. Το πρώτο κεφάλαιο είναι η εισαγωγή. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ανοικτή περίθαλψη στο ΙΚΑ, καθώς επίσης στην ιστορική εξέλιξη και το ρόλο του οικογενειακού γιατρού στο Σύστημα Υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο σχεδιασμός και η μεθοδολογία της έρευνας. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το μέγεθος της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας. Στο έκτο κεφάλαιο η συνέχεια στη φροντίδα και το δικαίωμα επιλογής ιατρού. Στο έβδομο κεφάλαιο η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών. Στο όγδοο κεφάλαιο η ποιότητα των υπηρεσιών και η ικανοποίηση του ασθενή καταναλωτή. Στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και οι προτάσεις του συγγραφέα. Ενώ, το πρώτο παράρτημα παρουσιάζει το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα. Και τέλος, το δεύτερο παράρτημα παρουσιάζει η πορεία εξέλιξης του οικογενειακού ιατρού στο ΙΚΑ.

**Σκοπός** του βιβλίου αυτού δεν είναι να δώσει λύσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του ΙΚΑ προτείνοντας κάποιο από τα δύο μοντέλα, αφού θεωρεί ότι και τα δύο έτσι όπως λειτουργούν σήμερα είναι ανεπαρκή. Σκοπός του είναι τα στοιχεία που θα προκύψουν από τις απαντήσεις των ασθενών-καταναλωτών να αποτελέσουν υλικό σε ένα μελλοντικό σχεδιασμό της οικογενειακής ιατρικής στο ΙΚΑ.

Το βιβλίο αυτό αποτελεί μια αμιγώς ερευνητική εργασία, που προσεγγίζει το θεμελιώδες θέμα της οικογενειακής ιατρικής στο μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό της χώρας από τη σκοπιά του χρήστη-καταναλωτή. Πιο συγκεκριμένα πραγματεύεται δύο εναλλακτικές μορφές οργάνωσης και παροχής οικογενειακής ιατρικής. Η έρευνα αυτή έγινε με την βοήθεια ενός αρκετά εκτεταμένου ερωτηματολογίου που απευθύνεται σε αυτούς που προσφεύγουν και καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας στο ΙΚΑ.

Το βιβλίο **«Η Τρίτη Ηλικία στα Τέλη του 20ου αιώνα»** του κ. Ιωάννη Α. Πατσάκα, εκδόθηκε το 1992 από τις εκδόσεις Τάσος Πιτσίλος.

**Σκοπός** του συγγραφέα είναι να ενισχύσει το ρόλο των ηλικιωμένων, αλλά και να παρακινήσει το κοινωνικό σύνολο προς την αξιολογική τους αναβάθμιση.

Το περιεχόμενο του περιλαμβάνει απαντήσεις στα ερωτήματα όπως: ποια είναι η τρίτη ηλικία, τι πρέπει να προσέχουν οι ηλικιωμένοι για να έχουν καλύτερα γηρατειά, πως περνούν οι διάγοντες την τρίτη ηλικία, εάν συμμετέχουν στις χαρές αυτού του κόσμου και τέλος τι πνευματικές περιπλανήσεις έχουν.

Το βιβλίο **«Έλληνες Ηλικιωμένοι πολίτες - Παρελθόν Παρόν και μέλλον»** της κ. Έρας Έμκε - Πουλοπούλου εκδόθηκε από τον εκδοτικό όμιλο «ΙΩΝ» το 1999 στην Αθήνα.

**Σκοπός** του βιβλίου αυτού είναι να αποδείξει τον πολύπλευρο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό ρόλο των ηλικιωμένων στο παρελθόν, το παρόν και το μέλλον και να δώσει έμφαση στη σταδιακή υποχώρηση της κυρίαρχης αντίληψης για τους ηλικιωμένους ως μιας παθητικής κοινωνικής κατηγορίας που επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό.

Το περιεχόμενό του χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος απαρτίζεται από οκτώ κεφάλαια. Έτσι, στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται οι θεωρίες για τη γήρανση των πληθυσμών και των ανθρώπων. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται δημογραφική προσέγγιση. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται τα επίπεδα θνησιμότητας των ηλικιωμένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο το ασφαλιστικό σύστημα και οι συντάξεις στις χώρες της Ε.Ε. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται οι δαπάνες που γίνονται για την υγεία των ηλικιωμένων. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων. Στο έβδομο κεφάλαιο οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις της δημογραφικής και ατομικής γήρανσης με την οικονομία, την κοινωνία, και το περιβάλλον. Στο όγδοο κεφάλαιο τέλος, παρουσιάζονται οι πολιτικές διαστάσεις της γήρανσης των πληθυσμών και των ατόμων.

Το δεύτερο μέρος απαρτίζεται από εννέα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην υγεία των ηλικιωμένων. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι οικογενειακές σχέσεις των ηλικιωμένων. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο τόπος διανομής, ο ελεύθερος και οι κοινωνικές σχέσεις που έχουν οι ηλικιωμένοι. Στο τέταρτο κεφάλαιο το εισόδημα και το επίπεδο φτώχειας των ηλικιωμένων. Στο πέμπτο κεφάλαιο η απασχόληση και η εκπαίδευση των ηλικιωμένων. Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε άλλες διαστάσεις της ζωής των ηλικιωμένων, όπως η σεξουαλική τους ζωή, η εγκληματικότητα και η θυματοποίησή τους. Στο έβδομο κεφάλαιο αναφέρεται ο τρόπος φροντίδας, οργάνωσης και πληροφόρησης των ηλικιωμένων. Στο όγδοο κεφάλαιο αναφέρονται οι γενικές υπηρεσίες και το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού που τους εξυπηρετεί. Και τέλος στο ένατο κεφάλαιο, οι ειδικές υπηρεσίες που υπάρχουν για τους ηλικιωμένους, όπως τα ΚΑΠΗ, οι Λέσχες Φιλίας και τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας.

Το επόμενο βιβλίο φέρει τον τίτλο «**Για να γεράσουμε όλοι καλύτερα**» και απευθύνεται κυρίως στους δασκάλους, κοινωνικούς λειτουργούς και αρχηγούς ομάδων. Εκδόθηκε το 1986 στην Αθήνα και πρόκειται για ένα ερευνητικό Πρόγραμμα που υπέβαλε το Κέντρο Ερεύνης της Ελληνικής Κοινωνίας της Ακαδημίας Αθηνών στο τμήμα πληθυσμιακής Ανάπτυξης (population division) της ΟΥΝΕΣΚΟ. Αφορμή ήταν ο προβληματισμός που δημιουργήθηκε γύρω από το θέμα της συμμετοχής των νέων στα προβλήματα των ηλικιωμένων. Την ευθύνη της έρευνας ανέλαβε η κοινωνιολόγος Άννα Αμηνρά, η οποία συνεργάστηκε με τον Όμιλο Εθελοντών, τα μέλη του οποίου είχαν αποκτήσει μεγάλη εμπειρία σε προγράμματα περίθαλψης ηλικιωμένων ατόμων.

**Σκοπός** του βιβλίου αυτού είναι να εντοπιστεί το μέγεθος της κοινωνικής διάστασης του προβλήματος των γηρατειών και να γνωστοποιηθεί αυτό στα παιδιά και γενικότερα στους νέους. Και αυτό γιατί υπάρχουν αρνητικές σκέψεις και απόψεις απέναντι στα γηρατεία, που δεν ταιριάζουν με την σημερινή πραγματικότητα. Στόχος λοιπόν, είναι γίνει γνωστή αυτή η πραγματικότητα, ώστε να νιώσουν όλοι περισσότερο ασφαλείς στην αντιμετώπιση της.



Το περιεχόμενο του περιλαμβάνει πέντε κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο έχει τίτλο «προβληματισμοί για τα γηρατειά». Το δεύτερο κεφάλαιο έχει τίτλο »Η ελληνική Λαϊκή Σοφία για τα γηρατειά». Το τρίτο κεφάλαιο έχει τίτλο «Οι ηλικιωμένοι στον τόπο μας σήμερα». Το τέταρτο «Οι απόψεις των παιδιών για τα γεράματα». Το πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο είναι «Οι δραστηριότητες που φέρνουν κοντά τους νέους και τους ηλικιωμένους».

**«Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια»**, εκδόθηκε στην Αθήνα τον Ιούνιο του 1991 από τον αναπληρωτή καθηγητή πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Κωνσταντίνο Δ. Κρέμαλη. Πρόκειται για μια συμβολή στο νομικό προσδιορισμό των κοινωνικών υπηρεσιών.

**Σκοπός** του βιβλίου αυτού είναι:

- να διευκρινιστεί η έκταση της παροχικής (και περιοριστικής) κοινωνικής διοίκησης πριν και μετά την κατοχύρωση των βασικών προνοιακών στόχων. Ενώ, ιδιαίτερη μέριμνα καταβάλλεται στο να επισημανθούν τα συνήθη ακραία όρια της διακριτικής ευχέρειας των προνοιακών οργάνων.
- να διαπιστωθεί ότι υπάρχουν στο ισχύον Δίκαιο Κοινωνικής Πρόνοιας οι κανόνες, οι αρχές και οι διαδικασίες εκείνες που μπορούν να συμβάλλουν στον καλύτερο προσδιορισμό και έλεγχο των κοινωνικών υπηρεσιών.
- και τα τελικά πορίσματα να γίνουν αφορμή για μια πιο ανθρωποκεντρική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών όσο κι αν είναι δυσεύρετες.

Το περιεχόμενο του αποτελείται από δύο μέρη με δύο υποενότητες το καθένα. Στην πρώτη υποενότητα του πρώτου μέρους γίνεται εννοιολογικός προσδιορισμός και έρευνα για το δημόσιο δικαίωμα των προνοιακών παροχών, για την κοινωνική πρόνοια και τη διακριτική ευχέρεια της κοινωνικής διοίκησης και των προνοιακών οργάνων. Η δεύτερη υποενότητα του πρώτου μέρους έχει τίτλο «Καθορισμός της κοινωνικής αρωγής και δράσης», στην οποία γίνεται ιστορική εξέλιξη, αναλύονται οι εξωνοσοκομειακοί παράγοντες, τα συνταγματικά ερείσματα και οι γενικές αρχές του δημόσιου δικαίου.

Η πρώτη υποενότητα του δεύτερου μέρους έχει τίτλο «Αναγνώριση και Χαρακτηριστικά του Δικαιώματος» και γίνεται αναφορά στην κατοχύρωση του

δικαιώματος σε αλλοδαπά συστήματα (Γερμανία-Γαλλία-Αγγλία) καθώς και η νομική φύση του δικαιώματος στη χώρα μας. Τέλος στην δεύτερη υποενότητα του δεύτερου μέρους παρουσιάζονται οι προϋποθέσεις, το περιεχόμενο και η αγωγιμότητα του δικαιώματος.

**«Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα»** πρόκειται για μια έκθεση της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος (Βιέννη 1982), η οποία εκδόθηκε στην Αθήνα το 1982 από την Ελληνική Εθνική Επιτροπή. Η επιτροπή αυτή συστήθηκε με απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών για την προετοιμασία της Ελλάδος στην Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος.

**Σκοπός** του βιβλίου είναι να αναλυθούν τα κυριότερα ζητήματα, ανθρωπιστικά και αναπτυξιακά, που έχει να αντιμετωπίσει κάθε χώρα, οι τρόποι με τους οποίους αντιμετωπίζονται και η σχετική τους εμπειρία.

Το περιεχόμενο του περιλαμβάνει πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται εννοιολογική προσέγγιση του γήρατος. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι δημογραφικές τάσεις και προβλέψεις. Στο τρίτο κεφάλαιο η κατάσταση, η θέση και οι ανάγκες των ηλικιωμένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο η πολιτική και τα προγράμματα για τους ηλικιωμένους. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρονται οι πόροι του κρατικού προϋπολογισμού που διατίθενται για προγράμματα προστασίας των ηλικιωμένων.

Το βιβλίο **«Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα»** εκδόθηκε το Δεκέμβρη του 1984 στην Αθήνα Από τον Επιστημονικό συνεργάτη του ΚΕΠΕ, τον κ. Κ. Ν. Κανελλόπουλο, Ph. D., ενώ τον πρόλογο επιμελήθηκε η καθηγήτρια κ. Λουκά Τ. Κατσέλη, επιστημονική διευθύντρια. Στο βιβλίο αυτό δημοσιεύονται, σύμφωνα με πρόσφατη απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕΠΕ και μετά από εισήγηση της Επιτροπής Μελετών, μικρές ερευνητικές εργασίες, διαλέξεις που έγιναν στο ΚΕΠΕ και αναδημοσιεύσεις άρθρων σε έγκυρα ελληνικά και ξένα περιοδικά. Παρόμοια βιβλία για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα σπανίζουν.

Έτσι, το βιβλίο αυτό έχει **σκοπό** να δώσει τη βασική πληροφόρηση σχετικά με τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Τα στατιστικά στοιχεία στα οποία στηρίζεται προέρχονται κυρίως από επεξεργασία των στοιχείων της

Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ) του 1974, που διενέργησε η Στατιστική Υπηρεσία και από τα δημοσιεύματα των απογραφών 1961 και 1971. Είναι η πρώτη συστηματική μελέτη που στηριζόμενη σε αντιπροσωπευτικά δεδομένα, πραγματεύεται τα παραπάνω αναφερόμενα θέματα των Ελλήνων ηλικιωμένων.

Το περιεχόμενο του περιλαμβάνει έξι κεφάλαια με δέκα εννέα περίπου πίνακες για να διευκολύνουν τον αναγνώστη και δύο διαγράμματα. Στα κεφάλαια αυτά παρουσιάζονται και αναλύονται στατιστικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα τα βασικά θέματα που αναλύονται στα επόμενα κεφάλαια είναι τα εξής: Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται οι ηλικιωμένοι στον πληθυσμό. Στο δεύτερο κεφάλαιο η θέση των ηλικιωμένων στην αγορά εργασίας, η θέση τους στην ηλικία 65 ετών και άνω, οι δραστηριότητες τους κατά φύλο και ποσοστά συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό κατά ηλικία και οικογενειακή κατάσταση. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται το επίπεδο εκπαίδευσης τους με πίνακες που το εμπλουτίζουν παρουσιάζοντας το επίπεδο εκπαίδευσής τους κατά φύλο και ηλικία, των ανδρών κατά ηλικία και των γυναικών κατά ηλικία. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται οι συνθήκες στέγασης των ηλικιωμένων. Και στο έκτο κεφάλαιο τα οικονομικά των ηλικιωμένων, όπως κατανομή εισοδήματος ηλικιωμένων αρχηγών νοικοκυριών κατά φύλο και περιοχή, κατά ηλικία και ώρες εργασίας.

Το βιβλίο αυτό έχει τίτλο **"Γήρανση και κοινωνία"** και εκδόθηκε το 1996 στην Αθήνα. Ο τίτλος του προέρχεται από εισηγήσεις που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο Γήρανση και κοινωνία, που διοργάνωσε το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ).

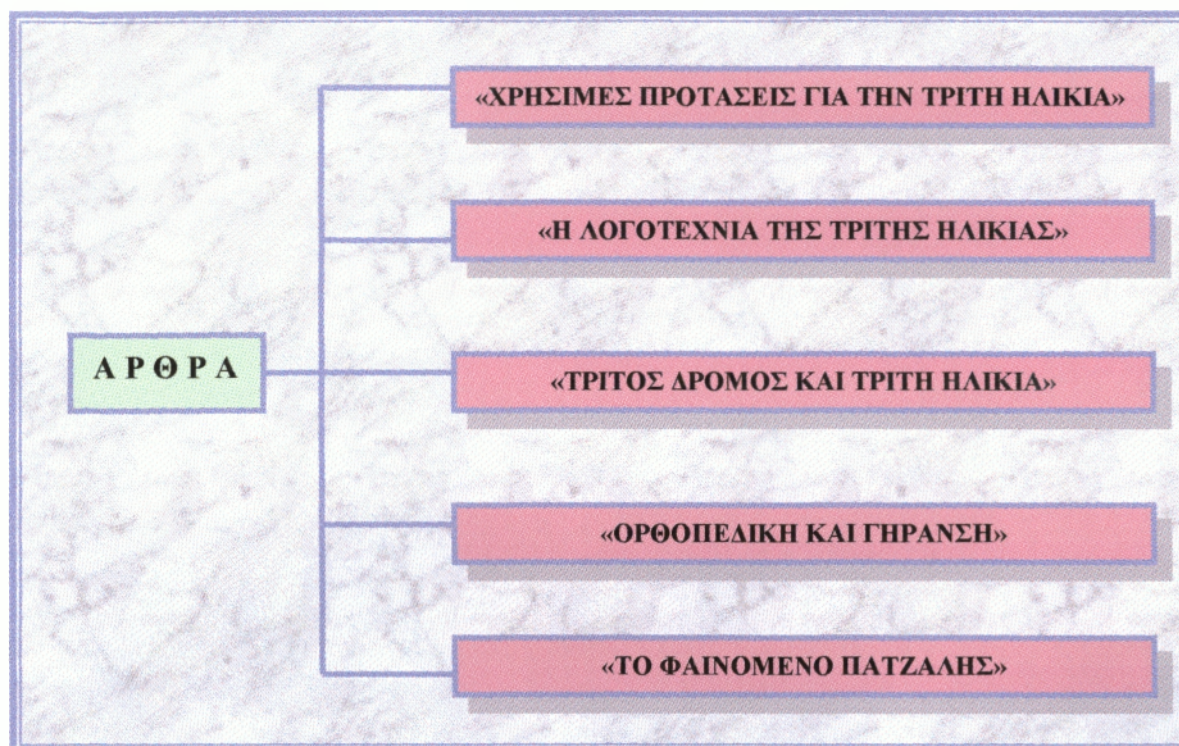
Η γήρανση προβληματίζει έντονα τις σύγχρονες κοινωνίες, γι' αυτό **σκοπός** της αρθρογραφίας αυτής είναι η συστηματική διερεύνηση των τόσο σοβαρών προβλημάτων που σχετίζονται με την ηλικιακή αυτή ομάδα καθώς και οι επιπτώσεις που υπάρχουν στο κοινωνικό σύνολο. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο ιδιαίτερης επιστημονικής ενασχόλησης και καλύπτει ένα αισθητό κενό στην Ελληνική βιβλιογραφία.

Το περιεχόμενο του απαρτίζεται από επτά ενότητες. Στην Α' Ενότητα «Γήρανση Μύθοι και πραγματικότητα» παρουσιάστηκαν διάφορα περιγραφικά μοντέλα, θεωρητικές προσεγγίσεις και γενικοί προβληματισμοί γύρω από το φαινόμενο της γήρανσης. Στην Β' Ενότητα με θέμα «Οι ηλικιωμένοι στον Ευρωπαϊκό χώρο» αναλύθηκαν οι αιτίες και οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της γήρανσης και παρουσιάστηκαν οι σύγχρονες πληθυσμιακές τάσεις και οι μελλοντικές εξελίξεις στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, αναδείχθηκαν τα κενά της κοινωνικής πολιτικής που αφορούν τους ηλικιωμένους στην χώρα μας ενώ τονίστηκε ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων εξακολουθεί να αποτελεί οικογενειακή υπόθεση. «Η πρόσληψη της τρίτης ηλικίας στην ελληνική παράδοση και εκπαίδευση» είναι το θέμα της Γ' Ενότητας. Παρουσιάζονται μύθοι παροιμίες καθώς και κοινωνικές αναπαραστάσεις για την τρίτη ηλικία στα βιβλία «Η Γλώσσα μου» της Δημοτικής Εκπαίδευσης. Στην Δ' Ενότητα «Οικονομικές και Δημογραφικές διαστάσεις της γήρανσης στην Ελλάδα» δόθηκε έμφαση στις οικονομικές επιπτώσεις της γήρανσης, στην παραγωγικότητα, στην κοινωνική ασφάλιση, στην χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος και στην παράταση των ορίων ηλικίας για τη συνταξιοδότηση. Στην Ε' Ενότητα «Κοινωνικό-πολιτισμικές προσεγγίσεις» παρουσιάστηκαν οι διαγενεακές σχέσεις, ερευνήθηκαν οι σχέσεις αλληλεγγύης και αλληλοϋποστήριξης μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων μελών της ελληνικής οικογένειας και τέθηκαν προβληματισμοί και δεδομένα για την ενδοοικογενειακή βία. Στην Στ' Ενότητα «Ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις», οι εισηγήσεις επικεντρώθηκαν στα ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων μέσα σε ιδρύματα ανοιχτής και κλειστής περίθαλψης, ενώ παράλληλα υπήρξαν προβληματισμοί για την ταυτότητα της ηλικιωμένης γυναίκας. Τέλος, στη Ζ' Ενότητα «Χωρικές Προσεγγίσεις» προσεγγίζονται γενικά θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους σε διάφορες πόλεις της Ελλάδος.

### **3.2 ΑΡΘΡΑ**

Η δεύτερη υποενότητα του κεφαλαίου αυτού αφορά στην καταγραφή των άρθρων. Τα άρθρα που συλλέχτηκαν είναι πέντε (5) και πρόκειται για μια επιλογή, που έγινε με βάση το παρόν θέμα. Υπήρξαν και άλλα άρθρα, τα οποία όμως δεν

κρίθηκε απαραίτητο να παρουσιαστούν στην εργασία αυτή. Η συλλογή τους έγινε από το Internet εκτός από το άρθρο στο περιοδικό «Επιθεώρηση της Υγείας». Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι η συλλογή τους δεν ήταν εύκολη και απαιτούσε χρόνο και ψάξιμο. Τα άρθρα αυτά παρουσιάζονται στο σχήμα 3.



**Σχήμα 3:** Άρθρα

**Πηγή:** Ιδία Έρευνα

Το άρθρο «Χρήσιμες Προτάσεις για την Τρίτη Ηλικία» έγραψε η δημοσιογράφος κ. Τσακίρη Τόνια στην εφημερίδα το ΒΗΜΑ στις 17-01-1999. Όπως, φανερώνεται και από τον τίτλο του πρόκειται για συμβουλές που δίνονται προς τους συγγενείς αλλά και όλους τους ενδιαφερόμενους, έτσι ώστε να γίνεται σωστή επιλογή της επιχείρησης και οι ηλικιωμένοι να έχουν καλύτερη φροντίδα και να μην πέφτουν θύματα της κακής μεταχείρισης κερδοσκοπικών επιχειρήσεων.

Έτσι σε περίπτωση που τα άτομα τρίτης ηλικίας επιθυμούν να εγκαταλείψουν την οικία τους ή οι συγγενείς τους αδυνατούν να τους φροντίσουν, η πιο συνηθισμένη επιλογή είναι να απευθύνονται σε οίκο ευγηρίας, γηροκομείο ή Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ) όπως λέγεται τελευταία.

Οι μονάδες αυτές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: α) ιδιωτικού δικαίου με κερδοσκοπικό χαρακτήρα, β) ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και γ) τα δημόσια. Σε περίπτωση που οι ηλικιωμένοι δεν επιθυμούν να εγκαταλείψουν την οικία τους υπάρχει και η επιλογή βοήθειας στο σπίτι, ενώ παράλληλα υπάρχουν και τα κρατικά θεραπευτήρια που δέχονται υπερήλικα άτομα χρόνιων παθήσεων που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν χωρίς να τους υποβληθεί οικονομική επιβάρυνση.

Τέλος, στο άρθρο αυτό δίνονται πληροφορίες για το πως πρέπει να είναι η σύνθεση του προσωπικού που φροντίζει τους ηλικιωμένους και ποιες υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται. Ενδεικτικά αναφέρονται: η υγιεινή διαμονή, υγιεινή και επαρκή διατροφή, συνεχή φροντίδα για την ατομική καθαριότητα τους, τακτική ιατρική παρακολούθηση, δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών τους καθηκόντων και συμμετοχή σε πολιτισμικές-καλλιτεχνικές εκδηλώσεις.

Το άρθρο **«Η λογοτεχνία της τρίτης ηλικίας»** έγραψε ο δημοσιογράφος κ. Δημήτρης Μητρόπουλος στο ΒΗΜΑ στις 6/2/2000.

Πρόκειται για μια είδηση ότι ο νομπελίστας αμερικανοεβραίος πεζογράφος Σολ Μπέλου είναι συγγραφέας ενός νέου μυθιστορήματος και πατέρας τέκνου σε ηλικία 85 ετών. Κι' αυτό επενθυμίζει σε όλους μας ότι η λογοτεχνία δεν έχει ηλικία αντιθέτως μπορεί η τρίτη ηλικία να αποδειχθεί εξόχως παραγωγική στη λογοτεχνία.

Ο Καβάφης είναι εν πολλοίς γνωστό ότι βρήκε τον ποιητικό του βηματισμό μετά τα πενήντα του χρόνια και αν είχε χαθεί νέος σε ένα δυστύχημα θα είχε χάσει τη θέση του στον κανόνα της λογοτεχνίας. Σε ένα από τα γνωστά του ποιήματα την «Ιθάκη» αναφέρει για τα γηρατειά: «Σαν βγεις στο πηγαιμό για την Ιθάκη, να εύχεσαι να είναι μακρύς ο δρόμος, γεμάτος περιπέτειες γεμάτος γνώσεις. Πάντα στο νου σου να έχεις την Ιθάκη. Το φθάσιμο εκεί είναι ο προορισμός σου. Αλλά μη βιάζεις το ταξίδι διόλου. Καλύτερα χρόνια πολλά να διαρκέσει και γέρος πια να αράξεις στο νησί, πλούσιος με όσα κέρδισες στο δρόμο, μη προσδοκώντας πλούτη να σου δώσει η Ιθάκη. Η Ιθάκη σου έδωσε το ωραίο ταξίδι.»<sup>31</sup>

<sup>31</sup> Ιωάννης Πατσάκας. « Η τρίτη ηλικία στα τέλη του εικοστού αιώνα», εκδόσεις Τάσος Πιτσιλός, Αθήνα 1992. σελ. 10

Τέλος αυτό που πρέπει να επισημανθεί μετά από αυτή την παρένθεση είναι το εξής: «Η λογοτεχνία είναι σαν το κρασί, εκτός από ιδιαίτερη ποικιλία αμπελιού και γόνιμο έδαφος, προϋποθέτει παλαίωση σε κλειστή φιάλη, ώστε να γίνει η ζύμωση. Το σύγχρονο σύστημα που απαιτεί γρήγορη επιτυχία, άμεση απήχηση και διαρκή εξέλιξη από τους συγγραφείς δεν κάνει τίποτα άλλο απ' το να σπάει διαρκώς το μπουκάλι στο πάτωμα».

Το άρθρο «**Τρίτος δρόμος και τρίτη ηλικία**» έγραψε ο καθηγητής κοινωνιολογίας στο πανεπιστήμιο Αθηνών κ. Κων/νος Τσουκαλάς στο ΒΗΜΑ στις 20/12/1998.

Το ζήτημα της λεγόμενης τρίτης ηλικίας όπως γράφει ο συγγραφέας, είναι ίσως από τα συνθετότερα προβλήματα των κοινωνιών μας. Την προστασία των ηλικιωμένων αναλάμβανε αυτόματα η οικογένεια τους, με τον καιρό όμως το καθήκον αυτό καταλύθηκε και άρχισε να το αναλαμβάνει η κοινωνία και να παρέχει στους *απόμαχους* τα αναγκαία προς το ζην.

Τα πράγματα όμως αλλάζουν γοργά. Η επέκταση της μέσης διάρκειας ζωής οδηγεί στα φαινόμενα «γήρανσης του πληθυσμού» και έτσι επαυξάνει όλο και περισσότερο το κοινωνικοοικονομικό βάρος των ηλικιωμένων, αλλά και του κράτους, γιατί έπρεπε να προσφέρει σε περισσότερους ηλικιωμένους και για περισσότερο χρόνο. Η απάντηση που έρχεται είναι άμεση και δεδομένη: να ενδιαφερθούν οι ίδιοι για την τύχη τους ή να τους φροντίζουν τα παιδιά τους αν θέλουν και έχουν. Μια άλλη πιο εμπειριστατωμένη λύση είναι να γίνουν οικονομίες με την ενοποίηση των ταμείων ή αν μπορούν και θέλουν να εξακολουθούν να εργάζονται εκείνοι που έχουν ξεπεράσει το όριο ηλικίας.

Ύστερα, ο συγγραφέας γράφει για το «γκέτο των συνταξιούχων» και προβληματίζεται κατά πόσο και αν θα πρέπει να καταργηθεί. Καταλήγοντας τονίζει ότι η συνέχιση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ηλικιωμένων στο σύστημα είναι σαφέστατα απαραίτητη.

Ο κοινωνιολόγος άκουσε σε ομιλία του τον καθηγητή Anthony Giddens,

σύμβουλο του βρετανού πρωθυπουργού και συγγραφέα ενός ομώνυμου βιβλίου που μόλις είχε κυκλοφορήσει από τις εκδόσεις «ΠΟΛΙΣ», και καταγράφει τους προβληματισμούς που τέθηκαν και τις απόψεις τους.

Τέλος, ο προβληματισμός επικεντρώθηκε στην εύρεση νέου τρόπου συνδυασμού της δημόσιας και της ιδιωτικής πρόνοιας και συγκεκριμένα μιας ελάχιστης δημόσιας πρόνοιας με την ιδιωτική πρόνοια. "Έτσι το άτομο φέρεται ως να όφειλε να προγραμματίζει τον κύκλο της ζωής του, να έχει το ίδιο την ευθύνη για τη μοίρα του και άρα να μετατεθεί η ευθύνη για τα ευπαθή άτομα από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα.

Το άρθρο «**Ορθοπαιδική και Γήρανση**» είναι από το περιοδικό «Επιθεώρηση της Υγείας». Πρόκειται για ένα διμηνιαίο επιστημονικό και ενημερωτικό περιοδικό με πολλά άρθρα και ειδήσεις του Προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα. Η ύλη του τεύχους αυτού έκλεισε στις 3 Μαΐου 2001 και καλύπτει τους μήνες Μάιο - Ιούνιο.

**Σκοπός** του συγγραφέα του άρθρου αυτού ήταν να εικονογραφήσει τις αλλαγές αυτές και τα προβλήματα που υπάρχουν από την μακροζωία. (σύμφωνα με μελέτες του DNA υπολογίζεται ότι η μέγιστη διάρκεια ζωής του ανθρώπου μπορεί να φθάσει τα 145 χρόνια). Επίσης, αναφέρει τα δημογραφικά γήρανσης και τον αριθμό των τραυματισμών στις ΗΠΑ, τις αλλαγές στον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων που κλίνει σε έναν πιο κινητικό τρόπο ζωής και τέλος αναφέρει μερικές από τις υπάρχουσες θεραπευτικές φιλοσοφίες της Αμερικής.

Το περιεχόμενο του άρθρου «Ορθοπαιδική και Γήρανση», αφορά τους ηλικιωμένους που θέλουν να αισθάνονται και να παρασταίνουν τους νέους σε πείσμα των αναπόφευκτων μεταβολών γήρανσης. Έτσι ο Ορθοπαιδικός Χειρουργός θα έρθει αντιμέτωπος με τον πληθυσμό αυτό. Όμως, δύο από τις συχνότερες ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, η οστεοαρθρίτιδα και η οστεοπόρωση, δεν έχουν ακόμη λυθεί.



**«Το φαινόμενο Πάτζαλης»** είναι το τελευταίο άρθρο που συλλέχτηκε από το Διαδίκτυο ([www.kathimerini.gr/sunday](http://www.kathimerini.gr/sunday)). Πρόκειται για την Κυριακάτικη έκδοση της εφημερίδας «Καθημερινή», το οποίο γράφτηκε από την Στύλου Χριστιάνα.

Τον αποκάλεσαν «Φαινόμενο Πάτζαλης» και δικαίως, αφού έγινε γνωστός στο πανελλήνιο από τη σθεναρή απόφαση να ξεκινήσει τη φοιτητική του ζωή στα 70 του χρόνια. Ο «γέροντας με την ψυχή του εφήβου», αφού πήρε πέντε (5) πανεπιστημιακά πτυχία από τα 70 ως τα 80 του, ανακηρύχτηκε ο πρώτος άνθρωπος στην υφήλιο που πήρε ντοκτορά Ποινικού Δικαίου και τώρα το ανώτατο πνευματικό ίδρυμα της χώρας τον ανακήρυξε παμψηφεί υποψήφιο ακαδημαϊκό για την έδρα του Δημοσίου Δικαίου.

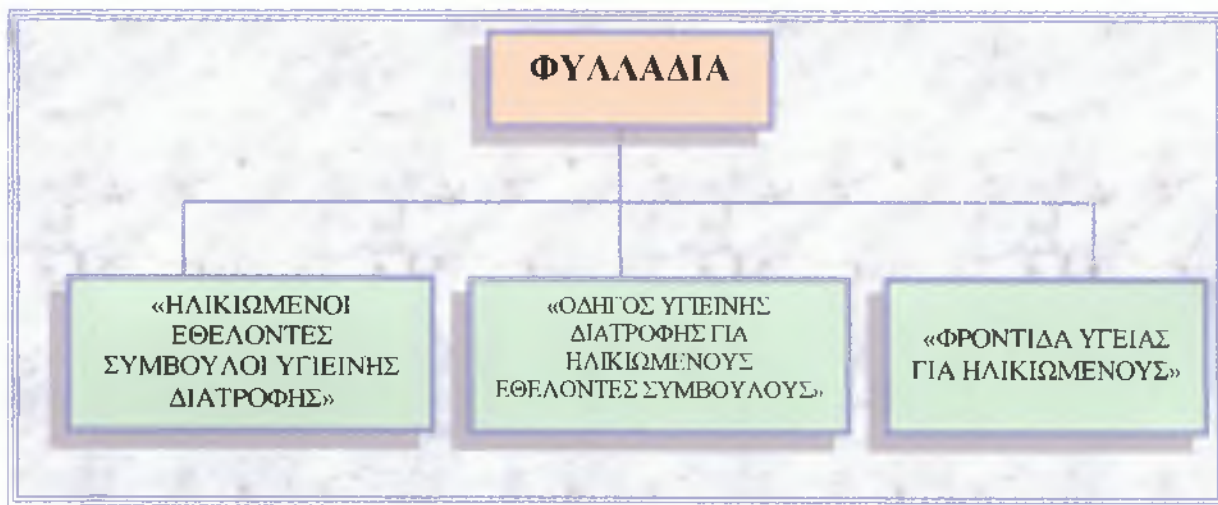
Πρόκειται ίσως για το μοναδικό Έλληνα που μπήκε στον πανεπιστημιακό χώρο στη λεγόμενη *Τρίτη Ηλικία* και κατόρθωσε μέσα σε μία μόνο δεκαετία να συγκεντρώσει τέτοιο πλούτο γραμμάτων. Απ' όλα τα διαμερίσματα της χώρας άτομα που πληροφορήθηκαν το γεγονός, τονίζουν την απήχηση που έχει στις κοινωνίες τους, το παράδειγμα ενός ανθρώπου που απέδειξε ότι η θέληση για τη μάθηση δεν γηράσκει ποτέ.

Η πηγή της δύναμης που τον οδήγησε στα πανεπιστημιακά έδρανα με τέτοια προσήλωση, και μάλιστα σε μια ηλικία που οι περισσότεροι παραδίδουν τα όπλα, είναι ότι ο κ. Πάτζαλης έβαλε στόχο ζωής να δώσει παράδειγμα φιλομάθειας. Να αποδείξει ότι οι άνθρωποι δεν γερνούν ποτέ, πως μπορούν να καταφέρουν τα πάντα, αρκεί να το θελήσουν.

Αν και στα νιάτα του υπήρξε Ιπτάμενος Αξιωματικός, η φλόγα της μάθησης παρέμενε άσβεστη. Η ευκαιρία ξεπηδά, όταν ανακαλύπτει τυχαία σε ένα συρτάρι την φοιτητική ταυτότητα της νομικής, όπου είχε πετύχει στα νιάτα αλλά ποτέ δεν εξάσκησε, γιατί τον κέρδισε η Σχολή Αεροπορίας. Αυτή η σκονισμένη φοιτητική ταυτότητα, του έδωσε το έναυσμα να συνεχίσει Φοιτητής Νομικής, ετών 70! Από εκεί και πέρα ξεκινά η πορεία που τον ανέδειξε σε υποψήφιο ακαδημαϊκό. Ο στόχος του να αποδείξει ότι η φιλομάθεια δεν γνωρίζει ηλικία, τον γεμίζει δύναμη. Τα επιτεύγματά του αυτά δεν έχουν κανένα άλλο όφελος, παρά μόνο την κοινωνική παροχή με πολλούς αποδέκτες.

### 3.3 ΦΥΛΛΑΔΙΑ

Τα φυλλάδια που συλλέχτηκαν από την Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία για να συμπληρώσουν την σχετική βιβλιογραφία είναι τρία και φαίνονται παρακάτω στο σχήμα 4.



σχήμα 4: Φυλλάδια

πηγή: Ϊδια έρευνα

Το πρώτο φυλλάδιο που παρουσιάζεται έχει τίτλο **«Ηλικιωμένοι Εθελοντές Σύμβουλοι Υγιεινής Διατροφής»** και απευθύνεται στους ηλικιωμένους που θέλουν να γίνουν εθελοντές σύμβουλοι υγιεινής διατροφής και σε κάθε επαγγελματία υγείας και πρόνοιας που εργάζεται κυρίως στην κοινότητα και επιθυμεί να εφαρμόσει το πρόγραμμα χωρίς άλλη εξωτερική βοήθεια.

Ο οδηγός αυτός εκπαίδευσης εκδόθηκε από την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία στην Αθήνα το 1999 και συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Ο σκοπός του φυλλαδίου αυτού είναι τριπλός.

- Να υποβοηθά την έρευνα και εκπαίδευση στους τομείς γήρατος γενικά να παρακολουθεί τις εξελίξεις τους στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, να εκπονεί

διάφορα προγράμματα σχετικά α) με τις παρεχόμενες υπηρεσίες στους ηλικιωμένους, β) με την αντιμετώπιση των προβλημάτων του γήρατος και γ) με την ενεργοποίηση των ηλικιωμένων για την επίλυση των προβλημάτων τους.

- Να παρουσιάσει το πρόγραμμα «Η συμμετοχή και ο ρόλος ηλικιωμένων εθελοντών στη διάδοση της υγιεινής διατροφής με σκοπό την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων», το οποίο εστιάζει στη γενική εκπαίδευση των ηλικιωμένων που εκδήλωσαν την επιθυμία να γίνουν Εθελοντές Σύμβουλοι.
- Τέλος, να μπορεί η Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία που είναι υπεύθυνη για την έκδοση του φυλλαδίου αυτού να συνεργάζεται με κάθε αρμόδιο Εθνικό και Διεθνή φορέα.

Το περιεχόμενο του περιλαμβάνει ένα γενικό μέρος και τρία παραρτήματα. Στο γενικό μέρος το οποίο χωρίζεται σε τρεις ενότητες παρουσιάζονται πληροφορίες για την ενημέρωση του εκπαιδευτή αλλά και των ΗΕΣ, καθώς και γενικές γνώσεις για την υγεία και την προαγωγή της. Η πρώτη ενότητα αφορά το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Προαγωγής Υγείας (AGING WELL EUROPE). Η δεύτερη το Ελληνικό Πρόγραμμα Προαγωγής υγείας στην Τρίτη Ηλικία. Και η τρίτη και τελευταία ενότητα αφορά τον ρόλο του ΗΕΣ και τις γενικές αρχές εκπαίδευσης τους.

Το πρώτο Παράρτημα απαρτίζεται από διαφάνειες για την εκπαίδευση των ΗΕΣ για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα προαγωγής υγείας στην τρίτη ηλικία, ενώ το δεύτερο παράρτημα αποτελείται από διαφάνειες που χρησιμοποιήθηκαν στην εκπαίδευση των ηλικιωμένων εθελοντών συμβούλων υγιεινής διατροφής. Και τα δύο παραρτήματα έχουν διαμορφωθεί έτσι ώστε να μπορούν να φωτοτυπηθούν ή να αντιγραφούν σε διαφάνειες για να χρησιμοποιηθούν ως εποπτικά μέσα. Τέλος, το τρίτο παράρτημα απαρτίζεται από τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης τα οποία παρουσιάζονται όπως χρησιμοποιήθηκαν και στο πιλοτικό πρόγραμμα.

Το φυλλάδιο αυτό φέρει τον τίτλο **«Οδηγός Υγιεινής Διατροφής για Ηλικιωμένους Εθελοντές Συμβούλους»**. Πρόκειται για έναν οδηγό όπως προσδίδει και ο τίτλος του απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένους αλλά όχι μόνο. Η υιοθέτηση της υγιεινής διατροφής είναι καλό να ξεκινάει από την αρχή της ζωής κάθε ανθρώπου και να συνεχίζεται δια βίου ώστε να γεράσουν όλοι καλύτερα και η

πιθανότητα για καλύτερη υγεία να είναι μεγαλύτερη. Ο ρόλος των ηλικιωμένων ως συμβούλων υγιεινής διατροφής είναι εξίσου σημαντικός όταν αναφέρεται και στην πληροφόρηση των νεώτερων γενεών, των παιδιών και των εγγόνων τους και όχι μόνο σε σχέση με άτομα της ίδιας ηλικίας. Ο οδηγός αυτός εκδόθηκε από την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία στην Αθήνα το έτος 1999 και συνχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Ο σκοπός του φυλλαδίου αυτού είναι διπλός:

- Η γενικότερη ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα για την υγιεινή διατροφή.
- Όλες οι βασικές γνώσεις υγιεινής διατροφής να υπάρχουν συγκεντρωμένες και συστηματοποιημένες για να διευκολύνεται όποιος θελήσει να δώσει πληροφορίες σε άλλα άτομα οποιασδήποτε ηλικίας.

Το περιεχόμενο του περιλαμβάνει οχτώ κεφάλαια και ένα παράρτημα με Παραδοσιακές Ελληνικές Συνταγές στο τέλος του φυλλαδίου αυτού. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις Βασικές Γνώσεις Διατροφής, δηλαδή τα διατροφικά στοιχεία και ποια είναι αυτά, τις ομάδες τροφίμων και τις βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία. Το δεύτερο κεφάλαιο τον ορισμό του γεύματος, την συχνότητα και το περιεχόμενο των γευμάτων. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στο Αλάτι και στον τρόπο με τον οποίο πρέπει να χρησιμοποιείται. Το τέταρτο κεφάλαιο στην κατανάλωση του Αλκοόλ και τι πρέπει να γνωρίζουμε πάνω σε αυτό για να αποφύγουμε δυσάρεστες συνέπειες. Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συντηρημένα τρόφιμα, με ποιους τρόπους γίνεται η συντήρηση των τροφίμων, αν έχουν θρεπτική αξία και τι θα πρέπει να προσέχει κανείς στα συντηρημένα τρόφιμα.

Το έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνει Ειδικές Δίαιτες-Γενικές Γνώσεις και Βασικές Οδηγίες Διατροφής που πρέπει να έχουν οι ηλικιωμένοι στην περίπτωση σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμίας και υπέρτασης. Το έβδομο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα κλασσικά λάθη που μπορεί κάποιος να κάνει στη διατροφή, χωρίς να το αντιλαμβάνεται. Το όγδοο κεφάλαιο περιλαμβάνει μερικούς πρακτικούς κανόνες υγιεινού μαγειρέματος και τέλος, η παραδοσιακές συνταγές που συμπεριλαμβάνονται στο παράρτημα προσφέρθηκαν από ηλικιωμένα μέλη για να τονισθεί η θετική συμβολή της τρίτης ηλικίας, ο κατάλογος αυτός είναι ενδεικτικός

και καταδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο παραδοσιακές μεσογειακές συνταγές που θεωρούνται ανθυγιεινές μπορούν με κάποιες τροποποιήσεις να περάσουν στην καθημερινή μας διατροφή χωρίς να επιβαρύνουν ιδιαίτερα την υγεία μας και χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι τροποποιημένες συνταγές είναι και άνοστες.

Το επόμενο φυλλάδιο έχει τίτλο **«Φροντίδα Υγείας για Ηλικιωμένους»**. Πρόκειται για έναν οδηγό για επαγγελματίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αυτός ο οδηγός σχεδιάστηκε ως διδακτικό βοήθημα για εκπαιδευτές επαγγελματιών υγείας. Η Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία έκανε μια προσπάθεια να συμβάλει με οποιονδήποτε τρόπο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να χρήζουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Έτσι, ζήτησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να της επιτραπεί η μετάφραση του βιβλίου του Περιφερειακού Γραφείου για την Ανατολική Μεσόγειο με τίτλο «Health Care for the Elderly: A Manual for the Primary health Care Workers, WHO Regional Publications, eastern Mediterranean Series No 10». Το Διοικητικό συμβούλιο της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρίας, χρηματοδότησε την εκτύπωση του παρόντος βιβλίου που εκδόθηκε στην Αθήνα το 2000.

Ο σκοπός του φυλλαδίου αυτού είναι να διευκολύνει την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων αλλά και των επαγγελματιών που απασχολούνται σε μεσαία ή περιφερειακά επίπεδα, σε άλλους τομείς καθώς και αυτούς που εργάζονται σε μη κυβερνητικούς οργανισμούς.

Το περιεχόμενο του περιλαμβάνει επτά αυτοτελή κεφάλαια στα οποία παρουσιάζονται με λεπτομέρεια οι διδακτικές μέθοδοι και οι ρόλοι που καλούνται να αναλάβουν οι επαγγελματίες υγείας. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά τη Διδασκαλία για καλύτερη μάθηση. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην έννοια της Γήρανσης και στην διαφορά που έχει ένας ηλικιωμένος από τα υπόλοιπα άτομα. Το τρίτο κεφάλαιο φέρει το τίτλο: «Γνωρίζοντας τους ηλικιωμένους στην Κοινότητα», και μετά την ολοκλήρωση του ο εκπαιδευόμενος θα μπορεί να συγκεντρώνει πληροφορίες για τους ηλικιωμένους στην κοινότητα, σχετικές με τις συνθήκες διαβίωσης του και την κατάσταση της υγείας τους. Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά τη διατήρηση της υγείας των ηλικιωμένων εξηγώντας και πείθοντας τους

ηλικιωμένους και τα άτομα που τους φροντίζουν ότι η αυτοφροντίδα αποτελεί τον αποτελεσματικότερο τρόπο για τη διατήρηση της υγείας τους σε καλή κατάσταση. Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά τις διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Το έκτο κεφάλαιο αφορά τις κοινές διαταραχές υγείας που μπορεί να έχουν οι ηλικιωμένοι, έτσι ώστε οι εκπαιδευόμενοι να κατανοήσουν τα χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών και να δίνουν τις κατάλληλες συμβουλές και να τους παραπέμπουν σε εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα, όταν κριθεί αναγκαίο. Τέλος το έβδομο κεφάλαιο αναφέρεται στο πως θα αναπτυχθεί η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας προς όφελος των ηλικιωμένων. Μετά την ολοκλήρωση του κεφαλαίου αυτού ο εκπαιδευόμενος θα μπορεί να σχεδιάζει και να θέτει σε εφαρμογή ένα σύνολο μέτρων στην κοινότητα σε συνεργασία και με άλλους σημαντικούς φορείς (προέδρους χωριών, θρησκευτικούς ηγέτες, εκπαιδευτικούς) για τους ίδιους τους ηλικιωμένους.

*Τα συμπεράσματα που εξάγονται σχετικά με τον αριθμό και την ποιότητα της βιβλιογραφίας για την προστασία της τρίτης ηλικίας είναι:*

- ✓ *Ο αριθμός των άρθρων-συγγραμμάτων που συλλέχτηκαν είναι περίπου είκοσι (20) και η συλλογή τους βασίστηκε στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εγκυρότητα τους και στην ουσιώδη σχέση τους με την παρούσα μελέτη.*
- ✓ *Η βιβλιογραφία για τη δημογραφική γήρανση και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι αρκετή, ενώ για τα προγράμματα προστασίας τους περιορισμένη.*
- ✓ *Επίσης, η βιβλιογραφία για την τρίτη ηλικία είναι διασκορπισμένη με αποτέλεσμα η εύρεση της να καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη.*
- ✓ *Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας απέδειξε ότι για την κατάσταση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές αναλύσεις. Οι περισσότερες όμως δίνουν έμφαση στην ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων και λιγότερο στη παρουσίαση των πάσης φύσεως προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι.*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν τα δικαιώματα όπως τα ορίζει η Οικουμενική Διακήρυξη, η Παγκόσμια Διακήρυξη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Ινστιτούτο Γεροντολογίας στη Γαλλία. Επίσης, θα αναφερθούν οι υποχρεώσεις των ηλικιωμένων και τα πλαίσια της νομικής προστασίας τους, δηλαδή σε ποιες περιπτώσεις η νομοθεσία περιορίζει την ελευθερία των ηλικιωμένων και αν αυτή τους καθιστά ικανά άτομα, ώστε να διατηρήσουν τον έλεγχο των συμφερόντων τους. Σκοπός του κεφαλαίου είναι να διαπιστώσουμε αν προστατεύονται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων και αν αυτοί έχουν τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις με τους άλλους πολίτες.

#### 4.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η γνώση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων είναι καλό να αρχίζει από τα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο και το εκπαιδευτικό σύστημα. Η γνώση αυτή, ως γενική έννοια και στο βαθμό που κατοχυρώνεται από την εθνική νομοθεσία, το Σύνταγμα και τις παραδόσεις, αποτέλεσε πάντοτε ρητά ή σιωπηρά στοιχείο δημοκρατικής παιδείας όλων των πολιτών.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Ελληνικό τμήμα Διεθνούς Αμνηστίας, «Ανθρώπινα Δικαιώματα. Οι κυριότερες Διεθνείς Συμβάσεις», εκδ. ΠΛΕΘΡΟΝ, Ίδρυμα Μαραγκοπούλου, Αθήνα 1987, σελ. 8

Ο σεβασμός για τα αναφαίρετα δικαιώματα του ανθρώπου αποτελεί το θεμέλιο της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της ειρήνης στον κόσμο, όπως έχει αναγνωριστεί διεθνώς. Η παραγνώριση αυτής της αξίας μπορεί να οδηγήσει σε εξέγερση ή πόλεμο. Τι εννοούμε όμως, με τον όρο δικαίωμα;

Δικαίωμα είναι ένα αγαθό που όλοι οι άνθρωποι το δικαιούνται, όπως το δικαίωμα της ζωής ή το δικαίωμα της ψήφου, το δικαίωμα της ελεύθερης έκφρασης, το δικαίωμα στη μόρφωση κ.ά. Αυτά τα δικαιώματα δεν αρκεί να διακηρύσσονται σε Συντάγματα, σε νόμους ή σε διεθνείς συμβάσεις. Πρέπει να τηρούνται στη πράξη για να μπορούμε να ζούμε με ελευθερία, ασφάλεια και αξιοπρέπεια. Η κεντρική έννοια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι η εγγενής αξιοπρέπεια του ανθρώπου. Ο σεβασμός αυτής της αξιοπρέπειας είναι η μόνη αξία πάνω στην οποία μπορεί να βασιστεί η αρμονία και η συνεργασία ανάμεσα στα άτομα, στα θεσμικά όργανα και στα έθνη. Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι σύμφυτα με την ανθρώπινη ύπαρξη. Είναι παγκόσμια, είναι το θεμέλιο της δικαιοσύνης και της ειρήνης, είναι το θεμέλιο της ανθρωπίνης φύσης, χωρίς αυτά δεν μπορούμε να ζούμε ως ανθρώπινα όντα.<sup>33</sup>

Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του ΟΗΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμη και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματα τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Έτσι, παρακάτω παρουσιάζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα όπως τα ορίζει η Οικουμενική Διακήρυξη.

Τα τριάντα (30) άρθρα της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα ανθρώπινα δικαιώματα ορίζουν τα εξής:

- Ελευθερία και ισότητα στα δικαιώματα.
- Το δικαίωμα για δίκαιη και ίση μεταχείριση.
- Το δικαίωμα στη ζωή.

---

<sup>33</sup> Ελληνικό τμήμα Διεθνούς Αμνηστίας, «Ανθρώπινα Δικαιώματα. Οι κυριότερες Διεθνείς Συμβάσεις», εκδ. ΠΛΕΘΡΟΝ, Ίδρυμα Μαραγκοπούλου, Αθήνα 1987, σελ. 12.



- Απαγόρευση της δουλίας.
- Απαγόρευση των βασανιστηρίων.
- Το δικαίωμα στην αναγνώριση της νομικής προσωπικότητας.
- Το δικαίωμα της ισότητας απέναντι στο νόμο.
- Το δικαίωμα της νομικής προστασίας.
- Το δικαίωμα στην προσωπική ασφάλεια.
- Το δικαίωμα για τίμια δίκη.
- Εξασφάλιση αμερόληπτης δικαστικής κρίσης.
- Το απαραβίαστο της ιδιωτικής ζωής.
- Το δικαίωμα του πολιτικού ασύλου.
- Το δικαίωμα της ελεύθερης διακίνησης και εγκατάστασης.
- Το δικαίωμα της ιθαγένειας.
- Το δικαίωμα του γάμου.
- Το δικαίωμα της ιδιοκτησίας.
- Ελευθερία της σκέψης, της συνείδησης και της θρησκείας.
- Το δικαίωμα της ελευθερίας της γνώμης και της έκφρασης.
- Το δικαίωμα των ειρηνικών συγκεντρώσεων και του συνεταιρισμού.
- Το δικαίωμα της συμμετοχής στα δημόσια πράγματα.
- Το δικαίωμα για κοινωνική ασφάλιση.
- Το δικαίωμα στην εργασία.
- Το δικαίωμα στην ανάπτυξη.
- Το δικαίωμα για επαρκές βιοτικό επίπεδο.
- Το δικαίωμα στην εκπαίδευση.
- Το δικαίωμα στον πολιτισμό.
- Το δικαίωμα της προστασίας των δικαιωμάτων.
- Καθήκοντα προς την κοινότητα και σεβασμό των δικαιωμάτων.
- Επαγρύπνηση για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων.<sup>34</sup>

Η Παγκόσμια Διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων διακηρύσσει ότι ο καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Τα άρθρα 48 και 52 της συνθήκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης που παρέχουν ελευθερία κίνησης για τους εργαζομένους

<sup>34</sup> Ελληνικό τμήμα Διεθνούς Αμνηστίας, «Ανθρώπινα Δικαιώματα», εκδ. ΠΛΕΘΡΟΝ, Ίδρυμα Μαραγκοπούλου, Αθήνα 1987, σελ.13

και τους αυτοαπασχολούμενους, συνεπάγονται το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη στις οποίες εξακολουθούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα: το δικαίωμα διαμονής πρέπει να χορηγείται και σε όσους έχουν παύσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα.<sup>35</sup>

Ο Κοινωνικός χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μια κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις, την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του.<sup>36</sup>

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενο για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από φυλή, φύλο, ηλικία, αναπηρία ή θρησκεία. Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρεται σε επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση. Κύριο αίτημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και οι δυσκολίες που έχουν στην εξεύρεση εργασίας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα.

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

<sup>35</sup> Ήρα Έμκε - Πουλοπούλου, "Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον", Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ.29

<sup>36</sup> Ήρα Έμκε - Πουλοπούλου, "Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον", Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ. 29

ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και στη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους.

Από το Ινστιτούτο Γεροντολογίας της Γαλλίας έχει προταθεί ένας Χάρτης που έχει ως στόχο τη διατήρηση των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των εξαρτημένων ηλικιωμένων που ορίζει: την ελευθερία επιλογής του τρόπου ζωής, τον τόπο ζωής που πρέπει να είναι προσαρμοσμένος στις ανάγκες του, τη διατήρηση των οικογενειακών σχέσεων και των φίλων, τη δυνατότητα διατήρησης του συνόλου των διαθέσιμων πόρων και της περιουσίας του, τη δυνατότητα διατήρησης της ελεύθερης επικοινωνίας, μετακινήσεων και συμμετοχής στην κοινωνική ζωή, την ενθάρρυνση της διατήρησης των δραστηριοτήτων του, τη δυνατότητα άσκησης θρησκείας της επιλογής του, την πρόληψη της εξάρτησης, το δικαίωμα στην περίθαλψη που του χρειάζεται, την εξειδίκευση των ατόμων που ασχολούνται με τον ηλικιωμένο εξαρτημένο, την περίθαλψη και βοήθεια στο άτομο που πεθαίνει.<sup>37</sup>

Η ισχύουσα νομοθεσία στην Ελλάδα, δηλαδή το ποινικό και αστικό δίκαιο καθώς και η σχετική νομολογία καλύπτουν τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη σε περίπτωση ασθένειας. Τα δικαιώματα όλων των ασθενών και επομένως και των εξαρτημένων ηλικιωμένων είναι: η ενημέρωση για την πραγματική κατάσταση της υγείας τους για την ιατρική διάγνωση και θεραπεία, η συμμετοχή στο σχεδιασμό της θεραπείας και της φροντίδας, η άρνηση του υπερήλικα εξαρτημένου για συμμετοχή σε πειραματική έρευνα, το δικαίωμα να μην υποβάλλεται σε χειρουργικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις χωρίς πλήρη ενημέρωση για τους κινδύνους που διατρέχει και χωρίς την έγγραφη συγκατάθεσή του που μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσει, η προσωπική ρύθμιση οικονομικών υποθέσεων, η τήρηση του νοσηλευτικού και ιατρικού απορρήτου.<sup>38</sup>

Στις παραπάνω παραγράφους αναφέρθηκαν τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, έτσι όπως τα έχουν ορίσει οι διεθνείς οργανισμοί - η Παγκόσμια Διακήρυξη των ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος - οι

<sup>37</sup> Ήρα Έμκε - Πουλοπούλου, "Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον", Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ. 30

<sup>38</sup> Ήρα Έμκε - Πουλοπούλου, "Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον", Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ. 30

οργανώσεις των ηλικιωμένων και η νομοθεσία κάθε χώρας. Όμως, τα δικαιώματα συνεπάγονται και υποχρεώσεις.

Ελευθερία χωρίς αίσθηση ευθύνης εύκολα εκφυλίζεται σε κατάχρηση της ελευθερίας. Η Οικουμενική Διακήρυξη είναι μια δήλωση για τις ανθρώπινες σχέσεις, που ορίζει ότι τα δικαιώματα που διεκδικεί ένα άτομο πρέπει να αντισταθμίζονται από αντίστοιχες υποχρεώσεις που τις αποδέχεται το άτομο.<sup>39</sup>

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

- να παραμένουν ενεργοί, ικανοί να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι.
- να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
- να επωφελούνται από την εκπαίδευση και την ειδίκευση.
- να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση.
- να εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητες τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης.
- να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν.
- να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές.
- να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας.
- να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα και τέλος να αποφασίζουν για την περίθαλψή τους την οποία γνωρίζει ο ιατρός τους και η οικογένεια.<sup>40</sup>

<sup>39</sup> Ελληνικό τμήμα Διεθνούς Αμνηστίας. «Ανθρώπινα Δικαιώματα. Οι Κυριότερες Διεθνείς Συμβάσεις». εκδ. ΠΛΕΘΡΟΝ. Ίδρυμα Μαραγκοπούλου, Αθήνα 1987, σελ. 14

<sup>40</sup> Ήρα Έμκε - Πουλοπούλου, «Ελληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ. 30

## 4.2 Νομική Προστασία Ηλικιωμένων

Καθένας έχει το δικαίωμα της νομικής προστασίας, δηλαδή να ασκεί αποτελεσματικά ένδικα μέσα στα αρμόδια εθνικά δικαστήρια κατά των πράξεων που παραβιάζουν τα θεμελιακά δικαιώματα τα οποία του αναγνωρίζουν το Σύνταγμα και ο νόμος.<sup>41</sup>

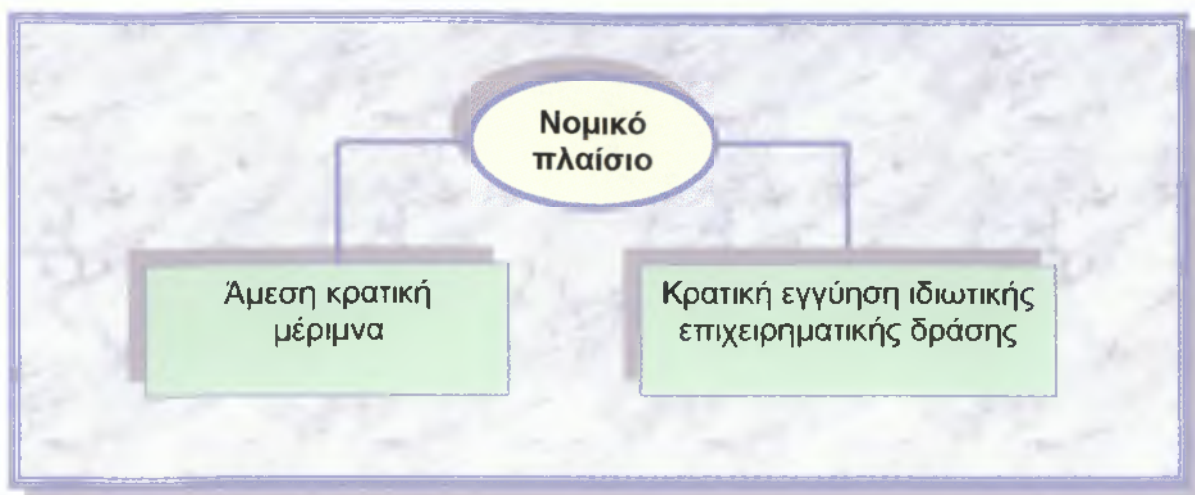
Το πρόβλημα της νομικής προστασίας του ηλικιωμένου εμφανίζεται μόνο για εκείνους που η διανοητική ή σωματική τους κατάσταση είναι τέτοια ώστε να τους εμποδίζει να εκφράζουν τη θέληση τους. Η διανοητική ή σωματική κατάσταση δημιουργεί την ανάγκη να αποφεύγεται να εκτίθενται σε κίνδυνο τα συμφέροντα αυτών των ατόμων από αμέλεια ή κακοβουλία άλλων προσώπων, ακόμα και της οικογένειάς τους. Στη νομοθεσία κάθε χώρας υπάρχουν διατάξεις που εμπιστεύονται σε κηδεμόνα ή επιτροπή υπό τον έλεγχο της δικαιοσύνης, την προστασία των συμφερόντων των ηλικιωμένων στις δικαιοπραξίες που μπορεί ακόμα να εκτελέσει, είτε στην άσκηση αυτών των δικαιοπραξιών για λογαριασμό του. Η νομοθεσία μπορεί να περιορίσει την ελευθερία των ηλικιωμένων και να μειώσει τον έλεγχο που έχουν οι ίδιοι στη ζωή τους στα ακόλουθα θέματα: διαχείριση οικονομικών υποθέσεων, συγκατάθεση για θεραπεία, χρήση φαρμάκων, εισαγωγή σε ίδρυμα, αντιπροσώπευση ηλικιωμένων.<sup>42</sup>

Το σύγχρονο νομικό πλαίσιο προνοιακής προστασίας των ηλικιωμένων έχει δύο άξονες, όπως φαίνεται και από το παρακάτω σχήμα 5.

---

<sup>41</sup> Ελληνικό τμήμα Διεθνούς Αμνηστίας. «Ανθρώπινα Δικαιώματα Οι Κυριότερες Διεθνείς Συμβάσεις», εκδ. ΠΛΕΘΡΟΝ, Ίδρυμα Μαραγκοπούλου, Αθήνα 1987, σελ. 65

<sup>42</sup> Ήρα Έμκε - Πουλοπούλου, «Ελληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, σελ. 31-32



**Σχήμα: 5: Νομικό Πλαίσιο**

**Πηγή:** Ιδία Έρευνα

Σύμφωνα με τα άρθρα 1 και 2 παράγραφος 1 Ν.Δ. 162/73, «Η προστασία των υπερήλικων και των εκ χρόνιων παθήσεων πασχόντων ατόμων δύναται να εκδηλούται ως ιδρυματική περίθαλψις ή ως κοινωνική αρωγή κατ' οίκον, παρεχόμενη υπό μορφήν ηθικής συμπαραστάσεως, οικονομικής ενισχύσεως ή ετέρας φύσεως υλικής βοήθειας, σκοπούσης εις την εξασφάλισιν των μέσων διαβίωσεως και περιθάψεως αυτών». Άρα ο πρώτος άξονας προστασίας περιλαμβάνει τις εξής κρατικές υπηρεσίες: α) Φροντίδες υποστήριξης με υλική ή άλλη βοήθεια για την παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι και β) φροντίδες ιδρυματικής περίθαλψης για μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους.<sup>43</sup>

Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται συνήθως προγράμματα, όπως οι συμβουλευτικές υπηρεσίες προς αντιμετώπιση οικογενειακών κρίσεων από την παρουσία του ηλικιωμένου, η τοποθέτηση του σε ανάδοχη (οικονομικά ενισχυμένη) οικογένεια και το άτυπο σύστημα «βοήθειας στο σπίτι». Αυτό το πρόγραμμα ενδέχεται να περιλαμβάνει κοινωνικές υπηρεσίες καθαριότητας, γεύματα στο σπίτι, πρακτικές εξυπηρετήσεις, συμβουλές αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου,

<sup>43</sup> Κωνσταντίνου Δ. Κρέμαλη, «Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική Πρόνοια», ΕΚΚΕ, Αθήνα 1991, σελ. 213

εγκαθίδρυση συστήματος συναγερμού (tell-alarm), οργανωμένη ψυχαγωγία και μετακινήσεις. Εδώ ανήκουν επίσης τα εφαρμοσμένα προγράμματα στεγαστικής συνδρομής με μορφή ενοικίου σε μοναχικά άτομα και ζεύγη, της επιδότησης απόλυτης αναπηρίας για μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και ιδίως των Κέντρων Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Τα τελευταία αποτελούν ΝΠΔΔ που λειτουργούν με κρατική χρηματοδότηση σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Αποβλέπουν κυρίως στην εξασφάλιση της κινητικότητας, της αυτονομίας και της δραστηριοποίησης των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα, εξασφαλίζοντας υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής, κοινωνικής εργασίας και άλλες φροντίδες. Αν εξαιρέσουμε λοιπόν τις οικονομικές ενισχύσεις προς τους ηλικιωμένους, οι οποίες σύμφωνα και με τη διατύπωση των σχετικών προγραμμάτων αποτελούν αντικείμενο γνήσιων προνοιακών δικαιωμάτων, οι λοιπές παροχές ανοικτής περίθαλψης έχουν αφηρημένο περιεχόμενο. Αντιστοιχούν μάλλον σε απλή δυνατότητα χρήσης και όχι σε πραγματική απαίτηση των ενδιαφερομένων. Εξαιτίας του πειραματικού ακόμα χαρακτήρα των περισσότερων υπηρεσιών δεν προβλέπονται συνήθως ειδικές ρυθμίσεις για την προσαρμογή τους σε διαθέσιμη υλικοτεχνική υποδομή και στην περιορισμένη στελέχωση των φορέων κοινωνικής πρόνοιας. Η σαφής άλλωστε νομοθετική υπόδειξη, να καταρτίζονται τα προγράμματα προστασίας των ηλικιωμένων “αναλόγως των προς τούτο διατιθεμένων οικονομικών μέσων”, δεν αφήνει πολλά περιθώρια για τη θεμελίωση αντίστοιχων προνοιακών δικαιωμάτων.<sup>44</sup>

Στη δεύτερη κατηγορία κρατικών υπηρεσιών περιλαμβάνονται οι Οίκοι Ευγηρίας (Γηροκομεία) και τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων. Προκαταρκτικά θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι τυπική προϋπόθεση εισαγωγής στα γηροκομεία είναι η αυτοεξυπηρέτηση και η έλλειψη νευροψυχικών ή άλλων διαταραχών, που παρακωλύουν την ομαλή συμβίωση. Σύντομα όμως οι τρόφιμοι καταλήγουν στις ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ανάγκης από ανεπάρκεια εξατομικευμένων φροντίδων. Ακολουθεί τότε μια διαρκής μείωση της προσωπικότητας των ατόμων, καθώς δεν είναι ουσιαστικά εφικτή η εγκατάλειψη του ιδρύματος.<sup>45</sup>

<sup>44</sup> Κωνσταντίνου Δ. Κρέμαλη, « Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική Πρόνοια», ΕΚΚΕ, Αθήνα 1991,σελ. 213 - 214

<sup>45</sup> Κωνσταντίνου Δ. Κρέμαλη, « Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική Πρόνοια», ΕΚΚΕ, Αθήνα 1991,σελ. 214

Στην ιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων οι υγειονομικές υπηρεσίες είναι πρωτεύουσας σημασίας. Άρα ως προς αυτές, σύμφωνα με το άρθρο 1 παράγραφος 1 Ν.1397/83 και τη νομολογία μας, το κράτος έχει θεωρητικά αναλάβει την ευθύνη να προστατεύει τους πολίτες. Έτσι, διευκολύνεται η θεμελίωση ενός δικαιώματος για κοινωνική πρόνοια, όταν πρόκειται για στοιχειώδεις υπηρεσίες που μπορούν να εξειδικευτούν με απλή εμπειρία ( π.χ χορήγηση κατάλληλου ρουχισμού ) ή η αναγνώριση της διακριτικής ευχέρειας του προνοιακού φορέα όταν πρόκειται για υπηρεσίες που συγκεκριμενοποιούνται με αξιολογικές και ιδιαίτερα με επιστημονικές ή τεχνικές γνώσεις.<sup>46</sup>

Ο δεύτερος άξονας (βλ. σχήμα 5) προνοιακής προστασίας των ηλικιωμένων, δηλαδή η *κρατική μέριμνα* μιας ιδιαίτερα προσιτής και αποτελεσματικής *ιδιωτικής επιχειρηματικής δράσης* εγγυάται την εξασφάλιση και τον καθορισμό των προϋποθέσεων και όρων ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών Οίκων Ευγηρίας και Θεραπευτηρίων Χρόνιων Παθήσεων, με ή χωρίς κερδοσκοπικό χαρακτήρα.

Στη χώρα μας δεν έχουν θεσπιστεί ακόμη αξιόλογοι κανόνες δικαίου για τη συντονισμένη λειτουργία των ιδιωτικών ιδρυμάτων προστασίας ηλικιωμένων, είτε μεταξύ τους είτε με τον δημόσιο τομέα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανισοκατανόμη της ιδιωτικής προνοιακής δράσης στην επικράτεια και το χαμηλό συνήθως επίπεδο υπηρεσιών.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι για τα ειδικά αυτά μέτρα που λαμβάνονται για την προστασία του γήρατος, θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και ο συντονισμός των υπηρεσιών κάθε μορφής προς τους ηλικιωμένους, και η εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας των διάφορων προστατευτικών μέτρων. Μόνο με τέτοιες συνταγματικές δεσμεύσεις θα ήταν δυνατό να βελτιωθεί, από νομική σκοπιά, η προσφορά υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας προς τους ηλικιωμένους. Σχετικά με τη ζήτηση αυτών των υπηρεσιών το άτομο αποκτά δημόσιο δικαίωμα να προκαλέσει διοικητικούς ελέγχους από τις εποπτεύουσες

---

<sup>46</sup> Κωνσταντίνου Δ. Κρέμαλ,η, “ Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική Πρόνοια ”, ΕΚΚΕ. Αθήνα 1991,σελ. 214-215

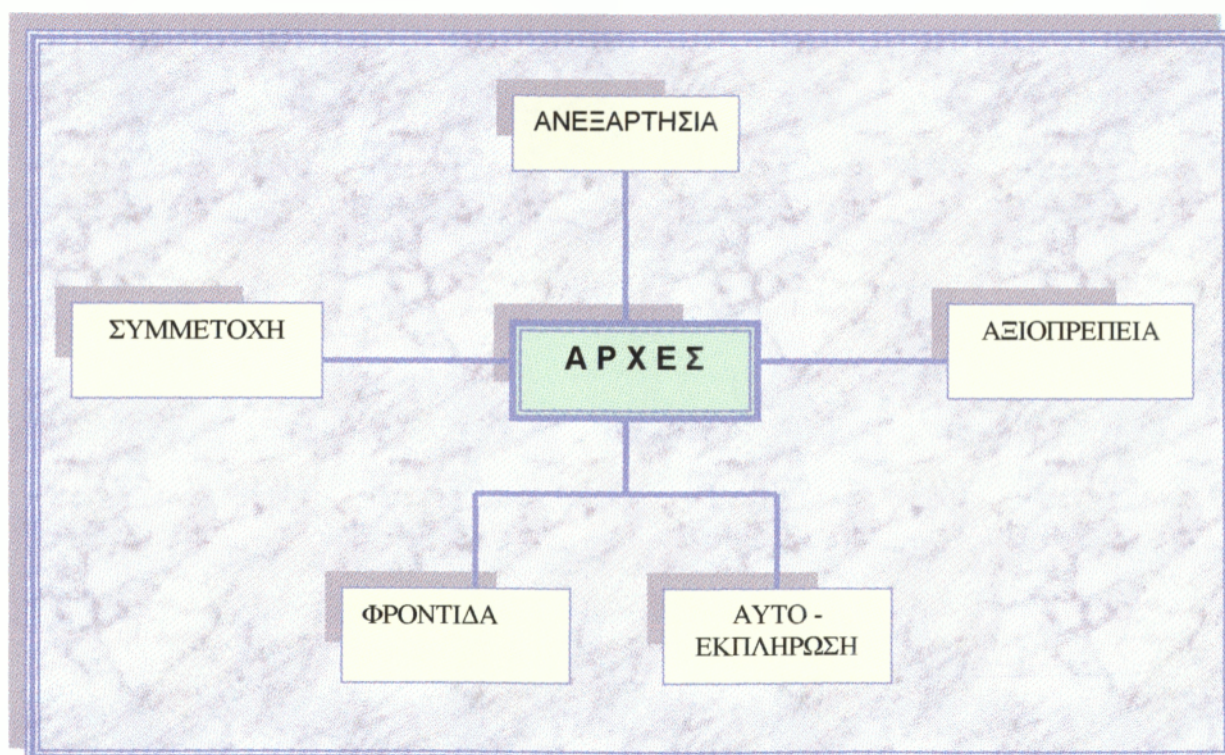


αρχές και ιδιωτικό δικαίωμα αν το επιθυμεί και έχει οικονομική ευχέρεια να αξιώσει προνοιακή προστασία σε ιδιωτικούς φορείς.

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι σκοπός αυτών των νομοθεσιών είναι να καταστεί ικανό το ηλικιωμένο άτομο να διατηρήσει ή να επανακτήσει τον έλεγχο των συμφερόντων του, όπου αυτό εμφανίζεται κατορθωτό.

#### 4.3 ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΩΝ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΕΘΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.

Οι αρχές των Ηνωμένων Εθνών για την Τρίτη Ηλικία (βλ. σχήμα 6) υιοθετήθηκαν από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ (απόφαση 46/91) στις 16 Δεκεμβρίου 1991. Οι κυβερνήσεις ενθαρρύνθηκαν να τις ενσωματώσουν στα εθνικά τους προγράμματα, όπου είναι δυνατό.



**Σχήμα 6:** Αρχές Ηνωμένων Εθνών

Πηγή: Ιδία Έρευνα

Μερικά από τα σημαντικότερα σημεία των Αρχών είναι τα παρακάτω:

### *Ανεξαρτησία*

Τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει:

- να έχουν πρόσβαση σε επαρκή τροφή, νερό, στέγη, ρουχισμό και ιατρική περίθαλψη μέσω του εισοδήματος, της οικογένειας και της κοινοτικής υποστήριξης και αυτοβοήθειας
- να έχουν την ευκαιρία να εργαστούν ή να έχουν πρόσβαση σε άλλες ευκαιρίες που παράγουν εισόδημα
- να μπορούν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που λαμβάνονται για το πότε και με ποιο ρυθμό θα αποχωρούν από το εργατικό δυναμικό
- να έχουν πρόσβαση στα κατάλληλα εκπαιδευτικά και μορφωτικά προγράμματα
- να μπορούν να ζουν σε περιβάλλον, που είναι ασφαλές και προσαρμόσιμο στις προσωπικές προτιμήσεις και μεταβαλλόμενες ικανότητες
- να μπορούν να διαμένουν στο σπίτι όσο το δυνατόν περισσότερο

### *Συμμετοχή*

Τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει:

- να παραμένουν ενσωματωμένα στη κοινωνία, να συμμετέχουν ενεργά στη διαμόρφωση και εφαρμογή των πολιτικών που επιδρούν άμεσα στην ευημερία τους, και να μοιράζονται τη γνώση τους και τις ικανότητές τους με τις νεώτερες γενεές
- να μπορούν να αναζητούν και να αναπτύσσουν ευκαιρίες για να υπηρετούν την κοινότητα και να υπηρετούν ως εθελοντές σε θέσεις αρμόζουσες στα ενδιαφέροντά τους και στις δυνατότητές τους
- να μπορούν να συστήνουν κινήματα ή εταιρίες ηλικιωμένων ατόμων.

### *Φροντίδα*

Τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει:

- να επωφελούνται από την καθημερινή και κοινοτική μέριμνα και προστασία σύμφωνα με το σύστημα των πολιτιστικών αξιών κάθε κοινωνίας
- να έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη ώστε να τους βοηθάει να διατηρούν ή να επανακτούν το καλύτερο επίπεδο της φυσικής, πνευματικής και συναισθηματικής ευεξίας και να εμποδίζουν ή να καθυστερούν τις ασθένειες
- να μπορούν να χρησιμοποιούν κατάλληλα επίπεδα της θεσμικής φροντίδας που παρέχει προστασία, αποκατάσταση και κοινωνική και πνευματική ενθάρρυνση σε ένα ανθρωπιστικό και ασφαλές περιβάλλον
- να μπορούν να απολαμβάνουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες όταν διαμένουν σε οποιοδήποτε ίδρυμα πρόνοιας ή περίθαλψης, περιλαμβανομένου του πλήρους σεβασμού της αξιοπρέπειάς τους, των πεποιθήσεών τους, των αναγκών τους, και της ιδιωτικής ζωής τους, και το δικαίωμα να αποφασίζουν σχετικά με την ιατρική τους περίθαλψη και την ποιότητα της ζωής τους.

### *Αυτό-εκπλήρωση*

Τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει:

- να μπορούν να επιδιώκουν ευκαιρίες για πλήρη ανάπτυξη των δυνατοτήτων τους
- να έχουν πρόσβαση στους εκπαιδευτικούς, πολιτιστικούς, πνευματικούς και ψυχαγωγικούς πόρους της κοινωνίας.

### *Αξιοπρέπεια*

Τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει:

- να μπορούν να ζουν με αξιοπρέπεια και ασφάλεια και να είναι απαλλαγμένα από εκμετάλλευση και φυσική ή πνευματική κακομεταχείριση

- να αντιμετωπίζονται δίκαια ανεξαρτήτως ηλικίας, γένους, φυλετικής ή εθνικής προέλευσης, ανικανότητας ή άλλης κατάστασης, και να εκτιμούνται ανεξάρτητα από την οικονομική τους συνεισφορά.<sup>47</sup>

#### 4.4 ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ

Οι αρχές επηρεάζουν έμμεσα την κοινωνική και οικονομική πολιτική. Οι υπηρεσίες δεν θα πρέπει να θεωρούνται σαν ξεχωριστές οντότητες, αλλά σαν φορείς που χρειάζονται συντονισμό για να υποστηρίξουν την ζωή των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα αλλά και να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους και στον θάνατο.

- *Η διατήρηση των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα, και στη συνοχή της οικογένειας, απαιτεί την βοήθεια της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, των εθνικών κυβερνήσεων και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Αυτό παίρνει τη μορφή της παροχής υπηρεσιών και εισοδηματικής στήριξης. Οι υπηρεσίες που παρέχονται μπορεί να είναι διαφόρων ειδών, όπως υπηρεσίες υγείας. Πέρα από τις υπηρεσίες υγείας, μια υγιής κοινότητα χρειάζεται και άλλες υπηρεσίες που να παρέχουν υποστήριξη, όπως κοινοτική υποστήριξη. Ο στόχος είναι να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι στην κοινότητα όπου και ανήκουν και να εξασφαλιστεί ότι οι εξωτερικοί παράγοντες δεν πρόκειται να τους εμποδίσουν. Άλλες υπηρεσίες είναι η υπηρεσία στέγασης και περιβάλλοντος, η κοινωνική εργασία των κοινωνικών λειτουργών, η παροχή στήριξης του εισοδήματος, το οποίο πρέπει να σχετίζεται άμεσα με το εισόδημα των εργαζομένων και να προστατεύεται από τον πληθωρισμό.*
- *Πρέπει να ενθαρρύνονται εναλλακτικοί τρόποι ζωής συμβατοί με τις αρχές. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν τη δυνατότητα της επιλογής του τρόπου ζωής που τους ταιριάζει καλύτερα. Έτσι κοινοβιακά και άλλα σχήματα διαβίωσης θα πρέπει να είναι διαθέσιμα για τους ηλικιωμένους αν θέλουν να ζήσουν σ' αυτά.*

<sup>47</sup> Internet, "United Nations Principles of Older Persons", Κέντρο Πληροφοριών ΟΗΕ, Κεντρική Σελίδα / Τα νέα μας / Επικοινωνία

Όλα τα ιδρύματα για ηλικιωμένους θα πρέπει να λειτουργούν σε συνάρτηση με τις επιθυμίες των ηλικιωμένων ως προς την καθημερινή ζωή στο ίδρυμα.

- *Οι υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται σε εξατομικευμένη βάση.* Αυτό γίνεται για να προωθείται η αυτοδιαχείριση των ηλικιωμένων και η ικανότητά τους να λειτουργούν μέσα στο σπίτι. Επίσης η αναγνώριση των διαφορών που έχουν τα άτομα σαν μέλη διαφορετικών εθνικών ομάδων συμβαδίζει με την παροχή υπηρεσιών σε εξατομικευμένη βάση.
- *Οι υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται σε κοινοτικό επίπεδο.* Αντίθετα με την παραδοσιακή νοσοκομειακή περίθαλψη σε ιδρύματα εξελίχθηκε πρόσφατα οργανωμένη κοινοτική φροντίδα και δεν οργανώνεται σε γενικά δίκτυα. Οι υπηρεσίες αυτές βρίσκονται σε γειτονιές όπου ζουν ηλικιωμένοι και όπου συχνά έχουν ζήσει για πάρα πολλά χρόνια και αυτό βοηθά τους ηλικιωμένους να αισθάνονται ότι είναι ασφαλείς και ότι ανήκουν κάπου.
- *Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις υπηρεσίες υγείας.* Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν πλήρη πρόσβαση στις προληπτικές πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, αν και δεν υπάρχει πάντα συντονισμός ανάμεσα στις πρωτοβάθμιες και τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.
- *Πρέπει να υπάρχουν εκπαιδευτικές δυνατότητες με στόχο ειδικά τους ηλικιωμένους.* Είναι σημαντικό να έχουν ηλικιωμένοι τη δυνατότητα να εμπλουτίζουν τη ζωή τους και να εξακολουθούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνία τους. Η παροχή μόρφωσης ενηλίκων και προγράμματα ειδικής βοήθειας θα συμβάλλουν στη μείωση του χάσματος των γενεών θα βελτιώσουν την επικοινωνία και θα βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να ζήσουν μια πιο ικανοποιητική και δραστήρια ζωή. Με τον ίδιο τρόπο η επιμόρφωση των ηλικιωμένων μπορεί να βοηθήσει την συμμετοχή τους στην κοινωνία και αυτό πρέπει να γίνει παράλληλα με την εκπαίδευση των νεότερων γύρω από τα θέματα τρίτης ηλικίας.
- *Τέλος πρέπει να παρέχεται επαρκής εκπαίδευση στο προσωπικό που δουλεύει με ηλικιωμένους.* Σε πολλούς φορείς υγείας και πρόνοιας, κατά την κατανομή

των πόρων για εκπαίδευση, δεν δόθηκε προτεραιότητα στις ειδικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Ορισμένες ομάδες του προσωπικού δεν φαίνονται πρόθυμες να επωφεληθούν με την απόκτηση ειδικών γνώσεων σε θέματα τρίτης ηλικίας με χαρακτηριστικά όπως η άνοια και το φαινόμενο που παρατηρείται τελευταία, της «κακοποίησης των γερόντων». Στην ιατρική εκπαίδευση για παράδειγμα χρειάζεται συνήθως να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην ειδικότητα της γηριατρικής απ' όση δίνεται στην πραγματικότητα.

*Συμπερασματικά, από το 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο της εργασίας αυτής διαπιστώνεται ότι:*

- ✓ *οι ηλικιωμένοι έχουν τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις όπως και όλοι οι άλλοι πολίτες. Ακόμη και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματά τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες*
- ✓ *η νομοθεσία μπορεί να μειώσει τον έλεγχο που έχουν οι ίδιοι στη ζωή τους σε κάποια συγκεκριμένα θέματα, όπως στην διαχείριση οικονομικών υποθέσεων, στη συγκατάθεσή τους για θεραπεία, χρήση φαρμάκων και εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα*
- ✓ *η πολιτική πρέπει να είναι πολιτική ενσωμάτωσης και συμμετοχής των ηλικιωμένων, η οποία να τους αναγνωρίζει πλήρως ως πολίτες, να εξαλείφει τα εμπόδια συμμετοχής τους στην οικονομική, πολιτιστική και πολιτική ζωή και να προωθεί την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών και μεταξύ των ίδιων των ηλικιωμένων*
- ✓ *η νομική προστασία, που αφορά στους ηλικιωμένους εμφανίζεται σε πολλά σημεία χαλαρή*
- ✓ *τέλος, καθένας έχει το δικαίωμα της νομικής προστασίας, περιορίζεται μόνο στην περίπτωση εκείνων των ηλικιωμένων, όπου η νομική ή διανοητική τους κατάσταση είναι τέτοια ώστε να τους εμποδίζει να εκφράζουν τη θέλησή τους.*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν τα οικονομικά χαρακτηριστικά της προστασίας των ηλικιωμένων, δηλαδή οι δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας, καθώς επίσης και οι συντάξεις αυτών στις χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να διερευνηθεί:

- ποια είναι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- ποιες δαπάνες γίνονται κυρίως για τους ηλικιωμένους και σε ποιους παράγοντες οφείλεται η αύξηση των δαπανών αυτών
- ποια μορφή κάλυψης και παροχών προορίζεται για την προστασία των ηλικιωμένων

#### 5.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.

Η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων φαίνεται να δρα καταλυτικά στη συνειδητοποίηση και κατανόηση του ρόλου τους μέσα στην οικογένεια και έξω απ' αυτή. Παράλληλα συνιστά σημαντικό παράγοντα διασφάλισης της ψυχικής τους υγείας. Η σημασία όλων αυτών είναι μεγάλη, όχι μόνο για τον ίδιο τον ηλικιωμένο αλλά και για την πολιτεία.

Στοιχεία ερευνών αποκαλύπτουν ότι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων δεν είναι ιδιαίτερα ευνοϊκή. Ταυτόχρονα για την ηλικιακή αυτή ομάδα

συντρέχουν οι προϋποθέσεις του κοινωνικού αποκλεισμού τους σε αρκετά μεγάλο βαθμό και προβλέπεται στο μέλλον το φαινόμενο αυτό να πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις.

Στην ελληνική κοινωνία η οικογένεια φαίνεται να επιτελεί ακόμη και σήμερα αρκετές από τις εξειδικευμένες λειτουργίες. Παρ' όλα αυτά, οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες επιδρούν και στην οικογενειακή δομή και στην αντίληψη των ρόλων των μελών της, έτσι ώστε η καταγραφή της θέσης των ηλικιωμένων να καθίσταται αναγκαία, πριν αυτή επιδεινωθεί, λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα.

Τη θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία ή την περιθωριοποίησή τους δεν οριοθετεί μόνο η οικονομική κατάσταση, αλλά και μια σειρά άλλων παραμέτρων, όπως η κατοικία, η ευρύτερη περιοχή, η υγεία, η πρόσβαση στις υπηρεσίες, η σχέση με τα παιδιά και τους συγγενείς και η δυνατότητα διασκέδασης. Όλες αυτές όμως, οι παράμετροι αποτελούν τον συνολικό παράγοντα ικανοποίησης και ολοκλήρωσης του ατόμου.

Η Ελλάδα είναι η φτωχότερη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης μετά την Πορτογαλία και βρίσκεται πολύ κάτω από το μέσο όρο των δώδεκα χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα είναι πολύ μεγαλύτερες από αυτές των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά μικρότερες απ' αυτές των χωρών του τρίτου κόσμου. Ωστόσο είναι δύσκολο να προσδιοριστεί και να συγκριθεί με ακρίβεια η φτώχεια στις διάφορες χώρες. Ο ορισμός που έγινε δεκτός από το Τρίτο Πρόγραμμα Φτώχειας της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι άτομα, οικογένειες και ομάδες ατόμων, των οποίων οι πόροι είναι τόσο περιορισμένοι ώστε να τους αποκλείουν από τον ελάχιστο αποδεκτό τρόπο ζωής στη χώρα όπου ζουν. Έρευνα στις 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε ότι στην Ελλάδα το 46% των ηλικιωμένων νοικοκυριών ενός ατόμου ηλικίας 65 και πάνω, βρισκόταν κάτω απ' το επίπεδο φτώχειας το 1993, ενώ ο μέσος όρος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν 27%. Ανάλογη έρευνα έδειξε ότι η φτώχεια των ηλικιωμένων διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τη μοναχική διαβίωση.<sup>48</sup>

<sup>48</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Ελληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 324



Έτσι, παρατηρούνται μεγάλες εισοδηματικές ανισότητες στον ηλικιωμένο πληθυσμό της χώρας μας. Ανάμεσα τους βρίσκονται μερικοί από τους πιο πλούσιους και τους πιο οικονομικά ισχυρούς ανθρώπους της χώρας και πολλοί από τους πιο φτωχούς. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν εισοδήματα από την κοινωνική ασφάλιση, από επικουρικές συντάξεις, από εργασία, από ιδιωτική ασφάλιση, από αποταμιεύσεις, από περιουσία. Η σύνταξη είναι συνάρτηση της απασχόλησης που είχαν στην οικονομικά ενεργό ζωή τους και το ύψος της σηματοδοτεί καθοριστικά το βιοτικό επίπεδο των περισσότερων συνταξιούχων.<sup>49</sup>

Στις πολύ μεγάλες ηλικίες ο ηλικιωμένος είναι λιγότερο ικανός για εργασία και πολλοί δεν έχουν αποταμιεύσεις, διότι δεν είχαν ποτέ ή διότι δεν έχουν πια. Η ύπαρξη περιουσιακών στοιχείων βελτιώνει το βιοτικό επίπεδο. Οι ηλικιωμένοι δικαιούνται περισσότερες παροχές σε είδος (κοινωνικές υπηρεσίες, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) από τους νεότερους, αλλά αυτές οι παροχές δύσκολα θεωρούνται ως εισόδημα γιατί αντανακλούν πρόσθετες ανάγκες και δεν παρέχουν τη δυνατότητα για ανώτερο βιοτικό επίπεδο.

Η οικονομική βοήθεια των παιδιών συμβάλλει στην επίλυση του οικονομικού προβλήματος ορισμένων ηλικιωμένων. Ωστόσο αποδείχθηκε από έρευνες ότι ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων δεν έχουν παιδιά. Απ' την άλλη πολλά παιδιά δεν μπορούν και αρκετές φορές δεν θέλουν να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους γονείς τους. Αρκετά ηλικιωμένα άτομα με χαμηλά εισοδήματα δεν πληρούν ούτε τα πρότυπα διατροφής, ένδυσης, στέγασης και κοινωνικών ανέσεων.

## **5. 2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

### **5. 2. 1 ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η αύξηση των δαπανών υγείας, σε όλες τις βιομηχανικές χώρες τα τελευταία χρόνια, οφείλεται τόσο στις μεταβολές δημογραφικού, επιδημιολογικού και

---

<sup>49</sup> Ηρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 326

κοινωνικοπολιτισμικού χαρακτήρα, οι οποίες χαρακτηρίζουν τις τελευταίες δεκαετίες, όσο και στην διόγκωση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και στην μεγέθυνση του υγειονομικού τομέα.

Η δημογραφική γήρανση, δηλαδή η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, όπως αναλύθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, παρουσιάζει ραγδαία ανάπτυξη. Ειδικότερα, η ομάδα των υπερηλικών απορροφά μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία. Για το λόγο αυτό έχουν γίνει προσπάθειες υπολογισμού των δαπανών υγείας, που αφορούν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Το αποτέλεσμα που εξάγεται είναι η αυξητική πορεία των δαπανών υγείας, η εξέλιξη της οποίας θα προκαλέσει σοβαρά προβλήματα τόσο στους προϋπολογισμούς υγείας, όσο και στη κοινωνική ασφάλιση υγείας.

Έτσι, η πληθυσμιακή γήρανση δημιουργεί καινούριες κοινωνικές ανάγκες και επομένως ιδιαίτερα προβλήματα στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής, η οποία έχει ως στόχο τη βελτίωση του επιπέδου ζωής διαμέσου της διεύρυνσης των παροχών. Με μοναδικό λοιπόν, κριτήριο τις δημογραφικές μεταβολές, αναμένεται αυξητική τάση των δαπανών για συντάξεις και ιατρική περίθαλψη και μείωση των δαπανών για εκπαίδευση και οικογενειακά επιδόματα. Με την έννοια αυτή, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αποτελεί τη σημαντικότερη ενδεχόμενη συνιστώσα, στην πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων στην οικονομία, την κοινωνική πολιτική και στην πολιτική της υγείας.

Στην Ελλάδα, οι συγκεκριμένες τάσεις είναι ιδιαίτερα εμφανείς και η επίδραση της δημογραφικής γήρανσης στην αύξηση των δαπανών υγείας έχει γίνει αντιληπτή, όμως δεν έχει επιχειρηθεί η οικονομική προσέγγιση του φαινομένου αυτού και ακόμη περισσότερο δεν έχουν διατυπωθεί οι ανάλογες πολιτικές. Η προσέγγιση του θέματος επιχειρείται βάση της διεθνούς εμπειρίας και καταβάλλεται προσπάθεια μιας πρώτης εκτίμησης των προβλεπόμενων δαπανών, με επίκεντρο τον υγειονομικό τομέα.<sup>50</sup>

<sup>50</sup> Γιάννης Κυριόπουλος, Ευγενία Γεωργίουση, Γιώργος Σκουτέλης, «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Ευρώπη 1993, σελ. 66

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην Τρίτη ηλικία προσανατολίζεται κυρίως σε αυτές που αφορούν στη θεραπεία και την περίθαλψη και όχι σε υπηρεσίες υγείας που αφορούν την πρόληψη, οι οποίες χαρακτηρίζουν κυρίως νεότερες ηλικίες. Επομένως η δαπάνη για την υγεία είναι, κατά το μεγαλύτερο μέρος, δαπάνη για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Το κόστος αυτών των μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι υψηλότερο από αυτό άλλων υπηρεσιών. Επίσης, η συχνότητα εμφάνισης της ανάγκης για ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους, όπως η συχνότητα ιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός ημερών νοσηλείας.

Ακόμα, το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, το οποίο απαιτεί σύγχρονες και δαπανηρές μεθόδους θεραπείας και την υποστήριξη της φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας. Με την έννοια αυτή, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και η αντίστοιχη δαπάνη αυξάνεται πολύ για τους ηλικιωμένους.<sup>51</sup>

Συνοψίζοντας οι παράγοντες που αυξάνουν την συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας προς τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι κυρίως τρεις:

- η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και του ύψους της κατανάλωσης
- η μεγέθυνση του αριθμού των ηλικιωμένων εξαιτίας της πληθυσμιακής γήρανσης και
- η αναγκαία διεύρυνση των παροχών προς τους ηλικιωμένους στα πλαίσια της βελτίωσης των κοινωνικών παροχών<sup>52</sup>

Επιχειρώντας μια σύγκριση των διάφορων μελετών που έχουν συγκεντρωθεί, με σκοπό να καλύψουν επαρκώς το αντικείμενο που εξετάζεται στην εργασία αυτή, παρατηρείται σύμπτωση των απόψεων.

---

<sup>51</sup> Γιάννης Κυριόπουλος, Ευγενία Γεωργίουση, Γιώργος Σκουτέλης, «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία », Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Ευρώπη 1993, σελ. 67

<sup>52</sup> Γιάννης Κυριόπουλος, Ευγενία Γεωργίουση, Γιώργος Σκουτέλης, «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία », Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Ευρωπαϊκό 1993, σελ. 67

Σε όλες τις χώρες υπάρχουν δυσκολίες για τον προσδιορισμό των δαπανών υγείας που αφορούν τους ηλικιωμένους και ειδικότερα στην Ελλάδα, εξαιτίας της πλημμελούς καταγραφής των νοσηλευτικών και οικονομικών δεδομένων του υγειονομικού τομέα. Μελέτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης εκτιμά ότι το 60% των δαπανών για την υγεία ενός ατόμου συγκεντρώνονται στο έτος που προηγείται του θανάτου, όποια κι αν είναι η ηλικία του.<sup>53</sup> Μελέτη της Eurolink Age υπολογίζει ότι η δημόσια δαπάνη για την περίθαλψη υγείας είναι 3 έως 7 φορές υψηλότερη για τους ηλικιωμένους σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.<sup>54</sup>

### 5. 2. 2 ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω σχετικά με τη δημόσια υγεία αποκαλύπτεται ότι έχει γραφειοκρατικό χαρακτήρα και παρουσιάζει οργανωτικές αδυναμίες, ελλείψεις σε ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, εργαστηριακά μέσα και αντιδεοντολογικές συμπεριφορές. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα άτομα με οικονομική ευρωστία να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα ή να μεταβαίνουν στο εξωτερικό για τα προβλήματα υγείας τους.

Η ιδιωτική δαπάνη αποτελεί στην Ελλάδα το ¼ της συνολικής δαπάνης. Υπολογίστηκε ότι το 1995 οι Έλληνες ξόδεψαν 290 δις. δρχ. και ότι η αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μέση ετήσια αύξηση κατά 10% σε διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές. Ωστόσο οι υπολογισμοί αυτοί αναφέρονται και σε ιδιωτικές κλινικές και μαιευτήρια, επομένως ένα μεγάλο μέρος δεν αφορά τους ηλικιωμένους.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 157

<sup>54</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 157

<sup>55</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 156

Μεταπολεμικά στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης και από τη δεκαετία του 1980 στην Ελλάδα η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία αντλεί τους πόρους της είτε από τα ίδια τα άτομα είτε από τον εργοδότη, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Η έκταση και η ανάπτυξη της σχετίζεται με το εύρος και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από το δημόσιο τομέα. Σε αρκετές περιπτώσεις δεν επιλέγουν τα άτομα την ασφαλιστική εταιρία που θα ασφαλιστούν για τον κίνδυνο της ασθένειας, αλλά η εταιρία επιλέγει τα άτομα αποκλείοντας μερικές ομάδες του πληθυσμού από την κάλυψη.

Οι παροχές των ασφαλιστικών εταιριών αφορούν κυρίως μεσήλικες μεσαίων και μεγάλων εισοδημάτων και απορρίπτουν ή έχουν απαγορευτικό κόστος για τους άνω των 60 ετών και τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα. Τα άτομα που έχουν υψηλότερο κίνδυνο και μεγαλύτερη πιθανότητα ασθένειας όπως οι ηλικιωμένοι, οι χρονίως πάσχοντες και οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος αποκλείονται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες οι οποίες έχουν ως πρωταρχικό σκοπό το κέρδος και όχι την κάλυψη των αναγκών των ατόμων.

Στην Ευρώπη καλύψεις όπως, οι επισκέψεις σε ιδιωτικά ιατρεία, η νοσηλεία και το χειρουργείο ημέρας, η άμεση ιατρική βοήθεια και οι επισκέψεις ιατρών στο σπίτι αποτελούν καθεστώς. Ελληνικές ασφαλιστικές εταιρίες προσφέρουν νοσοκομειακή κάλυψη, διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις και από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 επισκέψεις συμβεβλημένων ιατρών στο σπίτι. Ενώ μερικές εταιρίες δημιούργησαν δικά τους νοσοκομεία.<sup>56</sup>

## **5. 3 ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΓΗΡΑΤΟΣ**

### **5. 3. 1 ΟΙ ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η κύρια μορφή κάλυψης και παροχών προς το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού είναι η λεγόμενη κύρια σύνταξη, η οποία συμπληρώνεται για ένα μόνο μέρος των ασφαλισμένων, με την λεγόμενη επικουρική σύνταξη.

---

<sup>56</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 156

Στη χώρα μας το σύνολό σχεδόν του ενεργού πληθυσμού προστατεύεται από τους κοινωνικούς κινδύνους (γήρατος, αναπηρίας και θανάτου), εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις της ηλικίας και του χρόνου ασφάλισης. Η ασφάλιση συναρτάται με τη συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία (άμεση κάλυψη) και επεκτείνεται στα μέλη της οικογένειας του άμεσα ασφαλισμένου (έμμεση κάλυψη). Η αδυναμία συμμετοχής στην παραγωγική διαδικασία αποκλείει την άμεση κάλυψη, ενώ η έμμεση κάλυψη είναι δυνατή, εφόσον συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις, όπως μέλος οικογένειας με συγκεκριμένο βαθμό συγγένειας, γάμος, οικονομική εξάρτηση κ.λπ.<sup>57</sup>

Άτομα, που δεν συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις άμεσης και έμμεσης κάλυψης, παραμένουν ανασφάλιστα και μόνο σε μεγάλη ηλικία (άνω των 68 ετών), εφόσον δεν έχουν επαρκή μέσα, καλύπτονται σε προνοιακές παροχές στα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλισης (σύνταξη και υγειονομική περίθαλψη υπερηλίκων).

Για την μεγάλη πλειονότητα των Ελλήνων ηλικιωμένων η σύνταξη αποτελεί το βασικό παράγοντα της οικονομικής αυτοτέλειας τόσο έναντι των παιδιών τους, όσο και κοινωνικώς. Τους δίνει την ευχέρεια να αποφασίσουν οι ίδιοι για το καλύτερο τρόπο οργάνωσης της ζωής τους. Στην Ελλάδα το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι ένα ετερόκλητο σύστημα φορέων που αναπτύχθηκε περιστασιακά, όπου παρατηρούνται μεγάλες διαφορές ανάμεσα στους ασφαλιστικούς φορείς, άλλα και μέσα στον ίδιο ασφαλιστικό φορέα. Είναι καλύτερο για ομάδες με μεγάλες αμοιβές και καλές συνθήκες εργασίας. Η προστασία διαφοροποιείται εις βάρος των ασθενέστερων εισοδηματικών τάξεων.

Έτσι μερικοί ασφαλιστικοί φορείς παρέχουν ελάχιστη προστασία, ενώ άλλοι με την επικουρική σύνταξη που χορηγούν εξασφαλίζουν, μαζί με την κύρια σύνταξη, εισόδημα μερικές φορές υψηλότερο από τον τελευταίο μισθό. Εξάλλου με της ιδιωτικές ασφαλίσσεις μερικοί ηλικιωμένοι έχουν πρόσθετα εισοδήματα.

---

<sup>57</sup> Γ. Δ. Σκουτέλης. «Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα 1990. σελ. 107

Στη χώρα μας, η επικουρική ασφάλιση αναπτύχθηκε μεταπολεμικά και αφορά την συνταξιοδοτική προστασία. Προβλέπεται η κάλυψη των μισθωτών του δημοσίου δικαίου για επικουρική σύνταξη και εφάπαξ και των μισθωτών του ιδιωτικού δικαίου για επικουρική μόνο σύνταξη. Η εξέλιξη αυτή φαίνεται ότι ανταποκρινόταν στις προ 20ετίας ανάγκες, όταν οι συνθήκες της κύριας ασφάλισης ήταν κατά κανόνα χαμηλές.

Η ανάπτυξη του θεσμού δεν συντονίστηκε με την κύρια ασφάλιση. Η επικουρική ασφάλιση, στη χώρα μας, δεν εναρμονίζεται με το γενικά αποδεκτό ρόλο για το θεσμό, τη συμπλήρωση, δηλαδή, των παροχών της κύριας ασφάλισης, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναπλήρωση του εισοδήματος από εργασία. Λειτουργεί με βάση ένα ανομοιομόρφο νομικό πλαίσιο, η σκοπιμότητα του οποίου αμφισβητείται σήμερα. Η πολυδιάσπαση, χαρακτηριστικό γνώρισμα του κοινωνικο-ασφαλιστικού μας συστήματος, είναι ιδιαίτερα έντονη στο χώρο της πρόσθετης ασφάλισης.

Η επικουρική ασφάλιση φαίνεται να ανταγωνίζεται την κύρια ασφάλιση, τόσο ως προς τις συντάξιμες αποδοχές, που ταυτίζονται, όσο και προς το ποσοστό της σύνταξης που φθάνει το 80% για 35 χρόνια ασφάλισης. Παρατηρείται, έτσι, αναπλήρωση εισοδήματος, κατά πολύ ανώτερη του 100% του εισοδήματος από εργασία, σε ικανό αριθμό περιπτώσεων. Η υπερπροστασία αυτή, που παρέχεται από την επικουρική ασφάλιση με υποχρεωτικό χαρακτήρα, μάλιστα, καθώς και η μη ταυτόχρονη συνταξιοδότηση από τον κύριο και επικουρικό φορέα αποτελούν σοβαρό πρόβλημα και αποδεικνύουν την έλλειψη συντονισμού κύριας και επικουρικής ασφάλισης στη χώρα μας.

Οι ανισότητες των παροχών και της επιβάρυνσης των διαφόρων ομάδων ασφαλισμένων είναι εντονότερες στο χώρο της επικουρικής ασφάλισης. Αξιόλογη διαφοροποίηση παρουσιάζουν και οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης. Ιδιαίτερα προνομιακή είναι η μεταχείριση των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα. Παρατηρείται ακόμη και επιδότηση φορέων με κοινωνικούς πόρους, πράγμα που αποτελεί μεγάλη αντίφαση για το ρόλο της επικουρικής ασφάλισης.

Για τις παροχές εφάπαξ καλύπτεται το 47%, περίπου, των ασφαλισμένων για κύρια σύνταξη. Η εφάπαξ παροχή είναι, κατά βάση, συνάρτηση του μισθού ή κάποιου συγκεκριμένου ποσού και των ετών ασφάλισης. Απόκλιση από τον γενικό αυτό κανόνα αποτελούν οι αυτόνομες διατάξεις ορισμένων φορέων.<sup>62</sup>

Οι καταβολές των παροχών (συντάξεις) της ασφάλισης γήρατος αποτελούν το μεγαλύτερο τμήμα των εξόδων των κοινωνικών ασφαλίσεων, σ' όλες τις χώρες. Συνήθως, συνυπολογίζονται με τις συντάξεις αναπηρίας και θανάτου του προστάτη της οικογένειας.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι πάνω από 65 ετών, πολλοί όμως και κάτω των 65, λαμβάνουν μηνιαία προσωπική σύνταξη ή είναι έμμεσα ασφαλισμένοι. Παρά την βελτίωση των συντάξεων που σημειώθηκε την δεκαετία 1980, για πολλούς συνταξιούχους η συντάξεις παρέμεναν χαμηλές. Στην δεκαετία του 1990 με το πρόγραμμα λιτότητας, την κατάργηση της Αυτόματης Τιμαριθμικής Αναπροσαρμογής (ΑΤΑ) και την αποσύνδεση των κατώτατων συντάξεων από τα 20 ημερομίσθια ανειδίκευτου εργάτη, περιορίστηκε ακόμη περισσότερο η αγοραστική δύναμη των συντάξεων.<sup>59</sup>

Μελέτη έδειξε ότι το 1989 περίπου 4 στους 10 Έλληνες συνταξιούχους ελάμβαναν συντάξεις κάτω από τα κατώτατα όρια. Μία άλλη μελέτη της ΓΣΕΕ έδωσε έμφαση στις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στην κατώτατη, στην μέση και την ανώτατη σύνταξη που παρέχουν οι διάφοροι ασφαλιστικοί φορείς.<sup>60</sup> Οι διαφορές αυτές φαίνονται παρακάτω στον πίνακα 5.

<sup>58</sup> Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, «Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη & Κρίση», Γ.Δ.Σκουτέλης, Αθήνα 1990 σελ. 114

<sup>59</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 332

<sup>60</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 333



ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΚΑΤΑ ΦΟΡΕΙΣ. ΑΝΩΤΑΤΗ, ΜΕΣΗ, ΚΑΤΩΤΑΤΗ 1999

ΦΟΡΕΑΣ		ΑΝΩΤΑΤΗ	ΜΕΣΗ	ΚΑΤΩΤΑΤΗ
ΙΚΑ	Γήρατος	521.442	137.185	111.597
	Αναπηρίας	602.511	111.925	111.597
	Θανάτου	425.888	97.748	94.280
ΤΕΒΕ	Γήρατος	526.722	133.528	96.568
	Αναπηρίας	445.714	122.041	95.568
	Θανάτου	356.170	88.809	81.123
ΤΑΠ-ΟΤΕ	Γήρατος	624.792	292.562	111.800
	Αναπηρίας	535.292	234.516	234.516
	Θανάτου	395.375	133.788	133.788

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Πηγή: Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 333

Οι ανώτατες συντάξεις κάθε φορέα, αφορούν σχετικά λίγους συνταξιούχους, οι οποίες όμως είναι ικανοποιητικές. Αντίθετα οι κατώτατες συντάξεις που αφορούν τους πιο πολλούς συνταξιούχους είναι στα περισσότερα ταμεία, πολύ χαμηλές και μάλιστα βρίσκονται κάτω από τα όρια ή στα όρια φτώχειας. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν ακόμη κατώτερες συντάξεις οι λεγόμενες *μειωμένες*, δηλαδή συντάξεις που καταβάλλονται σε άτομα που δεν είχαν τις προϋποθέσεις για πλήρη σύνταξη.

Οι συντάξεις στην Ελλάδα είναι οι χαμηλότερες όλων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην περίοδο 1989 - 1993 παρατηρήθηκε μείωση των παροχών σε σταθερές τιμές. Η αύξηση των παροχών για συντάξεις γήρατος επιζώντων στην περίοδο 1989 - 1993 γνώρισε σημαντική αύξηση σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. από 1,2% μέχρι 46,4%. Μόνο στην Ελλάδα οι συντάξεις σε σταθερές τιμές μειώθηκαν κατά 3,8%.<sup>63</sup>

<sup>63</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ. 330

Το μέσο ύψος παροχών κατά κεφαλή για άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών μπορεί να ερμηνευτεί ως «δείκτης γενναιοδωρίας» των συστημάτων που στις διάφορες χώρες. Τα ο Λουξεμβούργο και η Ιταλία παρέχουν την πιο γενναιοδωρη προστασία ενώ η Ελλάδα, η Πορτογαλία, η Ιρλανδία και η Ισπανία είναι οι χώρες με τη λιγότερη προστασία. Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι στη διάρκεια της περιόδου 1980 - 1992 η ανισοκατανομή μεταξύ των χωρών μειώθηκε και ότι η Πορτογαλία και η Ιρλανδία βρίσκονται σε χειρότερη θέση από την χώρα μας.

### **5. 3. 2 ΟΙ ΣΥΝΤΑΞΕΙΣ ΓΗΡΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ**

Η ανάλυση των συντάξεων γήρατος είναι ιδιαίτερα δύσκολη, εξ αιτίας του ότι επηρεάζεται από ένα αριθμό παραγόντων - τόσο δημογραφικών, όσο και θεσμικών. Όχι μόνο διαφέρουν οι ηλικίες και τα όρια συνταξιοδότησης μεταξύ των κρατών μελών, αλλά προσφέρονται και διάφορες κατηγορίες συντάξεων, συμπεριλαμβανομένων των επικουρικών συντάξεων. Κατά συνέπεια, οποιοδήποτε άτομο που έχει συνταξιοδοτηθεί είναι δυνατό να εισπράττει συντάξεις περισσότερων της μιας κατηγοριών, μερικές φορές Δε και αρκετές από αυτές συγχρόνως. Έτσι λοιπόν, ο προσδιορισμός του αριθμού των δικαιούχων, ακόμα και στην περίπτωση που υπάρχουν πλήρη στοιχεία δημιουργεί σημαντικά προβλήματα υπερεκτιμήσεων.

Σε πέντε κράτη μέλη, η νομική προστασία είτε έχει αυξηθεί, είτε η διαδικασία για την αύξηση της βρίσκεται σε εξέλιξη. Στη Γερμανία, η ηλικία συνταξιοδότησης θα αυξηθεί προοδευτικά από 63 για τους άνδρες και 60 για τις γυναίκες σε 65 και για τα δύο φύλα μεταξύ των ετών 2001 και 2012, ενώ η σύνταξη όσων επιλέγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση θα μειώνεται κατά 3,6% για κάθε έτος που αποχωρούν πριν τη νόμιμη ηλικία συνταξιοδότησης. Στην Πορτογαλία αυξήθηκε η ηλικία συνταξιοδότησης για τις γυναίκες σταδιακά (κατά έξη μήνες κάθε έτος με αφετηρία τον Ιανουάριο του '94) από 62 στα 65 για να ευθυγραμμιστεί η ηλικία συνταξιοδότησης με αυτή των ανδρών, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο προγραμματίζεται να ευθυγραμμιστεί προοδευτικά η ηλικία συνταξιοδότησης για τις γυναίκες (που είναι τώρα 60) με αυτή των ανδρών, κατά τη διάρκεια της περιόδου

2010 έως 2020, μόνο για τις γυναίκες που ήταν κάτω των 44 ετών κατά το 1995. Στη Φιλανδία, αυξήθηκε παρομοίως η ηλικία συνταξιοδότησης για τους εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα από 63 στα 65 για να ευθυγραμμιστεί με αυτή των εργαζόμενων στον ιδιωτικό τομέα. Στην Ιταλία, όπου η ηλικία συνταξιοδότησης είναι τώρα 62 για τους άνδρες και 57 για τις γυναίκες, προγραμματίζεται η προοδευτική μετάβαση μέχρι το έτος 2008 σε ένα ευέλικτο καθεστώς, κατά το οποίο άνδρες και γυναίκες θα μπορούν να αποχωρούν οποιαδήποτε στιγμή μεταξύ των 57 και 65 ετών.

Σ' ένα άλλο κράτος μέλος, τη Γαλλία, ενώ η ηλικία συνταξιοδότησης έχει διατηρηθεί στα 60, ο αριθμός των ετών καταβολής εισφορών που απαιτείται για να δικαιούται ο εργαζόμενος πλήρους σύνταξης έχει αυξηθεί από τα 37 στα 40, που στην πράξη έχει εν πολλοίς το ίδιο αποτέλεσμα μ' αυτό της πολιτικής που ακολούθησαν οι ανωτέρω χώρες, ειδικά γι' αυτούς που εξακολουθούν να σπουδάζουν μετά τα 20. (Αν και τούτο μπορεί κατά συνέπεια να σημαίνει ότι άτομα μ' αυτές τις προϋποθέσεις πρέπει να αναβάλλουν την συνταξιοδότηση τους για μια ηλικία μεγαλύτερη από την ηλικία αυτών που άρχισαν να εργάζονται νωρίτερα, θα τείνουν αυτά τα άτομα να έχουν εισόδημα υψηλότερο του μέσου όρου, αποκτώντας έτσι μεγαλύτερη ευχέρεια επιλογής του χρόνου συνταξιοδότησης καθώς και αυξημένη δυνατότητα παραμονής στην εργασία μέχρι μεγαλύτερης ηλικίας).

Παρόλο που οι αλλαγές αυτές θα τείνουν να μειώσουν στα επόμενα χρόνια τη δαπάνη κοινωνικής προστασίας, δεν έπεται ότι το πλήθος των συνταξιοδοτούμενων θα ελαττωθεί. Παρά τη γενική αλλαγή στην πολιτική με στόχο την αποθάρρυνση της πρόωρης συνταξιοδότησης, ο αριθμός αυτών που αποχωρούν από το εργατικό δυναμικό προτού φθάσουν σε συντάξιμη ηλικία έχει αυξηθεί από το 1990 με ρυθμό υψηλότερο από πριν, κυρίως λόγω της αύξησης των απολύσεων και των δυσκολιών εξεύρεσης εναλλακτικής απασχόλησης. Το κύριο αποτέλεσμα συνεπώς είναι η μετάθεση του βάρους της στήριξης από το κράτος στο άτομο.<sup>64</sup>

<sup>64</sup> Κέντρο Τεκμηρίωσης ΕΟΚ, «Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1995, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, σελ. 70

Τα τελευταία χρόνια, οι κυβερνήσεις ορισμένων από τα κράτη μέλη έχουν εφαρμόσει κίνητρα ενθάρρυνσης των ιδιωτικών προγραμμάτων συνταξιοδότησης. Όμως, με βασική εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο, τα προγράμματα αυτά δεν έχουν σκοπό την άμεση αντικατάσταση των παροχών του δημοσίου, αλλά να δώσουν στους εργαζόμενους (ιδιαίτερα στις επαγγελματικές ομάδες) την ευκαιρία να συμπληρώνουν επικουρικά την κρατική σύνταξη, αν το επιθυμούν. Με τον τρόπο αυτό, εκτός από την προσφορά επιλογής ως προς το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών, ελπίζεται να ανακουφισθεί και η πίεση που ασκείται για επέκταση των κρατικών επικουρικών προγραμμάτων. Προγράμματα αυτού του τύπου υπάρχουν εδώ και αρκετό καιρό για ορισμένες επαγγελματικές κατηγορίες στο Βέλγιο όσο και στη Γερμανία, ενώ το 1994 ψηφίσθηκαν στην Ιταλία νομοθετικές διατάξεις με στόχο διευκόλυνση ανάπτυξης προγραμμάτων συνταξιοδότησης για το προσωπικό διάφορων επιχειρήσεων.

Από την άλλη πλευρά, και για διάστημα πέραν της δεκαετίας, βασικός στόχος στο Ηνωμένο Βασίλειο υπήρξε η μετάθεση της ευθύνης για ένα μεγάλο ποσοστό συνταξιοδοτήσεων σε ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι δε εργαζόμενοι έχουν το δικαίωμα να αποχωρούν από το κρατικό επικουρικό σύστημα, υπό τον όρο ότι θα ανήκουν σε κάποιο εγκεκριμένο πρόγραμμα ιδιωτικής διαχείρισης. Κατά το παρελθόν, παρόμοιο προγράμματα καταρτίζονταν κατά κύριο λόγο από τους εργοδότες και απευθύνονταν σε συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες ή στο προσωπικό συγκεκριμένων επιχειρήσεων. Τα τελευταία χρόνια όμως, με τη βοήθεια οικονομικών κινήτρων και ευρείας δημοσιότητας, έχουν γίνει προσπάθειες να διαδοθεί ευρύτερα το σύστημα των ατομικών συντάξεων, ως υποκατάστατο μάλλον παρά ως συμπλήρωμα των κρατικών επικουρικών συντάξεων.

Η προσέγγιση αυτή έχει αμφισβητηθεί όμως για δύο λόγους. Πρώτον, το σκάνδαλο Maxwell, όπου τα χρήματα του συνταξιοδοτικού ταμείου είχαν χρησιμοποιηθεί από τον εργοδότη για ιδίους σκοπούς με αποτέλεσμα να απολεσθούν με την πτώχευση της επιχείρησης. Το γεγονός αυτό υπογράμμισε την ανάγκη στενότερης επιτήρησης και αυστηρότερου ελέγχου των ιδιωτικών ταμείων συνταξιοδότησης. Δεύτερον, γιατί μέλη του ταμείου υποχρεώθηκαν να καταβάλουν υψηλότερες εισφορές για την κάλυψη των υψηλότερων διαχειριστικών εξόδων των

συνταξιοδοτικών προγραμμάτων μικρής κλίμακας σε σύγκριση με αυτή των κλαδικών προγραμμάτων ευρείας κλίμακας. Αν ληφθούν υπόψη τα έξοδα αυτά και το κόστος μίας αποτελεσματικής επιτήρησης των ιδιωτικών προγραμμάτων, καθώς και η μεγάλη εγγενής ακαμψία των διαφορετικών κλαδικών προγραμμάτων που σε ορισμένες περιπτώσεις δυσχεραίνουν τη μετακίνηση των ασφαλισμένων από τη μία εργασία σε άλλη, διερωτάται κανείς κατά πόσο η ιδιωτικοποίηση, που εφαρμόζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο, αποτελεί αποτελεσματική και οικονομικότερη λύση στο πρόβλημα παροχής ικανοποιητικών συντάξεων.<sup>65</sup>

Σε δύο κράτη μέλη, την Ολλανδία και τη Δανία καταβάλλεται βασική σύνταξη σε όλους τους μόνιμους κατοίκους υπηκόους, ανεξάρτητα από το αν έχουν εργαστεί ποτέ και για πόσο χρονικό διάστημα. Η σύνταξη αυτή ορίζεται σε ελάχιστα επίπεδα, αν και αρκεί για να καλύψει βασικές ανάγκες. Και στις τέσσερις αυτές χώρες προβλέπονται επικουρικές συντάξεις ανάλογες προς τις αποδοχές, με τις οποίες ενισχύεται το εισόδημα των συνταξιούχων, το ύψος τους όμως μειώνεται για τα έτη που δεν καταβλήθηκαν εισφορές ή για τις περιόδους μερικής απασχόλησης, ενώ οι ρυθμίσεις που μπορούν να αντισταθμίσουν τις δυσμενείς αυτές επιπτώσεις είναι περιορισμένες.

Όσον αφορά τις επικουρικές συντάξεις στην Γερμανία δεν είναι υποχρεωτικές. Η επικουρική κάλυψη μπορεί να πραγματοποιηθεί από πέντε διαφορετικού τύπου ταμεία.

- Ταμεία ιδιωτικά ή ταμεία συνεταιριστικά( *Mutuelle* ), που χορηγούν επικουρική σύνταξη.
- Ταμεία κοινωνικής βοήθειας ( προνοιακού τύπου ), όπου οι επιχειρήσεις πραγματοποιούν πληρωμές, αλλά οι παροχές δίδονται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.
- Ιδιωτικές ασφαλίσσεις ζωής.
- Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.
- Ταμεία επικουρικών συντάξεων των επιχειρήσεων.

<sup>65</sup> Κέντρο Τεκμηρίωσης ΕΟΚ, «Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1995, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, σελ. 55

Στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Δανία οι επικουρικές συντάξεις χορηγούνται είτε από τον κρατικό οργανισμό είτε από έναν από τους πολυπληθείς φορείς των επιχειρήσεων. Στη Γαλλία έχουν αναπτυχθεί επιτυχώς προγράμματα επικουρικής σύνταξης για τους αυτοαπασχολούμενους όπως επίσης και για τους μισθωτούς, τα οποία είναι επί των πλείστων υποχρεωτικά. Το Ιταλικό σύστημα δεν προβλέπει επικουρικές συντάξεις. Στην Ισπανία, Πορτογαλία, Ιρλανδία και στο Βέλγιο όπου οι συντάξεις βασίζονται στην ασφάλιση η ανάπτυξη κρατικής επικουρικής σύνταξη δεν θεωρείται απαραίτητη.

*Συμπερασματικά, από το κεφάλαιο αυτό με τίτλο «Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Τάσεις για την προστασία των Ηλικιωμένων» διαπιστώνεται ότι:*

- ✓ σε όλες τις χώρες υπάρχουν δυσκολίες για τον προσδιορισμό των δαπανών υγείας, που αφορούν τους ηλικιωμένους, λόγω της πλημμελούς καταγραφής των νοσηλευτικών και οικονομικών δεδομένων*
- ✓ η αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια οφείλεται στις μεταβολές του δημογραφικού επιδημιολογικού και κοινωνικοπολιτισμικού χαρακτήρα, στην διόγκωση της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας και στην μεγέθυνση του υγειονομικού τομέα*
- ✓ η δαπάνη για την υγεία είναι κατά το μεγαλύτερο μέρος, δαπάνη για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, γιατί αυτές είναι οι ανάγκες των ηλικιωμένων*
- ✓ πολλοί ηλικιωμένοι λόγω φτώχειας ζητούν καταφύγιο σε ιδρύματα ή σε νοσοκομεία με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Γι αυτό θα πρέπει να δίδεται ένας ελάχιστος κοινωνικός μισθός*
- ✓ η κύρια κάλυψη προς το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού είναι η λεγόμενη κύρια σύνταξη, ενώ η επικουρική ασφάλιση δεν προβλέπεται σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης*
- ✓ η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων δεν είναι ιδιαίτερα ευνοϊκή και βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### **ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ.**

*Στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας αυτής θα αναλυθεί η προστασία που παρέχεται στους ηλικιωμένους από διάφορους φορείς με τη βοήθεια προγραμμάτων που έχουν αναπτυχθεί, με πολιτικές υγείας που έχουν προσαρμοστεί για το σκοπό αυτό και διάφορες άλλες οργανώσεις ηλικιωμένων. Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να διερευνηθεί:*

- Το εύρος των προγραμμάτων που υπάρχουν στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ποιες μορφές κάλυψης παρέχουν αυτά*
- Κατά πόσο τα συστήματα κοινωνικής προστασίας των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι όμοια ή όχι.*

#### **6.1 ΠΡΟΤΥΠΑ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Τα συστήματα κοινωνικής προστασίας, που έχουν αναπτυχθεί, αντιπροσωπεύουν το ευρωπαϊκό πρότυπο κοινωνίας. Από τις τελευταίες δεκαετίες του 19<sup>ου</sup> αιώνα μέχρι σήμερα, οι θεσμοί για την πρόνοια έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στον εκσυγχρονισμό των ευρωπαϊκών χωρών, απαλύνοντας τις εντάσεις που παρουσιάζονταν από τις δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομίας, των δημογραφικών τάσεων, της μεταβαλλόμενης κοινωνικής συμπεριφοράς και της μετάβασης των

οικονομιών από γεωργικούς σε βιομηχανικούς τρόπους παραγωγής. Το τελευταίο αποτελεί πρωταρχικό αίτιο για την ανάπτυξη συστημάτων κοινωνικής προστασίας.<sup>64</sup>

Σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι εύκολο να παρατηρηθεί ότι τα συστήματα κοινωνικής προστασίας είναι διαφορετικά. Τόσο διαφορετικά που μπορεί να φαίνεται αδύνατο να επισημανθούν κοινά χαρακτηριστικά, ενώ είναι άστοχο να μιλάμε για το Ευρωπαϊκό πρότυπο πρόνοιας. Κάθε έθνος έχει αναπτύξει μία διαφορετική πολιτική ανάλογα με τις ανάγκες και την κουλτούρα του και έχει επηρεάσει σημαντικά τα χαρακτηριστικά του εν λειτουργία συστήματος.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να διακριθούν τρία ξεχωριστά πρότυπα διαχείρισης των συστημάτων κοινωνικής προστασίας.

- Στο *Αγγλοσαξονικό* πρότυπο, την συνολική ευθύνη για την παροχή όλων σχεδόν των χρηματικών επιδομάτων έχει μία και μόνο κρατική υπηρεσία (η υπηρεσία Κοινωνικής ασφάλισης στο Ηνωμένο Βασίλειο), με μικρή ανάμιξη και μόνο συμβουλευτικού χαρακτήρα, είτε των κοινωνικών εταιριών, είτε των αποδεκτών των παροχών, στη διεύθυνση ή την πολιτική.
- Στο *Σκανδιναβικό* πρότυπο, υπάρχει επίσης ένα ενιαίο σύστημα, άλλα η διοίκηση είναι πιο αποκεντρωμένη (ειδικά στη Δανία) και οι κοινωνικοί εταίροι μετέχουν στη διεύθυνση της εθνικής ασφάλισης (στη Σουηδία στην Εθνική Επιτροπή Ασφάλισης και στη Φιλανδία στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων). Και στα τρία κράτη μέλη η διαχείριση της ασφάλισης κατά της ανεργίας πραγματοποιείται χωριστά από τις εργατικές ενώσεις.
- Στο πρότυπο διαχείρισης της *Ηπειρωτικής Ευρώπης*, το σύστημα κοινωνικής προστασίας διασπάται σε έναν αριθμό ημιαυτόνομων συστημάτων για διάφορες επαγγελματικές ομάδες. Η διοικητική δομή είναι ποικιλόμορφη και έχει κατά μεγάλο βαθμό ένα μοναδικό βαθμό, ένα μοναδικό χαρακτήρα σε κάθε

---

<sup>64</sup> Κέντρο Τεκμηρίωσης ΕΟΚ. «Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1995. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, σελ. 25



χώρα, που αντανακλά την ιστορική της εξέλιξη καθώς και τα κοινωνικο οικονομικά και θεσμικά χαρακτηριστικά της.<sup>65</sup>

Οι αντιθέσεις των τριών αυτών προτύπων δεν πρέπει να μεγαλοποιούνται. Σε όλες τις χώρες, τα ιδρύματα κοινωνικών ασφαλίσεων ελέγχονται σχετικά στενά από το κράτος, ακόμη και στα συστήματα της Ηπειρωτικής Ευρώπης.

## **6. 2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

### **6. 2. 1 ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ**

Το ζήτημα της υγείας και της φροντίδας των ηλικιωμένων από τις κοινωνικές υπηρεσίες παραμένει από τις περιοχές που έχουν λιγότερο αναλυθεί στην κοινωνική έρευνα και επομένως υπάρχουν σχετικά περιορισμένα στοιχεία για το θέμα αυτό.

Αρκετές φορές ύστερα από την έξοδό τους από το νοσοκομείο ασθενείς όλων των ηλικιών και ανάμεσα τους πολλοί ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη ορισμένων φροντίδων, άλλοτε για μικρό και άλλοτε για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για τις φροντίδες που παρέχονται στο σπίτι χρειάζεται ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Επειδή τέτοια δυνατότητα δεν υπάρχει σε οργανωμένο επίπεδο άλλοτε οι συγγενείς και οι γιατροί καθυστερούν την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, άλλοτε δε ο οικογενειακός ή επισκέπτης γιατρός αναγκάζεται να συστήσει την εισαγωγή σε νοσοκομείο, χωρίς να υπάρχει ουσιαστικός λόγος. Όλη αυτή η ελληνική πραγματικότητα οδηγεί στη νοσηλεία ασθενών σε νοσοκομεία που θα μπορούσαν να παραμένουν στο σπίτι και στο οικογενειακό περιβάλλον, αν ήταν δυνατόν να εξασφαλιστούν ορισμένες ιατρικές και νοσηλευτικές ή άλλες φροντίδες, όπως η περίπτωση τραύματος, αλλαγή καθετήρα, χορήγηση φαρμάκων, φυσιοθεραπεία - αποκατάσταση, αναγκαίες λήψεις για διενέργεια εξετάσεων με συχνές του υπεύθυνου γιατρού. Η κατ' οίκον νοσηλεία ως υπηρεσία, παίζει σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και στην

---

<sup>65</sup> Κέντρο Τεκμηρίωσης ΕΟΚ. «Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη», Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1995. Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών. σελ. 31

ενεργοποίηση της οικογένειας και του ασθενή στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας.

### **Προϋποθέσεις για Νοσηλεία στο Σπίτι**

Εκτός από τη σωστή οργανωτική και οικονομική υποδομή της κάθε μονάδας, άλλες προϋποθέσεις είναι:

- Συγκατάθεση του ασθενούς.
- Παρουσία οικογενειακού περιβάλλοντος.
- Στοιχειώδης οικονομική δυνατότητα του ασθενή και ασφαλιστική κάλυψη.

Μελέτες της *Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας* (ΠΟΥ) υποστηρίζουν ότι επειδή τα περισσότερα άτομα με ειδικές ανάγκες, ηλικιωμένοι ή νεότεροι φροντίζονται από την οικογένεια τους στο σπίτι, οι νοσοκόμες πρέπει να είναι σε θέση να διδάξουν, να πληροφορήσουν τις οικογένειες και τα ίδιο το άτομο ώστε να γίνει όσο το δυνατόν πιο αυτόνομος.

Στην Ελλάδα η κατ' οίκον νοσηλεία θεσμοθετήθηκε το 1992 με νόμο που καθορίζει τους όρους και προϋποθέσεις για τις μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας και τη σύσταση υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας. Στελεχώνεται από ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό με πλήρης ή μερική απασχόληση. Ο Ν. 2519/1997 ορίζει ότι απαιτείται απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας για τις κατηγορίες των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονται κατ' οίκων, τις ώρες και τη διαδικασία παροχής από τα νοσοκομεία των υπηρεσιών της κατ' οίκον νοσηλείας.<sup>66</sup>

Η νοσηλεία στο σπίτι μπορεί να προσφέρει στον ασθενή ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα με ταυτόχρονη ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειας. Ο ασθενής νοσηλεύεται στη ζεστή και προσωπική ατμόσφαιρα του σπιτιού του μεταξύ των συγγενών του, οι οποίοι συμμετέχουν ενεργά στον αγώνα του αποφεύγοντας το ψυχρό και απρόσωπο περιβάλλον του νοσοκομείου. Η θεραπεία που έχει αρχίσει στο νοσοκομείο μπορεί να συνεχιστεί στο σπίτι και να

<sup>66</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ.420

το ΙΚΑ και ο ΟΤΕ αλλά και οι ίδιοι οι περιθαλπόμενοι. Οι ξενώνες και άλλα ιδρύματα χρησιμοποιούνται κατ' εξαίρεση από τους ηλικιωμένους π.χ. το Κέντρο Κινητικός Αναπήρων που έχει σκοπό την περίθαλψη ατόμων και των δύο φύλων που διαμένουν στο Νομό Αττικής.

Έρευνες που έγιναν στο εξωτερικό έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο σχεδόν το διπλάσιο χρονικό διάστημα σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Μελέτες και έρευνες δείχνουν ότι στη χώρα μας οι περισσότερες από τις μισές κλίνες των νοσοκομείων καταλαμβάνονται από ηλικιωμένους. Επειδή αυτοί οι άρρωστοι έχουν πολλές παθήσεις η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα είναι περίπλοκη και απαιτούν τη φροντίδα γεροντολόγων και νοσοκόμων ειδικευμένων στη γεροντολογική νοσηλευτική.<sup>68</sup>

Σε πολλά Ελληνικά νοσοκομεία παρατηρούνται ελλείψεις σε ποσότητα και ποιότητα υπηρεσιών. Συχνά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ο εξοπλισμός και τα ασθενοφόρα είναι ανεπάρκη με αποτέλεσμα το συνωστισμό στα εξωτερικά ιατρεία τις ημέρες εφημερίας και τα ράτσα, παρά τον περιορισμό τους, εξακολουθούν να υπάρχουν.

Σε πολλά νοσοκομεία οι ελλείψεις και η ανεπάρκεια καθιστούν προβληματική την περίθαλψη όλων των πολιτών και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων που τα χρησιμοποιούν περισσότερο. Νοσοκομεία υπερσύγχρονης τεχνολογίας έχουν ιδρυθεί στην επαρχία όμως δεν λειτουργούν σωστά λόγω πολλών προβλημάτων. Τα προβλήματα αυτά παρουσιάζονται παρακάτω στο *σχήμα 7*.

---

<sup>68</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ.412



**Σχήμα 7:** Προβλήματα Νοσοκομείων

**Πηγή:** Ιδία Έρευνα

Όλα τα παραπάνω οδηγούν το σύστημα σε χαμηλή παραγωγικότητα, αναποτελεσματικότητα, με υπηρεσία χαμηλής ποιότητας, μεγάλη ανισότητα στη πρόσβαση και έχουν ως αποτέλεσμα την έλλειψη ικανοποίησης του κοινού.

### 6.3 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν αναπτυγμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρουν παροχές σε είδος και σε υπηρεσίες για θεραπεία, πρόληψη ασθενών και αποκατάσταση. Όλοι σχεδόν οι πολίτες έχουν υγειονομική κάλυψη και όπως έδειξε το Ευρωβαρόμετρο του έτους 1992 για την κοινωνική προστασία οι περισσότεροι από αυτούς είναι σχετικά ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για να γίνει καλύτερα αντιληπτός ο τρόπος οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης στις διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γίνεται συχνά διάκριση μεταξύ *εθνικών υπηρεσιών υγείας* και *συστημάτων υγειονομικής ασφάλισης*. Οι πρώτες παρέχουν τυπικά περίθαλψη ενός και μοναδικού και καθολικού συστήματος προσιτού σε όλο τον πληθυσμό και χρηματοδοτούμενο από

καθολικού συστήματος προσιτού σε όλο τον πληθυσμό και χρηματοδοτούμενο από τα φορολογικά έσοδα, άνω τα δεύτερα παρέχουν περίθαλψη μέσω ενός αριθμού ταμείων κοινωνικής ασφάλισης που μεριμνούν για διάφορες επαγγελματικές ομάδες και χρηματοδοτούνται κυρίως από εισφορές. Το πρότυπο όλων των Ευρωπαϊκών εθνικών υπηρεσιών υγείας δημιουργήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ το ετών 1946 και 1948. Οκτώ άλλα κράτη μέλη - Ιρλανδία, Δανία, Σουηδία, Φιλανδία, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία και Ελλάδα - το ακολούθησαν, ιδρύοντας εθνικά συστήματα, ενώ η Γερμανία, η Γαλλία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Αυστρία διατήρησαν και ανέπτυξαν συστήματα υγειονομικής ασφάλισης.

### **6. 3. 1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Οι υπηρεσίες υγείας αφορούν τον πληθυσμό όλων των ομάδων ηλικιών αλλά τις χρειάζονται περισσότερο τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας, στην Ελλάδα, παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που περιλαμβάνει κέντρα υγείας στις αγροτικές περιοχές και τα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων στις αστικές περιοχές. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από διάφορους ασφαλιστικούς φορείς, από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και από τον ιδιωτικό τομέα.

Ένα είδος προληπτικής ιατρικής είναι η γενική ιατρική η οποία είναι παρεξηγημένη έννοια στην Ελλάδα. Οι ειδικοί επιστήμονες προσφέρουν βέβαια τις γνώσεις και τις υπηρεσίες τους στους ηλικιωμένους, αλλά ο γενικός ιατρός είναι σε θέση να συντονίσει αυτές τις υπηρεσίες, να τις προσαρμόσει ανάλογα με την περίπτωση και να παρακολουθήσει την όλη πορεία, προσφέροντας στα άτομα τρίτης ηλικίας αυτήν την τόσο απαραίτητη συνέχεια στη φροντίδα.

Στην Ελλάδα μπορούμε να βρούμε γενικούς ιατρούς μόνο στα Κέντρα Υγείας, οι οποίοι απευθύνονται σε μη αστικές περιοχές. Στην αγροτική Ελλάδα, που χτυπήθηκε ιδιαίτερα από την μετανάστευση, εσωτερική και εξωτερική, η φροντίδα των ασθενών και ιδιαίτερα αυτών με ζουν μόνοι τους, είναι καθημερινή υπόθεση.

Βλέποντας τα πράγματα από ευρύ υγειονομικό πρίσμα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο κοινωνικός ρόλος του γενικού γιατρού είναι ουσιώδης και αναπόσπαστο μέρος του συνολικού του έργου.

### **6. 3. 2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Την τελευταία δεκαετία αναπτύχθηκαν προγράμματα νοσηλευτικής στους ηλικιωμένους με ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα. Σε πολλά κράτη υπάρχουν σήμερα κοινοτικά προγράμματα που προσφέρουν βοήθεια στους ηλικιωμένους στο σπίτι και στη κοινότητα. Σκοπός της νοσηλευτικής για την Τρίτη ηλικία, είναι η προαγωγή και η διατήρηση της υγείας των ηλικιωμένων.

Ένα σημαντικό στοιχείο στη διατήρηση της υγείας είναι η ασφαλής και σωστή χρήση των φαρμάκων. Μεταξύ των κοινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μεγάλοι είναι η αλόγιστη χρήση φαρμάκων, η λίγη χρήση φαρμάκων (κρατούν τα φάρμακα για άλλη φορά), η ακατάλληλη φύλαξη, οι παρενέργειες, η αλληλοεπίδραση των ηρεμιστικών, που μπορεί να τους έγραψαν κατά καιρούς οι γιατροί.

Οι νοσηλευτές βοηθούν τους ηλικιωμένους να έχουν καλή υγεία, βοηθώντας τους να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα του περιβάλλοντος και της φυσικής τους κατάστασης για να αποφεύγουν τους κινδύνους. Σε ορισμένες χώρες όμως παρατηρείται κακοποίηση των ηλικιωμένων.

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων με μια σειρά καινοτομιών και προγραμμάτων. Σήμερα οι νοσηλεύτριες βοηθούν τους ηλικιωμένους να διατηρούν την υγεία και ανεξαρτησία τους με προγράμματα άμεσης και έμμεσης νοσηλευτικής φροντίδας. Η ανεξαρτησία μπορεί να επιτευχθεί και να διατηρηθεί με τεχνολογικά μέσα: συστήματα συναγερμού και επικοινωνίας, εξαρτήματα αποκατάστασης, όπως μπαστούνια, καρότσια, σύνεργα κουζίνας και μεταφορικά μέσα.

Ορισμένα σημαντικά θέματα στρατηγικής σημασίας νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- *Η διατροφή:* Μια σωστή διατροφή μπορεί να είναι πρόβλημα για τους ηλικιωμένους για διάφορους λόγους, όπως η δύσκολη προμήθεια τροφών, άγνοια των αναγκών στον τομέα της διατροφής τους, οικονομικά προβλήματα, προβλήματα δοντιών και περιορισμένη όρεξη.
- *Η ασφάλεια:* Ο ηλικιωμένος πρέπει να προσέχει να μην πέφτει ή να φροντίζουν οι άλλοι για την αποφυγή πτώσης από το κρεβάτι.
- *Φυσική υγεία:* Η προώθηση της φυσικής υγείας συμπεριλαμβάνει μεταξύ άλλων, εξετάσεις, εμβολιασμούς, άσκηση και εκπαιδευτικά προγράμματα.
- *Ψυχική υγεία:* Συμβαίνει καμία φορά το γήρας να συνοδεύεται από μοναξιά, εξάρτηση, διαταραχές στη μνήμη, ακόμη και αποπροσανατολισμό. Η κοινωνική και νοητική απασχόληση είναι σημαντικό μέσο για την πρόληψη ή την επίλυση αυτών των προβλημάτων. Η νοσηλεύτρια στις επαφές της με τους ηλικιωμένους πρέπει να θυμάται τα γεγονότα και να τους ενθαρρύνει να λαμβάνουν μέρος στις οικογενειακές ή κινητικές εκδηλώσεις και να έχουν λόγο στις αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους.
- *Καλή οικονομική κατάσταση:* Η συνταξιοδότηση, η χηρεία, το μειωμένο εισόδημα και οι λιγότερες ευκαιρίες για δουλειά έχουν σαν συνέπεια τις οικονομικές δυσκολίες στα γεράματα. Οι νοσηλεύτριες θα μπορούσαν να ερευνούν την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων που φροντίζουν, σαν μέρος των καθηκόντων τους και στα νοσοκομεία αυτό να γίνεται πριν την έξοδο του ηλικιωμένου, προκειμένου να εξασφαλίζεται κατοικία.
- *Πρόσβαση στις υπηρεσίες:* Σε μια προσπάθεια να γίνει πιο εύκολη η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αναπτύχθηκαν διάφορα προγράμματα. Ιατρεία, διευθυνόμενα από νοσηλεύτριες, προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα και εκπαίδευση στους ηλικιωμένους. Οι νοσηλεύτριες ενθαρρύνουν και βοηθούν τους άρρωστους να αντισταθμίσουν τις χαμένες δυνατότητες, εξηγούν τη θεραπεία και οργανώνουν τη βοήθεια στο σπίτι, μειώνοντας την ανησυχία του ηλικιωμένου.<sup>69</sup>

Το υψηλότερο ποσοστό των ασθενών σε νοσοκομεία είναι πάνω από 65 ετών. Επειδή οι ασθενείς έχουν συχνά πολλές παθήσεις, η ιατρική και νοσηλευτική

<sup>69</sup> Γιάννης Κυριόπουλος, Ευγενία Γεωργούση, Γεώργιος Σκουτέλης, «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1993, σελ. 198

φροντίδα είναι περίπλοκη. Έτσι αυτό είχε σαν αποτέλεσμα, τη δημιουργία ομάδων πολλών ειδικοτήτων και γηριατρικών υπηρεσιών σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση των ειδικών αναγκών αυτών των ασθενών. Γεροντολόγοι και νοσηλεύτριες γεροντολογίας υπηρετούν ως σύμβουλοι, ασχολούνται με τα ειδικά προβλήματα (διαγνώσεις, φάρμακα, επιπλοκές) και με κοινά προβλήματα: ζαλάδες, σύγχυση, προβλήματα διατροφής, πνευματικά προβλήματα των ηλικιωμένων. Συχνές επισκέψεις στους ηλικιωμένους μπορούν να μειώσουν τη στέρση ικανοτήτων των αισθητηρίων οργάνων και αφής και να μειώσουν ή να εξαλείψουν τη σύγχυση.

Η ποιότητα φροντίδας και η αντιμετώπιση του πόνου είναι βασικός στόχος της νοσηλευτικής των βαριά αρρώστων. Η προστασία της αξιοπρέπειας, η λήψη αποφάσεων και η διατήρηση της ατομικότητας είναι το πλαίσιο φροντίδας στην ομάδα των βαριά αρρώστων.

### **6. 3. 3 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Μια μελέτη της ελληνικής πραγματικότητας, δείχνει ότι δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη που να αναφέρεται αποκλειστικά στην αντιμετώπιση των οδοντιατρικών αναγκών των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα αυτών που είναι καθηλωμένοι στα σπίτια τους ή σε ιδρύματα. Ο μόνος τρόπος παροχής οδοντιατρικής φροντίδας και περίθαλψης στους ηλικιωμένους είναι με την επίσκεψη των ιδίων στα ιατρεία των ασφαλιστικών τους ταμείων, στα ιατρεία του ΕΣΥ για επείγοντα περιστατικά και σε ιδιώτες οδοντίατρους.

Η κατ' οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας και περίθαλψης αφορά κυρίως στα άτομα που δεν μπορούν να μετακινηθούν λόγω αναπηρίας, αλλά και στα άτομα που εξαρτώνται από την βοήθεια τρίτων προκειμένου να επισκεπτούν τον οδοντίατρο.

Ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορεί να επιτυγχάνει:

➤ Την βελτίωση της προσπελασιμότητας των υπηρεσιών από καθηλωμένους στο σπίτι ασθενείς. Είναι πλέον καλά τεκμηριωμένο, πως η δυσκολία στη



μετακίνηση αποτελεί συχνά εμπόδιο για τους ηλικιωμένους. Επίσης η πρόσβαση σε ένα ιατρείο ελαττώνεται σημαντικά, εάν ένα ηλικιωμένο άτομο βρίσκεται σε αναπηρική καρέκλα, ή δεν μπορεί να ανέβει σκάλες. Η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης στο σπίτι εκμηδενίζει τα εμπόδια αυτά και αυξάνει έτσι την χρήση των υπηρεσιών.

➤ Την άμεση επικοινωνία με τους φροντιστές των ηλικιωμένων, την ενημέρωση και στήριξη τους για την προαγωγή της στοματικής υγείας. Λέγοντας φροντιστές εννοούμε αυτούς που έχουν την κύρια ευθύνη της φροντίδας του ατόμου που παραμένει στο σπίτι ή άλλο ίδρυμα, εξαιτίας μιας ασθένειας ή αναπηρίας. Για να ελαττωθεί το χάσμα μεταξύ των αντικειμενικών και αισθανόμενων οδοντιατρικών αναγκών των ηλικιωμένων, πρέπει αυτοί και οι φροντιστές τους να ενημερωθούν για την στοματική υγεία, για την πρόληψη και για την προαγωγή της στοματικής υγείας.

➤ Την παροχή μεγάλου εύρους και υψηλής ποιότητας οδοντιατρικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες που μπορεί να παρέχει ο οδοντίατρος στο σπίτι είναι πολλές, όπως εξαγωγές, κατασκευή μερικής ή ολικής οδοντοστοιχίας, επισκευές οδοντοστοιχίας, απλά σφραγίσματα, καθαρισμός, ανακούφιση από τον πόνο και μερικές φορές απλή διάγνωση. Επίσης είναι η πρόληψη και η αγωγή για τη στοματική υγεία.

Η κατ' οίκον οδοντιατρική περίθαλψη μπορεί να πραγματοποιηθεί με καλή οργάνωση, γνώση εκ των προτέρων του περιστατικού που ο οδοντίατρος καλείται να αντιμετωπίσει, ελάχιστα υλικά μέσα και διάθεση για εργασία κάτω από δύσκολες συνθήκες. Είναι δε πολύ αποτελεσματική αφού δίνει λύσεις σε περιστατικά που είναι, χωρίς αυτή, ουσιαστικά αβοήθητα. Η ποιότητα της παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης μπορεί να είναι πολύ υψηλή, ενώ ο ασθενής που βρίσκεται σε χώρο που του είναι οικείος, αποδέχεται καλύτερα τις υπηρεσίες που του προσφέρονται.

Η σύγχρονη ανάγκη για κατ' οίκον οδοντιατρικές επισκέψεις στον πληθυσμό της χώρας μας είναι άγνωστη. Οι οίκοι ευγηρίας, τα ΚΑΠΗ και τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων είναι τα κέντρα εντοπισμού ηλικιωμένων. Βέβαια, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων διαμένει στην κοινότητα κάτω από συνθήκες που δεν είναι πάντοτε εύκολο να ελεγχθούν.

Τελευταία, έγιναν έρευνες σε όλη την Ευρώπη προκειμένου να εντοπιστούν οι αντικειμενικές και αισθανόμενες ανάγκες στοματικής υγείας του ηλικιωμένου πληθυσμού. Έρευνες που περιλαμβάνουν και κλινική οδοντιατρική εξέταση δείχνουν αυξημένες ανάγκες περίθαλψης που δεν έχουν αντιμετωπιστεί.<sup>70</sup>

Στο Ηνωμένο Βασίλειο με τελευταία κυβερνητικά διατάγματα, οι υπηρεσίες κοινωνικής οδοντιατρικής προσανατολίζονται σε ειδικές ομάδες ασθενών και δρουν σαν *δίκτυ προστασίας* για τους ηλικιωμένους. Παρά τα περιορισμένα κυβερνητικά κονδύλια δημιουργούνται θέσεις εργασίας για οδοντίατρους, που ασχολούνται αποκλειστικά με την περίθαλψη ασθενών άνω των 65 ετών, που κάνουν επισκέψεις στο σπίτι και που επισκέπτονται σε συστηματική εβδομαδιαία βάση ιδρύματα και κέντρα συγκέντρωσης ηλικιωμένων. Η κοινότητα λοιπόν, μπορεί να αποτελέσει το πλαίσιο όπου ένα τέτοιο πρόγραμμα θα ζυμωθεί και θα αναπτυχθεί.

Τέτοια προγράμματα γίνονται περισσότερο αποτελεσματικά όταν:

- Το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ελαττωμένο
- Η κοινότητα συμμετέχει ενεργά στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση του προγράμματος.
- Οι εξορμήσεις του προσωπικού στα σπίτια γίνονται οργανωμένα σε ομάδες ασθενών που κατοικούν στην ίδια περιοχή κάθε φορά. Ο χρόνος που αφιερώνεται σε κάθε επίσκεψη πρέπει να είναι αυστηρά περιορισμένος.
- Το πρόγραμμα διαφημίζεται έντονα και συνεχώς, μέσα από αλλά προγράμματα, τοπικές εφημερίδες, και ιδιαίτερα μέσα από προσωπικές επικοινωνίες.
- Τόσο οι ηλικιωμένοι όσο και οι φροντιστές τους είναι ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι σχετικά με την προαγωγή της στοματικής υγείας και έχουν δημιουργηθεί κανάλια επικοινωνίας μεταξύ αυτών και των υπηρεσιών.
- Υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στην υπηρεσία και στους ιδιώτες οδοντίατρους, που είναι διατεθειμένοι να κάνουν επισκέψεις στο σπίτι.

---

<sup>70</sup> Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία», Γιάννης Κυριόπουλος, Ευγενία Γεωργούση, Γεώργιος Σκουτέλης, 1993, σελ. 226

## 6. 4 ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

### 6. 4. 1 ΠΟΛΥΕΘΝΙΚΕΣ – ΕΘΝΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες που αποτελούν μέλη ή όχι της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχουν ομάδες τοπικές, περιφερειακές, εθνικές και πολυεθνικές ηλικιωμένων που εργάζονται με και για τους ηλικιωμένους και αγωνίζονται για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Αυτές οι ομάδες μελετούν την γήρανση του πληθυσμού και των ανθρώπων από θεωρητικής και πρακτικής απόψεως και προσπαθούν να επιλύσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι.

Η Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα Οργανώσεων ηλικιωμένων (EPSO) παίζει σημαντικό ρόλο στην Ευρώπη. Είναι μια ευρωπαϊκή ομάδα που σχηματίστηκε από ηλικιωμένους στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία βασίζεται σε εθνικές οργανώσεις χωρίς διασυνδέσεις πολιτικές, θρησκευτικές ή άλλες. Έχει ως στόχο να αντιπροσωπεύει τις γνώμες περισσότερων από 60 εκατ. Κατοίκων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή και σε άλλους σημαντικούς Ευρωπαϊκούς θεσμούς. Ιδρύθηκε το 1988 από 7 χώρες μέλη. Η πολιτική της EPSO αποτελείται: **α)** στη βελτίωση της βοήθειας σε οικογενειακούς φροντιστές που ασχολούνται με εξαρτημένους ηλικιωμένους, **β)** στη μεγαλύτερη ευελιξία σχετικά με τα θέματα συνταξιοδότησης, **γ)** την κατάργηση των ηλικιακών διακρίσεων, **δ)** την χρηματοδότηση κατάλληλων καταλυμάτων για ηλικιωμένα άτομα σε περιβάλλον της επιλογής τους, **ε)** τη χρηματοδότηση κατάλληλων υπηρεσιών υγείας που μπορεί να αυξήσουν την αυτονομία και συγχρόνως να εξασφαλίσουν ασφάλεια και φροντίδα, **στ)** στη πρόσβαση στην εργασία και το δικαίωμα να αποφασίζουν με ποιον τρόπο και πότε επιθυμούν να εγκαταλείψουν την αγορά εργασίας, **ζ)** τη χρηματοδότηση μιας σύνταξης κατάλληλης για όλα τα άτομα χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα μέσα ή η συνεισφορά τους στην αγορά εργασίας. Η EPSO επαφές με το Συμβούλιο Υπουργών, με Ευρωπαϊκές και εθνικές οργανώσεις. Έχει αναπτύξει δραστηριότητες για την αναθεώρηση της Συνθήκης του Μάαστριχ.

Η Eurolink Age ιδρύθηκε το 1981 για να εξασφαλίσει τα συμφέροντα των ηλικιωμένων και να υποστηρίξει τα θέματα τους στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τα μέλη

της προέρχονται και από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και περιλαμβάνουν οργανώσεις συνταξιούχων, λειτουργούς κοινωνικών υπηρεσιών, πολιτικούς, γεροντολόγους και άλλους. Η Eurolink Age έχει οργανώσει υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης συσκέψεις εμπειρογνομημόνων και έχει εκπονήσει σχέδια ερευνών για την εξέταση ποικιλίας θεμάτων όπως: ηλικιωμένοι και τεχνολογία, η κατάσταση των ηλικιωμένων γυναικών στην Ευρώπη, η δυνατότητα για μια ευρωπαϊκή κάρτα διευκολύνσεων για τους ηλικιωμένους, η ανάπτυξη ενός βήματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση για τις οργανώσεις των συνταξιούχων. Η Eurolink Age συνεργάζεται με όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και με πολιτικούς και εκδίδει ένα Δελτίο (Bulletin) 3 φορές το χρόνο που χρησιμοποιείται ως βήμα για την ανταλλαγή ιδεών και πληροφοριών για θέματα ηλικιωμένων.

Στη Γαλλία η Εθνική Επιτροπή Συνταξιούχων και Ηλικιωμένων (CNRPA) έχει δημοσιεύσει φυλλάδιο με τις πιο σημαντικές οργανώσεις της χώρας που είναι οργανωμένες σε ομοσπονδίες και συνομοσπονδίες, έχουν περίπλοκο έργο και πολύ μεγάλο αριθμό μελών.

Η οργάνωση OWN (Older Women's Network) δίκτυο ηλικιωμένων γυναικών από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης που δημιουργήθηκε το Νοέμβριο του 1993 και έχει στόχο: **α)** να προώθηση την ανταλλαγή γνώσεων, ικανοτήτων και εμπειριών των ηλικιωμένων γυναικών σε όλη την Ευρώπη, **β)** να υποστηρίξει τα δικαιώματα και τις ικανότητες των ηλικιωμένων γυναικών να συμβάλλουν και να καθορίζουν την Εθνική και διεθνή πολιτική, **γ)** να δημιουργήσει επαφές με διαφορετικές κουλτούρες και γενεές αναγνωρίζοντας ότι η ηλικία αποτελεί πρόβλημα του κύκλου ζωής, **δ)** να εργαστεί με την Ευρωπαϊκή Ένωση και τους θεσμούς της για να επιβεβαιώσει την παρουσία της προοπτικής της ηλικιωμένης γυναίκας στον καθορισμό και στις δραστηριότητες των κυριοτέρων προγραμμάτων δράσης.

Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τα Βελτιώσει των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας έχει οργανώσει συνέδρια και εκπονήσει σημαντικές μελέτες που αφορούν τους ηλικιωμένους.

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Ηλικιωμένων οργάνωσε συνέδριο στο Λουξεμβούργο το Μάρτιο του 1992 με πρωτοβουλία των Άγγλων εργατικών που διαπίστωσαν ότι στην Αγγλία οι ηλικιωμένοι έχουν σοβαρά οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα.

Το Ευρωπαϊκό δίκτυο Καταπολέμησης της Φτώχειας (European Anti-poverty Network) που στόχο έχει την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κατά τη διάρκεια του διεθνούς έτους για την εξάλειψη της φτώχειας (1996) δραστηριοποιήθηκε για την καθιέρωση της δεκαετίας 1997-2006 σαν δεκαετία των Ηνωμένων Εθνών για την εξάλειψη της φτώχειας.

Άλλες Διεθνής οργανώσεις που ασχολούνται με τα γηρατεία είναι: η Διεθνής Ένωση Γεροντολογίας (International Association of Gerontology), το Διεθνές Κέντρο Γεροντολογίας Βελγίου (International Center of Social Gerontology Belgium), Διεθνής Ένωση Κοινωνικής Ασφάλισης (International Social Security Association).<sup>71</sup>

Στην Ελλάδα υπάρχουν οργανώσεις ηλικιωμένων όπως η Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής και Πολιτικής Συμμετοχής, η Πανελλήνια Ομοσπονδία Πολιτικών Συνταξιούχων, συνταξιούχων NAT, σιδηροδρομικών κ.α.

Στη Γερμανία μια από τις πιο σημαντικές οργανώσεις είναι η BAGSO. Άλλη μεγάλη οργάνωση είναι το γραφείο Ηλικιωμένων Πολιτών που το 1993 βρισκόταν σε 32 πόλεις της Γερμανίας.

Στην Ολλανδία τρεις είναι οι μεγάλες οργανώσεις ηλικιωμένων: ANBO, UNIE KBO και PCOB. Αυτές οι τρεις οργανώσεις εργάζονται μαζί από το 1953 σε ένα συντονιστικό συμβούλιο που λέγεται CSO.

---

<sup>71</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ.399

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το Εθνικό Συμβούλιο Γήρανσης (National Council Aging) καλύπτει 93 εθνικές οργανώσεις και έχει το Age Concern και το Eurolink Age υπό την αιγίδα του.

Στη Γαλλία, μεγάλες εθνικές οργανώσεις ηλικιωμένων όπως η Flamboyance (φλόγα), η Εθνική Ένωση Συνταξιούχων και Ηλικιωμένων (UNRPA) και πολλές οργανώσεις έχουν δυναμική παρουσία.

Στην Ιταλία η Οργάνωση 50 & Più (50 και άνω) με 400 χιλ. μέλη για τους μεσήλικες και ηλικιωμένους με πολλά τοπικά και περιφερειακά γραφεία και τέλος, στην Ισπανία η οργάνωση ACA (Asociación Coordinadora per a l'Ancianitat) οργανώνει μαθήματα για τους και από ηλικιωμένους και διάφορες πολιτικές εκδηλώσεις.

#### **6. 4. 2 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Οι Επιστημονικές Εταιρίες έχουν ανάμεσα στους στόχους τους τη μελέτη της Γήρανσης του πληθυσμού και των ατόμων.

Η Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία (ΕΓΓΕ) που ιδρύθηκε το 1977 ως Ελληνική Γεροντολογική Εταιρία αποσκοπεί στη συνεχή επιστημονική ενημέρωση των ασχολούμενων με τα θέματα της τρίτης ηλικίας σε όλους τους τομείς και συμβάλει στη διεπιστημονική θεώρηση των προβλημάτων του γήρατος στη χώρα μας. Έχει σκοπό την μελέτη και αντιμετώπιση των προβλημάτων του γήρατος, την προώθηση της εκπαίδευσης και ενημέρωσης και την ανάπτυξη και προαγωγή υπηρεσιών για την καλύτερη δυνατή ζωή των ηλικιωμένων.

Η Ελληνική Εταιρία Δημογραφικών Μελετών (ΕΔΗΜ) έχει σκοπό τη συμβολή στη μελέτη των Δημογραφικών εξελίξεων και προβλημάτων. Η Εταιρεία Εξάντας μη κερδοσκοπική αστική Εταιρία που ιδρύθηκε με στόχο την αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων, την υγεία και την κοινωνική πολιτική.<sup>72</sup>

<sup>72</sup> Ήρα Έμκε Πουλοπούλου, «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες - Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα 1999, σελ.403

Συμπερασματικά από το τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας αυτής με τίτλο «Προστασία της Τρίτης Ηλικίας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωση και στην Ελλάδα. Προγράμματα και Εφαρμογές» διαπιστώνεται ότι:

- ✓ Τα προγράμματα προστασίας των ηλικιωμένων στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν εμφανίζονται επαρκή για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων
- ✓ σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι εύκολο να παρατηρηθεί ότι τα συστήματα κοινωνικής προστασίας των κρατών μελών είναι διαφορετικά, ώστε να φαίνεται αδύνατο να επισημανθούν κοινά χαρακτηριστικά
- ✓ υπάρχουν πολλές οργανώσεις, οι οποίες εργάζονται με ηλικιωμένους, αλλά και για αυτούς, με σκοπό να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.
- ✓ στην Ελλάδα δεν προβλέπεται η αντιμετώπιση οδοντιατρικών αναγκών των ηλικιωμένων
- ✓ τέλος, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν γηριατρεία και γηριατρικές μονάδες στα νοσοκομεία

## 7.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι προτάσεις που ακολουθούν απορρέουν από την εμπειρία που αποκτήθηκε συντάσσοντας την παρούσα εργασία, αλλά και από τις απόψεις που εξέφρασαν ειδικευμένοι άνθρωποι, που έχουν πραγματοποιήσει μελέτες και ασχολούνται εκτενώς με το συγκεκριμένο θέμα.

- Η Ελληνική Νομοθεσία θα πρέπει να εξελιχθεί με γρηγορότερους ρυθμούς και να εναρμονιστεί στα σημεία που είναι απαραίτητο με την Κοινοτική Νομοθεσία, οποία επίσης θα πρέπει να έχει ενιαίο χαρακτήρα για όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Σε όλα τα στάδια προστασίας της τρίτης ηλικίας θα πρέπει να ασκείται αυστηρός έλεγχος για το αν εφαρμόζονται λεπτομερώς οι νομοθετικές ρυθμίσεις, που αφορούν τα στάδια προστασίας της τρίτης ηλικίας
- Η παροχή καλύτερης ποιότητας ζωής προς τους ηλικιωμένους θα πρέπει να αποτελέσει στόχο όλων των φορέων εκείνων που ασχολούνται με την προστασία τους
- Το προσωπικό όλων των ιδρυμάτων θα πρέπει να ενημερώνεται τακτικά μέσα από ενημερωτικές ομιλίες, σεμινάρια ή έντυπο υλικό, ώστε να γνωρίζει πως πρέπει να αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους
- Η προώθηση ερευνών μέσα σε ιδρύματα και οίκους ευγηρίας για το κατά πόσο τηρείται η προστασία των ηλικιωμένων σε κανονικά πλαίσια, μπορεί να συμβάλει στον ακριβή προσδιορισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην εξεύρεση τρόπων για την αύξηση και αναβάθμισή τους, στον έλεγχο του συστήματος προστασίας που ακολουθείται και εν τέλει στην καλύτερη οργάνωσή του
- Στην Ελλάδα, η δημιουργία ΚΑΠΗ και άλλων ιδρυμάτων σε περιοχές που παρουσιάζουν αυξημένες ανάγκες θα πρέπει να ενθαρρυνθεί και να προχωρήσει με γρηγορότερους ρυθμούς και πέρα από τα όρια της Αττικής
- Σε κάθε ίδρυμα περίθαλψης ηλικιωμένων κρίνεται αναγκαία η παρουσία επόπτη υγείας που θα ασχολείται με την τήρηση κανόνων υγιεινής στους χώρους αυτούς.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

1. Αφροδίτη Τεπέρογλου, **«Αξιολόγηση της προσφοράς των κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Έρευνα στα μέλη των ΚΑΠΗ»**, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1990.
2. Διονύσης Μ. Φράγκος, **«Ο Γεροντικός Πληθυσμός της Ελλάδος. Στατιστική Ανάλυση»**, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1987.
3. Επιμέλεια έκδοσης: Βύρων Κοτζάμανης, Λάουρα Μαράτου-Αλιπράντη, Αφροδίτη Τεπέρογλου, Μαρία Τζορτζοπούλου, **«Γήρανση & Κοινωνία»**, Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, Αθήνα 1996.
4. Κων/νος Δ. Κρέμαλης, **«Το δικαίωμα του ατόμου για Κοινωνική Πρόνοια»** ΕΚΚΕ, Αθήνα 1991.
5. Μ. Θεοδώρου, **«Η Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη στο ΙΚΑ – Συγκριτική Διερεύνηση δύο Προτύπων Οργάνωσης Οικογενειακού Ιατρού»**, ΕΚΚΕ
6. Α. Τεπέρογλου, Ε. Κίνια, Μ. Παπακώστα, Μ. Τζωρτζοπούλου, **«Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων»**, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1990.
7. Ελληνικό Τμήμα Διεθνούς Αμνηστίας, **«Ανθρώπινα Δικαιώματα. Οι Κυριότερες Διεθνείς Συμβάσεις»**. Ηνωμένα Έθνη και Unesco, Αθήνα 1987.
8. Κ. Ν. Κανελλοπούλου, **«Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα. Στατιστική Ανάλυση των Κοινωνικοοικονομικών Χαρακτηριστικών»**, Κέντρο Προγραμματισμού και Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα Δεκέμβριος 1984.

9. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, **«Η Κοινωνική Προστασία στην Ευρώπη»**, Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1995.
10. Κέντρο Τεκμηρίωσης ΕΟΚ, **«Η Ευρώπη για τους Ηλικιωμένους»**, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 1994.
11. Επιστημονικές Συναντήσεις Α. Stanborg, Γ. Βακαλόπουλος, Κ. Δόντας, Α. Τεπέρογλου, Α. Ριτσάκη, Κ. Κανελλοπούλου, Α. Κωστή, Α. Αμηνά, Ελληνική **«Οι ανάγκες των ηλικιωμένων στη χώρα μας»**, Γεροντολογική & Γηριατρική Εταιρία, Αθήνα 1984.
12. Γεροντολογική & Γηριατρική Εταιρία, **«Φροντίδα Υγείας για Ηλικιωμένους»**, Αθήνα 2000.
13. Γεροντολογική & Γηριατρική Εταιρία, **«Οδηγός Υγιεινής Διατροφής για Ηλικιωμένους Εθελοντές Συμβούλους»**, Αθήνα 1999.
14. Γεροντολογική & Γηριατρική Εταιρία, **«Ηλικιωμένοι Εθελοντές Σύμβουλοι Υγιεινής Διατροφής»**, Αθήνα 1999.
15. Θεόδωρος Ι. Δαρδαβέσης, **«Σύγχρονα Ιατροκοινωνικά Προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας. Πρακτικά»**, Γηριατρική και Γεροντολογική Εταιρία Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη 1995.
16. Ήρα Έμκε - Πουλοπούλου, **«Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες. Παρελθόν Παρόν & Μέλλον»**, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1990.
17. Επιστημονικοί Επιμελητές: Γιάννης Κυριόπουλος, Ευγενεία Γεωργούση, Γιώργος Σκουτέλης, **«Υγεία & Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία»**, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα 1993.

18. Ιωαννου Α. Πάτσκα, «**Η Τρίτη Ηλικία στα Τέλη του Εικοστού Αιώνα**», Εκδόσεις Τάσος Πιτσιλός, Αθήνα 1992.
19. Γ. Δ. Σκουτέλης, «**Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και Κρίση**», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1990.
20. Άννα Αμηνρά, «**Για να γεράσουμε όλοι καλύτερα**», Εθνικό Κέντρο Ερεύνης, Αθήνα 1986
21. Λουργιώτη Αγγελική, «**Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στα Άτομα Τρίτης Ηλικίας. Η Περίπτωση του ΝΓΝΑ "Η Ελπίς" »**, Καλαμάτα 1999.
22. Δημητράτζου Μαρία, «**Παροχή Υπηρεσιών Υγείας στην Τρίτη Ηλικία στο Νομό Αιτ/νιας. Η Περίπτωση του ΓΝΝ Αγρινίου**», Καλαμάτα 1995.
23. Δ. Μητρόπουλος, «**Η Λογοτεχνία της Τρίτης Ηλικίας**», ΒΗΜΑ 06/02/2001
24. Κ. Τσουκαλάς, «**Τρίτος Δρόμος και Τρίτη Ηλικία**», ΒΗΜΑ 20/12/1998
25. Τ. Τσακίρη, «**Χρήσιμες Προτάσεις για την Τρίτη Ηλικία**», ΒΗΜΑ 17/01/1999
26. Χ. Στύλου, «**Το φαινόμενο Πατζαλής**», ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ 16/9/2001

**ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΤΟΥ INTERNET:**

1. <http://www.torima.dolnet>.
2. <http://www.disabled.gr> (Care of Older People in Europe – An Analysis)
3. <http://www.vima.gr>
4. <http://www.kathimerini.gr/Sunday>
5. <http://www.Κεντρική Σελίδα/Τα νέα μας/Επικοινωνία> (Κέντρο Πληροφοριών ΟΗΕ, "United Nations Principles of Older Persons")
6. <http://www.webshots.gr>